

MÁSTER
EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
EN
ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CENTRO DE PSICOLOGÍA AVENIDA DE LA ESTACIÓN

ALMERÍA, JUNIO 2012

ALUMNA: LIDIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

TUTOR ACADÉMICO: ERNESTO QUIROGA ROMERO

TUTORA PROFESIONAL: LUISA PARDO GONZÁLEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ÍNDICE

	PÁG.
<u>PRIMERA PARTE</u>	
1. MEMORIA DE ACTIVIDADES	2
2. REFLEXIÓN Y VALORACIÓN GLOBAL DEL MÁSTER	4
<u>SEGUNDA PARTE</u>	
1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	6
3. MÉTODO	46
3.1 Sujeto	46
3.2 Diseño	46
3.3 Genograma familiar	46
3.4 Procedimiento	48
3.4.1 Evaluación	48
3.4.2 Análisis funcional del problema	53
3.4.3 Diagnóstico	62
3.5 Tratamiento	64
3.5.1 Procedimiento de las sesiones Clínicas.....	65
3.5.2 Fases del tratamiento	74
3.5.3 Desarrollo del tratamiento	92
4. RESULTADOS	95
5. DISCUSIÓN	97
6. BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXOS	106

PRIMERA PARTE

1. MEMORIA DE ACTIVIDADES. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES.

A continuación, son señaladas las funciones y actividades realizadas por mi persona durante el desarrollo de las prácticas profesionales que completa el *Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales*, en el *Centro de Psicología Avenida de la Estación*. Dichas prácticas han tenido lugar durante el primer cuatrimestre del curso académico actual, esto es, 2011-2012, siendo tutorizada a nivel académico, por D. Ernesto Quiroga Romero, y a nivel profesional, por D^a. Luisa Pardo González, a quienes desde aquí agradezco y brindo estas líneas, por la dedicación, el asesoramiento y el esfuerzo personal mostrado para hacer viable este espacio formativo de forma eminentemente práctica.

Sin más, se procede a enumerar las principales funciones que han sido llevadas a cabo:

- Participar a lo largo del proceso terapéutico (evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento) de diferentes casos clínicos.
- Recabar información preliminar y formular hipótesis explicativas (historia clínica, entrevista psicosocial, informes psicológicos, etc.).
- Colaboración en el diseño y técnicas de intervención individualizada.
- Resolución de problemas en la relación usuario/ paciente- psicólogo (comunicación, apoyo familiar, cumplimiento de prescripciones, adherencia al tratamiento, etc.).
- Programación, participación y desarrollo de actividades educativas y lúdicas con/ para los menores y/ o progenitores.
- Aplicación de las principales estrategias (reforzamiento, castigo, extinción, economía de fichas, reestructuración cognitiva,...) y técnicas (entrevista, observación, autoobservación, registros, autoregistros, autoinformes...) para lograr el cambio conductual en los menores y/ o progenitores o familiares.

- Desarrollar juegos de rol, situacionales, y otros procedimientos de evaluación observacional.
- Apoyo psicológico a aquellos progenitores que se hallan sumidos en el proceso de separación y/ o han precisado del mismo.
- Facilitar en los menores la expresión de sentimientos, pensamientos y conductas sin temor a ser juzgados ni obstruidos, aun siendo opuestos a los de sus progenitores.
- Proporcionar orientación para optimizar la relación parental y familiar.

Esta experiencia también me ha permitido principalmente poder fortalecer, completar y ampliar indiscutiblemente mis competencias como profesional, pudiendo aplicar y ver aplicar a D^a. Luisa Pardo, los conocimientos teóricos, los instrumentos, y técnicas de evaluación e intervención clínica. Por todo ello y de modo específico, junto a este aspecto global, han sido varios los conocimientos adquiridos tal como:

- Conocer el funcionamiento de un gabinete privado.
- Formalizar un diagnóstico clínico.
- Elaborar y desarrollar un plan terapéutico individual.
- Profundizar en la evaluación, diagnóstico e intervención de la amplia variabilidad de trastornos constatados en la actualidad.
- Identificar las causas y factores que interviene en el origen y curso del desajuste o trastorno psicológico.
- Discriminar entre ausencia de alteración, problemas de conducta y trastorno conductual en niños y adolescentes.
- Instruir a los padres como co-terapeutas y en el establecimiento de límites.
- Fomentar la destreza y habilidad como psicóloga a desarrollar durante el proceso terapéutico con los menores y la familia.
- Conocer el punto de vista del niño o adolescente sobre los motivos por lo que asiste al psicólogo, su percepción acerca del problema y sus expectativas de mejoría, así como obtener información sobre su percepción respecto a los padres, el colegio, los amigos y compañeros.

2. REFLEXIÓN Y VALORACIÓN GLOBAL DEL MÁSTER.

En conjunto, mi valoración global respecto a estos dos años de formación es positiva, al haberse cumplido la gran mayoría de expectativas que en su momento, me inclinaron a seleccionar este máster descartando otras alternativas formativas.

Del mismo modo, respecto al material proporcionado por los ponentes comparto la opinión, y he de reconocer que pertenezco a la escuela, de poder disfrutar del material teórico que apoya y complementa la clase magistral, en el momento en el que se desarrolla la misma, con objeto de poder disfrutar ésta de modo más relajado y con total atención, siendo asimismo viable anotar en dicha documentación la información relevante y mantener el material lo más ordenado y coherente posible.

En cuanto al contenido y la estructuración del máster, la organización en calendario de los distintos módulos y asignaturas me parece realmente apropiada. Por otro lado, considero que es importante, que el profesorado pueda emplear a modo introductorio para facilitar el inicio de su exposición, y como eslabón de unión en la construcción de nuestro conocimiento, la definición del trastorno, la etiología, las características o los criterios diagnósticos del mismo. No obstante, deben de tener la precaución de no extenderse en el tiempo en estos apartados, ya que en varias ocasiones, nos han resultado escasas la duración de las sesiones para abordar la evaluación, y sobre todo, la intervención del mismo. Teniendo presente que estamos cursando una formación de posgrado, considero que como alumnado debemos de entender que los conocimientos elementales tales como los ya señalados en las líneas anteriores y con respecto a esta cuestión, deben de estar incorporados y/ o ser rememorados de modo individual con anterioridad a las exposiciones, para poder dedicar máximamente el tiempo a la cuestión central y que da título al máster, o sea, la intervención, sin olvidar por supuesto, la evaluación y la práctica diagnóstica.

Igualmente, no querría concluir sin dar las gracias profundamente por la atención y la orientación recibida por parte de aquellos profesores y profesionales con los que he precisado contactar en determinados

momentos. Destacar la flexibilidad, lógica, empatía y tolerancia ostentada por los mismos, especialmente con aquellos alumnos que por motivos laborales –afortunadamente-, como cualquier otro psicólogo, por un lado, no entendemos la profesión del psicólogo alejada de un reciclaje o preparación prácticamente constante, pero que por otro lado, tenemos mediante un sinfín de pericias que alcanzar a compaginar la labor o quehacer profesional con la formación académica, promovido como si no, siempre por una ilimitada motivación y entrega personal hacia la profesión. En suma, por todos estos motivos, considero que como instructores se debe de dar facilidades a los alumnos para fomentar su participación en las actividades didácticas con el fin último de contribuir a ejercer, cada día más, la psicología de modo fehaciente. Finalmente, no quisiera concluir esta sección, sin dar el correspondiente reconocimiento a la responsable del presente máster, D^a Soledad Navas Luque, y a la coordinadora de la especialidad clínica, D^a. Francisca López Ríos, y como no, reiteradamente a mi tutor académico, D. Ernesto Quiroga Romero, a todos ellos, por la actitud colaboradora y la disponibilidad mostrada a lo largo de todo este periodo.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN EN UNA FOBIA A LA OSCURIDAD

1. RESUMEN.

El estudio de caso presentado a continuación es una intervención psicológica de una fobia infantil a la oscuridad. El sujeto es una menor de siete años con un diagnóstico de fobia específica de tipo ambiental, según los criterios DSM-IV-TR (APA, 2010). El plan terapéutico de evaluación, intervención así como el procedimiento, se describen en el presente trabajo, basándose en la aplicación de técnicas cognitivo- conductuales. El interés se focaliza en la exposición en vivo al estímulo fóbico de forma gradual. El tratamiento implica a los tres sistemas de respuesta abordándose el exceso de activación vegetativa (sistema psicofisiológico), de pensamientos negativos e irreales (sistema cognitivo), y de conductas de escape o evitación (sistema conductual). Los resultados revelan una reducción significativa de la sintomatología clínica al comparar el pre-tratamiento con el pos-tratamiento. Asimismo, en los seguimientos efectuados, al mes y a los tres meses, se verificó que los logros terapéuticos se mantenían.

2. INTRODUCCIÓN.

Si se tuviesen que describir las características definitorias del miedo, se podría decir que éste es uno de los fenómenos más universales, presentes no sólo en todas las etnias del ser humano, sino también en cualquier ser vivo del reino animal. Igualmente, se podría señalar que tiene un marcado valor adaptativo. No obstante, el miedo también puede llegar a ser desadaptativo, esto es, alterar, perturbar o crear un malestar significativo en el transcurso y desarrollo de las actividades cotidianas de la persona, además si se trata de infantes o adolescentes, aquél puede llegar a limitar o dificultar el desarrollo personal y social de los mismos, por no mencionar las repercusiones para el

funcionamiento de la vida familiar, llegando a crear serios problemas igualmente a los padres.

La infancia es una etapa de rápido crecimiento y desarrollo, y donde atendiendo a la edad del menor, determinadas conductas pueden ser consideradas como evolutivamente normales o propias de la etapa actual, como bien pudiera ocurrir con los miedos, la inquietud o incluso la agresión. Efectivamente, los niños experimentan numerosos y diversos miedos a lo largo del desarrollo, la mayoría de ellos suelen tener carácter transitorio y de aparición específica a una determinada edad, remitiendo con el mero paso del tiempo, estos son los denominados *miedos evolutivos* o <<normales>>. A su vez, se puede hablar de miedos innatos, no aprendidos y dependientes de la etapa de desarrollo en el que se halle el niño, tal como el miedo a los ruidos fuertes, a los extraños, etc., y miedos aprendidos, que tienen la función de supervivencia en el mundo social, al indicarnos el estado de seguridad o peligro existente del medio sobre el individuo, como ejemplo bien pudieran servir el miedo a la velocidad.

Sin embargo, en ocasiones, algunos de estos miedos se mantienen, aumentan su intensidad y no remiten con el mero paso del tiempo, persistiendo durante años y llegando a incrementarse en la adolescencia, y a subsistir en la adultez. En estos casos, se habla de *miedos clínicos* o *fobias*, y a diferencia de los primeros, no desaparecen por sí solos, si no que precisan de una intervención psicológica.

En definitiva, mientras los miedos evolutivos son positivos y adaptativos, los miedos clínicos merecen una atención especial ya que presentan elementos perturbadores o indeseables para el desarrollo del niño, siendo los más frecuentes: un estado de temor y angustia incapacitante para el infante, provocando elevadas dosis de sufrimiento, así como una serie de molestias para el entorno vital del niño principalmente, padres, hermanos y compañeros.

○ Principales teorías explicativas de los miedos infantiles.

En relación a las teorías explicativas de los miedos infantiles, varias son las planteadas hasta el momento desde antaño, siendo principalmente tres las alternativas con mayor evidencia, y son:

- I. **La teoría que mantiene que el miedo es debido a una base biológica y genética:** siendo dicha base biológica la que explique las reacciones de miedo con independencia de las experiencias concretas de aprendizaje del individuo. Son varios los autores que han defendido esta corriente si bien, cabe destacar a Freedman (1965) y el estudio que llevó a cabo con gemelos, descubriendo que existía mayor concordancia en gemelos univitelinos humanos que entre los gemelos bivitelinos en cuanto a la aparición del miedo al extraño.

Del mismo modo, a pesar de las diferencias transculturales en las pautas y tipología de crianza, Denis (1940) halló que tanto en los indios Hopi como en el mundo occidental, alrededor de los cuatro meses de edad ya está presente la respuesta de “*miedo a los extraños*”. Ainsworth en 1963, corroboraba estos mismos hallazgos en niños ugandeses.

Otra evidencia muy contundente vino de la mano de Sackett (1966) en el estudio que llevó a cabo con los monos resus. El experimento fue diseñado de forma que ocho monos fueron criados en aislamiento total desde su nacimiento hasta los nueve meses de edad, siendo la única información transmitida la de una serie de diapositivas en color donde aparecían monos resus desarrollando una serie de actividades típicas como explorar, amenazar y jugar. Asimismo, también se mostraron otras diapositivas neutrales donde no aparecían monos. Las diapositivas se presentaron de dos modos distintos: en el primer modo, las fotografías eran proyectadas diariamente durante un periodo de dos minutos y el mono observador no tenía ningún control sobre la exposición ni su duración. En el segundo modo, el mono podía elegir las diapositivas a observar accionando una

barra (periodo de observación de 15 segundos). Las reacciones de los resus eran registradas. De especial atención e interés fueron aquellas tipificadas o denominadas como *reacciones de rechazo o perturbación*, esto es, balanceo, acurrucarse, auto-abrazarse, miedo y huida. Los resultados obtenidos determinaron que estos animales mostraron ser muy selectivos en su reacción de miedo tanto en el objeto, como en el tiempo de exposición al mismo. Tan sólo la diapositiva que mostraba a un resus amenazante provocaba esa reacción de miedo, mientras que a lo largo de los nueve meses de vida en privación social las restantes diapositivas no provocaron apenas miedo. Se concluyó pues, que en los monos resus el miedo surgía en torno a los dos meses y medio y alcanza su máximo hacia los tres, siendo a partir de los tres meses y medio cuando disminuye. Por todo ello, cabe entender que ya que no existe otra fuente de información ni comunicación fuera del ambiente, la reacción de miedo es algo predeterminado y predispuesto genéticamente. Del mismo modo, deja entrever que existe una base biológica para el desencadenamiento de respuestas, entre las cuales se encuentran las de miedo, principalmente al percibir un miembro de la misma especie en actitud amenazante.

Sin embargo, hay una gran variedad de miedos que difícilmente pueden ser justificados meramente por el componente genético o biológico, sin atender a otros factores tales como los perceptuales o los de aprendizaje, hasta tal punto que no es posible ni garantía suficiente, afirmar que la aparición de un fenómeno en distintas culturas sea debido a la existencia de una base biológica. Cada día existe mayor evidencia del papel decisivo de fenómenos tales como los mencionados en las líneas precedes, esto es, de la influencia del aprendizaje y de lo perceptual.

II. **La teoría que mantiene que el miedo es debido a reacciones aprendidas:** el niño a través del condicionamiento clásico, instrumental o vicario, aprende a temer ciertos estímulos ambientales (Pelechano, 1980a). Las investigaciones o trabajos que refuerzan esta hipótesis han sido varios, si bien es de destacar el célebre experimento llevado a cabo por Watson y Rayner –considerado como el punto de partida del estudio conductual de los miedos desadaptativos en la infancia-, en el año 1920 con el bebé Albert, al cual se le condicionaron diversos miedos (miedo a las ratas, conejos, abrigos, perros, algodón, barba de papá Noel, e incluso al cabello del mismísimo Watson) a través del condicionamiento clásico, apareando el estímulo incondicional, esto es, un sonido fuerte, con el primer estímulo condicionado seleccionado, una rata. Igualmente, Jones en 1931 y Mowrer a mediados de siglo, lograron a través de sus estudios dar más base y apoyo a esta teoría.

Posteriormente, Mary Cover Jones (1924a) analizó varios de los métodos propuestos como terapéuticos por Watson y Rayner, constatando que de aquéllos los que reducían considerablemente el miedo ante el estímulo real, eran fundamentalmente la imitación social (aprendizaje observacional) y el condicionamiento directo (aprendizaje clásico).

Sin duda, fueron Bandura, Grusec y Menlove (1967) quienes investigaron la implicación e importancia del aprendizaje observacional en el tratamiento de las fobias en la infancia, mediante un experimento llevado a cabo con 48 niños de entre tres y cinco años, asignados al azar a dos condiciones de modelado (donde los infantes observaban a un niño de cuatro años llevar a cabo conductas de interacción con un *cocker spaniel* que requerían cada vez una mayor dificultad, esto es, un modelado gradual) y a dos condiciones de control. Asimismo, Bandura y Menlove en 1968 comprobaron la eficacia del modelado simbólico a través de proyecciones de películas, si

bien, no obstante, la comparación de los resultados de ambos experimentos concluye que el modelado en vivo es superior al simbólico.

Parece existir consenso a la hora de emplear la técnica de modelado de forma gradual fundamentalmente por dos motivos:

- i. Al ser menos aversivo es menor la probabilidad de que tenga lugar una respuesta de escape/ evitación.
- ii. Posibilita un mayor control sobre los procesos de cambio conductual.

Venn y Short (1973) en un experimento con niños de preescolar, lograron que éstos adquiriesen las respuestas de miedo a través de las leyes del aprendizaje observacional, al presentarle a los sujetos una filmación en la que se contemplaba a un niño de la misma edad reaccionando con miedo ante la figura de *Mickey Mouse* que su madre le ofrecía, y reaccionando de modo neutral ante la figura del pato *Donald*. Posteriormente, se comprobó que los infantes evitaban mayoritariamente al muñeco de Mickey Mouse, seleccionando preferentemente para el juego al pato Donald. De acuerdo a esta perspectiva, se explicaría cómo muchos niños adoptan los miedos de los progenitores mediante este tipo de aprendizaje.

Del mismo modo, se ha utilizado frecuentemente la desensibilización sistemática, siendo probada su eficacia por diversos autores para tal problemática. Como referencia de investigación controlada con niños, se halla en la bibliografía la realizada por Kondas (1967), con veintitrés alumnos con edades comprendidas entre los once y quince años con ansiedad ante los exámenes, miedo escénico o miedo a hablar en público. Los resultados revelaron que la desensibilización sistemática en grupo es más eficaz que el entrenamiento autógeno, y el entrenamiento en imaginación (sin exposición in vivo).

No obstante, a pesar del uso extendido de dicho método, la práctica clínica con niños muestra que aquélla no puede aplicarse

de modo estandarizado en la mayoría de las ocasiones debido a dos dificultades: por el escaso o nulo entrenamiento en relajación, o porque el éxito con los estímulos fóbicos imaginados no se generalizan a los estímulos fóbicos en la vida real. Por ello, diversos autores han propuesto una amplia gama de elementos sencillos y económicos sustitutos de la relajación para aquellos casos donde la misma no sea especialmente indicada. Dicha gama comprende entre otros las siguientes respuestas incompatibles con la ansiedad (tal y como sucede con la relajación): la comida (Jones, 1924b), la presencia de los padres (véase English, 1929; Jersild y Holmes, 1935), la compañía de adultos relacionados positivamente con el niño, como por ejemplo el terapeuta (Gervy y Hegrenes, 1966; Kissel, 1972), las “*imágenes emotivas*” (Lazarus y Abramovitz, 1962), los fármacos (Lazarus, 1964), las respuestas asertivas (Cherches y Blackman, 1963), los juguetes y el juego (Bentler, 1962; Craghan y Musante, 1975; Montané y Gotzens, 1982), la risa (Sosa, Capafons, Gavino y Carrió, 1989), etc.

Bajo este prisma, otras de las técnicas empleadas en las fobias infantiles son las denominadas técnicas operantes, tal como el reforzamiento social y material (Patterson, 1965), las aproximaciones sucesivas o la extinción de las conductas de escape/ evitación y el reforzamiento positivo de dichos comportamientos, la práctica reforzada o moldeamiento, la economía de fichas, los contratos de contingencias, las instrucciones o autoinstrucciones, inundación en vivo, la implosión, o las “*escenificaciones emotivas*”.

- III. **La teoría que mantiene que el miedo es debido a la denominada como hipótesis del reconocimiento perceptual:** el principal defensor de esta teoría es Hebb, a través de su trabajo publicado en el año 1946, en el cual logró desarrollar los miedos en chimpancés. El diseño del mismo fue el siguiente: un grupo de

chimpancés fue criado de modo aislado, sin poder ver a otros iguales. El segundo grupo de animales, se crió en un ambiente visual estimular normal. A ambos grupos se les presentó como estímulo crítico una réplica hecha en plástico de una cabeza de chimpancé, y se observó cómo en el primer grupo no mostró una respuesta de miedo, si no de indiferencia y de mediana curiosidad, mientras que el segundo grupo manifestó una reacción de miedo extremo. Según Hebb era debido a que éstos sí habían aprendido un patrón de respuestas perceptuales concretas entre las cuales se hallaba el concepto de “chimpancé” no como la cabeza, sino como el cuerpo en su totalidad, formando la misma una parte concreta del cuerpo, es decir, dada la integración perceptual corporal eran capaces de detectar diferencias y extrañezas.

Bajo esta perspectiva, se explicaría el miedo infantil a los extraños como un patrón de respuesta disonante con el patrón perceptual familiar para el bebé, principalmente, su madre y cuidadores inmediatos. Por tanto, los bebés que han sido criados primordialmente por su madre y siendo el núcleo familiar de tamaño o con un número de miembros reducido, cabría predecir que presentarían más intensamente y más precozmente el miedo a los extraños.

Esta teoría no es incompatible con la precedente, si no un tipo de aprendizaje más, mediante los patrones perceptuales y de la formación de categorías.

- Definiciones conceptuales: miedo, fobia, ansiedad y pánico.
 - Miedo: el miedo suele ser clasificado como una emoción básica, es equivalente al concepto de ansiedad, pero a diferencia de ésta última, en el miedo la reacción es menos difusa ya que tiene lugar como respuesta a un estímulo concreto, esto es, un peligro real o imaginario (Marks, 1969). Asimismo, el miedo está vinculado a la acción o inactividad absoluta, es decir, es un motivo cuya finalidad

primaria es el escape/ evitación. Así pues, el miedo viene a ser como una alarma primitiva que el organismo posee para afrontar el peligro presente, asociada a un sistema defensivo ancestral de lucha-huida.

Para Jersild (1968) el miedo es una emoción esencial e inevitable que posee dos funciones básicas:

- i. Activar la energía necesaria en los momentos de peligro,
- ii. Promover y llamar la atención hacia la precaución y la prudencia en el pensamiento y la acción.

Morris y Kratochwill (1983), identifican algunas notas definitorias del concepto de miedo, como son:

- a) Se trata de un fenómeno evolutivo hasta el punto que la presencia del miedo debería considerarse como una parte integral del desarrollo psicológico normal. La existencia de miedo exigiría la activación de los distintos sistemas de alerta ante la presencia real o imaginada de un peligro, de una situación estimular percibida como aversiva, punitiva y /o letal, y desde allí, requiere la existencia del funcionamiento correcto de los procesos de detección, análisis y discriminación de las distintas parcelas de la realidad. La puesta en acción de estos mecanismos sugeriría una relación entre aparición de miedos y edad-madurez mental. Se entiende que esta relación debe de ser positiva hasta cierto nivel al principio; negativa posteriormente de modo que a mayor nivel mental mayor volumen de habilidades de dominio, para pasar finalmente, a ser positiva, ya que un mayor nivel mental podría llevar consigo la aparición de un mayor volumen y calidad de habilidades para superar las situaciones amenazantes o problemáticas que se presentan, pero conjuntamente se establecería un mayor número de asociaciones que podrían cristalizar en la detección de “miedos posibles”.
- b) Muchos miedos suelen ser transitorios: aparecen en niños de edad similar y no suelen interferir con el funcionamiento

psicológico cotidiano. Usualmente, parecen episodios comprometidos con cambios evolutivos debidos a presiones ambientales, sin una patología especial y que suelen diluirse al poco tiempo.

- c) Las experiencias, vivencias y emociones apareadas con los “miedos evolutivos”, permiten al ser humano generar y consolidar medios y recursos encaminados a resolver de modo usualmente satisfactorio situaciones estresoras.
- d) Comprometer reacciones normales ante una serie de estímulos, unos provenientes del mundo exterior y otros generados por el propio sujeto y autocalificados como directamente amenazadores o aparejados con estímulos percibidos como peligrosos.

En la medida en que se habla de la necesidad de enfrentamiento con el objeto temido para la eliminación de ese temor, posiblemente el mecanismo de superación sea el coraje. Para Mowrer (1960), miedo y coraje son antitéticos e incompatibles de modo que hablamos de coraje cuando no existen indicadores comportamentales de miedo en situaciones en las que cabría esperarlos. Rachman (1978) sin embargo, defiende la idea de que miedo y coraje son simultáneos, y que se habla de coraje cuando se realizan acciones en presencia del miedo.

- Fobia: es definida como un miedo extremo. Por su parte, Marks (1969) expone que el miedo puede ser considerado fobia cuando concurren las siguientes circunstancias (Sandín, 1996):
 1. Son miedos intensos y desproporcionados con respecto al peligro real de la situación; durante edades no infantiles la persona suele ser consciente de que el miedo es excesivo.
 2. Las reacciones de miedo no pueden ser explicadas ni razonadas, es decir, son irracionales. Los argumentos lógicos

suelen ser irrelevantes (el hecho de explicar al individuo el carácter inocuo de la situación no suele ser efectivo para reducir el miedo). En edades no infantiles, la persona suele ser consciente de que las respuestas de miedo son irracionales.

3. Las respuestas de miedo no pueden ser controladas; los esfuerzos de la persona para vencer el miedo suelen ser infructuosos.
4. El miedo conduce a la evitación de la situación temida, característica típica de la fobia. La persona evita la situación amenazante o escapa si inesperadamente se encuentra ante ella. En ocasiones, se tolera la situación pero experimentando un elevado nivel de miedo y malestar.

Miller, Barrett y Hampe (1974), señalan que una fobia es una forma especial de miedo que reúne las siguientes características¹:

- a. No guarda proporción con el peligro real de la situación.
- b. No puede ser explicado ni razonado.
- c. Está fuera de control voluntario.
- d. Lleva a evitar la situación temida.
- e. Persiste durante un periodo prolongado de tiempo.
- f. Es desadaptativa.
- g. No se asocia a una edad o etapa específica del desarrollo.

Miller et al. (1974) ponen el énfasis en la naturaleza transitoria de los miedos y en su curso evolutivo, y por este motivo se convierte en probablemente la definición más aceptada de la fobia dentro del ámbito de la infancia y adolescencia (King et al., 1994). King y colaboradores, concluyen que tal vez el criterio más significativo para definir un miedo como fobia, es el malestar o

¹ Nota: las cuatro primeras características coinciden con las propuestas por Marks (1969).

sufrimiento personal y la interferencia con el estilo de vida cotidiano del niño /adolescente.

- **Ansiedad:** es una respuesta anticipatoria de alguna amenaza externa o interna, caracterizada por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles (por ejemplo, inquietud motora), y cambios fisiológicos asociados a la hiperventilación del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, taquicardias, sudoración, etc.). La ansiedad implica un estado de activación no dirigido, o un miedo no resuelto (p.ej., ante la falta de toma de decisión, o situaciones incontrolables). La ansiedad es un fenómeno más cognitivo (no tan fisiológico ni automático), implica un conjunto más difuso de emociones (estructura cognitivo-afectiva), está más orientado hacia el futuro y hacia la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad.

- **Pánico:** es una reacción súbita y aguda de miedo intenso, que se desarrolla de forma rápida, sorprendiendo a veces al individuo, es inesperado, y dicha reacción se acompaña de una serie de síntomas fisiológicos (como por ejemplo, taquicardia, temblor, sensación de falta de aire, etc.), y cognitivos (por ejemplo: miedo a perder el control, a tener un ataque al corazón, a morir, etc.). Hasta hace muy poco se ha venido asumiendo que el pánico es un fenómeno exclusivo de la edad adulta, y puede estar presente al final de la adolescencia. Se suponía que el niño y el adolescente no poseían la madurez cognitiva necesaria para experimentar las reacciones del ataque de pánico. No obstante, hoy se conoce no sólo que los niños y adolescentes también presentan ataques de pánico, sino también que bastantes adultos recuerdan haber experimentado sus primeros ataques de pánico durante la infancia o adolescencia.

En conclusión, se puede afirmar que las respuestas fóbicas y de ansiedad son siempre respuestas aprendidas, mientras que las respuestas de miedo tienen un marcado valor adaptativo y supervivencial. Por su parte, las respuestas fóbicas y de ansiedad no tienen valor adaptativo ni supervivencial.

○ Características comunes y diferenciales en el miedo, la ansiedad y las fobias.

Las respuestas de miedo, ansiedad y fóbicas, comparten una serie de características o componentes comunes, tales como:

- a. *Componente subjetivo-cognitivo*: anticipación de un peligro, pensamientos negativos, sensación emocional de pánico o temor, etc.
- b. *Componente motor*: temblor, inquietud, pérdida de tono muscular, huida, etc.
- c. *Componente neurovegetativo*: reacciones autónomas controladas por el sistema nervioso simpático, como por ejemplo, sudoración, dilatación pupilar, taquicardia, inhibición de la saliva, pérdida de control de esfínteres, desmayo, pérdida de conciencia, etc.

En psicología se habla de *miedo* cuando una persona reacciona con el patrón de respuestas especificado en los párrafos precedentes, de modo innato o aprendido ante situaciones, objetos o seres animados y esta reacción posee un valor adaptativo, un valor funcional de supervivencia. Sin embargo, si las reacciones de miedo no se encuentran relacionadas directamente con ningún objeto, personal, situación o animal claramente identificable –*el tener miedo a no sé qué*–, se habla en sentido estricto de *respuesta de ansiedad*. Por último, cuando la respuesta de miedo se dirige hacia un/ os objeto/s en concreto y limitado se habla de fobia.

A modo de ejemplo ilustrativo de discriminación entre el miedo y la fobia, servirían los siguientes casos: se podría decir que si nos encontramos frente a una serpiente a poca distancia, la respuesta

emitida sería de miedo. Si presentamos miedo a un gato juguetero, se hablaría de fobia, y si éste se aproximase con signos claros de estar afectado por la enfermedad del virus Rhabdoviridae, género Lyssavirus tipo 1 (rabia) y manifestamos una respuesta de huida, ésta no es debido a una fobia si no al miedo.

o Mecanismos de adquisición y mantenimiento de las conductas fóbicas y de las reacciones de ansiedad.

Son varios los procesos que permiten explicar el aprendizaje de las conductas fóbicas y de las reacciones de ansiedad, siendo capitalmente primordiales los siguientes procesos:

- Condicionamiento clásico o respondiente: consiste en un proceso de aprendizaje asociativo en el que si un acontecimiento indiferente o neutral (*estímulo neutro*) se asocia, casi siempre de forma repetida, con un estímulo que suscita automáticamente temor (*estímulo incondicionado*), el estímulo neutro en sí mismo, acaba convirtiéndose de este modo en un estímulo condicionado, llegando a generar una respuesta similar a la que provoca el estímulo incondicionado (*respuesta incondicionada*), a la que se le denomina *respuesta condicionada*. En suma, lo que tiene lugar es una asociación entre dos acontecimientos o estímulos.

Una vez que el sujeto ha adquirido una respuesta condicionada puede preverse que seguirá presentando esta respuesta, siempre que el estímulo condicionado preceda inmediatamente al estímulo incondicionado. Si el estímulo condicionado se presenta sucesivamente sólo muchas veces, sin la aparición del estímulo incondicionado, la respuesta condicionada no será reforzada y por tanto, se extinguirá, esto es, la *extinción* hace referencia a la pérdida progresiva de la

asociación condicional². No obstante, un fenómeno frecuente que suele tener lugar tras la extinción de una conducta, es el denominado como *recuperación espontánea* y que consiste en la reaparición de la respuesta condicionada extinguida previamente, tras un periodo de suspensión. Por este hecho, se entiende el fenómeno de la extinción como una forma de inhibición, ya que la desaparición de la respuesta no es definitiva.

Del mismo modo, puede desarrollarse la *generalización de respuestas*, la cual se fundamenta en la difusión de una respuesta condicionada a acontecimientos similares al estímulo condicionado, y a aspectos de la situación en la que se condicionó inicialmente la respuesta. Si bien, los niños como individuos generalizan, también aprenden a responder a un estímulo y a inhibir esa respuesta a un segundo estímulo parecido, es lo que se denomina *discriminación del estímulo*.

- Condicionamiento instrumental u operante: es aquél que fomenta la activación o inhibición de una conducta a partir del refuerzo (si se desea potenciar una conducta), o castigo (si por el contrario se anhela que la misma desaparezca) de la ejecución de la conducta de la que se trate. Es la reacción del ambiente a la respuesta de una persona lo que determina lo que ocurrirá, y lo que depende a la hora de que se emita nuevamente o no dicha conducta en circunstancias similares en ocasiones futuras. Precisamente, la clave para el aprendizaje operante es la consecuencia de la respuesta, o lo que es igual, es un aprendizaje asociativo entre una respuesta y su consecuencia.

El condicionamiento operante es el principal responsable a la hora de mantener y de intensificar una respuesta fóbica ya

² La extinción tiene lugar tanto en el condicionamiento clásico (tras el estímulo condicionado no se presenta el estímulo incondicionado), como en el condicionamiento instrumental (tras la respuesta no se emite el reforzador).

adquirida. Las fobias se mantienen sistemáticamente por dos mecanismos implicados como son:

- a) La fobia se salvaguarda cuando el niño evita enfrentarse y huye del objeto fóbico. Esta evitación o huída reduce la respuesta de ansiedad, es decir, puesto que ella termina por tranquilizar al niño, tal reacción es reforzada y con ello, no se deja posibilidad a la que la fobia pueda extinguirse.
 - b) La reacción fóbica puede ser directamente recompensada por otras personas, por ejemplo mediante la atención prestada o que recibe el infante, lo que insta a que se conserve dicha respuesta, lejos de tranquilizar y reducir el miedo.
- Aprendizaje observacional, vicario o por modelado: es aquel aprendizaje que tiene lugar mediante la observación de otras personas, por ende, el interés se focaliza en el análisis de los efectos que puede tener en el desarrollo de las nuevas conductas y habilidades, el hecho de exponer a una persona como espectador u observador ante el comportamiento del otro.

Este tipo de aprendizaje es especialmente relevante ya que a través de la observación -entendiéndose ésta como: observar propiamente dicho, oír o leer acerca de la conducta de un individuo o grupo-, de modelos que adquieren una gran cantidad de miedos el observador puede terminar por adoptar a aquéllos.

En la práctica clínica se ha observado frecuentemente que los niños aprenden a reaccionar con ansiedad y temor, al ver reaccionar o comportarse de esa misma manera a sus padres u otras personas cercanas a la vida del niño y que pueden actuar como modelos.

En la adquisición de las conductas imitativas intervienen una serie de mecanismos como los procesos atencionales,

(prestar atención a las conductas realizadas por el modelo para poder discriminar las propiedades relevantes de la misma), los procesos de retención (la conducta observada en el modelo se almacena en la memoria del observador, se codifica, clasifica y se reorganiza, los elementos de conducta relevantes en esquemas familiares que hagan fácil su posterior recuerdo), los procesos de reproducción motora (una vez la conducta se acepta como apropiada, el observador la reproduce guiado por la memoria) y los procesos motivacionales (son los que determinan la transformación del aprendizaje en actuación, jugando un papel relevante tanto en la adquisición de las respuestas imitativas, como en su puesta en práctica, siendo fundamental los refuerzos o recompensas).

Los principales tipos de aprendizaje vicario son:

1. *El modelado participativo:* en éste el observador interactúa directamente con el modelo (poderoso dispensador de refuerzos). Se distinguen dos subtipos:
 - El modelado participativo de acción gradual: es aquél en el que el modelo interactúa con el observador, realizando tareas progresivamente más difíciles e incitando al observador para que las repita, recibiendo éste posteriormente su recompensa.
 - El modelo participativo con reproducción forzada: utilizado prioritariamente en el caso de perseguir la implantación de conductas en casos muy graves. Resulta aquí muy importante la gradación en dificultad de las tareas, así como su división en pequeños pasos. El buen rendimiento se acompaña, en cada intento, con abundante refuerzo social.
2. *Modelado no participativo:* En él, el modelo no tiene relación alguna con el observador y éste únicamente posee información de las consecuencias que se derivan de la acción del modelo.

3. **Modelado encubierto:** consiste en pedirle a una persona que imagine una serie de escenas, dentro de las cuales se debe de situar ella misma junto a un modelo heroico, para que aquél de modo aislado primero lleve a cabo una serie de acciones, y después ambos conjuntamente.

La exposición a modelos tiene como principales efectos sobre la conducta los enumerados a continuación:

1. **Efecto de aprendizaje o efecto de modelado:** el observador adquiere una conducta nueva que no existía previamente en su repertorio comportamental, tras su exposición al modelo. Es de mayor importancia durante los primeros años de vida del niño y es en este momento del ciclo vital, cuando se forman muchas conductas nuevas, ya que conforme éste crece va teniendo una mayor historia personal de experiencias previas.
2. **Efectos inhibitorios y desinhibitorios:** tiene lugar sobre conductas previamente adquiridas, y se habla de *efecto inhibitorio*, cuando un niño observa cómo una conducta es castigada, inhibiendo el observador su propia conducta como consecuencia de la experiencia de modelado. Por su parte, se dice que tiene lugar un *efecto desinhibitorio*, cuando el observador ha sido previamente castigado por una determinada acción o comportamiento, el cual está inhibido, esto es, su frecuencia de ejecución es baja, pero que puede comenzar a aumentar si ve a un modelo realizar esa misma conducta sin recibir consecuencias desagradables.
3. **Efectos facilitadores de la acción:** sucede cuando una conducta aprendida llega a ser más frecuente después de observar a un modelo.

Los factores que permiten o facilitan el aprendizaje por modelado son los enumerados a continuación:

- Los refuerzos o recompensas que recibe el modelo por su conducta.
- Los refuerzos que son proporcionados al observador por prestar especial atención a la conducta del modelo.
- Características coincidentes entre modelo y observador, como *sexo y edad*, así como que el primero tenga un prestigio reconocido, suele influir en un mejor modelado.
- Los modelos múltiples realizando la misma actividad o acción aumentan las probabilidades de producir el cambio en la conducta del observador.
- El observador posee una serie de habilidades básicas para la imitación de la conducta observada, tales como los procesos de atención, retención, reproducción motora, y los procesos motivacionales.

Además de estos tres procesos básicos de aprendizaje existen otros mecanismos que explican el origen etiológico de los miedos, tal como:

- Exposición directa, brusca y/o persistente a uno o más acontecimientos traumáticos.
- A través de la instrucción e información.
- Determinadas disposiciones que favorecen el desarrollo de la respuesta fóbica y de ansiedad: características de personalidad p.ej., personalidades introvertidas e inestables emocionalmente; determinadas alteraciones orgánicas, entre otras.

En último lugar, mencionar que en la actualidad es indiscutible que para el tratamiento de las fobias y en general, los trastornos de ansiedad, las técnicas derivadas de los modelos del aprendizaje clásico, instrumental y observacional, son las más empleadas debido a la

eficacia demostrada para la eliminación y reducción de dichas fobias, miedos y ansiedad.

○ Naturaleza, desarrollo, curso evolutivo y prevalencia de los miedos.

Como se ha mencionado en la introducción del presente trabajo, el miedo tiene un carácter evolutivo. Los seres humanos estamos predispuestos filogenéticamente para responder a determinados estímulos –estímulos preparados o estímulos potencialmente fóbicos- con una respuesta de miedo, como por ejemplo, ante las serpientes, alturas, arañas, oscuridad o extraños, por poder llegar a ser una situación de peligro para la supervivencia. No obstante, claro está que estos miedos son frecuentes durante la primera infancia, remitiendo o extinguiéndose según avanza el curso ontogenético del infante, siendo atípicos en edades adultas. Por otro lado, existen diferencias genéticas individuales que en interacción con los acontecimientos ambientales (familia, experiencias traumáticas, modelos de aprendizaje, etc.), influyen en la adquisición o mantenimiento de los miedos.

En torno a la *naturaleza evolutiva de los miedos*, Jersild y Holmes (1935) realizaron una investigación sobre los miedos durante los seis primeros años de vida del niño, obteniendo como resultado una enorme diferencia en los tipos de miedos, hallando cuáles eran con tendencia evolutiva a descender, con tendencia a incrementarse, o bien a un patrón tanto descendente como ascendente -véase la *Tabla 1-*.

Tabla 1. *Tendencia evolutiva de los miedos.*

Miedos que tienden a descender	Miedos que tienden a incrementarse	Miedos que muestran un patrón ascendente-descendente
Ruidos y agentes de ruido.	Ridículo, ladrones, muerte, sueños.	Animales
Objetos, situaciones y personas extrañas.	Oscuridad, seres imaginarios en la oscuridad, estar solo/ a.	
Caer, pérdida de apoyo, lugares altos.	Amenaza o peligro de daño, tráfico, ahogarse, fuego, cárcel.	
Objetos y situaciones específicos.	Seres imaginarios.	

Posteriormente a Jersild y Holmes, diversos autores han llevado a cabo otros trabajos sobre el carácter evolutivo de los miedos, llegando a conclusiones relevantes tales como las siguientes (Bauer, 1976; Echeburúa, 1993; King et al., 1994; Marks, 1991a; Ollendick, 1979; Ollendick y King, 1991a; Pelechano, 1981; Sandín, 1996; Wenar, 1994):

- a) Es un fenómeno normal que los niños tengan miedo, aproximadamente entre el 90-100% de los niños refieren tener al menos un miedo importante. Se ha sugerido que la incidencia es máxima en torno a los tres años de edad.
- b) Las niñas y adolescentes femeninas, tienden siempre a referir más miedo que los niños y adolescentes masculinos.
- c) Si bien los miedos son un fenómeno común, no es común que persistan a medida que avanza el desarrollo evolutivo.
- d) Después de los seis años tienden a desaparecer la gran mayoría de los miedos específicos.
- e) Unos miedos son más comunes y tienen una naturaleza más evolutiva que otros.
- f) El miedo en ciertas etapas del desarrollo tiene un valor adaptativo.
- g) Los miedos a los animales y los miedos tipo sangre-inyección-daño, aunque suelen observarse en la edad adulta, su comienzo ocurre generalmente durante la niñez (habitualmente antes de los cinco años para los miedos a los animales, y antes de los siete años para los miedos tipo sangre-inyección-daño). Éstos últimos no suelen menguar con el paso de la edad y parecen tener un alto componente hereditario.

Asimismo, los miedos evolutivos varían en función de la etapa o periodo de desarrollo en el que se halle el infante o adolescente, evolucionando en función al desarrollo cognitivo del mismo. Marks (1991a), mantiene que los bebés no suelen experimentar un importante miedo evolutivo durante los seis primeros meses de vida. Parece ser

que aunque el miedo a las alturas, a la separación y a los extraños es innato en gran medida, es necesario cierto grado de maduración en el bebé. La *figura 1* ilustra los miedos más comunes a los distintos periodos evolutivos del niño o adolescente.

Ahora bien, ¿por qué algunos niños experimentan con mayor intensidad el miedo y éste no desaparece con el simple paso del tiempo? Parece ser que las causas explicativas son diversas, si bien parece estar implicado en ello factores tanto genéticos como ambientales. Aunque ciertos estímulos estén preparados filogenéticamente para desencadenar de forma innata los miedos evolutivos, lo normal es que los niños y adolescentes se habitúen a estos miedos, y en consecuencia, desaparezcan ya que la finalidad adaptativa de los miedos es transitoria. El proceso de habituación, o sea, de disminución de la respuesta de miedo en este caso, podría producirse debido a la repetición del estímulo de miedo, a través del tiempo, sin consecuencias traumáticas. La no habituación podría estar potenciada por el aspecto constitucional, -por ejemplo, por el temperamento, la herencia, etc.-, y por el aspecto ambiental, -como por ejemplo, los conflictos interpersonales-. Al ocurrir esto, el miedo puede transformarse en una fobia y pervivir evolutivamente.

Desde el punto de vista constitucional, la variable mejor estudiada es la *inhibición conductual*, la cual puede ser definida como una restricción comportamental, un rasgo temperamental asociado a conductas de la infancia y adolescencia que indican una predisposición. Por ejemplo, el niño de bebé es ya irritable, con tendencia a sentirse triste y mostrarse miedoso cuando comienza a caminar, y a permanecer callado, retraído e introvertido durante la edad escolar, exhibiendo una marcada evitación y activación fisiológica ante situaciones no familiares. De modo que la inhibición conductual, es un elemento importante para desarrollar trastornos de ansiedad, donde generalmente, los niños que presentan un elevado nivel en la presente variable, responderían más intensamente a los estímulos naturales de miedo y ansiedad, y se extinguirían o habitarían más difícilmente. La inhibición conductual,

parece ser universal ya que se ha observado en distintas culturas y en diferentes especies.

Pocas investigaciones han estudiado la contribución genética sobre la evolución de los miedos y las fobias en niños y adolescentes. Rose y Ditto (1983), observaron que existía una mayor concordancia en cuanto a predisposición y expresión del miedo, en gemelos monocigóticos adolescentes, que en los gemelos dicigóticos. Stevenson, Batten y Cherner (1992), obtuvieron resultados semejantes con una muestra de niños y adolescentes. Estos trabajos sugieren que la predisposición al miedo puede estar determinada por ciertos componentes genéticos. A pesar de ello, se ha de reflejar que es difícil aislar de la investigación la influencia ejercida por el ambiente (los gemelos suelen interaccionar más entre sí, que con el resto de hermanos).

Por su parte, los estudios más sobresalientes en torno a la influencia del factor ambiental o del aprendizaje en los miedos, sugieren que los padres con tendencia a ser miedosos y/ o con trastornos de ansiedad suelen tener hijos con miedos o ansiedad, en mayor proporción que los padres que no poseen este modelo comportamental. Este hecho parece estar más vinculado a la progenitora más que al progenitor, lo que sugiere que gran parte de dicho patrón se debe al componente educativo más que al genético. Marks, defiende que el fenómeno *<<referente social>>*, consistente en la búsqueda de información que efectúan los niños sobre las reacciones emocionales de sus cuidadores ante situaciones de incertidumbre, vendría a ser un ejemplo de la influencia ambiental-familiar. Asimismo, cuanto más incierta es una situación para un niño, mayor es la búsqueda de señales que efectuará y sus actos responderán más a ella.

Ollendick y King (1991b), estudiaron en una muestra extensa de niños y adolescentes no clínicos, la contribución de las instrucciones verbales o información negativa, el condicionamiento directo, y el modelado o aprendizaje observacional, en la adquisición de los diez miedos más prevalentes. Los autores concluyeron que la mayoría de los

chicos atribuían el inicio de sus miedos principalmente a la información negativa (89%) y a experiencias de aprendizaje vicario (56%), y en menor grado a sucesos de condicionamiento directo (36%).

Menzies y Clarke (1993), en un estudio clínico donde participaron un total de 50 niños (edad media 5,5 años) con fobia al agua, pudieron constatar que la mayoría de los padres -el 56%-, referían que la fobia siempre había estado presente en el niño, incluso la primera vez que éste afrontó el agua. El 26% de los padres, achacó el origen a experiencias en los niños de aprendizaje vicario (principalmente por contemplar expresiones de diestrés y temor hacia el agua en otros miembros de la familia). El elevado porcentaje de fobias en este estudio generadas sin la intervención de procesos asociativos, apoya la hipótesis de que ciertos tipos de estímulos, altamente preparados, pueden inducir de forma natural respuestas innatas de miedo en edades tempranas.

Sin embargo, el *itinerario o curso de los miedos* no tiene por qué ser siempre la desaparición, sino que por el contrario, en algunas ocasiones estos miedos, como ya se ha mencionado, terminan por convertirse en miedos clínicos o fobias. King et al. (1994), defienden que los miedos excesivos ocurren aproximadamente en el 3-5% de los niños. Las *tasas de prevalencia* referidas por estudios epidemiológicos para edades correspondientes entre los 6 y 17 años, se sitúan en torno al 5% para las fobias específicas y del 1% para la fobia social (Costello y Angold, 1995).

Un aspecto que llama la atención en los resultados de los estudios epidemiológicos recientes es, que no sólo la fobia social no se reduce con el tiempo, sino que tampoco existe evidencia de que disminuya con la edad la prevalencia de las fobias específicas. Parece pues, que el curso de las fobias es, que éstas se cronifiquen, si bien, la continuidad de los trastornos de ansiedad parece ser mucho mayor en las chicas que en los chicos.

Estos nuevos datos contrastan con algunos estudios clásicos, como por ejemplo el realizado por Agras, Chapin y Oliveau (1972),

quienes señalaron que el curso y pronóstico de las fobias infantiles es bastante favorable. Es más, estos autores refirieron que los niños con fobias se recuperaban fácilmente sin necesidad de tratamiento, mientras que los adultos no. Las conclusiones de esta investigación han sido discutidas (véase King et al. 1994).

Figura 1. Miedos comunes en niños y adolescentes según las diferentes fases o periodos evolutivos.



○ Consideraciones para el diagnóstico de las fobias específicas en la infancia o adolescencia.

La psicopatología infantil es el estudio científico, esto es, explicación, descripción y clasificación de las alteraciones conductuales del infante. Es importante no considerarla como una mera extensión descendiente de la psicopatología adulta, sino que por el contrario, desde que se establece -afortunadamente ya en el S.XIX- la disociación niños-adultos, los infantes dejan de ser concebidos como adultos en miniatura, para entender que la infancia, es un periodo con características propias diferenciales de las restantes etapas evolutivas del ser humano.

Esta concepción necesariamente implica una reflexión en torno a cómo definir lo que es una conducta infantil “anormal” o patológica y diferenciarla de la “normal”. Son varios los criterios o aspectos a considerar para ello, destacan:

- Consideraciones evolutivas.
- El papel o rol desempeñado por los adultos.
- El carácter interactivo de la conducta infantil.
- La situacionalidad de la conducta infantil.

Es de vital importancia, señalar ciertas lagunas aún existentes que repercuten, como no puede ser de otro modo, haciendo un flaco favor al abordaje de la variedad de problemas que pueden tener lugar en el periodo infanto-juvenil. En lo que las fobias atañe, en concreto, al diagnóstico, *el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -texto revisado-* (DSM IV-TR), reconoce que la fobia específica de tipo animal y ambiental, pueden iniciarse en la infancia, sin embargo, éstas no son incluidas dentro de los *trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*. Por otro lado, no es hasta el DSM IV, cuando se introduce el término fobia específica, sustituyendo éste al anterior, esto es, al de fobia simple (DSM III), con el fin de equipararse a la nomenclatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En definitiva, como en otras psicopatologías, en especial las

internalizantes, el malestar y las consecuencias que una fobia puede provocar en el individuo, primordialmente en un infante, han sido infravaloradas.

En general, las fobias específicas se definen como un patrón complejo de respuestas de ansiedad, desproporcionadas y desadaptadas, provocadas por la presencia o anticipación de determinados estímulos fácilmente identificables: animales, tormentas, oscuridad, personas disfrazadas, sangre, ascensores, alturas, etc.

El tipo de respuestas que provoca la ansiedad o fobia en el infante son:

- *Fisiológicos*: las principales quejas somáticas suelen ser los sudores, mareos, tensión muscular, dolores de barriga, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo y problemas digestivos.
 - *Emocionales*: terror, pánico, miedo, e irritabilidad.
 - *Conductuales*: el síntoma más característico es la evitación o escape del estímulo fóbico.
 - *Cognitivos*: problemas o alteraciones atencionales, continuos pensamientos de preocupación sobre la situación atemorizante (como por ejemplo, creer ver y oír a monstruos en la habitación o en la casa, en el caso de la fobia a la oscuridad), predicción y expectativas futuras catastróficas.
- Principales tratamientos para la fobia específica.

Existe una variedad de tratamientos psicológicos para aplicar en las fobias de niños y adolescentes. Hoy día, existe evidencia empírica sobre cuáles son los más eficaces, esto es, cuales son los tratamientos <<bien establecidos>>, cuales los que probablemente son eficaces, y cuales se hallan en fase experimental, gracias a los diferentes estudios llevados a cabo al respecto. Parece pues, que sin duda, la terapia de

conducta es pionera en el tratamiento de las fobias infanto-juveniles, disponiendo para ello de una amplia gama de técnicas y diversidad de orientaciones. De modo específico, las principales orientaciones son las que a continuación se describen (véase la Tabla 2):

- Neoconductismo mediacional: Desde este enfoque la conducta de evitación fóbica se explica por la intensa ansiedad que experimenta el niño ante los estímulos fóbicos. Conceptualiza la ansiedad como un conjunto de respuestas emocionales, destacando los cambios psicofisiológicos, adquiridas directamente por procesos de condicionamiento clásico. El objeto de la terapia se centra fundamentalmente en el descondicionamiento, recondicionamiento o contracondicionamiento, según el principio de inhibición recíproca. Las técnicas a destacar dentro de este enfoque son la exposición a los estímulos fóbicos de forma gradual y breve, esto es, la *desensibilización sistemática (DS)*, exponiéndose el cliente en la vida real *in vivo*, o por medio de la imaginación a la situación fóbica; o de forma menos gradual pero más prolongada como ocurre en la *inundación*.

Sin embargo, la desensibilización sistemática en imaginación, puede resultar poco apropiada para aplicar a la población infantil por diversos motivos:

- a) Porque el entrenamiento en relajación puede resultar aburrido para algunos niños, incluso adaptándolo para que resulte más atractivo y apropiado a la edad infantil, e incluso por las dificultades para su aprendizaje y entrenamiento.
- b) Es necesario que el niño posea un adecuado desarrollo cognitivo para la formación de imágenes y el control del contenido de aquellas.
- c) En ocasiones, no se consigue que haya generalización de la realidad mental a la física.

Por todo ello, en niños y adolescentes desde esta orientación se recomienda la desensibilización sistemática en vivo. La

interacción sin apenas graduación con los estímulos fóbicos en vivo es mucho más aversiva que las experiencias escalonadas de DS.

- Análisis aplicado de la conducta: se centra en la conducta motora de escape/ evitación, y en sus relaciones funcionales con los estímulos fóbicos ambientales, postulando que es posible describir y explicar con precisión tanto el desarrollo y mantenimiento, como la eliminación de las fobias infantiles mediante el análisis funcional. El *control de estímulos* y el *manejo de contingencias*, son los métodos terapéuticos genéricos utilizados para modificar la conducta fóbica por medio del control de sus antecedentes y consecuentes respectivamente. Por su parte, el control de estímulos consiste en introducir estímulos discriminativos de la conducta de aproximación, como la instrucción “*aguanta a oscuras hasta que no puedas más*”, y estímulos delta de la conducta de escape/evitación como señal de seguridad, como por ejemplo, tener al lado de la cama un punto de luz o quitamiedos.

El manejo de contingencias se realiza mediante el reforzamiento positivo de la conducta de aproximación y la extinción de la conducta de escape/ evitación. El condicionamiento operante utilizado con las fobias infantiles es la *práctica reforzada*, esto es, aproximaciones sucesivas a los estímulos fóbicos en vivo (práctica), seguidas de consecuencias positivas (reforzada). Los diseños más utilizados por esta corriente son los diseños N= 1, estudios de caso individual, de medidas repetidas de la conducta del niño, en condiciones controladas, y en la inspección ocular de las gráficas de resultados.

- Teoría del aprendizaje social: pretende integrar las posiciones conductistas, radical y mediacional, con las cognitivas. El *modelado* es el procedimiento terapéutico para las fobias infantiles. El modelado que no va seguido de la participación del niño, es eficaz porque la observación de un modelo que interactúa con los estímulos

fóbicos sin consecuencias negativas o mejor aún, con consecuencias positivas atingentes produce la extinción vicaria de la ansiedad y desinhibe la conducta de interacción fóbica. Sin embargo, el modelado seguido de la participación del niño es más potente, porque el aprendizaje no se limita a la mera observación, sino que se acompaña de la imitación infantil de la demostración del modelo. Así pues, para el aprendizaje social el tratamiento indicado es el modelado participativo.

- Terapia de conducta cognitiva: resalta la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Asimismo, otorga a las cogniciones un papel causal, postulando que la conducta depende de las cogniciones. El tratamiento cognitivo más apropiado son las *autoinstrucciones de valentía*, que se ha revelado superiores a las autoinstrucciones dirigidas a reducir el carácter atemorizante de la situación y a las autoinstrucciones neutrales.

En definitiva, el procedimiento terapéutico va a recibir diferentes nombres según el enfoque desde el que se efectúe, así se hablará de exposición (neoconductismo mediacional), aproximación (análisis aplicado de conducta), imitación (teoría del aprendizaje social), o afrontamiento (terapia de conducta cognitiva).

Por último, aludir a los programas multicomponentes, -cuyos resultados han demostrado una elevada eficacia en un estudio meta-analítico llevado a cabo por Orgilés, Rosa y Méndez (2003)-, como tratamiento para los miedos y fobias infantiles, dentro de los cuales destacan principalmente el programa de escenificaciones emotivas de Méndez (1986), y los cuentos y juegos de Mikulas y Coffman (1989).

Tabla 2. Principales orientaciones de la terapia de conducta para las fobias específicas infantiles.

TRATAMIENTO	ORIENTACIÓN	ESTATUS
Desensibilización en vivo	Neoconductista Meridicional	Bien establecido
Desensibilización en imaginación	Neoconductista Meridicional	Probablemente eficaz
Práctica reforzada	Análisis aplicado de la conducta	Bien establecido
Modelado sin participación	Aprendizaje social	Probablemente eficaz
Modelado con participación	Aprendizaje social	Bien establecido
Autoinstrucciones de valentía	Terapia de conducta cognitiva	Probablemente eficaz
Programas multicomponentes (cuento más juegos y escenificaciones emotivas)	Programas multicomponentes	Probablemente eficaz

Es importante mencionar que en la intervención o tratamiento con niños y adolescentes, las técnicas de intervención seleccionadas según los diferentes criterios conjugados (formación o perspectiva del psicólogo, evidencia empírica de las técnicas en una determinada población, o tipo de psicopatología, etc.) deben de ser incluidas en el procedimiento paralelamente a dos elementos fundamentales para la idoneidad y eficiencia de los resultados en la terapia, a saber:

a) **El empleo del juego.**

El juego es una conducta recreativa, lúdica, entretenida, y por lo mismo, reforzante en sí misma. Puede incluso constituir un problema el hecho de que una persona, particularmente un niño, no sepa, no quiera o no pueda jugar. Se ha postulado que el juego es una conducta innata, con funciones evolutivas, de adaptación y supervivencia (Caballo, V. E., y Simón, M. A., 2007.), y con propiedades terapéuticas que producen cambios conductuales. No obstante, resulta llamativo lo poco que se ha utilizado la terapia de juego desde una perspectiva cognitivo- conductual, es más no se han publicado artículos sobre ello a excepción, de aquellos que han centrado su atención en incrementar la conducta del juego en los niños autistas (Boer, 1968; Lovaas, Koegel, Simmons y Long, 1973; Stahmer y Schreibman, 1992), siendo enfocado el juego más como una conducta-meta o como un reforzador (Hopkins, Schutte y Garton 1971; Salzberg, Wheeler, Devar, y Hopkins, 1971), que como una terapia de

juego propiamente dicha. Tan sólo recientemente Knell (1993), propuso la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC), la cual comparte aspectos con las otras perspectivas de intervención (establecer una relación positiva entre terapeuta y niño; empleo de las actividades de juego para la comunicación; concepción del ambiente terapéutico como un ambiente seguro, etc.). Sin embargo, su principal diferencia reside en su filosofía, en la teoría que sustenta la interpretación y en las actividades de juego, así como en el establecimiento de metas terapéuticas y el uso de las estrategias para lograrlas (refuerzo, modelado, identificación de creencias irracionales, manejo de distorsiones cognitivas, etc.), destacando por parte del terapeuta una función más educativa y directiva.

Desde el punto de vista terapéutico, el juego puede dividirse en:

- i. El juego como relación interpersonal: a través del juego el niño se relaciona con el mundo exterior y el terapeuta puede enseñarle a desarrollar distintos tipos de relaciones interpersonales de diferente naturaleza. Dentro de lo denominado por relación interpersonal tiene cabida el empleo del juego:
 - *Como medio para romper la resistencia*: hay niños tímidos y/ o atemorizados, que no se atreven a hablar con el terapeuta, ocurriendo con frecuencia en los niños que han sufrido abusos físicos y/o sexuales (Mitchum, 1987, Pellegrini y Perlmutter, 1988; Sinason, 1988). Para lograr la confianza del niño en la situación de terapia, el juego empleado puede ser tanto el libre y espontáneo, como el formal o terapéutico.
 - *Como recurso interpersonal*: para poder enseñar al niño cómo comportarse en diferentes situaciones (Russ, 1955), se utilizan para ello diferentes técnicas o recursos (tales como el modelado simbólico o directo, el moldeamiento, etc.) que faciliten en el niño el aprendizaje de instrucciones o el seguimiento de normas, el control de la impulsividad, la mejor tolerancia a la frustración, el mantener un

comportamiento organizado, las estrategias cognitivas, etc. Por tanto, a través del juego, el niño puede aprender una relación interpersonal sana, de respeto, en donde se le escuche y aprenda a escuchar, donde su opinión cuenta, donde determinadas conductas no apropiadas (por ejemplo, por ser transgresoras de la norma) no tengan lugar y no sean funcionales ni reforzadas.

- *Como recurso de conductas interpersonales específicas:* el juego es empleado para modificar aquellas conductas específicas por las cuales se solicita la intervención psicológica, como bien pudiera ser por ejemplo, el juego colaborativos o cooperativos para dos hermanos que se pelean frecuentemente.

ii. El juego estructurado: se caracteriza por sus reglas, normas, instrucciones y excepciones preestablecidas con claridad. Se subdividen en:

- *Juegos de mesa diseñados con fines terapéuticos:* tienen la ventaja de ser estructurados y elaborados para ser utilizados en ambientes de espacios interiores y reducidos, así como en periodos de tiempo relativamente cortos, de manera que son aprovechables en el ambiente clínico y en el periodo temporal de una sesión de terapia. Estos juegos de mesa proveen de un conjunto claro de reglas e instrucciones, con el objeto de trabajar, explorar o abordar con mayor facilidad áreas, pensamientos, conceptos, emociones, sentimientos, conductas y habilidades sobre temas específicos.
- *Juegos de mesa no diseñados con fines terapéuticos:* Éstos son los juegos populares como por ejemplo, el dominó, las cartas, el tres en rayas, etc., y pueden ser utilizados con propósitos muy diversos: para iniciar una actividad cualquiera con un niño poco verbal, resistente o

desmotivado, estableciendo un ambiente disposicional que favorezca una forma terapéutica más formal; como distractor o como una actividad reforzante, placentera que permita al niño bajar las defensas y establecer un vínculo de mayor simpatía con su terapeuta (Levy-Warren, 1994). Además estos juegos de mesa pueden también permitir desarrollar habilidades específicas como la discriminación visual y espacial, la imaginación y fantasía, el desarrollo de habilidades motrices finas, de atención y concentración, la postergación de la gratificación o el autocontrol.

- *Juegos de salón o de campo*: existe una gran variedad de juegos de campo que pueden adaptarse a juegos de salón (fútbol, baloncesto, canicas, etc.), siendo la gran mayoría de ellos juegos competitivos y que exigen un mayor desplazamiento y una conducta motora gruesa o fina, pero que tienen reglas muy claras y bien definidas. Asimismo, pueden utilizarse para trabajar las habilidades interpersonales (cooperación, aprender a ceder, a reclamar, a ejercer derechos de manera asertiva, etc.).
- *Juegos de ordenador*: adecuadamente seleccionados pueden utilizarse para elaborar cuentos, ilustrar, dibujar, interactuar y aprender. Algunos juegos de ordenador desarrollados con fines terapéuticos y con una orientación cognitivo-conductual son *The family contract game*, *Solutions*, y *The computer marriage contract game*; Blechman, Rabin y McEnroe (1988).

- iii. El juego no estructurado: El juego espontáneo puede concebirse como una muestra de conducta, o en términos skinnerianos como una operante libre (Skinner, 1938; 1953). Ante una configuración de estímulos, el niño va a escoger los juguetes, objetos o juegos que más le llamen la atención. La probabilidad con que un niño escoja ciertos juguetes y que juegue de determinada manera,

estará dada por varios factores, incluyendo 1) la experiencia previa que el niño tenga con los mismos, 2) características propias del objeto (color, forma, tamaño, vistosidad, funcionalidad), y posiblemente también, 3) los problemas y situaciones de la vida a los que el niño se enfrenta. Resulta altamente probable que el niño represente, utilizando muñecos, juguetes y juegos, situaciones de la vida que le son familiares.

El juego no estructurado puede concebirse al menos desde tres puntos de vista:

- *El juego no estructurado y no directivo*: requiere de un ambiente con muchos juguetes, de manera que el niño pueda elegir, escoger tanto el tipo de juguete como el juego que desea realizar. Proporciona las condiciones idóneas para que se presenten las conductas de mayor probabilidad en el repertorio del niño. Esto puede utilizarse fundamentalmente con fines evaluadores y diagnósticos, haciendo observaciones sistemáticas, no estructuradas inicialmente y luego, operacionalizadas.
- *El juego no estructurado y directivo*: una vez que el niño manifiesta temas de conflicto, de relaciones interpersonales, de distorsiones cognitivas u otros, el terapeuta puede reorientar el juego en una dirección terapéutica.
- *El juego espontáneo*: juego no estructurado pero directivo, no significa que el terapeuta tenga necesariamente que dirigir todo el juego, el tiempo o todas las sesiones. Pueden planificarse juegos para trabajar contenidos específicos, pero también puede dársele al niño la oportunidad de desarrollar su propio juego. Es un excelente recurso para desarrollar la creatividad, que puede manifestarse por sí misma, o proporcionar las bases para el desarrollo de habilidades, como la literaria, teatral, etc.

La terapia ha de ser presentada a los infantes como una oportunidad para trabajar y superar aquellos problemas que le causan cierto malestar en su día a día, de modo atractivo, recreativo y motivacional.

Por su parte, el uso terapéutico de los cuentos está ampliamente documentado en la literatura y representan la oportunidad de establecer un contexto imaginario dentro del cual es posible introducir los estímulos, personajes, situaciones y relaciones que el niño necesite para su trabajo terapéutico.

Los cuentos se pueden dividir en la siguiente tipología:

- i. Cuentos estructurados con fines terapéuticos:* Son aquellos que ha sido desarrollados con el objeto explícito de enseñar a los niños a lidiar con diversos problemas. Este tipo de cuentos constituye un recurso para establecer los elementos necesarios que ayudan al niño a instaurar los cambios cognitivos y conductuales de los que se requiera. Para aprender a manejar los temores se pueden usar por ejemplo, *Night light* (Dutto, 1991); *Gentle willow* (Mills, 1993) para ayudar a entender y aceptar al niño la muerte de un ser querido; *Uncle Lightfoot* –en castellano se puede traducir como *Tío pies lejanos* (Mikulas, W.L., Coffman, M.G., Dayton, D., Frayne, C., y Maier, P.L. 1986) para afrontar el miedo a la oscuridad; *What about me?* (Peterkin, 1992) o *Sarah and Puffie* (Mulder, 1992) para abordar las enfermedades; o cuentos para tratar el divorcio de los padres como *The case of a scary divorce* (Pickhardt, 1997); entre otros.
- ii. Cuentos estructurados sin fines terapéuticos:* Hacen referencia a los cuentos populares de la literatura infantil, que puede ser utilizados y aprovechados con fines terapéuticos como por ejemplo enseñar conceptos, valores y formas de pensamiento. Ilustrativo es el famoso cuento de *caperucita roja* que consta de diferentes versiones según el autor, válido para ilustrar la importancia de la obediencia. Así, los cuentos populares pueden

establecer las condiciones para analizar temas terapéuticos. No obstante, hay que analizar rigurosamente el contenido del cuento o fábula ya que la literatura popular infantil también se halla plagada de obras negativas, como ocurre con *Blancanieves* o *Hansel y Gretel*, al ofrecer una versión prejuiciosa de la figura de la madrastra, como lo hace *Cenicienta* sobre las hermanastras, o *El gato con botas* con los propios hermanos.

- iii. *Cuentos semiestructurados e interactivos*: En este tipo de cuentos, el terapeuta introduce algunos elementos y el niño otros, y juntos elaboran el cuento, incluyendo el tema, los personajes, el argumento, la dinámica, los conflictos y el desenlace. Esta tipología permite que el terapeuta escuche la historia del niño, para posteriormente poder responder con otra similar que incluye una solución más saludable y más adaptativa, de cara a la resolución del problema, lo que permite moldear y modelar el pensamiento lógico, racional y positivo, así como proporcionar ideas y destrezas para resolver situaciones conflictivas.

b) El entrenamiento de padres.

El entrenamiento de padres puede definirse como un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta, por el cual mediante distintas estrategias se logra entrenar a los padres para modificar la interacción coercitiva padres-hijos, con el fin de fomentar a corto plazo la conducta prosocial y disminuir/ eliminar los comportamientos desadaptativos. Se enseña, por tanto, a los padres técnicas de manejo conductual específicas, cuya práctica está bajo supervisión del terapeuta.

De modo específico pueden discernirse los siguientes objetivos en un programa de entrenamiento de padres:

- a. Emplear adecuadamente técnicas conductuales específicas para lograr en el menor un mayor número de conductas deseables, y la

extinción de aquellas consideradas perniciosas para su desarrollo normalizado.

- b. Detectar los desajustes en las interacciones padres-hijos.
- c. Establecer patrones de interacción relacional y familiar positivos, y prosociales.
- d. Detección, intervención y prevención temprana de las conductas graves en niños / adolescentes, y prevención primaria de la delincuencia juvenil posterior.

La lógica nos ha de llevar a pensar que si los padres son los que conviven e interaccionan sin cese, normalmente, con los menores, son éstos pues una de las principales fuentes en la génesis y mantenimiento de la mayoría de las conductas problemas que presenten sus infantes o adolescentes, independientemente de que su actuación sea más o menos deliberada o premeditada. Asimismo, también son quienes inevitablemente poseen un extraordinario potencial para generar a su vez verdaderos cambios comportamentales, ya que son los que cuentan con mayor control sobre los elementos más significativos del ambiente del niño. En consecuencia, parece ser evidente que unos de los elementos responsables de los problemas propios de la conducta infanto-juvenil, lo constituyen los excesos o carencias que presentan los padres en sus repertorios conductuales a la hora de desempeñar sus funciones como tal.

Por todo ello, es fastuoso que los padres aprendan la teoría y práctica de los principios psicológicos que gobiernan el comportamiento infantil, para poder asumir así una parte importante de la responsabilidad del tratamiento psicológico que suele aplicarse mayoritariamente en el ámbito familiar por ser éste como se ha mencionado en las líneas anteriores, donde principalmente pasa el infante la gran totalidad del tiempo.

El entrenamiento de padres posee una larga tradición en el campo de la modificación de conducta, desde donde el autor conductual entiende que la finalidad del mismo no es otra que los padres adquieran una competencia general, en cuanto al manejo de contingencias, la cual permitiera analizar y dar

respuesta a los problemas de conducta de sus hijos. Son dos las principales razones por las cuales se aboga por el entrenamiento de padres:

- 1) Por la cuestión *ética*: hace alusión al derecho y obligación que los padres tienen de educar a sus hijos, dotándoles de la mayor competencia posible para promover su propia salud, prevenir y/ o resolver problemas de conducta, y facilitarles su adaptación al contexto social.
- 2) Por la cuestión *pragmática*: ya que la evidencia confirma que el entrenamiento de padres es una de las modalidades terapéuticas o de intervención más efectivas, esto es, con mejores resultados³.

Ante todo, se ha de evaluar la existencia real del problema aludido por los padres, ya que en el caso de los niños y adolescentes dicha demanda efectivamente suele venir de la mano de los progenitores o cuidadores, dada la carencia de autonomía para solicitar ayuda de los sujetos de este grupo de edad. No obstante, la práctica clínica nos muestra que ya no solamente se ha centrado el interés de los psicólogos o evaluadores en el papel desempeñado por los padres, si no que por el contrario debe evaluarse por diversos motivos:

- a) Los conocimientos del curso evolutivo, las habilidades de crianza y el estado psicológico de cada uno de los padres.
- b) El funcionamiento de los padres como tal entre sí, esto es, la relación entre ambos como progenitores.
- c) El funcionamiento y la estructura familiar.

Una vez se recopila, contrasta y analiza toda la información ha de decidirse si la conducta es realmente problemática y si requiere de intervención psicológica para su modificación.

Los instrumentos de recogida de información para la pertinente evaluación previa al programa de modificación de conducta, en el marco del entrenamiento de padres, así como los propósitos perseguidos por cada uno de los mismos, suelen ser los siguientes (*véase la Tabla 3*):

³ Generalmente es una condición indispensable al hablar de intervención psicológica en la infancia.

Tabla 3. Principales orientaciones de la terapia de conducta para las fobias específicas infantiles.

INSTRUMENTO	PROPÓSITO
Entrevista con padres y/o hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la naturaleza de las interacciones problemáticas. - Determinar las condiciones antecedentes. - Determinar las consecuencias que acompañan a las conductas. - Etc.
Escalas de evaluación conductual.	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener una medida de la percepción de los padres sobre el niño/adolescente (sesgos perceptivos en la evaluación del comportamiento del niño).
Observación directa.	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer patrones específicos de interacción: determinar las variables dependientes. - Evaluar los cambios en las variables dependientes atribuidos al tratamiento.

A la hora de elaborar o estructurar un programa de entrenamiento a padres es recomendable tener en cuenta, entre otras, las consideraciones señaladas a continuación:

- Presentar a los padres con toda claridad desde el principio, los objetivos del programa de entrenamiento, tanto en positivo como en negativo.
- Establecer y describir con claridad los parámetros de las sesiones.
- Diseñar un proceso de evaluación continua de las “*tareas para casa*”.
- Generar, desarrollar y mantener el interés por la evaluación continua de las tareas para casa.
- Simplificar el número de tareas para casa a fin de prevenir los efectos que generan la fatiga.
- Programar reforzadores que minimicen el abandono de la terapia, o la asistencia irregular a la misma.
- Programar la intervención y la adquisición de competencias con una secuencia de dificultad y complejidad crecientes.

- Maximizar la implicación de los padres en la realización de actividades.
- Prevenir las dificultades que pudieran surgirles a los padres en la aplicación del tratamiento.

3. MÉTODO.

3.1 Sujeto.

Sofía H.R. (nombre ficticio) de siete años de edad, cursa segundo de Educación Primaria, en un colegio público de la capital almeriense. La menor es llevada a consulta por su madre debido al miedo intenso que presenta a la oscuridad. Por lo que refiere la progenitora, este miedo surgió cuando Sofía tenía aproximadamente unos cuatro años, al parecer, a raíz de visionar una película que se clasifica dentro de las denominadas de género de terror por su contenido adulto. Aunque en seguida la madre observó cambios, esto es, consecuencias en el comportamiento de la infanta, no estimó necesaria la atención especializada o psicológica en aquel momento. Actualmente, acude a terapia –tras una revisión de seguimiento por una intervención psicológica previa- debido al agravamiento que Sofía presenta desde el pasado verano.

3.2 Diseño.

Se ha empleado un diseño de caso único con medidas repetidas, antes del inicio del tratamiento, durante el mismo, tras su finalización, y en el seguimiento (al mes y a los tres meses), esto es, se trata de un estudio de caso con línea base- tratamiento- pos tratamiento y seguimiento.

3.3 Genograma familiar.

Sofía es hija única, sus padres Sara y Tristán, están divorciados judicialmente desde hace más de cuatro años. En su día contrajeron matrimonio y situaron su residencia en Barcelona, ciudad natal del progenitor, y donde también residía la familia de la progenitora, si bien aquella es natural de Almería. Cuando su hija contaba con dos años de edad, Sara abandona con

Sofía apresuradamente el domicilio familiar, -con motivo de los supuestos malos tratos que la progenitora recibía de su cónyuge, principalmente maltrato psicológico, no obstante, ya había tenido recientemente lugar algún episodio de malos tratos físicos- y se traslada con la menor a Almería donde sus padres y hermana residen desde que su padre se jubiló. Meses después el padre de la menor se instala en un pueblo costero de Almería con la finalidad de mantener la relación paterna-filial (*véase la Figura 2*⁴).

El progenitor es autónomo, posee un pequeño negocio propio en el pueblo almeriense donde habita. Por su parte, la progenitora está actualmente preparando oposiciones para una consejería de la Junta de Andalucía.

La guarda y custodia es atribuida a la progenitora, siendo la patria potestad de la menor ejercida de forma compartida por ambos progenitores. En cuanto al régimen de visitas y estancias de la menor con su progenitor no custodio, se estableció que el mismo fuese de dos fines de semana alternos al mes, así como la mitad de los periodos vacacionales de navidad, Semana Santa y verano. No obstante, existe incondicional flexibilidad, pero por la distancia geográfica no es frecuente que la menor disfrute de la compañía de su padre entre semana, aspecto solventado a través del contacto telefónico.

La comunicación entre ambos progenitores, y “familias” puede calificarse de básica. La progenitora describe a su ex marido como una persona de modo general excitable y de poca expresión afectiva, con momentos puntuales de intensa brusquedad. Por su parte, parece quedar de manifiesto que la hija no posee una relación con el padre basada en la confianza en el grado o nivel e intensidad, en el que cabría esperar y sería recomendable.

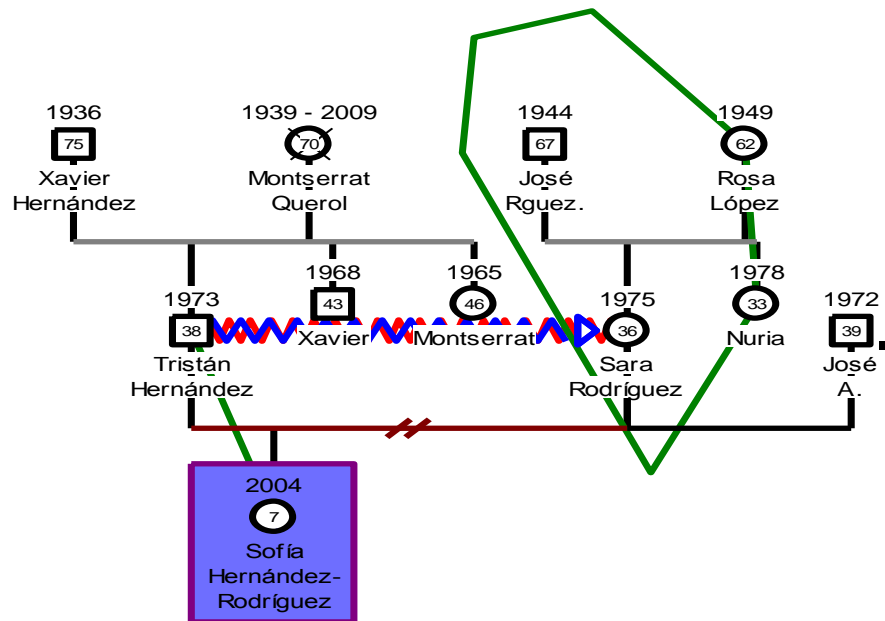
El abuelo paterno -la abuela paterna de Sofía falleció hace dos años, con la cual tenía un importante vinculación afectivo/emocional-, en el presente vive en un pueblo del interior de la provincial de Almería y al igual que con el resto de la familia paterna, la relación de la menor, debido a la dinámica familiar de funcionamiento cotidiano, con aquéllos se limita prácticamente a los periodos vacacionales.

La progenitora volvió a contraer matrimonio hace más de un año y medio, con su actual pareja José Ángel, con quien la menor ha establecido

⁴Todos los nombres que aparecen en la Figura 2., son ficticios.

rápidamente una adecuada relación, e inclusive importantes lazos afables con los familiares de aquél, en especial, con una sobrina de edad similar a Sofía.

Figura 2.. Genograma familiar (nombres ficticios).



3.4 Procedimiento.

3.4.1 Evaluación.

La evaluación se llevó a cabo en cuatro momentos temporales como se ha aludido en el apartado 3.2 (Diseño), esto es, antes de comenzar la intervención, durante la misma, después del tratamiento y en el seguimiento. Hasta la fecha oficial de la presentación del documento escrito del presente trabajo fin de máster, únicamente se han efectuado dos de los seguimientos previstos (al mes, a los tres, a los seis y al año), en concreto el realizado al primer y tercer mes, siendo éste mediante contacto telefónico, siendo desconocida por tanto, la evolución más allá de la evidencia de la que se dispone hasta el presente momento.

Por su parte, la *evaluación inicial* se llevó a cabo en las dos primeras sesiones, empleándose para tal fin las siguientes técnicas de intervención: la

entrevista tanto a la madre como a la menor, el reporte verbal de ambas, la observación, los hetero-registros funcionales, así como diferentes inventarios. Con toda la información obtenida mediante dichas técnicas e instrumentos, se llevó a cabo el pertinente análisis topográfico y funcional de las conductas problema.

Seguidamente, se procede a describir los instrumentos de evaluación empleados para el caso.

1. Entrevistas.

La entrevista ha sido empleada tanto como técnica y procedimiento de recogida de información, como medio para establecer una adecuada relación terapéutica tanto con la progenitora como con la menor, indispensable para lograr, como bien es sabido, la eficacia de toda intervención psicológica.

Las *entrevistas* empleadas han sido varias, en concreto, la *entrevista evolutiva y clínica semiestructurada* (compilación propia, TFM 2012), la cual sirvió para recoger los datos básicos necesarios para elaborar la historia clínica de la paciente, conteniendo la misma: datos personales de la menor, de los progenitores y familiares directos (edad, procedencia, situación económica, escolar, profesional, y familiar principalmente); psicobiografía de la infanta, recopilando información acerca del desarrollo, alimentación, sueño, enfermedades médicas/intervención psicológica y tratamientos recibidos precedentemente, relaciones con los iguales y familiares, personalidad, actividades/intereses, y ocio en el tiempo libre, esencialmente. Del mismo modo, se indaga acerca del origen o situación desencadenante del problema, historia del problema, diagnóstico, reacciones desadaptadas, respuestas o técnicas empleadas hasta el momento por padres y familiares, medidas adoptadas para reducir el miedo, consecuencias inmediatas y futuras previsibles, etc.

Igualmente, se usó la *Entrevista sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos* (Pelechano, 1981), cuya estructura se divide en los siguientes apartados (*véase el Anexo 1*):

- i. Anamnesis: comprende los ítems del 1 al 10, ambos inclusive, en donde se recoge información gruesa acerca del embarazo, parto, enfermedades pasadas o presentes, edad de deambulación, edad de control de esfínteres, primeras frases y presencia de alteraciones sensoriales, neurológicas, etc.
- ii. Elicitación de miedos: engloba los ítems 11,12 y 13, en los cuales se inquiriere sobre las cosas, situaciones y personas que le generan miedo a la niña.
- iii. Reacción del niño ante los miedos: contiene los ítems números 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21, que exploran primeramente las reacciones que ofrece el niño, en segundo lugar su duración y en tercer y último lugar, una estimación acerca de las condiciones que acompañan la aparición de esas reacciones.
- iv. Actuaciones de los padres ante las reacciones de evitación o miedo de sus hijos, y respuesta de los hijos ante ellas: consta, por un lado, del ítem número 22, que se subdivide en quince apartados con una serie de alternativas de respuesta, que son englobadas o clasificadas según su tipología en:
 - a) *Técnicas negativas*: se entienden por tales aquellos tipos de respuesta realizadas por los padres y que sirven para "conservar" la respuesta de miedo (alternativas a, b y l), a través del refuerzo positivo.
 - b) *Técnicas consideradas neutras o de valor dudoso*: se entiende que los modos de acción aquí comprendidos pueden ser eficaces para la eliminación de miedos e incluso de reacciones de ansiedad y fobias complejas, pero cuya aplicación eficaz requiere un conocimiento profundo de las leyes del aprendizaje humano y en todo caso, no son bien conocidos los parámetros que rigen su

eficacia (alternativas j, k y ñ). Se trata de procedimientos de implosión y del desamparo aprendido.

- c) *Técnicas* teóricamente *positivas* y *valiosas* para la eliminación de los miedos: representan los modos de solución de los problemas comprometidos con miedos, fobias y ansiedad. Resultan de la práctica común en la praxis clínica y que pueden ser ordenados en dos grandes grupos: acercamiento progresivo y modelado por un lado; y por otro de un combinado de ambos. Corresponden a esta tipología las alternativas g, h, i, n, c, d, e, f, y m.

Por el otro, los ítems 28, 29, 30 y 31, evalúan las reacciones que presentan los hijos ante la situación de miedo y la consistencia del padre/ madre.

- v. Comportamiento de los hijos y/ o padres de forma más específica: está compuesto por los ítems 23 y 24 (consistencia de los padres) y 25 (habilidad para prever el padre la aparición de las reacciones de miedo), 26 y 27 (situaciones en las que puede variar la frecuencia e intensidad de las reacciones del hijo), 32, 33 y 34 (reacciones del hijo desde el punto de vista estimado por los padres).

2. Registros observacionales.

Los *hetero-registros* son llevados a cabo por la progenitora en casa, efectuándose un total de dos. El primero de ellos se centra en todos los detalles relevantes a partir del momento en el que a Sofía se le instruye de que es la hora de ir a dormir, quedando registradas las conductas de la menor en el momento de tener que marcharse a dormir, la reacción de la madre, si la menor se despierta por la noche (hora y número de veces), conducta y verbalizaciones, y respuesta o conducta

emitida por la hija y por la progenitora ante las mismas (véase el Anexo 2).

El segundo de los registros sirve para analizar en qué situaciones y momentos del día Sofía demanda la compañía de la madre o dice tener miedo para realizar una conducta o actividad determinada, esto es, un registro de evitación conductual (véase el Anexo 3).

3. Inventarios.

Los *inventarios* empleados para la evaluación de la fobia a la oscuridad y la planificación del tratamiento fueron:

- Escala de miedo a la oscuridad (Méndez y Santacruz, 1996): ha de ser cumplimentada preferentemente por ambos padres por separado. Consta de diez ítems, nueve de los cuales están basados en criterios del DSM-IV (APA, 1994), para el diagnóstico de fobia específica, más un ítem de valoración global (ítem 10), esto es:
 - Criterio A: intensidad del miedo a la oscuridad (ítem 1).
 - Criterio B: reacciones al 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).

Asimismo, el inventario comprende una escala de respuesta de once puntos que oscila desde “*nada de miedo*” a “*muchísimo miedo*”. La puntuación obtenida puede fluctuar entre un mínimo de cero puntos y un máximo de cien puntos.

- Inventario de miedo a la oscuridad (Méndez, Orgilés y Espada, 2005): está formado por un total de 46 ítems, que

ha de responder el/la infante/a, especificando cuánto miedo le produce cada una de las situaciones planteadas, teniendo como opciones de respuesta las subsiguientes: nada de miedo (😊), algo de miedo (😐), y mucho miedo (😞), atribuyéndose respectivamente cero puntos, un punto o dos puntos a cada una de las opciones de respuesta seleccionadas. El rango de la puntuación a obtener se sitúa entre un mínimo de cero y un máximo de noventa puntos.

- Inventario de identificación de reforzadores personales y actividades preferidas (compilación propia, TFM 2012): es un inventario para ser cumplimentado por el/la menor con objeto de que identifique cuáles son los reforzadores materiales, de actividad y sociales de mayor interés para el/la mismo/a, puntuando los diversos reforzadores de acuerdo a una escala que comprende los consecutivos valores de respuesta: nada, un poco, bastante, mucho, y muchísimo. De la misma forma, los diversos sub-apartados comprenden un ítem de respuesta abierta para poder añadir aquellos intereses no recogidos en el inventario y poder ser ampliado y perfeccionado por el infante.

3.4.2 Análisis funcional del problema.

A continuación se detalla mediante el análisis funcional de la conducta del caso presente, las principales causas que originan y mantienen la conducta de fobia a la oscuridad, con el fin de poder aplicar un tratamiento para la eliminación de dicha problemática.

El *análisis funcional* reveló los siguientes aspectos notables:

Cada vez que la menor ha de exponerse a una situación de oscuridad (estímulo fóbico), ésta reacciona de forma ansiosa, desencadenándose o activándose la cascada de respuestas en sus distintos niveles. A nivel cognitivo surgen los pensamientos irreales negativos, o los anticipatorios y catastrofistas, tal como: “*hay alguien (en la habitación, el pasillo, el aseo, etc.) un monstruo o*

un desconocido que de un momento a otro va a hacer su aparición y me causará algún daño tanto a mí como a mi familia”, o “si me duermo tendré una pesadilla y me despertaré con mucho miedo”; y esto da lugar a la respuesta fisiológica, siendo principalmente lo que experimenta la menor taquicardia, sudoración, “nudo en el estómago”, respiración acelerada y temblores e hipervigilancia (dificultad para la relajación y conciliación del sueño), para a continuación tener lugar la respuesta motora: gritos, llamadas solicitando compañía para incrementar su sensación de seguridad, inquietud (urgencia por escapar) o inhibición motora, sollozos, y escape de la oscuridad. En la tabla 4 puede verse la representación del análisis funcional del problema en base al modelo de las tres columnas.

Simultáneamente, se hacen notorias las secuelas emocionales a través de la sensación de tristeza y los sentimientos de fracaso e incapacitación para el afrontamiento de las actividades cotidianas en penumbra, tan normalizadas entre sus iguales y personas significativas de su entorno.

Estas conductas aparecen cuando la niña entra en contacto directo con el estímulo fóbico, aunque también suceden –en una intensidad diferente, pudiendo variar o ampliarse con otras topografías que mantienen la misma función (por ejemplo, emitiendo una respuesta motora de evitación del estímulo fóbico alargando la cena o eligiendo el postre que mayor inversión de tiempo conlleva, esto es, emplear estrategias dilatorias, como bien pudiera ser comer un racimo de uvas frente a un petit suisse, de manera más o menos deliberada)-, cuando la niña prevé que se aproxima el momento en el cual sobrevendrá aquél.

Otros de las conclusiones extraídas del análisis funcional son las siguientes:

- Agravamiento de la frecuencia de la problemática desde su aparición, exhibiéndose los síntomas ante cualquier situación donde estén los estímulos o eventos aversivos.
- La reacción de temor es más frecuente, intensa y duradera cuando la situación de oscuridad o soledad ocurre en las horas del día donde no hay luz solar (de noche), así como cuando es conocedora de que el resto de los familiares

duermen o está sola en casa (es menos intensa en su malestar cuando sabe que hay personas despiertas o cerca de donde se encuentra ella).

- Las principales estrategias empleadas por la madre para intentar solucionar y controlar la problemática han sido: prestar atención general ante las diferentes conductas de temor que la hija manifiesta; asistir a la menor con su presencia como medida para tranquilizarla, mostrarle gestos de cariño (sobre todo abrazos y besos); y establecer contacto verbal para intentar hacer entender que no hay ningún peligro real ni inminente de que haya algún monstruo, secuestrador, u homicida en la vivienda. Por su parte, según afirman Sara y Sofía, el padre de la niña ha adoptado como medio para enmendar esta circunstancia, una reacción que oscila desde el imperativo de que se acueste, pasando por los chillidos o la agitación, hasta llegar a obligarla a un enfrentamiento directo con la oscuridad.
- El orden temporal de aparición de los niveles que componen la reacción fóbica es:
 - 1) Nivel/ componente cognitivo: *¿esa es la sombra/ silueta/ ruido de un monstruo?, etc.*
 - 2) Nivel/ componente fisiológico: *Temblores, “nudo en el estómago”, hipervigilancia, etc.*
 - 3) Nivel/ componente motor: *Intento de escapar de la situación y soledad, gritos, inquietud/ paralización motora, etc.*

Tabla 4. Representación gráfica en base al modelo de las tres columnas del resultado del análisis funcional.

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos externos: Oscuridad natural/artificial, atardecer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivas: ¿Habrà alguien en mi habitación?, ¿o en la casa?, ¿me asaltarà en 	<i>Refuerzo negativo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Librarse de dormir sola; de dormir sin luz o con la puerta cerrada

<p>Ver a su madre preparar la cena. Observar a su madre evitar o temer dormir sola, deambular por el pasillo, y verbalizar lo poco que le gusta y cautiva la casa.</p> <p>• <i>Estímulos internos:</i> <u>Pensamientos:</u> ¿Me pasará a mí lo que cuentan mis amigas o las películas?, ¿habrá algún monstruo, o un desconocido en mi armario, habitación o en casa?, ¿me dañará?, etc. <u>Imágenes y evocaciones de las anteriores ocasiones donde experimentó temor o pavor:</u> visionado de película; historias o leyendas narradas por sus amigas, etc.</p>	<p>el pasillo?, ¿volveré esta noche a tener otra pesadilla?, etc.</p> <p>• <i>Fisiológicas:</i> Taquicardia, sudoración, temblores, respiración acelerada, e hipervigilancia.</p> <p>• <i>Motoras:</i> Gritos, llanto, llamada incesante, inquietud/inhibición motora, respuesta de evitación/escape.</p>	<p>(refuerzo negativo).</p> <p><i>Refuerzo positivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acrecentamiento de atención recibida por parte de los familiares, especialmente de la progenitora. • Aumento de las conductas de sobreprotección. • Acentuación de la conducta de despertar en mitad de la noche, solicitar compañía y obtener el consuelo parental. • Incremento y consolidación del escape y evitación al enfrentamiento de la situación fóbica.
---	---	--

▪ Hipótesis explicativa.

Entre los antecedentes *remotos* u origen de la conducta problema (*miedo a la oscuridad*), pueden identificarse varias causas que han suscitado la presente situación, siendo clave el acontecimiento aversivo de la visión de una película, hace alrededor de tres años, de contenido adulto, por su naturaleza terrorífica, sangrienta y violenta, donde las peores escenas sobrevenían en la oscuridad o penumbra de la noche. Este hecho desencadenó en la menor automáticamente una respuesta incondicionada de miedo, experimentando desde entonces una reacción de ansiedad ante el anochecer y el momento de irse a su dormitorio a dormir, al percibirlo como temeroso, llegando a desarrollar una expectativa de sufrimiento, así como un aprendizaje

discriminativo, ya que cada vez que Sofía se despierta por la noche y/ o llama desesperadamente a su progenitora (o cuidador), ésta apresuradamente acude, enciende la luz y conversa con la menor. Con el transcurrir del tiempo, mediante el proceso de aprendizaje o condicionamiento clásico (véase la Figura 3.), se ha generalizado la conducta fóbica o de ansiedad a otras situaciones y contextos relacionados con cualquier estímulo o evento que implique la oscuridad y/o soledad.

Cada vez que Sofía manifiesta las conductas sintomáticas, éstas han ido seguidamente acompañadas de consecuencias reforzantes, esto es, el mantenimiento es debido a un procedimiento de condicionamiento operante o instrumental (véase la Figura 4.), en concreto, a través de *reforzamiento positivo y negativo*. Mediante reforzamiento positivo, especialmente por la atención que recibe la menor por parte de la madre o familiares, los reiterados intentos de tranquilización mediante la racionalización o explicaciones de sus miedos, se explica el aumento en la frecuencia, intensidad y variedad topográfica conductual, con el fin último de escapar o evitar la oscuridad. Asimismo, cada vez que los padres o familiares deciden acceder a las peticiones de la menor y dormir junto a ella o acompañarla, por un lado, fomentan que queden *reforzados negativamente* tanto ellos mismos -al dejar de experimentar los sentimientos de culpabilidad, aflicción, irritabilidad, etc., tras ver cesar en Sofía el estado de ansiedad y temor, al calmarse éste de modo transitorio o momentáneo-, como por otro lado, el hecho de que la infanta, logre huir sistemáticamente del enfrentamiento directo con el estímulo fóbico, manteniendo éste su función aversiva.

De igual forma, los procesos cognitivos cumplen una función relevante en la presente problemática, de modo que la tipología negativa y anticipatoria de los pensamientos de la menor (de terror, sufrimiento e incertidumbre), actúan como motor de arranque de activación de la respuesta fóbica, los cuales se reafirman no por la peligrosidad o porque tenga lugar ningún acontecimiento traumático o hecho desagradable en sí, si no porque debido al estado de ansiedad que experimenta vivencia la situación como efectivamente aversiva.

Asimismo, el comportamiento maternal ha modelado la conducta de la niña, al animarla a dormir juntas -cuando su marido trabaja de noche y no sitúa

el horario de estudio de madrugada-, además de las continuas y frecuentes declaraciones de manera natural –incluso en terapia al solicitar la descripción y valoración personal que hace de su vivienda- de lo escasamente que le agrada la misma, debido máximamente a la falta de luz natural, la estrechez y longitud del pasillo, y al recuerdo de su aspecto original lúgubre que incluso llegó a provocar en ella aprensión y erizar su piel cuando transitaba por la casa. Igualmente, la actitud de sobreprotección de la progenitora y la tendencia punitiva del progenitor ante el concerniente problema, no haría si no impulsar y conservar el escenario actual. Por otro lado, las leyendas, historias y fábulas acerca de los monstruos, muerte y asesinatos, narradas por las compañías frecuentadas durante sus fines de semana o periodos vacacionales en el pueblo almeriense donde reside con sus abuelos maternos, avivan la imaginación, fantasías y pensamientos horrendos, que recobran vida máximamente cuando la menor se encuentra a solas en la oscuridad, temiendo poder correr la misma suerte que la protagonista de las historias visualizadas u oídas (véase la Figura 5 y 6).

En cuanto a las circunstancias o situacionalidad de las conductas sintomáticas, éstas surgen en el contexto estrictamente familiar, sobre todo por dos motivos. El primero porque suelen desencadenarse ante o durante el instante o periodo de ir a dormir (principalmente, aunque también ante el inminente contacto con espacios del habitáculo escasamente iluminados y que dan rienda suelta a la imaginación de la menor), aumentando la intensidad de su malestar y la frecuencia de la sintomatología a medida que se aproxima la hora de prepararse para ir a dormir, así como cuando ya se halla en la habitación acostada, o se despierta y rompe el ciclo de somnolencia. Por ello, es sobre todo al atardecer y durante la noche, cuando comienza a exhibir la sintomatología clínica. Por tanto, está asociada ante escenarios poco iluminados u oscuros del hábitat familiar, esto es, no hay referencia ni indicios de que la sintomatología se desarrolle en cualquier otro ambiente (escolar, lúdico, social, etc.). En segundo lugar, porque la progenitora no ha considerado conveniente el permitir que su hija pernocte fuera de casa (entiéndase casa maternal, paternal y la de los abuelos), justamente por si debido a sus miedos, pudiera causar molestias a aquellos con quienes se encuentre.

En suma, tanto la conducta de Sofía como la de sus cuidadores principales, quedan encadenadas, al poder ser considerados ambos agentes activos de acción, entrelazándose sus reacciones, de modo que la conducta de Sofía es el estímulo para los progenitores, y la conducta de aquéllos actúa como consecuencia directa sobre la menor.

Resumidamente, las estrategias hasta el momento desarrolladas por los progenitores y cuidadores de la menor (predeterminadas en gran medida por su propia historia de aprendizaje y experiencia personal) pueden entenderse como protectoras y poco proveedoras de conductas de afrontamiento o valentía a través de la extinción o contracondicionamiento.

Figura nº 3. Representación gráfica del condicionamiento clásico de la fobia a la oscuridad de Sofía.

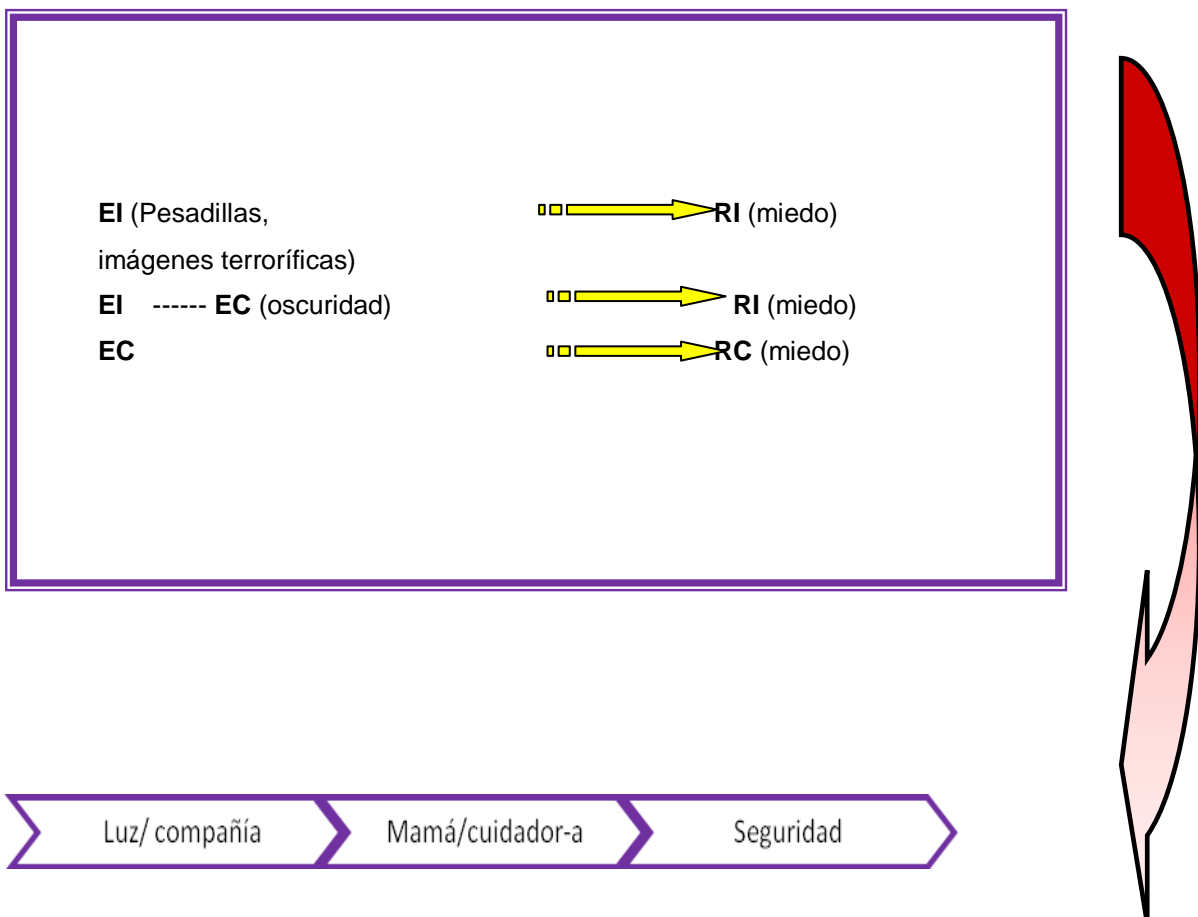


Figura nº 4. Representación gráfica del condicionamiento operante de la fobia a la oscuridad de Sofía

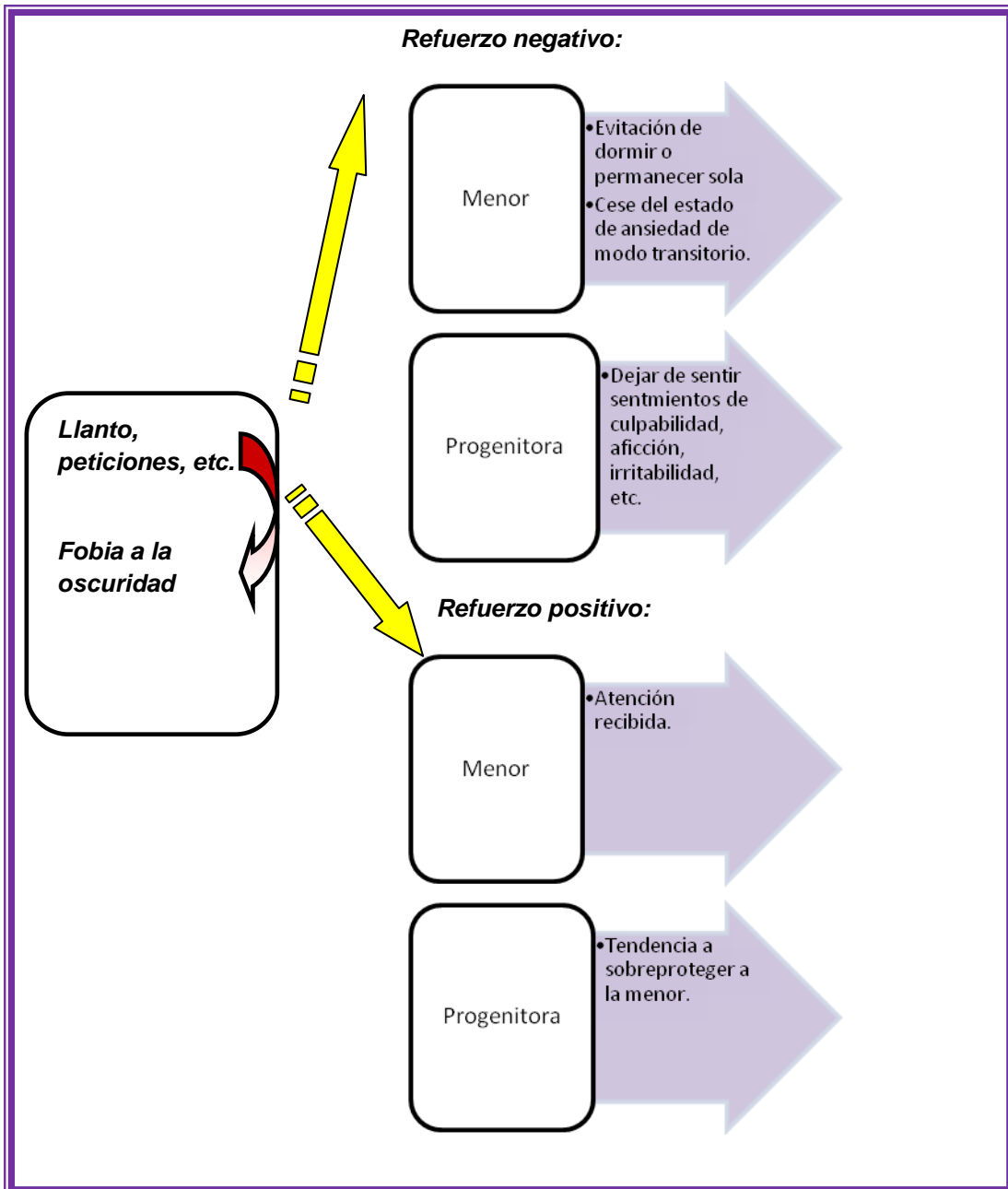


Figura nº 5. Representación gráfica del aprendizaje por observación del miedo a la oscuridad de Sofía.

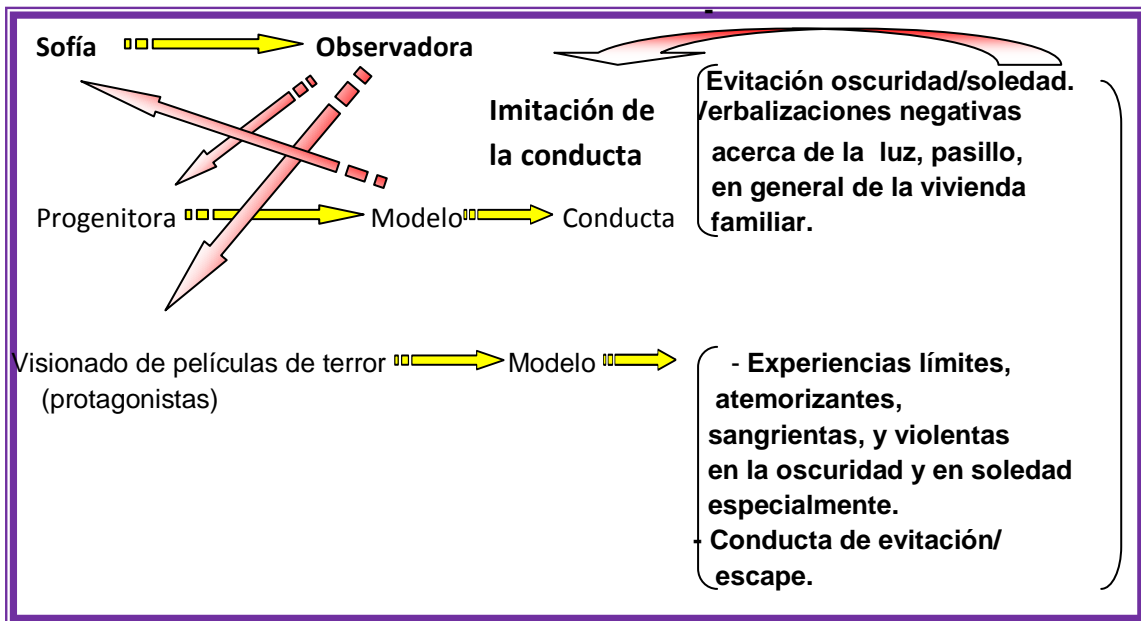
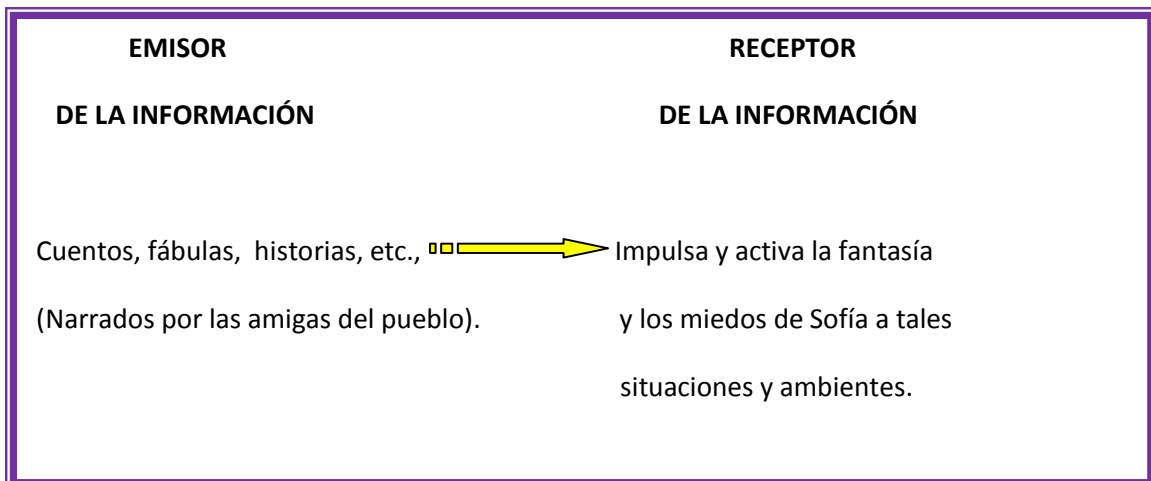


Figura nº 6. Representación gráfica del miedo a la oscuridad de Sofía según el aprendizaje cognitivo.



3.4.3 Diagnóstico.

➤ Diagnóstico clínico.

Tras la realización de la evaluación o exploración psicológica, se puede concluir que Sofía presenta una *fobia específica* o *fobia simple*, de tipo *situacional*, al cumplir con claridad todos los criterios establecidos por el DSM-IV-TR (300.29):

- A. *Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos* (Sofía presenta un miedo excesivo cuando ha de exponerse o anticipa que debe hacerlo a la oscuridad).
- B. *La exposición a un estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada*⁵. (En este caso en concreto, Sofía cada vez que tiene que exponerse a la situación fóbica, manifiesta las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales descritas con anterioridad).
- C. *La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional*⁶. (La menor admite que su miedo es descomunal pero que no puede evitarlo).
- D. *La (s) situación (es) fóbica (s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.* (Sofía en la gran mayoría de las ocasiones consigue escapar o evitar la situación temida, por lo que se enfrenta tan sólo un número pequeño de veces con un nivel de ansiedad elevado a dichas situaciones).
- E. *Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la (s) situación (es) temida (s) interfieren acusadamente en la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.* (La fobia interfiere significativamente en el desarrollo cotidiano de Sofía, ya que la

⁵ Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición, o abrazos.

⁶ Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

limita tanto en su desarrollo social, como en las situaciones habituales del día a día donde está presente el estímulo fóbico).

- F. *En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.* (La niña padece esta problemática desde que tenía cuatro años aproximadamente, por tanto, es de duración larga en el tiempo y de intensidad creciente).
- G. *La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.* (Sofía no presenta ningún otro trastorno mental por tanto que pudiera explicar los comportamientos de evitación fóbica).

En base a la CIE-10 el presente caso se halla dentro de las denominadas *fobias específicas (aisladas)*, cuyas pautas para su diagnóstico son (F40.2):

A. *Debe darse alguno de los siguientes síntomas:*

1. *Miedo marcado ante un objeto o situación específica no incluido en agorafobia o fobia social.*
2. *Evitación marcada ante un objeto o situación específica no incluida en agorafobia o fobia social.*

Entre los objetos o situaciones más frecuentes están los animales, los pájaros, las alturas, los espacios pequeños y cerrados, la visión de sangre y heridas, las inyecciones, los dentistas y los hospitales.

- B. *Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno, tal y como se define en el criterio B de agorafobia.*
- C. *Malestar emocional significativo secundario a la evitación de los síntomas, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido.*
- D. *Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.*

➤ Diagnóstico diferencial.

No se trata de un *trastorno de angustia*, ya que en la fobia específica la persona manifiesta una respuesta de ansiedad inmediata, debido a su anticipación o exposición al estímulo fóbico, no siendo una crisis de ansiedad inesperada como ocurre en el trastorno de angustia, ni una ansiedad permanente junto con un temor originado hacia la posibilidad de tener nuevas crisis (más que a los objetos fóbicos propio de la fobia específica) como sucede en el *trastorno de angustia con agorafobia*.

Tampoco se trata de un *trastorno de estrés postraumático*, ya que no se encuentra la sintomatología característica de este trastorno, esto es, reexperimentación del trauma, enajenación frente a los demás, incapacidad de tener proyectos de futuros, etc.

Al no estar asociadas las conductas de evitación y ansiedad con la obsesión, se descarta que sea un *trastorno obsesivo compulsivo*.

En el caso de la *fobia social* las situaciones temidas son estrictamente las sociales (interacciones sociales o actuaciones en público), donde además la persona teme ser humillado o evaluado negativamente por parte de los demás.

En la *ansiedad por separación*, el miedo y las conductas de evitación surgen ante la posibilidad de ser separado de la persona hacia la que se tiene el apego, por lo que se desestima dicha psicopatología por no tener relación con el caso que nos compete.

Por último, se trata de una *fobia específica de tipo ambiental*, porque no es un miedo a un estímulo fóbico de tipo animal, situacional, sangre-inyecciones-daño, u otros tipos, al diferir con éstos subtipos en el objeto fóbico que causa la fobia específica.

3.5 Tratamiento.

El tratamiento aplicado ha sido cognitivo-conductual. Se ha llevado a cabo una exposición en vivo al estímulo aversivo de modo sistemático y paulatino, para contrarrestar las conductas de evitación y lograr soportar la activación emocional. Asimismo, se ha facilitado que la menor adquiera una serie de recursos y habilidades de afrontamiento para conseguir obtener una

auténtica confianza sólida y duradera en sí misma, mediante los logros reales en la ejecución.

La terapia, incluidas las sesiones de evaluación, ha comprendido un total de nueve sesiones, con una duración aproximada de una hora, teniendo lugar cada dos semanas, a excepción de las dos sesiones de evaluación donde el intervalo temporal transcurrido entre la primera y la segunda fue de una semana. Asimismo, debido al periodo vacacional de navidad se convino que la siguiente sesión fuese a las tres semanas.

Seguidamente se realiza una descripción minuciosa acerca del proceder a lo largo del tratamiento, en concreto, del desarrollo de las sesiones que han tenido lugar, de las fases en las que se dividió la intervención terapéutica, las técnicas empleadas, los obstáculos predecibles y los problemas o imprevistos hallados.

3.5.1 Procedimiento de las sesiones clínicas.

- Primera Sesión.

Durante la primera sesión tiene lugar el *establecimiento de la relación terapéutica* tanto con la menor como la progenitora. Sofía estuvo a los cuatro años en el centro psicológico debido a otra demanda realizada por su madre en aquél momento, no obstante, para elicitación un adecuado proceso terapéutico, especialmente con mi persona por la novedad estimular que supone mi presencia, se procede a la presentación y a evaluar el conocimiento que tiene la niña sobre la figura y el rol del psicólogo, como parte fundamental de la estrategia relacional, por tanto, como aspecto clave para facilitar el curso de la intervención. A continuación, se reproduce el fragmento tal y como tiene lugar en consulta.

T: Hola, me llamo Lydia, ¿y tú eres...?

Pl: Sofía.

T: Muy bien Sofía, encantada. Yo soy psicóloga, ¿sabes para a qué nos dedicamos los psicólogos?, ¿para qué servimos?

Pl: Bueno un poco sí, ayudáis a la gente que está triste por alguna cosa que le preocupa.

T: Sí, efectivamente, los psicólogos como yo, nos dedicamos a trabajar con niños para ayudarles en sus problemas, es decir, en aquellas cosas que les inquietan e incluso les son una molestia en el transcurso de su día a día. Normalmente, hablo con muchos niños, comprendo sus miedos y preocupaciones. Quiero que sepas que este será un espacio donde podremos hablar con plena confianza y respeto, por tanto, lo ideal es hacerlo sin temores, ni vergüenza, ¿te parece bien?

Pl: Sí, ajam, como lo he hecho ya otras veces con Luisa, ¿no?

T: ¡Exacto! Me gustaría explicarte que lo que hablemos quedará entre tú y yo, y que sólo si lo considero necesario para ayudarte lo compartiré con otras personas, como por ejemplo con mamá, y así te lo haré saber, ¿entendido?

Pl: Sí.

T: Perfecto, entonces Sofía, como bien sabes yo acabo de incorporarme al centro ¿me podrías poner al día y explicarme por qué estás aquí?

Pl: Por el miedo.

... (Continúa la entrevista).

Junto con la presentación formal se emplea, como actividad conjunta para la familiarización y cumplir con el objetivo de esta sesión, el juego libre y espontáneo, para romper las posibles resistencias ante esta primera interacción. En concreto, el juego seleccionado fue dibujar, y éste produjo en la menor un estado disposicional positivo hacia la relación terapéutica y la situación de terapia, invitando a la intimidad y la revelación de información.

Asimismo, parte de la sesión empleada con la progenitora se utilizó para la entrevista inicial o de recepción, donde se recogen los datos básicos, la demanda, y la historia clínica de la menor. La información más sobresaliente, es la descrita a continuación:

Hasta el momento actual, salvando lo detallado en el apartado anterior (genograma), su infancia puede considerarse que transcurre dentro de los parámetros de la normalidad, esto es, desarrollándose los hitos de desarrollo, funcionamiento social, juegos e intereses típicos de acuerdo a los esperado, atendiendo al momento evolutivo y su edad cronológica. Únicamente, cabría señalar que en el aspecto alimenticio ha sido donde la menor ha mostrado ciertas irregularidades, no por falta de apetito sino por reticencia o rechazo a

ingerir ciertos sabores y/o alimentos, y por consiguiente, a llevar una dieta rica, amplia y variada en su contenido. En cuanto a sus rasgos de personalidad, puede observarse que Sofía es extrovertida, sociable, expresiva, y una pequeña gran líder.

Sin embargo, la menor desde el pasado mes de junio es reticente a dormir sola, siendo incapaz de conciliar el sueño con naturalidad, dormitando con la luz de la habitación o del pasillo encendida y con la puerta abierta, habiendo observado los padres que inclusive en época estival, duerme con pijama y en general con ropa en exceso -atendiendo a las condiciones climáticas-, al parecer, según refiere la infanta, para sentirse más segura y protegida. Asimismo, se despierta habitualmente varias veces a lo largo de la noche, -especialmente cuando se encuentra en la vivienda de la progenitora-, llamando insistentemente para que acudan a su habitación (con diversas excusas o reclamos, por necesidad de ir al aseo, por tener sed, por haber tenido una pesadilla, etc.) y una vez allí les narra los miedos y pesadillas que está vivenciando y solicita que permanezcan a su lado hasta que se duerma nuevamente o que pernocten con ella.

Tanto en el domicilio materno como en el paterno, Sofía posee un dormitorio propio, no obstante, la madre admite estar cediendo cada día más a dormir con ella, porque como ella misma verbaliza *“a veces termino aceptando, o incluso yo misma soy quien le planteo, el dormir juntas para evitar que se despierte así y lo pase mal, y la verdad también porque llega un momento en el que no puedo más, y estoy tan sólo a unos meses de mi primer examen y veo que así voy tirando y controlando medianamente la situación...”*. Asimismo, su marido suele desempeñar su quehacer laboral en horario nocturno, lo que parece ser un agente facilitador más para que Sara termine permitiendo esta situación, ya que reproduciendo sus palabras textuales *“no es lo mismo dormir sola que con alguien al lado, si es que hasta a mí me da cosa de verme sola”*. En lo que respecta a los hábitos de sueño en la casa de su padre, la menor duerme con él, ya que *“mi cama la uso para poner mis cosas, mi ropa, mi maleta y todo lo que llevo”*. Finalmente, en la casa de los abuelos maternos, -donde últimamente pasa bastantes fines de semana, e incluso varios días entre semana, para así ayudar a la progenitora a poder dedicarse al estudio de forma

casi exclusiva - Sofía ha de dormir compartiendo habitación con su tía debido a la distribución y dimensiones físicas de la vivienda.

Aunque hace en torno a dos años la niña mostró estas mismas conductas -propiciado por los acontecimientos detallados precedentemente- si bien en aquél momento la situación fue sobrellevada, en la actualidad, la frecuencia y la intensidad de las mismas se han acrecentado y por este motivo se decide consultar la problemática.

Recientemente, la conducta de miedo y evitación a la oscuridad, tiene lugar tanto durante el día como en el transcurso de las horas de descanso nocturno –especialmente cuando ya no hay luz solar natural-, no siendo por tanto específica para el momento de ir a dormir o durante el despertar nocturno, si no que se está generalizando a otros ambientes, como ir sola al baño, transitar por el pasillo, etc., que son en buena parte establecidos por el comportamiento mostrado por la progenitora, esto es, adquiridos por modelado. A la par, está desarrollando una respuesta fóbica a otros estímulos, fundamentalmente a la soledad, con claras respuestas de evitación o escape a estar o permanecer sola en cualquiera de las habitaciones, aún a sabiendas de que otros miembros de su familia se hallan en el domicilio, así como cuando estando con el progenitor, éste la ha instado a que le espere en la vivienda mientras hacía unos recados, al negarse a acompañarle la menor.

Sin duda pues, la gravedad del miedo de la menor a la oscuridad y soledad, está perturbando el funcionamiento familiar habitual, y el desarrollo de un sueño reparador que favorezca y facilite un estado saludable, ya no sólo en la infanta, sino también de modo especial en el resto de los miembros familiares.

Finalmente, es conveniente indicar que es la segunda vez que la menor recibe tratamiento psicológico, habiéndose llevado a cabo la primera intervención en este mismo gabinete psicológico, tras la separación de los progenitores a demanda de la madre, con una doble finalidad, por un lado para intervenir sobre los hábitos alimenticios de la menor, ante la negatividad de ésta a la ingesta de alimentos variados, y por otro lado, para ser orientada sobre cómo actuar para preservar, fomentar y optimizar la relación entre padre e hija, así como cerciorar un clima de confianza y seguridad para salvaguardar

el bienestar emocional de la menor, descartando posibles prácticas constitutiva de delito o graves incidentes, en concreto, posibles malos tratos psicológicos sobre la hija por parte del progenitor.

Al final de la sesión, se hace entrega a la progenitora de los registros observacionales, explicándole cómo se llevan éstos a cabo, y revisando sus componentes por si algún aspecto comprende duda, aunque finalmente no ocurrió así.

- Segunda Sesión.

Esta sesión se centra también en la evaluación, específicamente en la administración a la madre de la *Entrevista Sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos*, así como la *Escala de Miedo a la Oscuridad*. Por su parte la menor contesta el *inventario de miedo a la oscuridad* y el *inventario de identificación de reforzadores personales y actividades preferidas*.

En último lugar, se realiza una revisión de los registros enviados como tarea para casa en la sesión anterior, y se le instruye a la progenitora para que siga llevándolos a cabo y los traiga nuevamente en la próxima consulta.

- Tercera Sesión.

Tras realizar la evaluación indicada, la tercera sesión se inicia revisando los registro observacionales aportados por la progenitora. Asimismo, se da paso a la entrevista de devolución, donde de modo específico, detallado y ejemplificado se comentan los resultados de la evaluación efectuada.

En torno a la *Entrevista Sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos*, la información recopilada permitió conocer y contrastar junto con los registros observacionales, qué situaciones o actividades generaban en la menor un miedo irracional, qué reacción presentaba la misma ante las mismas y sobre todo, qué estrategias han sido empleadas, sin éxito hasta el momento, por parte de los progenitores en su intento por controlar y redirigir la problemática. En concreto, en la *tabla nº 4* se pueden consultar los resultados obtenidos.

Tabla 4. Resultados de la entrevista sobre miedos, estrategias y respuestas de los hijos (Pelechano, 1981).

APARTADO	RESULTADOS		
Anamnesis	Desarrollo prenatal, perinatal y postnatal dentro de lo estimado o esperado. Normalidad.		
Elicitación de miedos	<u>Cosas:</u> Monstruos y fantasmas.		
	<u>Situaciones:</u> La oscuridad y/ o soledad, deambular por los distintos habitáculos de la casa (especialmente el baño y el pasillo); dormir sola en su cama.		
	<u>Personas:</u> Las personas desconocidas.		
Reacción del niño ante los miedos	Presenta respuestas de escape y/o evitación (posponiendo mediante pretextos o escapatorias la llegada del momento en el que ha de ir a dormir a su cama); muestra claros signos de ansiedad; solicita compañía. La frecuencia de estas conductas es usualmente diaria, desembocándose la cadena tanto en momentos temporales previos a la hora de ir a dormir (pensamientos anticipatorios) como en el momento de ir a dormir, llegando a tener lugar en muchas ocasiones, varias veces en una misma noche, teniendo frecuentemente una duración aproximada de 20 minutos.		
Actuaciones de los padres ante las reacciones de evitación o miedo de sus hijos, y respuesta de los hijos ante ellas	<u>Tipo de técnica:</u>	<u>Técnica empleada por la progenitora:</u>	<u>Técnica no empleada por la progenitora:</u>
	Técnicas negativas	a, b, l	
	Técnicas neutras		(J*, k*) ,ñ
	Técnicas positivas	f	c, d, e, g, h, i, m, n
	<u>Respuesta de la menor:</u> evitación de los estímulos temidos, sin iniciativa propia al afrontamiento, ni a mantenerse en la situación temida.		
Comportamiento de los hijos y de los padres de forma más específica	La gran mayoría de ocasiones actúa del modo indicado en el apartado anterior de la presente entrevista, sin embargo, admite que en ocasiones dependiendo de las circunstancias (hora, nº de veces que esa noche se ha despertado, agotamiento físico-mental, etc.) cambia la estrategia o respuesta. Las madre actúa al mismo tiempo que se está produciendo la respuesta de temor, y afirma que las reacciones de su hija dependen de las personas con las que se encuentra, atendiendo al nivel de confianza ⁷ que tiene con las mismas, siendo generalmente inhibida la expresión de temor cuando se encuentra con el padre (hecho corroborado por la menor posteriormente), por miedo a la reacción o respuesta de incomprensión y exaltación, y es experimentada más levemente cuando está en casa de sus abuelos		

*Técnica empleada por el progenitor según refieren madre e hija en las sesiones de evaluación.

⁷ Como terapeutas al analizar la situación concluimos que la respuesta o reacciones de temor no sólo dependen del grado de confianza que la menor tiene con la/s persona/s que la acompañan, sino también en base a la correspondiente discriminación de la relación de contingencias.

	maternos ya que cuando pernocta allí, duerme usualmente acompañada de su tía por motivos de espacio físico, y se siente amparada. Asimismo, la madre no considera que las personas que están cerca de la niña en caso de que se riesen y la ridiculizasen, contribuyesen a superar así de este modo sus miedos.
--	---

En la *Escala de Miedo a la Oscuridad* (véase la Tabla 4), los resultados señalan que Sofía cumple los criterios para la fobia a la oscuridad. En concreto, la puntuación obtenida en cada uno de los ítems es significativa, al ser aquella igual o mayor que siete, a excepción del ítem que hace referencia a la interferencia que causa la fobia en el desarrollo académico o escolar (ítem número siete), donde la puntuación solamente es de dos.

Tabla 5. Resultados cuantitativos de la evaluación inicial de la fobia específica a la oscuridad de Sofía.

Inventario	Puntuación	Rango	Interpretación
<i>Escala de miedo a la oscuridad</i>	85 (madre)	0-100	Diagnóstico de fobia específica.
<i>Inventario de miedo a la oscuridad</i>	65	0-90	Miedo a seres imaginarios; a la muerte, a la soledad, a la oscuridad y a los seres malévolos, principalmente.

Por su parte, el *Inventario de Miedo a la Oscuridad* (consúltense nuevamente la tabla nº 4), revela que Sofía presenta un miedo intenso a todo lo relacionado con los seres fantásticos (brujas, monstruos, demonios, momias...) y su contexto asociado, tal como las historias de miedo, el ruido que provocan los pasos al andar, el ulular del viento, los golpes misteriosos, o las atracciones de terror. Lo mismo sucede con las situaciones donde se ha de desenvolver en la oscuridad y en soledad, -como por ejemplo, dormir sola, despertarse a media noche, dormir con la luz apagada o con un desconocido en la habitación- y con la muerte, manifestando un miedo elevado tanto por la muerte propia como por la de sus seres queridos e inclusive por la de los desconocidos, si bien éste, atendiendo a la literatura empírica consultada y existente, es un miedo propio y esperado al periodo evolutivo en el que se encuentra Sofía (véase el Anexo 5).

En torno al *Inventario de Identificación de Reforzadores Personales y Actividades Preferidas*, Sofía elige a los reforzadores en base a sus preferencias subjetivas y valores particulares, siendo los reforzadores más poderosos o de mayor interés los especificados en las líneas sucesivas:

✓ Reforzadores materiales.

- *Comestibles*: golosinas, bizcochos, chocolate, hamburguesas, pizzas, refrescos, y palomitas.
- *De manipulación*: Videoconsola, videojuegos, cromos o pegatinas, móvil y accesorios (fundas, auriculares manos libres, etc.), muñecos (*Hello Kitty*, *Barbies*, *Monster High*), vestidos y accesorios para muñecas, colores y acuarelas (maletín de colorear *Hello Kitty*), juegos de mesa (*ahora caigo*, *magia borras*, y *la ruleta de la suerte*) pack de figuras *Monster High*, patines, puzles, y disfraces.
- *De posesión*: ropa y accesorios, felpas, coleteros, pillapelos, cuentos, colonias y dinero.

✓ Reforzadores sociales.

- Leerle cuentos, guiñarle el ojo, decirle “*muy bien*”, “*sigue así de bien*”, un beso, un abrazo, y mirarle a los ojos.

✓ Reforzadores de actividad.

- Ir a la nieve, al campo o a la playa, ir a la feria o parques de atracciones, disfrazarse, ir a los cumpleaños de los amigos o familiares, ir al cine, ver la televisión/ poner el Dvd (series y dibujos animados), tomar un baño relajante, ir al parque, ir a casa de los amigos o que éstos venga a la suya, ir de tiendas (de moda y juguetería) y levantarse/ acostarse tarde.

A continuación, tras comentar los resultados, se procede a presentarle a la progenitora la figura con los datos recopilados a través del correspondiente análisis funcional del caso, donde se ilustran las diferentes variables implicadas, su interacción y las consecuencias resultantes (véase el Anexo 6), con el fin de hacer entender la situación actual, o sea, el por qué de la sintomatología que presenta la hija, y sobre todo, el curso o pronóstico de la

fobia si no se realiza una intervención personalizada, así como las consecuencias o los condicionantes, a medio y largo plazo, que tendrán lugar en el desarrollo de su vida cotidiana. Para lograr la concienciación maternal de la idoneidad de iniciar un tratamiento psicológico en el momento en el que tiene lugar la demanda, se invierte parte de la duración de la sesión en la psicoeducación, clarificando meticulosamente la importancia de ser conocedores de:

- El papel relevante que desempeñan las emociones en el desarrollo bio-psico-social del niño.
- La etiología, curso y pronóstico de los miedos infantiles.
- La distinción entre los miedos evolutivos y miedos clínicos o fobias.
- El aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje de las respuestas ante los estímulos “fóbicos”.
- La alteración o afectación de la vida familiar (obstrucción de los hábitos de sueño, del clima emocional de las interacciones, del desempeño laboral, de la falta de intimidad de la pareja, etc.)
- La idoneidad o lógica de una intervención en la infancia, esto es, de una intervención precoz, demoliendo la creencia de que *el tiempo lo cura todo*.

Seguidamente se especifica qué tipo de tratamiento es el indicado para abordar eficazmente los miedos clínicos o fobias, y se responden a las dudas planteadas al respecto.

Para finalizar la sesión, como tarea para casa se debió de efectuar la lectura del material que se les entrega: dos cuentos infantiles –entendiéndose los cuentos como recurso didáctico para facilitar el tratamiento en fobias infantiles-, *Juan sin miedo* y *El país de tus miedos* (véase el Anexo 7), que versan sobre el miedo a los monstruos, la oscuridad y la soledad. Asimismo, se le hace entrega a Sofía de un documento para que escribiese con la ayuda de su progenitora, las situaciones o actividades diarias que ambas identificaban como generadoras de ansiedad debido al miedo que éstas le ocasionaban.

- Cuarta, Quinta, Sexta, Séptima, Octava y Novena Sesión.

En el desarrollo de dichas sesiones tiene lugar la *implementación del tratamiento* y la supervisión del progreso y avance en la consecución de objetivos terapéuticos. Los padres y familiares directos actúan como co-terapeutas, al ser desarrollada la terapia de exposición íntegramente en casa. Conviene señalar que con quién se tiene contacto directo en terapia es con la progenitora, esto es, el entrenamiento se le realiza a la madre, tal y como ella misma considera oportuno, aunque se explica e insiste en la importancia de que las pautas terapéuticas (de reforzamiento, extinción, moldeamiento, modelado, ayudas, etc.), el control estimular y los restantes procedimientos abordados y acordados en las sesiones, -necesarios e indispensables que forman parte del tratamiento-, sean desarrollados de forma consistente y continua por todos los adultos que convivan con la menor, ante cualquier contacto o previsión de ello con el estímulo fóbico. Junto con la descripción facilitada a la madre en la sesión se le hace entrega de una serie de pautas escritas, para su consulta véase *el Anexo 8*.

- Seguimiento del caso.

Los seguimientos son llevados a cabo por teléfono, tal y como es acordado en la sesión última de tratamiento con la madre, por cuestión de economizar tiempo. En total, a fecha de realización del presente *TFM*, se han realizado un total de dos seguimientos, al mes y a los tres meses tras el alta terapéutica, donde se ha podido constatar que los progresos se mantienen.

3.5.2 Fases del tratamiento.

1. FASE DE PREPARACIÓN.

En la fase de preparación, tuvo lugar la clarificación de los objetivos terapéuticos, la elaboración de la economía de fichas y por último, la construcción definitiva de la jerarquía del miedo. Seguidamente se amplía y detalla su contenido.

➤ OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

Los *objetivos* propuestos fueron los siguientes:

▪ Objetivo general:

- Eliminar el miedo clínico o fobia a la oscuridad que presenta la menor.

▪ Objetivos específicos:

- Identificar específicamente las situaciones temidas.
- Proporcionar estrategias de control a la menor que faciliten el afrontamiento.
- Reducir el grado de temor que generan las situaciones evitadas.
- Enseñar a la progenitora cómo manejar la ansiedad que le produce la aplicación del tratamiento.
- Proveer a la progenitora instrucciones de manejo para aplicar ante posibles episodios de conducta opositorista/ negativista en la menor, a la hora de entrar en contacto con el estímulo aversivo.
- Motivar a la menor para el afrontamiento de las situaciones temidas.
- Conseguir el afrontamiento de las situaciones temidas y reforzar a la niña por su conducta de valentía hasta que logre un funcionamiento cotidiano normalizado (fortalecer la práctica).
- Eliminar los episodios de evitación y/o escape.
- Ampliar las actividades cotidianas llevadas a cabo por la menor a otros ambientes naturales y con otras personas.

➤ ECONOMÍA DE FICHAS.

La *economía de fichas* creada de modo específico para el caso fue la siguiente:

- Lista de conductas-objetivo: los comportamientos a incrementar fueron:
 - ✓ Ir sola a las distintas estancias de la vivienda.
 - ✓ Ir a la cama tras el primer aviso.
 - ✓ Dormir sola en su cama.

- ✓ Aprender a estar sola en casa durante un periodo temporal adecuado atendiendo a su edad.
- La ficha: se acordó que fuesen pegatinas o adhesivos, por reunir una serie de recomendaciones entre las cuales destacan el hecho de ser atractivas ligeras, perdurables, manejables y como no, difíciles de falsificar. Se recomendó que entre las pegatinas se incluyesen preferentemente alguno de los personajes de dibujos animados que Sofía adora y califica como héroes, al indicarlo así en una de las entrevista mantenidas con ella, siendo éstos exactamente *Lagoona Blue* personaje de *Monster High*, *Arenita* compañero de aventuras de *Bob Esponja*, y *Luchia* una de las protagonistas de *Pichi Pichi Pitch*. Definitivamente, fueron éstos los consumidos, yendo inclusive la menor en alguna ocasión al establecimiento para elegir la ristra personalmente a adquirir, los cuales consiguió ganar y pegar en el panel, en función de su progreso o logro personal.
- Los reforzadores: los escogidos por la progenitora para la economía de fichas fueron los descritos consecutivamente, no sin antes, aludir que se le aconsejó a la misma que seleccionara, en la medida que fuese posible, aquellos reforzadores que son apreciados intensamente o verdaderamente por la menor. De este modo, también se le advirtió de la importancia de que durante el desarrollo del tratamiento aquéllos no debían de estar disponibles para la niña, para incentivar la motivación hacia su obtención, dada la falta de saciedad en el disfrute de los mismos, así como por su función altamente reforzante por ende.

Los reforzadores elegidos y otorgados fueron:

- ✓ *Reforzadores materiales*: funda para el móvil, colgantes para el móvil, caramelos, chicles, palomitas, figuras de *Monster High*, chocolate, videojuego, cuentos, película en Dvd, colonia, y accesorios para el pelo.

- ✓ *Reforzadores de actividad:* ir al cine (actividad que desempeña en este caso una doble función, por un lado como reforzador y por el otro, como situación o ensayo de exposición en vivo a la oscuridad), ir a casa de sus amigos, pasar una tarde en un centro de actividades lúdico-infantiles, disfrutar en casa de la compañía de sus amigos, ir de excursión/ viaje con su madre y amigas, ir a los cumpleaños de sus amigos, ir al parque, ir de tiendas y recrearse con los juegos de mesa.
- ✓ *Reforzadores sociales:* los empleados fueron las alabanzas y las aprobaciones verbales tales como “¡eres muy valiente!”, “¡me siento muy orgullosa de ti!”, “¡qué bien los pasamos jugando en la oscuridad!”, “¡campeona!”, entre otros; el contacto físico (abrazos, besos, palmadas, achuchones, y caricias en el pelo), y expresiones faciales (sonrisas, guiñar el ojo, y contacto ocular directo).

En consulta tras la sesión, las recompensas entregadas a Sofía fueron caramelos y piruletas (reforzadores materiales comestibles), un diploma a la valentía (reforzador material de posesión) y poder disfrutar de los diversos juegos que hay en el gabinete (reforzador de actividad), y las felicitaciones a ambas -madre e hija- por el progreso y por las realización puntual de las tareas semanales (reforzadores sociales).

- El mantenimiento de las conductas de afrontamiento: una vez se estipuló era el momento de abandonar el sistema de economía de fichas, para evitar la pérdida de los beneficios alcanzados, o lo que es lo mismo, de las conductas deseadas, se previó y sorteó la generalización al ambiente natural, mediante el empleo de los siguientes procedimientos:

- *Transferencia de los reforzadores de control:* cada vez que la menor mostraba o llevaba a cabo una aproximación o la conducta objetivo, se fue apareando progresivamente la ficha a entregar con el refuerzo social y el autorrefuerzo.
- *Empleo e implicación en la actualización del registro:* de modo que se le ofrece a Sofía la posibilidad de obtener *feedback* informativo, autorrefuerzo por progreso terapéutico.
- *Supresión paulatina de las fichas:* a través de la administración intermitente de la ficha, y la demora temporal entre el momento en el cual se realiza el comportamiento y la entrega del adhesivo, logrando a su vez un aumento y mantenimiento de la emisión de las conductas objetivo, justamente por la motivación o deseo de conseguir dicha ficha (adhesivo en este caso).
- *Disminuyendo la cantidad de conductas que obtienen reforzadores de apoyo:* aquellas conductas de aproximación que se consideraban plenamente instauradas como parte del repertorio conductual, pasaron a ser reforzadas socialmente.
- *Aumentando gradualmente el tiempo que transcurre entre la adquisición de la dicha y la compra de los reforzadores de apoyo.*

➤ ELABORACIÓN DE LA JERARQUÍA DEL MIEDO.

Se construyó una jerarquía combinada, constituida por ítems relacionados con el miedo a la oscuridad, ítems de afrontamiento a la soledad, e ítems que integran ambas variables, la oscuridad y soledad. Para ello, se emplean las situaciones identificadas por la menor y la madre, aportadas en la cuarta sesión clínica (primera sesión de tratamiento), como parte de la tarea enviada para casa. Se completó, deliberó y ordenó en función a la ansiedad que producía a Sofía, de menor a mayor nivel de ansiedad (véase la Tabla 6).

Tabla 6. Jerarquía de estímulos fóbicos ordenados de menor a mayor nivel de ansiedad.

1. Deambular por las distintas habitaciones de la casa sola de día.
2. Ir al baño acompañada de su madre.
3. Andar por el pasillo de día acompañada de su madre.
4. Ir a su habitación sola de noche y encender la luz.
5. Estar de día en su habitación mientras la madre se halla en otra.
6. Deambular de noche por las distintas habitaciones de la casa.
7. Ir sola al cuarto de baño de noche.
8. Andar por el pasillo de la casa sola de noche.
9. Estar en su habitación sin luz y los padres en otra.
10. Quedarse sola en casa durante unos quince minutos de día.
11. Quedarse sola en casa durante unos quince minutos de noche.
12. Dormir sola en su habitación por la noche.

2. FASE DE APLICACIÓN.

La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual implicó la aplicación de las consiguientes técnicas y estrategias:

- 1. Entrenamiento a padres:** La madre actúa como coterapeuta, por tanto, se le entrena en las técnicas de evaluación y modificación de conducta que estuvieron a la base del programa de intervención aplicado (observación conductual, condicionamiento operante, negociación, habilidades cognitivas, de modelado, establecimiento de normas, límites e instrucciones, etc.). La finalidad era dotarla de las competencias apropiadas que posibilitaron la modificación de las contingencias de refuerzo inadecuadas, y reforzar correctamente las conductas de aproximación. Las sesiones clínicas se utilizaron para analizar los (auto) registros, facilitar las pautas, motivar a ambas partes para iniciar el proceso de cambio, moldear la conducta maternal con relación a la problemática, revisar las tareas para casa, reforzar a la progenitora y la hija por los adelantos, y controlar los problemas que surgieron a lo largo del desarrollo de la terapia. Asimismo, además del contacto directo o personal siempre se posibilitó la vía telefónica para consultar cualquier duda que surgiese, o inclusive si se viese conveniente adelantar o posponer alguna de las sesiones.

2. Exposición en vivo: Para que la menor supere la fobia, es decir, la ansiedad y evitación/escape que genera en sí el estímulo fóbico, que en este caso en concreto es la oscuridad, justamente era necesario que experimentase la ansiedad que se siente al estar en contacto en vivo con aquél. No obstante, gracias a una serie de técnicas y habilidades de afrontamiento que se le enseñaron hasta su adquisición, el proceso de interacción con el estímulo fóbico, tuvo lugar con un nivel de ansiedad moderado. En suma, el principio activo de la terapia no fue otro que el de la exposición, siendo la modalidad seleccionada en este caso la exposición en vivo⁸. Su implementación tuvo lugar una vez se elaboró la jerarquía de estímulos fóbicos, se confirió a la infanta de determinadas habilidades de afrontamiento y se preparó a la progenitora para responder e instruir a los restantes cuidadores de cómo proceder, para hacerlo de modo acertado y fructífero de acuerdo con la problemática y la dinámica del tratamiento. Se planificó en la clínica bajo la supervisión profesional, cómo tendría lugar la exposición en casa para evitar equivocaciones en la práctica al llevarla a cabo en el hogar. Todo ello con la colaboración tanto de la madre como de la hija. Para evitar que la exposición fuese excesivamente o desproporcionadamente aversiva, y encontrarnos con la oposición y resistencia de la menor o de la progenitora, se optó por utilizar la economía de fichas por un doble motivo. Por un lado, por ser ideal para aplicar en niños, y por otro lado, por ser una herramienta motivadora, sumamente potente por su alto valor de reforzamiento. Asimismo, cada ítem u objetivo en los ensayos iniciales contaron con una serie de apoyos o ayudas para hacer más progresivo el acercamiento y cerciorar así el éxito, y por tanto, asegurar al principio la ganancia y la entrega de fichas a la menor por buena

⁸ La lectura del cuento *Tío Pies Ligeros* (descrito más adelante) supuso una exposición en imaginación (los doce capítulos que lo integran).

ejecución, esto es, mediante una serie de aproximaciones sucesivas. En concreto los apoyos fueron los siguientes:

- Ir realizando las distintas acciones o actividades, en un primer momento durante el día, para pasar paulatinamente a realizarlas al atardecer, hasta finalmente hacerlas tras anochecer.
- Colocar en la habitación un punto de luz, como no pudo ser de intensidad variable para ir regulándola parcialmente desde la luz absoluta hasta su desactivación completa, esto es, permanecer en total oscuridad, finalmente se decidió que pasase gradualmente de dormir con la luz encendida de la lamparita de su habitación, a hacerlo con la luz del pasillo (entornando cada vez más la puerta de su dormitorio), hasta permanecer en la habitación y conciliar el sueño con el ambiente natural de oscuridad.
- Presencia o acompañamiento de la progenitora u otro familiar, hasta la habitación al principio permaneciendo casi toda la parte del tiempo y luego ir acortando el tiempo de permanencia y/o la distancia de separación.
- Acompañamiento de instrucciones verbales por parte de la progenitora y de las terapeutas antes, durante, y después de los ensayos de conducta.

Estas ayudas o señales de seguridad, fueron desvanecidas hasta su desaparición completa, por ser como toda ayuda de carácter temporal o transitorio, para poder cerciorarse de que la conducta había sido exitosamente modificada.

En suma, se dispuso de una serie de estrategias y tácticas específicas para evitar ciertos inconvenientes como el mencionado (rechazo o resistencia al tratamiento), u otros bastante predecibles (por ejemplo, el incumplimiento terapéutico, la terapia como estímulo condicionado que provoca una respuesta de ansiedad, o el abandono de la terapia, entre otros.), diseñando

e individualizando pormenorizadamente la intervención para lograr la adherencia a la terapia y al tratamiento. Las estrategias y tácticas concretamente con las que se trabajó pueden observarse en la tabla nº 7.

Por último, precisar que en ningún momento se contempló la necesidad o idoneidad de combinar la terapia cognitivo-conductual con un tratamiento farmacológico a base de tranquilizantes como ayuda para combatir o contrarrestar la ansiedad.

Tabla 7. Estrategias y técnicas terapéuticas para salvar los inconvenientes del tratamiento.

ESTRATEGIA	TÉCNICA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Reducir el grado de ansiedad que genera la interacción con el estímulo fóbico.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Graduación de la interacción mediante la jerarquía ejecutando los ítems en orden de menor a mayor ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Estímulos discriminadores (ED) orientados a promover la respuesta motora de afrontamiento y disminución de la de escape/ evitación.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación para el afrontamiento de las situaciones fóbicas mediante alabanzas verbales, aprobación gestual o física. - Modelado in vivo. - Extinción de las conductas inadecuadas o sustentadoras de la respuesta fóbica. - Reforzamiento positivo para el fortalecimiento de la conducta de interacción con el estímulo fóbico. - Retroalimentación positiva centrada en el progreso terapéutico visualizado a través de una tabla de progresos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Habilidades de afrontamiento.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva. - Métodos de relajación.

3. Modelado: Tras comentar la capacidad que tienen los niños para imitar conductas -tanto las positivas o adaptativas como las negativas o desadaptativas-, mediante la observación de modelos, especialmente de aquellas personas con las cuales se identifican, por ser grandes referentes, o formar parte de su círculo social más directo e íntimo, tal y como ocurre con los padres y miembros familiares, se sucedió a analizar con la progenitora cómo el miedo de Sofía, y primordialmente los comportamientos, no eran si no en gran parte, un fiel reflejo o

signos de los comportamientos puestos en práctica por ella misma desde antaño, esto es, eran producto del “*contagio emocional*”. En concreto, la cuestión se centró en lo que se refiere a las verbalizaciones con connotación negativa vertidas acerca de lo escasamente que le gustaba la vivienda familiar por las características de la misma (la falta de luz interior, la distribución, e incluso a lo que a decoración se refiere), o los comportamientos motores evitativos o de escape, como bien era el no desear dormir sola “*porque esta casa me da cosa, nunca me he sentido segura, tranquila, y por otro lado, yo sé lo que es tener ese miedo, porque cuando era pequeña también lo tuve, y francamente, no es lo mismo dormir sola que acompañada*”. Así pues, se le hizo partícipe y conocedora de lo importante que ella para la menor, en tanto en cuanto, es una persona referente a la cual observa minuciosamente como bien había podido comprobar. Se consiguió ir eliminando dichos hábitos, mediante un programa de refuerzo de tasas bajas, antes de intentar modificarlos en la niña, para convertirla en un modelo apropiado con un patrón de comportamientos más enriquecedores y convenientes. Así Sofía, pudo observar en repetidas ocasiones como su madre efectuaba las conductas de aproximación en ausencia de consecuencias aversivas (extinción vicaria), facilitando este modelado la iniciativa en la menor para la posterior puesta o ejecución práctica de dichas conductas sin experimentar evidentemente tampoco, ninguna resulta desagradable (extinción respondiente).

4. Técnicas operantes: Han sido utilizadas varias, y han sido:

- Extinción: Se explicó a la progenitora la importancia de no reforzar aquellas conductas que mantienen e incluso intensifican la sintomatología, haciéndole conocedora del potente efecto reforzante que tiene en los hijos, la atención recibida de la mano los adultos. Asimismo, se analizan los efectos que supone el continuar haciendo lo puesto en práctica hasta el momento, esto

es, la evitación a corto plazo de la menor de tener que sentir la ansiedad que le genera esta fobia, el tiempo extra de diversión que la menor obtiene (muy lejos por otro lado del aburrimiento y soledad que supone el dormitorio en el horario nocturno), y como no, lo connaturalmente motivante para un niño que resulta el dormir con los padres. Por todo ello, específicamente las conductas a extinguir fueron:

- Las verbalizaciones de Sofía en relación a sus miedos, y requerimientos para evitar dormir o realizar determinadas actuaciones en la oscuridad y/ o a solas.

- Las conductas-problema manifestadas por Sofía tal como los llantos, quejas, súplicas, etc.

- Las explicaciones o argumentos “tranquilizadores” que la progenitora proporcionaba a Sofía cada vez que mostraba una conducta de evitación y/o escape, para intentar persuadirle de que no debía de tener miedo.

- Las conductas de sobreprotección o permisivas que despliega la progenitora y restantes cuidadores.

- Contracondicionamiento: Para la eliminación de la respuesta condicionada de miedo a la oscuridad, se condicionaron nuevas respuestas al estímulo condicionado hasta quedar extinguida aquella. Así, la ansiedad que generaba la oscuridad se contrarrestó o inhibió con el juego (terapéutico y libre), los masajes, los cuentos, la relajación, las imágenes emotivas o significativas, la familiaridad del lugar donde se desarrolló la exposición en vivo de los estímulos fóbicos, esto es, la propia casa y finalmente, la risa (atribuyéndole a los monstruos que imaginaba o poblaban sus pesadillas, características o peculiaridades “cómicamente simpáticas o risueñas”. Por ejemplo, pensar en que tiene una voz de pito, y que las escenas que suceden son rocambolescas y ridículas, como pensar en cómo debía de hacer el monstruo para meterse y permanecer en la pared o cómo sería la vida en el armario, etc.).

- Refuerzo positivo: La administración de los reforzadores (materiales, de actividad o sociales) eran contingentes a las conductas de aproximación de la menor al estímulo fóbico. Por ejemplo, cada vez que la progenitora despertaba a la menor por la mañana tras haber pasado ésta la noche en su habitación, le hacía saber de lo orgullosa y satisfecha que se encontraba por tener una hija tan valiente, y a continuación procedía a darle la ficha (pegatina). Al inicio de la intervención tras ser obtenidos los reforzadores, para aumentar dichas conductas de aproximación, eran aquéllos fueron conferidos de modo inmediato para su disfrute.
- Autorreforzamiento positivo encubierto: Cada vez que superaba una exposición valerosamente, se le hizo especial hincapié en que se repitiese así misma frases como: “*lo he conseguido*”, “*he sido capaz de enfrentarme a la oscuridad/ soledad*”, “*estoy dejando de comportarme como una niña miedosa*”, “*cada día soy más valiente*”, etc., como forma de motivación propia en la consecución de los sub-objetivos. El objetivo principal del autorreforzamiento fue consolidar las habilidades de afrontamiento aprendidas y sobre todo, potenciar la separación de sus progenitores y cuidadores, y no temer a la oscuridad.
- Contingencias diferenciales: Se entrenó a la progenitora para que reforzará (con besos, abrazos, atención, etc.) aquellos pequeños avances conductuales encaminados o relacionados hacia el afrontamiento de las situaciones temidas, e ignorará o no premiará las conductas de evitación o escape del elemento fóbico, sugiriéndole que practicara las habilidades de afrontamiento aprendidas y reforzando su práctica, recordándole que si persistían mantuviese la calma e ignorara las quejas.
- Aproximaciones sucesivas o moldeamiento: Como la menor experimentaba mucho miedo a la interacción con la oscuridad, era prácticamente improbable que llevase a cabo directamente

determinadas conductas objetivo. Por ello, al principio se optó por reforzar otras conductas que aunque no tenían mucha relación con la conducta objetivo, sí se parecían vagamente a la respuesta final de afrontamiento, como bien pudieron ser: cuando Sofía se encontraba entretenida viendo dibujos animados, haciendo la tarea escolar o jugando con su videoconsola, esto es, conductas de alta probabilidad de aparición, que inclusive en ocasiones sucedían a oscuras y/o en soledad, que al ser reforzadas sirvieron para que se lograra una aproximación sucesiva a esa respuesta final, a la vez que se iban extinguendo las diversas variaciones de acercamiento conforme se configuraban conductas más semejantes a la conducta final.

- Práctica reforzada: Las autoexposiciones en vivo a los distintos ítems de la jerarquía con periodos de tiempo cada vez mayores o mayor frecuencia conductual, fueron seguidos siempre de consecuencias positivas.
- Contrato conductual: Se utilizó para combinar la economía de fichas y el reforzamiento positivo. Se estableció un contrato donde se recogió el compromiso por escrito establecido por parte de la menor respecto a las conductas que debería llevar a cabo para solucionar los desajustes. Por otro lado, la progenitora se comprometió a proporcionar una serie de refuerzos en base a los ítems o conductas cumplidos. Todo ello teniendo como testigo o persona de apoyo a la terapeuta.
- Control estimular: Se proporcionó una serie de consejos a la madre para que evitase regañar a la niña cuando mostrase miedo, e intentase siempre tranquilizarla y una vez que estuviese relajada, si fuese necesario encender la luz. Igualmente, se recomendó que supervisara qué objetos o muñecos en plena oscuridad situados frente a la menor podían estimular los miedos o fantasías; qué mobiliario o decoración puede ser más apropiado, qué películas, libros, o programas de

televisión ve y lee, así como si su contenido es el recomendado para la franja de edad en la que se sitúa Sofía (evitar visualizar películas de terror o la lectura de relatos de miedo), del mismo modo que procurar no desatender a ser conocedora de las amistades con las que acostumbra a estar cuando va de visita o de vacaciones al pueblo de los abuelos maternos (situarla en un marco de referencia adecuado), invitando a la progenitora a entrar a valorar personalmente la idoneidad de las mismas, los intereses, juegos o aficiones que pudiesen compartir según el estadio evolutivo en el que se hallan aquéllas pre-adolescentes y la hija.

- 5. Reestructuración cognitiva:** El principal determinante de la ansiedad advertida es la preocupación o valoración que hace la menor sobre la oscuridad y su permanencia en ella de modo solitario. En la reestructuración cognitiva, se le explicó a Sofía cómo la visión o pensamientos que tiene acerca de la oscuridad influye sobre sus sensaciones y sus sentimientos. El análisis de las situaciones cotidianas se realiza con el modelo A-B-C; A (Adversidad; cualquier situación donde ha de estar en contacto con la oscuridad), B (Balance cognitivo: preocupación de la niña por la oscuridad y por tener que estar a solas), y C (Consecuencias: sentimientos de ansiedad y conducta de escape o evitación); donde A produce B y B genera C. Se le explica a la infanta los errores o trampas que pueden poblar nuestro pensamiento, y cómo influyen los pensamientos negativos en nuestro temor, o ansiedad. Se establecieron comparaciones metafóricas entre sus respuestas o comportamientos y las distorsiones cognitivas. A continuación, se transcriben algunas de las comparativas utilizadas:

“Tu miedo a moverte, a interactuar con la oscuridad es cada día que pasa más grande, como tú y mamá muy bien decís. Cada vez

que anticipas que has de hacer alguna cosa, como por ejemplo ir al baño y por tanto, atravesar el pasillo de casa a solas, o ir a tu habitación y dormir, los pensamientos que comienzan a venir a tu cabeza son negativos (distorsión cognitiva: catastrofismo). Es como si pasases a ser de repente un cuervo agorero y poco bromista, este tipo de pensamientos se disparan, y comienzas a recordar las historias de miedo que tus amigas del pueblo te cuentan, las películas de terror que has visto, o lo que incluso tú has llegado a imaginar que te podría pasar a oscuras, entonces comienzas a ponerte nerviosa, ya sabes a temblar, a sudar, a sentir cómo palpita rápidamente tu corazón y, a llamar a mamá insistentemente para que venga a tu habitación y se acueste contigo o para que te acompañe al aseo, porque en ese momento eres como una avestruz aprensiva, que cava un hoyo en la arena y mete la cabeza en él pensando que así se soluciona la cosa, solo que tú en lugar de hacer un hoyo, optas por llamar a mamá para que te haga compañía y para que así desaparezca el miedo que sientes (distorsión cognitiva: estilo de afrontamiento evitador). Eres incapaz de ver los aspectos positivos porque pareciese que llevas unas anteojeras como los caballos de carreras, que te impiden ver lo bueno de tener y poder disfrutar de una habitación propia, una cama para una misma, y como no de disfrutar de hacer cosas por ti misma sola (distorsión cognitiva: abstracción selectiva)...”.

Finalmente, este modelo A-B-C, se completa con dos elementos más D (Discusión o racionalización), y E (Experimento nuevas consecuencias o resultados).

Seguidamente se le enseña a combatir su preocupación, para ello se emplea el método DDT, esto es, Detectar las preocupaciones, Dudar de su certeza y Transformarlas en racionalizaciones, respectivamente. Por tanto, comenzó a cuestionar sistemáticamente la validez de los pensamientos miedosos que le abordaban, a dudar de su certeza, y a desarrollar alternativas de racionalización (por ejemplo, que los pasos o golpes oídos en

mitad de la noche sean de su vecino que se ha levantado para ir al aseo o a beber un poco de agua, siendo incoherente pensar que se tratan de un monstruo que deambula por casa).

6. Debate socrático: Se establecieron una serie de diálogos terapéuticos con la menor, basados en el método socrático, donde se logra que la niña cuestione sus pensamientos, juicios, inferencias, conclusiones o puntos de vista ilógicos. A través del estilo socrático las preguntas llevan a la infanta a un descubrimiento guiado. Teniendo en cuenta la edad, se optó por una combinación de preguntas o disputas lógicas, empíricas y funcionales para que le resultase más atractivo. El diseño del proceso que generalmente se empleó en el diálogo socrático fue:

- 1) Elicitar e identificar el pensamiento automático;
- 2) Vincular el pensamiento automático, emoción y conducta;
- 3) Establecer la secuencia pensamiento-emoción-conducta, mostrando empatía;
- 4) Obtener la colaboración de Sofía para llevar a cabo los pasos del 1 al 3;
- 5) Comprobar socráticamente la creencia.

En la fase quinta, se consiguió que la menor se plantease otras respuestas o ideas alternativas a las que le surgían, cuestionando y apareciendo la duda sobre sus reflexiones, suavizando por tanto, los pensamientos absolutistas y catastrofistas. Para ello se hizo uso de las metáforas, las analogías y el humor. Se ha de resaltar que en todo momento la ridiculización y el humor se realiza sobre las creencias que tiene Sofía (por ejemplo, que el monstruo “corta-cabezas” se esconda en las paredes), pero nunca sobre la menor, esto es, se anima a la misma a reírse de las incorrecciones de sus pensamientos. Del mismo modo, las metáforas fueron deliberadamente escogidas para que encajasen con el mundo y problemática de Sofía.

- 7. Entrenamiento en autoinstrucciones:** Se explicó a Sofía cómo el miedo, en sus distintas facetas, es capaz de apoderarse del contenido de nuestros pensamientos hasta lograr que aquéllos sean especialmente negativos y que su temor aumente hasta formar los mismos parte de la respuesta fóbica, y conllevar a la paralización o inquietud constante. Se entrenó a Sofía para que cada vez que tuviese que hacer frente a la gama de situaciones temidas, se enfrentase a las mismas a través de autoinstrucciones o heurísticas (fórmulas verbales o reglas) con reproducciones internas o en voz alta, cuyo contenido variaba o se ajustaba según la fase en qué se hallaba del enfrentamiento (preparación, confrontación, momentos difíciles o resolución). Algunas de las autoinstrucciones elaboradas conjuntamente fueron: *“no me pasará nada”, “la casa es un lugar seguro”, “los monstruos no existen sólo están en mi imaginación”, “soy una chica fuerte”, “sé cómo cuidar de mí misma en la oscuridad”, “si me pongo nerviosa sé como relajarme”, “lo estoy superando”, etc.*
- 8. Cuentos terapéuticos:** Se utilizó el cuento *Tío Pies Ligeros* (véase el Anexo 9.) o también denominado *Tío Pies Luminosos* (*Uncle Lightfoot*; Mikulas, W.L., Coffman, M.G., Dayton, D., Frayne, C., y Maier, P.L. 1986; Mikulas W.L., y Godman, M.G, 1979) que consta de doce capítulos y diez juegos, el primero y el último capítulo no incluyen juego por tratarse de capítulos de introducción y finalización de la narración. Los capítulos narran la historia de Miguel un niño con miedo a la oscuridad que para superarlo decide ir a visitar a su tío Pies Ligeros, un indio con una gran sabiduría y coraje. La historia representa la oportunidad de introducir a la menor en una exposición en imaginación graduada, a través de un contracondicionamiento al ofrecer un relato divertido y emocionante que empareja las escenas temidas con escenas agradables, mientras que Miguel ejerce de modelo simbólico para Sofía al ver cómo éste afronta las diferentes

escenas nocturnas valerosamente. Por su parte, los juegos constituyen una exposición graduada en vivo, donde el juego es el agente inhibidor de la ansiedad (respuesta incompatible) y se logra desensibilizar al niño a través de la recreación en la oscuridad. Asimismo, también se emplea el reforzamiento social y material, el condicionamiento operante, el condicionamiento clásico y el condicionamiento vicario. Mikulas y cols., elaboraron este material para enviar por correo o entregar personalmente a los padres que acuden a terapia por un problema en sus hijos de miedo a la oscuridad con el fin de ser desarrollado por los mismos en casa. Está dirigido a niños de 4 a 7 años, su aplicación suele llevarse a cabo tres noches intercaladamente en el dormitorio infantil durante treinta minutos aproximadamente, y deben de repetirse los juegos varias veces hasta que no manifieste ansiedad alguna antes de pasar al siguiente.

A la progenitora se le hizo entrega del cuento y se le aconsejó que siguiera el orden establecido en el que aparecen los juegos, así como que no se forzase a la menor, bajo ningún concepto, a llevar a cabo ninguna de las actividades que se incluyen en contra de su voluntad. Finalmente, se acordó que si surgiese alguna incidencia o duda contactase con nosotras.

- 9. Otros recursos o técnicas aplicadas:** Se instruyó a la menor para que tras la lectura del cuento infantil (hábito establecido por la progenitora en la menor como parte de los rituales previos al sueño, anterior a la intervención psicológica), centrarse su atención antes en pensar exactamente cómo le gustaría que fuese el gran premio final que conseguiría, una vez que superase completamente su miedo a la oscuridad -que anteriormente ideó y así se acordó con la progenitora puesto que en general es una niña que realiza peticiones realista y asequibles a su situación socioeconómica-. El último reforzador o premio exclusivo que la menor eligió y cuya progenitora prometió

proporcionar a su hija fue: irse a pasar un fin de semana ambas junto con las amigas más íntimas de Sofía a algún sitio especial. Por tanto, la tarea distractora consistía en elaborar los detalles específicos de ese viaje: dónde ir, con quién, cuándo, qué actividades hacer, qué visitar, etc.

Otras tareas distractoras han sido: recordar y recrearse en algo bueno que tuvo lugar esa jornada, o inclusive pensar en los fantasmas, monstruos, y seres fantásticos, pero en lugar de atribuirles la connotación de seres aterradores, debía de imaginárselos como seres cómicos que le generasen un estado risueño, por poseer determinadas características que inevitablemente a ella le provocasen la risa, como bien podrían ser recrearse en cómo tenían la nariz, el pelo, o el tono de voz, de los espectros, entre otros.

3. FASE DE CONSOLIDACIÓN.

Una vez la niña afirmó no sentir miedo al estar sola y de ser capaz de dormir sola, hecho corroborados por la progenitora, junto con la ejecución de todos los ítems de la jerarquía, o sea, de todas las conductas de aproximación a la oscuridad y/o soledad, se dio paso a iniciar la fase de la consolidación. En concreto, se instruyó a la progenitora para que a partir de ese instante, comenzase a llevar a cabo actividades cotidianas del día a día, de manera natural, esto es, tirar la basura, ir a comprar, permitir que fuese a dormir a casa de alguna amiga, ausentarse de la casa durante un tiempo prudencial⁹, bajar a por el correo postal, etc., para mantener y generalizar los logros terapéuticos. A la siguiente sesión (novena), la progenitora informó de que no se dio ningún comportamiento sintomático, había permanecido sola en casa en varias ocasiones sin mostrar ningún signo de miedo y centrada en sus actividades tal como cuando se marchó. Igualmente, dormía con la luz apagada y la puerta prácticamente cerrada. En ese momento, tras valorar primordialmente la conducta de ausencia de temor y evitación/escape, así como la necesidad que presentaba la progenitora de disponer del mayor tiempo posible para la

⁹ No muy amplio teniendo en cuenta la edad de la menor y lo establecido al respecto por la legislación.

dedicación de la preparación de las pruebas opositoras, se opta por dar el alta y por ende, paso al seguimiento.

En esta última sesión presencial, se le hace entrega a la menor de un diploma a la valentía (véase el Anexo 10), ofreciéndole retroalimentación por su esfuerzo notorio, su capacidad y sus habilidades personales para hacer frente al miedo.

3.5.3 Desarrollo del tratamiento.

Una vez realizada la evaluación, se especificó cuáles eran las variables de especial importancia que explicaban la etiología de la fobia de la menor, así como los motivos que mantenían e incrementaban las conductas de miedo, evitación y/o escape. Posteriormente como se ha indicado en líneas anteriores, se pasa a recomendar la intervención psicológica para abordar la fobia que la menor presenta, puntualizando cuáles son las técnicas de mayor validez y eficacia clínica al respecto. Es en este instante, cuando tiene lugar el principal contratiempo hallado en el transcurrir de la terapia, ya que la progenitora manifiesta una clara resistencia, al comprender que para la superación del problema la pequeña inevitablemente ha de hacer frente a sus miedos, tolerando para tal fin la ansiedad experimentada cada vez que está presente el estímulo fóbico. Para salvar esta adversidad y lograr que la progenitora comprenda la conveniencia del tratamiento y no interrumpiese la terapia, se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- *Reconocimiento empático:* se hacer ver que se entiende su situación, la negación exhibida, si el tratamiento lo contempla como algo planificado deliberadamente que derivará en momentos o situaciones desagradables a los que hacer frente la menor. Sin embargo, se insiste en que se trata de técnicas suficientemente avaladas por los resultados eficaces en diferentes estudios, y por otro lado, se trataría de cambiar unos momentos difíciles por una mejoría permanente a largo plazo. No obstante, se le especifica que es ella en último caso quien debe de decidir libremente si desea que se inicie la terapia o no, objetando que a medida que transcurra el tiempo el problema se intensificará

porque la ansiedad continuará incubándose, incluso a otros contextos, afectando considerablemente el funcionamiento cotidiano de la menor, pudiendo interferir en diversos ámbitos de la vida, como por ejemplo, a la hora de decidir si ir de campamento, viaje de estudios, vivir sola de modo independiente, etc. Finalmente, para incitar a la progenitora, se aclaró que suele ser más ventajosa y menos aversiva la intervención en el momento presente que en uno futuro, dada la efímera historia o vida del problema.

- *Constatación de que no hubiese tenido lugar ningún acontecimiento que hubiese alterado a la menor:* Se indagó sobre si había ocurrido alguna experiencia o pérdida importante, que hubiese afectado considerablemente recondicionando las respuesta de ansiedad y el bienestar emocional de la niña en los días previos a esa sesión, para poder actuar en consecuencia y posponer temporalmente el programa de exposición. Definitivamente, esta posibilidad fue descartada, y se estimó que se trataba de inseguridades provenientes de la madre únicamente.
- *Explicación de la técnica nuevamente y normalización del miedo a la exposición:* Se le vuelve a explicar que el objetivo no es otro que perder el miedo a la oscuridad, afrontando el mismo a través de la jerarquía que estará compuesta por una serie de ítems que contendrán las situaciones que son temerosas y por tanto, evitadas, y a su vez se dispondrá de tal modo que se comenzará por aquel ítem que menor ansiedad le genere y una vez superado, se continuará hasta completar todos los ítems, ajustándose la progresión a las posibilidades de control de la infanta. Se le argumenta que justamente por tratarse de una de las técnicas más eficaces para el tratamiento de las fobias, es pues el camino para que la menor pueda ir progresando. Aún así, se le recuerda que no se expondrá a la menor a las situaciones

sin antes previamente haberla dotado de diversas estrategias para hacer uso de ellas en los momentos de tensión o ansiedad.

- *Mención al compromiso e implicación:* Se resaltan los esfuerzos realizados y el interés mostrado hasta ese momento. Asimismo, se le animó a que continuase para poder acompañar el proceso iniciado de resultados positivos, como ocurrió en ocasiones anteriores con otra demanda, ya que de lo contrario, podría tener lugar un condicionamiento del miedo a la terapia en sí, esto es, la hija entendería que no se ha llevado a cabo porque en sí misma la terapia es aversiva, pasando a formar parte de su categorización de situaciones a sortear.
- *Referencia a los cambios o logros:* Se especificó que aunque la inversión de tiempo para llevar a cabo la aplicación del tratamiento, sería bastante considerable o costoso, es decir, tendría en cierto modo que centrar su atención mayoritariamente en este aspecto, igualmente se precisó que la eficacia del mismo sería inminente.

4. RESULTADOS.

La eficacia del tratamiento queda demostrada tras comprobar en el seguimiento que tras finalizar la intervención, la conducta de afrontamiento o tolerancia hacia la oscuridad se mantiene e inclusive mejora con respecto a la evaluación postratamiento, no remitiendo a los valores de miedo registrados durante la línea base del tratamiento (*véase el Gráfico 1*), en las diferentes mediciones o registros efectuados por la progenitora en casa y que aporta en cada sesión, sobre las conductas de escape o evitación tales como: dormir sola en su habitación, ir al baño sola, deambular por el pasillo de la vivienda, etc.

Antes de la aplicación del tratamiento la menor presentaba muchas respuesta de ansiedad, a diario dormía acompañada o en diversos momentos de la noche tenía por costumbre llamar a su madre quien rápidamente acudía y permanecía hasta que de nuevo la menor se quedaba durmiendo. Como se

puede apreciar en la gráfica es el momento en el cual se registran las puntuaciones más altas. A partir de este instante, una vez se da comienzo al tratamiento, los valores de miedo descienden considerablemente hasta la ausencia completa registrada en el segundo de los seguimientos a los tres meses de finalizar la terapia.

En la línea base los resultados de la *Entrevista sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los hijos* (Pelechano, 1981) concuerdan con el registro observacional basado en las variables relevantes para el posterior análisis funcional de la conducta, así como las entrevistas que tuvieron lugar con la madre e hija. Del mismo modo, los restantes registros siempre se ajustan a lo citado por ambas.

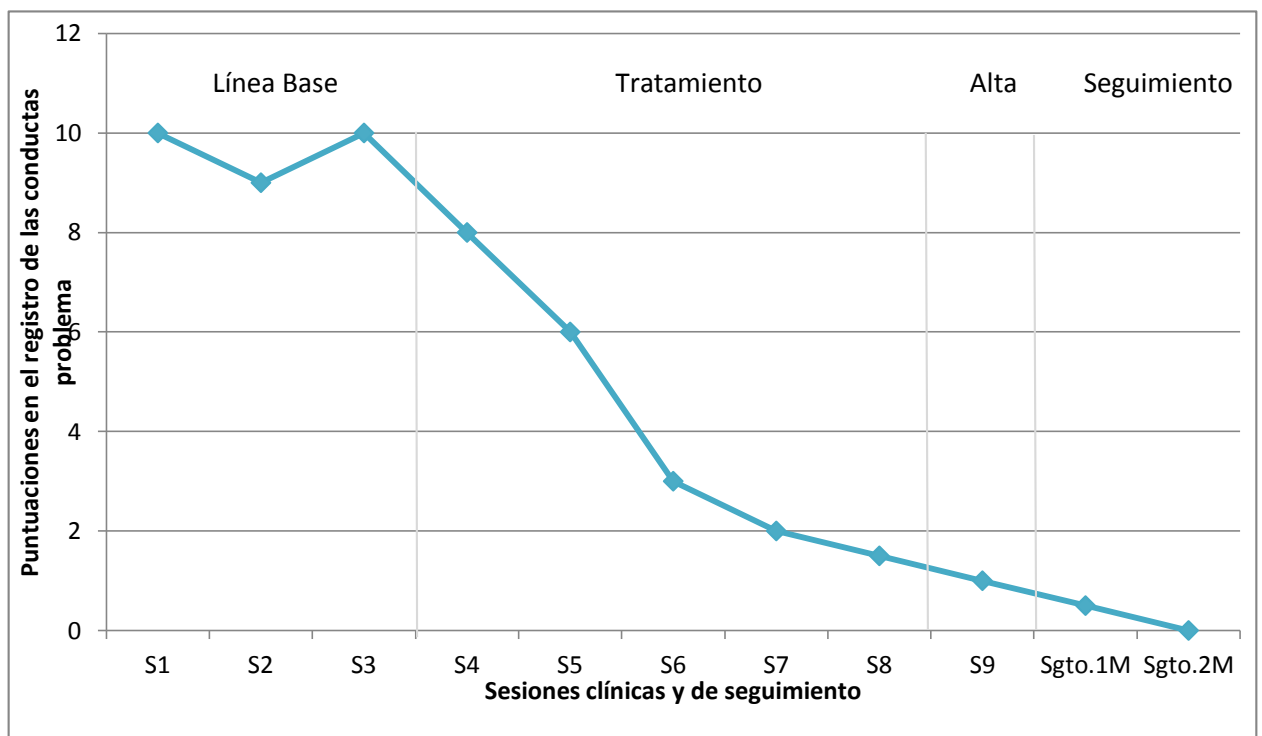
En relación al método DDT, la menor consiguió reducir al absurdo los pensamientos relativos a la posibilidad de que apareciese un fantasma o un ser fantástico en alguna parte de la vivienda simplemente por su condición *per se* de irreal, si bien planteo otro de sus miedos, que en casa entrase un ladrón o un desconocido. Efectivamente, sería una situación extraordinaria, pero hacedera, subsiguientemente no tenía cabida ignorar este pensamiento ni mucho menos decir simplemente que eso no ocurriría nunca, por el simple hecho de que siempre es una posibilidad, ahora bien, se optó por explicar la diferencia entre la posibilidad y la probabilidad de que tenga lugar un hecho o acontecimiento, como el que a ella le preocupaba. Así, se habla en torno a que si bien existe la posibilidad de que un desconocido pueda entrar en una casa, se evalúa la probabilidad que habría de que fuese la suya, y se hace un repaso y listado mental de las medidas de seguridad con las que cuentan para evitar un suceso así (puerta fuerte y segura, pestillo o cerrojo, vecinos, teléfonos para pedir auxilio, etc.).

Se estableció el criterio de ítem superado cuando la menor había sido capaz de llevarlo a cabo en un par de ensayos consecutivos sin necesidad de ayudas y sin emitir o manifestar conducta alguna de miedo.

En el primer seguimiento realizado, la progenitora informa de que el miedo a la oscuridad ha desaparecido, esto es, la mejoría se ha mantenido y no ha sido registrada ninguna conducta de miedo. En el segundo, se confirma esta continuidad comportamental y la madre resalta que la menor por iniciativa

propia cuando llega la hora de irse a la cama se dirige a su habitación y pernocta sola sin ningún problema. Del mismo modo, la madre se muestra muy satisfecha con los resultados obtenidos con el tratamiento. La progenitora comunica que Sofía ansía pasar una noche en casa de una de sus mejores amigas. Se le recomienda que sería apropiado que se le permitiese y es una clara indicación de que todo se desenvuelve de manera apropiada.

Gráfico 1. Puntuaciones en el registro de comportamientos de miedo.



5. DISCUSIÓN.

El tratamiento aplicado ha mostrado ser eficaz para el abordaje de la fobia a la oscuridad en el presente estudio de caso. Esencialmente se ha basado en la exposición gradual en vivo, o lo que es lo mismo, en la aproximación a los estímulos fóbicos. Es inevitable que a pesar de estar planificado para que el acercamiento tenga lugar de manera progresivo, las distintas situaciones que incluyen esos estímulos, hasta el momento, fuertemente evitados por la menor provoquen cierto malestar, inclusive

aquellas estimadas como de menor aversión, y es por esto que para su facilitación, se proporciona una serie de recursos y ayudas que han hecho viable el compromiso de las partes implicadas (madre e hija) y la implementación del tratamiento. En la exposición la menor se encontró con el estímulo aversivo y aplicó las habilidades de afrontamiento en un contexto de activación emocional negativa, por lo que fue adquiriendo confianza en sí misma, ya que los logros reales en la ejecución dan una seguridad sólida y duradera (Rivière, A. 1987). La exposición es una aplicación relativamente compleja en términos técnicos pero que tiene mucho sentido común. Por ejemplo, un niño que se cae aprendiendo a montar en bicicleta y después presenta miedo a volver a subirse y pasearse, suele ser animado por su padre para que vuelva a intentarlo, apoyándolo o ayudándolo con suavidad pero con firmeza, al volver a montarse en bicicleta. La exposición parte de este mismo principio. Si los niños afrontan el miedo que han adquirido por medio de las vivencias, los aspectos de la situación que les dan miedo se atenúan y podrán tener una conducta más flexible. Para que la exposición sea más eficaz debe de ser global, esto es, debe incluir todos los elementos que influyen en el miedo al niño. La exposición debe ser multimodal e incorporar componentes fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. El caso presentado demuestra que efectivamente un programa terapéutico que incluye la combinación de procedimientos puede ser productivo. Existe otra forma terapéutica también empleada de forma exitosa en el tratamiento de las fobias y es la inundación, sin embargo, aunque la duración temporal del mismo es menor que en la exposición gradual, no suele ser recomendado para ser aplicado de modo más especial en personas de corta edad por ser mucho más aversivo.

La elección de las técnicas se realizó a raíz de los datos obtenidos tras la evaluación del problema y la confección del análisis funcional. Se dedicó gran atención a conseguir que tanto la menor como la progenitora entendiesen cuál era el problema, qué factores lo mantenían y con qué métodos se iba a solucionar.

La terapia permitió eliminar la fobia a la oscuridad en su totalidad y dio lugar a la generalización al existir una mejoría en otros aspectos que

despertaban el miedo en la menor, aunque no de modo tan invalidante ni intenso.

Por último, aludir al hecho de que solamente haya sido la progenitora quien haya acudido a las sesiones de terapia, pues lo más conveniente cuando se trata de aplicar una intervención en la población infanto-juvenil, generalmente suele ser poder trabajar con ambos padres a la vez, con la finalidad de que sean los dos quienes se impliquen o compartan la responsabilidad, adquieran la preparación adecuada para poder proceder de modo beneficioso al abordaje de la problemática en los distintos contextos o ambientes habituales donde se desarrolla la menor, y en consecuencia practicar el ejercicio positivo de la parentalidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ablon, S. (1996). The therapeutic action of play. *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 35, 545-547.
- Ainsworth, M.D. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B.M. Foss (Ed.). *Determinants of infant behavior*. (Vol. 2, pp. 67- 112). London: Methuen.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson, D.L.
- Bandura, A., Grusec, J.E., y Menlove, F.L. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 16-23.
- Bandura, A., y Menlove, F.L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 99-108.
- Bauer, D.H. (1976). An exploratory study of developmental changes in children's fears. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 69-74.
- Bentler, P.M. (1962). An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 185-189.
- Blechman, E. A., Rabin, C. y McEnroe, M.J. (1986): Family communication and problem solving with boardgames and computer games. En C. Shaefer y S. Reid (dirs.) *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.
- Boer, A.P. (1968). Application of a simple recording system to the analysis of free-play behavior in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 335-340.
- Bracegirdle, H. (1992). The use of play in occupational therapy for children: What is play? *British Journal of Occupational Therapy*, 55, 107-108.
- Caballo, V.E, y Simón, M.A. (2007). *Manual de psicología clínica infantil y adolescente*. Madrid: Pirámide Psicología.
- Cangas, A.J., Maldonado, A.L., y López, M. (2002). *Manual de Psicología Clínica y General*. Vol. II. Granada: Alborán Editores.

- Cherches, M.L., y Blackman, S. (1963). Alleviating the anxiety of children in dental treatment. *The Journal of the American Dental Association*, 66, 824-826.
- Costello, E.J., y Angold, A. (1995). Epidemiology. En J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109- 124). New York: Guilford Press.
- Craghan, L. y Musante, G.J. (1975). The elimination of a boy's high-building by "in vivo" desensitization and game-playing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 6, 87-88.
- Crespo, L. M., y Larroy, G. C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson.
- Dennis, W. (1940). Does cultura appreciably affect patterns of infant behavior? *Journal of Soc. Psychology*, 12, 305-317.
- Dutro, J. (1991). *Night Light: a story for children afraid of the dark*. Washington D.C.: Magination Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Freedman, D.G. (1965). *Hereditary control of early social behavior*. Vol. 3. Determinants of infant behavior. London: Methuen.
- Garber, S. (1995). *Portarse bien. Soluciones prácticas para los problemas comunes de la infancia*. Barcelona: Libergraf, S.A.
- Hebb, D.O. (1946). On the nature of fear. *Psychology Review*, 53, 250-275.
- Henninger, M.L. (1995). Play: Antidote for childhood stress. *Early Child Development&Care*, 105, 7-12.
- Hopkins, B. L., Schutte, R.C., y Garton, K.L. (1971). The effects of acces to a playroom on the rate ad quality printing and writing of first and second-grade students. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 77-87.
- Jersild, A.T., y Holmes, F.B. (1935). Children's fears. *Child develop. Monographs*, 20.
- Jersild, A.T. (1968). *Child psychology*. NJ:Prentice Hall.
- Jones, H. E. (1931). The conditioning of ever emocional reponses. *Journal Educat. Psychology*, 22, 127-130.

- Jones, M.C. (1924a). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.
- Jones, M.C. (1924b). A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315.
- Kazdin, A. E. (1998). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- King, N. J., Hamilton, D. I., y Ollendick, T.H. (1994). *Children's phobias: a behavioural perspective*. New York: Wiley.
- Kondas, O. (1967). Reduction of examination anxiety and "stage fright" by group desensitization and relaxation. *Behavior Research and Therapy*, 5, 275-281.
- Lazarus, A.A. (1964). The elimination of children's phobia by deconditioning. En J.J. Eysenck (Ed), *Experiments in behavior therapy*. (pp. 114-122). Londres: Pergamon-Press.
- Lazarus, A. A., y Abramovitz, A. (1962). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 18, 191-195.
- Levy, W.M. (1994). Child's play amidst chaos. *American Imago*, 51, 354-368.
- López-Ibor Aliño, Juan, J. (2010). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson, D.L.
- Lovaas, O.I., Koegel, R., Simmons, J.Q. y Long, J.S. (1973). Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 131-165.
- Maciá, D. A. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Madrid: Pirámide.
- Maciá, D., A., Méndez, F. J., y Olivares, J. (1993). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro.
- Marks, I. (1969). *Fears and fobias*. New York: Academic Press.
- Marks, I. (1991a). Miedos, fobias y rituales: 1. Los mecanismos de la ansiedad. Barcelona: Martínez- Roca.

- Martin, G., Pear, J. (1999). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Méndez, F. X., Alcázar, Rosa Alcázar, A. I., (2003). Orgilés, Amorós, M., Santacruz Prieto, I., y Olivares Rodríguez, J. En Pérez, A. M., Fernández, H. J.M., Fernández, R. C., Amigo, V. I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp.111-136). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Macià, A. D. (1988). Escenificaciones emotivas. Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 41 323- 352.
- Méndez, F. X., Macià, A. D. (2002). *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Psicología pirámide.
- Méndez, F.X., Espada, J.P., Orgilés, M. (2009). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Menzies, R.G., y Clarke, J. C. (1993). The etiology of childhood wáter phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 499-501.
- Mikulas, W.L y Coffman, M.G. (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. Wiley series on personality processes* (pp.179-202). Oxford: John Wiley& Sons.
- Mikulas, W.L., Coffman, M.G., Dayton, D., Frayne, C., y Maier, P.L. (1986). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child& Family Behavior Therapy*, 7, 1-7.
- Miller, L.C., Barrett, C.L., Hampe, E. (1974). Phobias of childhood in a prescientific era. En Davis (Ed.), *Child personality and psychopathology: Current topics*, 1, 89-134. New York: Wiley.
- Mills, J. (1993). *Gentle willow: a story for children about dying*. Washington D.C.: Magination Press.
- Mitchum, N. (1987). Developmental play therapy: A treatment approach for child and victims of sexual molestation. *Journal for Counseling& Development*, 65, 320-321.

- Morris, R.J., y Kratoxhwill, T.R. (1983). *Treating children's feare and phobia*. New York: Pergamon Press.
- Mowrer, O.H. (1950). *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald Press.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley & Sons.
- Mulder, L. (1992). *Sarah and Puffle: a story for children about diabetes*. New York: Magination Press.
- Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. En M. Hersen, R.M. Eisler, y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 8, pp. 127-168). New York: Academic Press.
- Ollendick, T. H., y King, N.J. (1991a). Fears and phobias of childhood. En M. Herbert (Ed.), *Clinical child psychology: Social learning, development and behavior*. Chichester: Wiley.
- Ollendick, T. H., y King, N.J. (1991b). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 117-123.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., y Méndez, F.X. (2003). Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 395-422.
- Orgilés, M., Méndez, F.X., y Espada, J.P. (2005). Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. *Psicothema*, 17, 1, 9-14.
- Pelechano, V. (1980^a). *Modelos básicos de aprendizaje*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V., Báguena, M.J., Botella, C., y Roldan, M.C. (1984). *Programas de intervención psicológica en infancia: miedos*. Valencia: Alfaplús.
- Pellegrini, A.D., y Perlmutter, J.C. (1988). The diagnostic and therapeutic roles of children's rough and tumble play. *Children's Health Care*, 16, 162-168.
- Peterkin, A. (1992). *What about me? When brother and sisters get sick*. Washington D.C.: Magination Press.
- Pickhardt, C. E. (1997). *The case of the scary divorce*. Washington D.C.: Magination Press.

- Rivière, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rose, R. J., y Ditto, W. B. (1983). A developmental-genetic analysis of common fears from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 54, 361- 368.
- Russ, S. (1995). Play psychotherapy research: State of the science. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 365-391.
- Sackett, G.P (1966). Monkeys reared in isolation with pictures as visual input: evidence for an innate releasing mechanism. *Science*, 154, 1468-1473.
- Sandín, B. (1996). Miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp. 147- 161). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson- psicología.
- Salzberg, B.H, Wheeler, A.J., Devar, L.T., y Hopkins, B.L. (1971). The effect of intermittent feedback and intermittent contingent Access top lay on printing of kindergarten children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 163-171.
- Sinason,V. (1988). Dolls and bears: From symbolic equation to symbol: The significance of different play material for sexually abused children and others. *British Journal or Psychotherapy*, 4, 349-363.
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organism*. Nueva York: Appleton-Century- Crofts.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan.
- Sosa, C, C., Capafons, B, J. I., Gavino, L, C., y Carrillo, R, C. (1989). Tres acercamientos terapéuticos a los miedos infantiles: oscuridad y soledad. En Pelechano, V., y Capafons, J. I. *La práctica de la terapia de conducta en España. Estudio de casos*. (pp. 147-165). Valencia: Alfaplus.
- Stahmer, A.C., y Schreibman, L. (1992). Teaching children with autism appropriate play in unsupervised environments using a self-management treatment package. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 447-459.

- Stevenson, J., Batten, N., t Cherner, M. (1992). Fears and fearfulness in children and adolescents: A genetic analysis of twin data. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 33, 977- 985.
- Venn, J.R. y Short, J, G. (1973). Vicarious classical conditioning of emotional reponses in nursery school children. *Journal Person. And. Soc. Psychology*, 28, 249-255.
- Watson, J.B. y Raynor, R. (1920). Conditioned emotional reponses. *Journal Experm. Psychology*, 3, 1-14.
- Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology*. New York: McGraw-Hill.