

Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia a dormir en la infancia

Cognitive-behavioral intervention in a case of phobia to sleeping in the infancy

Zaira Morales Domínguez

Recibido: 13/10/2012

Aceptado: 04/06/2013

Resumen

En este trabajo se presenta el caso clínico de un niño de 9 años y 10 meses de edad que presentaba miedo intenso cuando tenía que dormirse. Lo relevante que presenta este caso para la práctica clínica, fue el reducido número de sesiones que hicieron falta en la intervención, concretamente 3, para conseguir unos resultados positivos, tanto para el niño, como para su familia. Estos resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo. En el trabajo realizado queda patente la utilidad de distintas técnicas cognitivo-conductuales en menores con miedo, la acción de la atención como mantenedor del miedo y la importancia de la motivación de la persona, a pesar de su corta edad, para conseguir una serie de cambios en la dirección deseada.

Palabras clave: Atención. Intervención cognitivo-conductual. Fobia. Infancia.

Summary

In this work I present the clinical case of a 9-years-old and 10 months of age child that he was presenting intense fear when he had to fall asleep. The most important in this case for the clinical practice, was the limited number of meetings that we needed in the intervention, concretely 3, to obtain a positive results for both of them, for the child and for his family. These results

Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Psicología clínica, experimental y social. Universidad de Huelva.

Correspondencia: Dra. Zaira Morales Domínguez
Universidad de Huelva.
Departamento de Psicología Clínica, experimental y social.
Avenida tres de marzo s/n-Campus del Carmen
21007 Huelva
zaira.morales@dpsi.uhu.es

were kept throughout the time. This work shows the usefulness of different cognitive-behavioral techniques in children's fearfully, the action of the attention as support of the fear and the importance of the motivation of the person in spite of his short age, to obtain a series of changes in the wished direction.

Key words: Attention. Cognitive - behavioral intervention. Phobia. Infancy.

INTRODUCCIÓN

La atención tiene un gran poder reforzador en los seres humanos y, sobre todo, en la edad infantil. Sin ser conscientes de ello, en ocasiones, prestamos atención a conductas que son contraproducentes para el buen desarrollo del menor, teniendo como efecto el mantenimiento de las mismas. En este caso concreto, el niño ha ido aumentando su respuesta de ansiedad a la hora de tener que dormir, tanto en intensidad, frecuencia, como en duración, debido principalmente a la atención de su madre ante las continuas demandas de su hijo. Lo que en un principio pudo ser un miedo evolutivo a la oscuridad, llegó a convertirse en una fobia específica que le estaba perjudicando, tanto a él, como a su familia.

La ansiedad es una respuesta adaptativa que provoca que nuestros sistemas de respuestas fisiológico, cognitivo y comportamental, estén alertas ante una posible amenaza. Cuando llega a niveles patológicos, es porque se ha convertido en una respuesta aprendida, anticipatoria e irracional (Sandín, 1999). El porcentaje de menores que sufren de este trastorno está en torno al 5,6 % y el 21 % (Costello y Angold, 1995; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y

Angold, 2003), variando en función de la fuente consultada, por lo que el uso de estrategias de intervención que sean lo menos intrusivas posible para el menor, pero que sean efectivas, se hacen del todo necesarias. A la hora del tratamiento, las intervenciones cognitivas conductuales han dado pruebas de su efectividad, tanto en adultos, como en la infancia (Caballo, 2002; Barret, Dadds y Rapee, 2000) y concretamente en la fobia infantil específica (Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca, 2002), motivo por el que se eligieron estas técnicas para la intervención. Específicamente se utilizaron las que se detallan en la siguiente tabla (Tabla 1).

A continuación paso a describir un caso clínico donde se vuelve a demostrar lo eficaces que son estas técnicas y donde se observa la importancia de la motivación para que los cambios deseados lleguen a buen fin.

CASO

Sujeto

Menor de 9 años y 10 meses de edad que acude a consulta con su madre y la pareja de ésta. La

Tabla 1
Técnicas cognitivo-conductuales usadas en la intervención

OBJETIVO	TÉCNICA
- Disminuir y controlar el nivel de activación fisiológica	- Relajación a través de la respiración - Relajación progresiva de Jacobson adaptada
- Disminuir la intensidad y frecuencia de los pensamientos negativos - Modificar las distorsiones cognitivas	- Reestructuración cognitiva - Detención del pensamiento a través de un personaje - Autoinstrucciones - Autorrefuerzo
- Disminuir la frecuencia de conductas disruptivas	- Extinción

madre se pone en contacto por primera vez vía telefónica.

El motivo principal por el que han decidido venir son las dificultades que presenta su hijo cuando tiene que dormir, y secundariamente las pegas que pone a la hora de comer.

El menor aún duerme con la luz encendida, hecho éste que le preocupa a la madre, ya que considera que su hijo es mayor para esto. Además, cuando tiene que dormir le demanda constantemente atención, aludiendo que no se puede dormir y que no se encuentra bien. La situación de oposición del niño a dormirse se ha vuelto insostenible últimamente, ya que ha provocado como consecuencia, que ni el niño, ni ellos tengan un descanso reparador, costándoles un mayor esfuerzo la realización de las tareas diarias y sintiéndose más irascibles. El empeoramiento ha coincidido con la llegada de la pareja de la madre hace un par de meses.

El segundo problema, relacionado con la comida, estriba en el comportamiento y la actitud que el menor muestra cuando come en presencia de la madre. Cuando esto ocurre, el niño se niega a comer lo que le ponen aludiendo multitud de excusas, llegando a exigir que le hagan otra comida. Este comportamiento no ocurre si la madre no se encuentra presente.

Los datos más relevantes en la historia clínica son:

- Varón de 9 años y 10 meses de edad.
- Quinto de primaria.
- Lleva presentando sintomatología ansiosa desde hace un año.
- La sintomatología ha empeorado desde que la pareja de la madre se mudó hace dos meses a su casa.
- Hace un año que su padre “desapareció”.
- Antecedentes familiares sin interés.
- Tanto la madre, como la pareja de ésta, ven necesaria y positiva la intervención.

Instrumentos

- Entrevista no estructurada, tanto a los adultos como al menor. En ésta se preguntó y se obtuvo información sobre: (1) situaciones temidas y evitadas; (2) respuestas, tanto del menor como de

los adultos, ante estas situaciones a nivel fisiológico, cognitivo y comportamental; (3) frecuencia, duración e intensidad de las mismas; (4) historia del problema; (5) condicionantes que afectan a la conducta, tanto aumentándola, como atenuándola; (6) nivel de interferencia del problema; (7) intentos realizados para superar el problema y resultados logrados; (8) motivación y expectativas.

A pesar de haber pruebas psicométricas que se podían haber pasado, tanto al niño como a los adultos, para confirmar el miedo intenso y la ansiedad elevada ante la situación de dormirse, como por ejemplo la versión española del FSSC-R (Fear Survey Schedule for Children Revised, Sandín y Chorot, 1998), el análisis funcional a través de las entrevistas quedó tan claro que se toma la decisión de no administrarlas.

Diagnóstico

Se realiza el diagnóstico de Fobia específica F40.02 (300.29), a pesar de no cumplir el criterio temporal de al menos seis meses de duración.

Descripción del proceso de la intervención terapéutica:

Sesión 1:

Durante esta sesión se llevan a cabo dos entrevistas: primero con la madre y la pareja de ésta y después con el menor. La sesión se finaliza con una entrevista de devolución, donde están presentes los tres participantes. La duración fue de dos horas.

En la entrevista con la madre y su compañero sentimental se realiza la anámnesis, se recoge la información sobre los problemas que detectan ellos en el menor, el comportamiento específico en el que lo ven reflejado, y se indaga en las emociones de la madre con respecto a su hijo. Ambos adultos coinciden en que el menor reclama continuamente la atención de su madre, observándolo principalmente en dos situaciones, (1) la hora de la comida y (2) la hora de irse a dormir.

Además, manifiestan que el menor ha aumentado en sus demandas de atención y en su sintomatología ansiosa desde que la pareja de esta se ha ido a vivir con ellos, a pesar de que los sentimientos entre ambos (el compañero de la madre y el menor) son positivos. Ambos adultos también están de

acuerdo con que la propia madre es quien, ante ambas situaciones responde de manera inconsistente, o bien con preocupación, o enfadándose, o reclamándole otro tipo de comportamiento con comparaciones, cambiándole la comida para que deje de quejarse, etc., reconoce que siempre le presta atención aunque esta no sea de la manera adecuada.

La madre también habla de la ausencia total de la presencia del padre del menor desde hace un año (les abandonó por propia voluntad y desde entonces no ha querido saber nada de ellos), pero manifiesta que ella no añora a esta persona y que no ha observado cambios en su hijo por esta situación. La relación anteriormente a la desaparición total del padre de sus vidas, también estaba marcada por su ausencia.

El comportamiento específico del menor que refieren es:

(1) Con respecto a la comida: preguntas del menor sobre lo que van a comer, quejas continuas con respecto a esa comida hasta la hora de ponerse a comer, negativa a comer, petición continuada de cambio de comida. A veces se la cambian y otras no. Cuando se queda a comer en casa de la abuela estas conductas no ocurren.

(2) Con respecto a la hora de irse a dormir: negativa del niño a irse a dormir, excusas para no hacerlo, dolores de barriga cuando se va acercando la hora, dormir con la luz encendida, llamadas continuas para que la madre vaya al dormitorio, quejas del niño refiriéndole que no puede dormir, inquietud, conciliación del sueño tardía, cansancio por las mañanas. Se descarta la presencia de pesadillas.

Una vez terminada la entrevista se les informó de los sistemas de respuestas en la ansiedad y del papel de la atención como reforzador, en este caso, tanto en su actuación, como reforzador positivo, como negativo.

En la entrevista con el menor se observa un nivel de inteligencia alto, por lo que la comunicación se hace muy fácil. Se le pregunta si sabe porqué ha venido a consulta y responde afirmativamente.

– Terapeuta: “¿por qué crees que has venido a verme?”

– Menor: porque cuando me voy a dormir no me siento bien y quiero que me expliques cosas para poder dormir.

– Terapeuta: ¿y qué es lo que tú notas para decir que no te sientes bien?

– Menor: noto el corazón que palpita fuerte, y hay veces que pienso cosas.

– Terapeuta: ¿Qué cosas?

– Menor: Tonterías, pienso que tengo los ojos abiertos, repito una frase de una canción, leo”

Explica que cuando su madre va al dormitorio se siente mejor, pero al rato vuelve a sentirse mal y necesita que vuelva a ir para estar más tranquilo. Manifiesta que tiene muchas ganas de que no le pasen estas “cosas” y poder dormir. Con respecto a la comida y al por qué se comporta de manera diferente cuando la madre está presente en esta situación y cuando no está, no sabe muy bien dar respuestas pero sí afirma que le gusta que su madre solo esté pendiente de él. También se habla de sus sentimientos sobre su padre. El niño es plenamente consciente de la ausencia de su padre y verbaliza “echo de menos a mi padre. Me preocupa de mi padre si ha muerto y no lo sé”. Con respecto a la pareja de su madre dice quererlo y que le gusta que esté en casa viviendo con ellos.

Se le explica al menor por qué siente el corazón rápido y por qué piensa “esas tonterías”. Como técnicas para afrontar la situación se le explica, y practica, en respiración, tensión-relajación de brazos, piernas y tronco. Además, como técnica de detención del pensamiento se le pide al niño que piense en su personaje favorito, y se le dice “cuando pienses en esas tonterías que te hacen sentir mal, tienes que pensar en ese personaje, en el capítulo que te sea más divertido. Recuerda como te diviertes y lo bien que lo pasas”. El niño muestra mucho interés en el aprendizaje de las técnicas.

En la entrevista de devolución, se le hace ver a la madre la necesidad de que hable con su hijo sobre la ausencia del padre, y de que le transmita la seguridad de que si le llegara a ocurrir algo él se enteraría. Se realiza una jerarquía de respuestas, que implican la retirada progresiva de la atención ante las llamadas de su hijo por la noche (Tabla 2), para así conseguir un doble objetivo, la retirada de la atención ante conductas no adecuadas y el aumento progresivo en la exposición de la situación temida, dormir. Además se les explica las técnicas que se le han enseñado al niño, para que las ponga en práctica en casa. También se les

dice a los tres que ya no prestarán más atención a los comentarios despectivos sobre la comida, y que aprovecharán ese rato para hablar de cómo les ha ido la mañana y de lo que van a hacer por la tarde. No se hará otra comida diferente.

Tabla 2
Jerarquía progresiva de retirada del reforzador

Durante tres días responderá a las llamadas desde la puerta del dormitorio
Durante tres días responderá a las llamadas desde salón
Durante tres días se le responderá a tres llamadas. Se le advertirá de las llamadas que le quedan y que a partir de la tercera no se volverá a responder
Durante tres días se responderá a dos llamadas. A la primera llamada se le advertirá que sólo se le responderá una vez más
El resto de los días sólo se le responderá una vez haciéndole saber que ya no se le responderá más veces

Se hace mucho hincapié en la importancia de ser consistentes en las actuaciones y en la de reforzar los esfuerzos del menor. Se les advierte de las consecuencias de la extinción.

Tareas para casa: entrenar la técnica de relajación y de detención del pensamiento, retirada progresiva de la atención como reforzador en la situación de dormir y práctica reforzada ante la situación de dormir. La técnica de relajación se pondrá en práctica por la noche, con la compañía de un adulto la primera semana.

Sesión 2:

Esta sesión ocurre a las tres semanas. Duración de una hora y media.

La madre está “contentísima” con los resultados obtenidos. El niño aún duerme con la luz encendida, pero ya no la llama continuamente, están todos “más descansados y de mejor humor”. El niño ha conseguido poner en práctica de manera sa-

tisfactoria la relajación y la detención del pensamiento, los pensamientos intrusos del menor a penas aparecen, de hecho comenta, que en la última semana se ha dormido pensando en su personaje favorito y que los va cambiando. En las comidas se sigue quejando alguna vez, pero de manera esporádica (cuando éstas realmente no son de su agrado), por lo que la situación se ha normalizado desde el punto de vista de los dos adultos.

Al ver lo satisfecha que está la familia con los resultados obtenidos y expresar que para ellos ya todo está bien, se les vuelve a insistir en los efectos que puede tener la extinción y en la necesidad de que sean consistentes en la aplicación de las técnicas. Se les solicita que llamen telefónicamente al pasar tres semanas, para comprobar si los resultados se siguen manteniendo. Además, se realiza una retirada progresiva del estímulo de la luz, para que el niño consiga dormir sin tener encendida la misma (Tabla 3).

Tabla 3
Jerarquía progresiva de retirada de la luz

Luz encendida y luz de un pequeño aplique encendida
Luz encendida hasta la hora de echarse a dormir, apagar la luz y encender la del aplique
Luz del aplique encendida
Luz del aplique encendida hasta el momento de echarse a dormir
Luz apagada y encendida la del pasillo
Luz del pasillo encendida 30 min.
Luz del pasillo encendida 15 min.
Luz del pasillo apagada

Sesión 3:

En la llamada telefónica por parte de la madre explica que el niño duerme sin luz y sin llamarla. Como la madre considera que se ha conseguido lo que ella demandaba, se da por concluido el programa de intervención. Se le pide que llame transcurrido seis meses para comprobar si se mantienen los resultados.

A los seis meses llama y expone que sólo ha habido algún conato de llamada de atención por la noche, pero que se han mantenido firmes y se ha vuelto a la normalidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los trastornos ansiosos pueden tener continuidad en la adolescencia y en la vida adulta (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, y Walters, 2005), pudiendo llegar a producirse un incremento de los mismos con la edad (Miguez y Becoña, 2007), por lo que es importante poner remedio cuanto antes sino, aquellas personas que los sufren de pequeños, tendrán más vulnerabilidad a padecerlos de adultos. Al tratarse de niños, aún más si cabe, hay que utilizar técnicas que sean lo menos intrusivas posibles y que alcancen resultados, en la línea deseada, en el menor tiempo posible. Lo primero para ello sería establecer un diagnóstico diferencial, una vez que se detecta la presencia de ansiedad a nivel clínico. En esta ocasión se descartó el trastorno de ansiedad por separación, ya que el miedo se daba exclusivamente a la hora de irse a dormir y no así en otras situaciones propias que supusieran la separación de su principal figura de apego, la madre, como por ejemplo ir al colegio, quedarse en casa de la abuela, ir a actividades, temor a que a su madre le pudiera ocurrir algún tipo de acontecimiento que la separa de él. También se excluyó la posibilidad de un trastorno de ansiedad generalizada, ya que la ansiedad y la preocupación no se asociaban a distintos hechos o actividades de la vida diaria. Para llegar al diagnóstico de fobia específica, los datos se obtuvieron a través de una entrevista no estructurada. A pesar de tener preparadas para la intervención dos pruebas psicométricas, en concreto la versión española del FSSC-R (Fear Survey Schedule for Children Revised, Sandín y Chorot, 1998) y la versión española del SASI (Separation Anxiety Symptom Inventory, D. Silove, V. Manicavasagar, D. O'Connell, A. Blazczynski, R. Wagner y J. Henry, 1993, citado en Sandín 1997), las fuentes principales de información (niño, madre y pareja de ésta ya que vivía con ellos), no se vio necesario el tenerlas que aplicar, puesto que la información obtenida fue suficiente.

De manera resumida, se puede decir que este caso ha sido un ejemplo de intervención breve, con una mínima intrusión, siendo de gran utilidad las técnicas cognitivos-conductuales y el interés, tanto del niño, como de su familia para conseguir un resultado positivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Asociación Psiquiátrica Americana.** (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
2. **Barrett, P.M., Dadds, M. y Rapee, R.M.** (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 333-342.
3. **Caballo, V.E.** (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo XXI.
4. **Costello, E.J. y Angold, A.** (1995). Developmental Epidemiology. En D. Cichetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*. New York: Wiley Interscience.
5. **Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A.** (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60: 837-844.
6. **Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., y Walters, E.E.** (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
7. **Miguez, M.C. y Becoña, E.** (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 41-50.
8. **Orgilés, M., Rosa, A., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J.** (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10 (3), 481-502.
9. **Sandín, B.** (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
10. **Sandín, B.** (1999). Las fobias específicas. Madrid: UNED.
11. **Sandín, B., y Chorot, P.** (1998). Dimensiones de los miedos en los niños: Estructura factorial del FSSC-R. *Psiquis*, 19: 23-32.