

ESCENIFICACIONES EMOTIVAS

UNA TÉCNICA PARA LAS FOBIAS INFANTILES

Francisco Xavier Méndez Carrillo

Diego Maciá Antón

Universidad de Murcia

RESUMEN

Se presenta una nueva técnica, denominada "escenificaciones emotivas", para el tratamiento de fobias infantiles. Se revisan los estudios clínicos y experimentales sobre fobias infantiles, especialmente aquellos que han utilizado modelado participante, variantes en vivo de la desensibilización sistemática y reforzamiento positivo de la conducta de aproximación al estímulo fóbico, que constituyen la base de las "escenificaciones emotivas". Se describe el procedimiento general para su aplicación en la práctica clínica.

Se expone la intervención con once niños de edades comprendidas entre tres y ocho años que fueron tratados mediante "escenificaciones emotivas" de distintas fobias: a la oscuridad, a los ruidos intensos, a los animales, a las inyecciones, a los fogones encendidos de la cocina. La duración media del tratamiento fue de cuatro sesiones de treinta minutos. El tratamiento tuvo éxito en los once

niños. En nueve casos se mantenían los resultados en un seguimiento realizado a los seis meses.

Palabras clave: "Escenificaciones emotivas", fobias infantiles, juego, modelado participante, reforzamiento positivo.

SUMMARY

*We present a new technique, called "emotive staging", for the treatment of children's phobias. Clinical and experimental studies on children's phobias are revised, especially those that have used participant modelling, variants *in vivo* of the systematic desensitization and positive reinforcement of the approximation behaviour to the phobic stimulus, which form the basis of the "emotive staging". The general process for its application in clinical practice is set out.*

The treatment is carried out on eleven children between the ages of three and eight, who were treated by means of "emotive staging" for different phobias: to the darkness, loud noises, animals, injections, lit stoves in the kitchen. The average duration of the treatment was successful in all eleven children. In nine cases, the results were remained in a follow-up carried out after six months.

Key Words: *Children's phobias, "emotive staging", game, participant modelling, positive reinforcement.*

1.- INTRODUCCIÓN

Según Rachman (1979), la aplicación de los principios del aprendizaje al tratamiento de los problemas de conducta en adultos no ha sido correspondida por un desarrollo similar en el área clínica infantil, si exceptuamos la investigación en torno a la enuresis y, en menor medida a las fobias.

Precisamente uno de los primeros trabajos con niños fue el llevado a cabo por John Broadus Watson y Rosalie Rayner (1920), quienes condicionaron una respuesta de miedo en un niño de once meses llamado Albert, presentando una rata blanca y golpeando fuertemente con un martillo una barra de hierro situada cerca de la nuca del niño, cuando éste empezaba a tocar con su mano el animal. Tras siete ensayos, Albert, descrito por los autores como "impasible y falto de emocionalidad", en presencia de la rata empezaba a llorar y a gatear rápidamente alejándose del roedor. Este experimento se suele considerar el punto de partida del estudio conductual de los miedos desadaptativos en la infancia.

Con posterioridad, Mary Cover Jones (1924a) analizó varios de los métodos terapéuticos sugeridos por Watson y Rayner y publicó un artículo en el que exponía hasta siete modos diferentes de eliminación de los miedos infantiles. Algunos de ellos eran: el terapeuta relataba cuentos breves, cuyo argumento tenía como eje el estímulo temido, dialogando luego con el niño sobre estas narraciones; se presentaba el estímulo ante el cual el niño experimentaba miedo y sus compañeros se reían y se burlaban de él; se proporcionaba al niño juguetes o se hablaba con él para distraerlo; etc. De todas las técnicas propuestas sólo dos reducían consistentemente el miedo ante el estímulo real (no imaginado): la **imitación social** y el **condicionamiento directo**.

Asimismo, Jones (1924b) informó de la utilización de estos dos tipos de aprendizaje, observacional y clásico, para tratar el miedo a los conejos de Peter, un niño de treinta y cuatro meses. La exposición se graduó en diecisiete ítems, siendo el más difícil de ejecutar el dejarse morder los dedos por el conejo. Tres niños que reaccionaban sin miedo ante estos animales actuaron como modelos. Dos meses después de iniciar el tratamiento hubo que interrumpirlo porque Peter contrajo la escarlatina. Al reanudarse la terapia se usó una modalidad de contracondicionamiento, consistente en ir acercando de forma progresiva un conejo mientras Peter comía alimentos que le gustaban.

La intervención pionera de Jones constituye un claro antecedente del empleo de técnicas cuya característica común es la exposición graduada, breve y repetida, a los estímulos fóbicos, y que se han mostrado sumamente eficaces en la superación de los miedos infantiles irracionales y/o desproporcionados:

variantes en vivo del modelado y de la desensibilización sistemática; esta última entendida en un sentido amplio, como la contraposición de respuestas que compiten con las respuestas de ansiedad.

Jersild (1950), otro clásico en el estudio de los miedos infantiles, hizo referencia también a la aplicación clínica de la imitación social. Pero han sido Albert Bandura y sus colaboradores quienes más han investigado el valor terapéutico del **aprendizaje observacional** en el tratamiento de las fobias infantiles. Así, Bandura, Grusec y Menlove (1967) realizaron un experimento con 48 niños, de edades comprendidas entre 3 y 5 años, asignados al azar a dos condiciones de modelado y a otras dos de control. Los primeros observaron a un niño de cuatro años ejecutar comportamientos de interacción con un *cocker spaniel* cada vez más difíciles (vg: alimentarle con salchichas, permanecer solo con el can acariciándolo en una especie de jaula o parque para niños pequeños). El **modelado gradual** fue eficaz para extinguir vicariamente la conducta de evitación a los perros.

En un experimento posterior, Bandura y Menlove (1968) concluyeron lo mismo del **modelado simbólico**, es decir, el efectuado mediante proyecciones de películas. La comparación de los resultados de estos dos experimentos apunta la superioridad del modelado en vivo.

Aunque la presentación graduada no es condición necesaria, según Bandura (1969, 1971) es preferible llevar a cabo gradualmente el modelado por dos razones principales: al ser un procedimiento menos aversivo se minimiza la probabilidad de que se produzcan conductas de escape/evitación o cualquier otra clase de respuestas inadecuadas, y se posibilita un mejor control sobre los procesos de cambio conductual.

El **modelado participante** es más efectivo que la observación sin práctica. Un experimento comparativo de Ritter (1968) con 44 niños de 5 a 11 años, que manifestaban fobia a las serpientes, mostró que después de dos sesiones de treinta y cinco minutos, el 80% de los niños de la condición de "desensibilización por contacto", variedad de modelado participante que implica la ayuda física del (de los) modelo(s) durante la ejecución guiada del sujeto, por ejemplo, el niño coloca su mano encima de la del modelo aproximándola poco a poco al cuerpo del ofidio hasta tocarlo, y el 53'3% de la condición de "desensibilización vicaria" o modelado gradual (múltiple) permanecían sentados en una silla treinta segundos con los brazos en los lados manteniendo una serpiente en su regazo, mientras que ningún niño del grupo control efectuó esta conducta objetivo terminal del experimento. Bandura, Blanchard y Ritter (1969) confirmaron con adolescentes (y adultos) que presentaban asimismo fobia a las serpientes, la superioridad del modelado participante no sólo sobre el modelado simbólico (filmado), sino también sobre la desensibilización siste-

mática estándar.

Más recientemente, dos importantes revisiones bibliográficas sobre el tema como son la de Graziano, Degiovanni y García (1979) y la de Morris y Kratochwill (1983) concluyen que las técnicas de modelado son las más eficaces en el tratamiento de las fobias infantiles. Numerosos terapeutas han optado, pues, por algún tipo de modelado para tratar los miedos desadaptativos de los niños como el modelado simbólico en forma de filmaciones (Melamed, Hawes Heiby y Glick, 1975; Melamed y Siegel, 1975; Melamed, Yurcheson, Fleece, Hutcherson y Hawes, 1978), e incluso mediante grabaciones magnetofónicas (Pelechano, 1984), forma menos habitual. Puesto que el modelado participante se ha mostrado más efectivo, los terapeutas han recurrido a él con mayor frecuencia para tratar las fobias de niños y adolescentes (Davis, Rosenthal y Kelley, 1981; Esveldt-Dawson, Wisner, Unis, Matson y Kazdin, 1982; Nymansson y Kohnle, 1978), incluso en casos de retraso en el desarrollo (Feltz, 1980) o de intervenciones por medio de los padres (Pelechano, 1984).

Desde otra perspectiva teórica se ha utilizado también muy frecuentemente la **desensibilización sistemática**. De hecho, algunos autores afirman que dicha técnica está sumamente indicada (Genovard, Gotzens y Montané, 1982), más aún, que es el tratamiento de elección (Barrio, 1984) en las fobias infantiles. Su creador, Joseph Wolpe (1958, 1961), la empleó con sendos niños de 11 años; los problemas de ansiedad interpersonal del primero y el miedo ante las figuras autoritarias del segundo fueron tratados con éxito en ocho y seis sesiones respectivamente.

Diversos estudios e informes clínicos prueban que el procedimiento estándar o modificado de la desensibilización sistemática es efectivo con las respuestas de ansiedad infantiles desproporcionadas ante objetos o situaciones específicas: Barabasz (1973, 1975) desensibilizó en grupo a niños con problemas de ansiedad ante los exámenes. Eysenck y Rachman (1965) trataron a un niño de nueve años que experimentaba un miedo severo ante las abejas. Krumboltz y Krumboltz (1972) eliminaron gradualmente el miedo a las intervenciones odontológicas de una niña pequeña con la colaboración de un dentista. Lazarus y Rachman (1960) informaron de la superación del miedo de un muchacho de 14 años a los hospitales y a las ambulancias. Van Hasselt, Hersen, Bellack, Rosenblum y Lamparski (1979) evaluaron los efectos de la desensibilización sistemática en un niño con múltiples fobias.

También hay investigaciones controladas con niños: Kondas (1967), en un experimento con veintitrés alumnos entre 11 y 15 años de una gran escuela, encontró que la **desensibilización sistemática en grupo** era más eficaz que la simple relajación (entrenamiento autógeno) o la sola imaginación de los ítems de la jerarquía para reducir la ansiedad ante los exámenes y el "miedo escéni-

co" o miedo a hablar, leer, etc., en público. Mann y Rosenthal (1969) desensibilizaron, tanto en forma directa como vicaria, individualmente y por grupos, a cincuenta escolares de 12 a 13 años con ansiedad ante los exámenes; cualquiera de estas modalidades de desensibilización fue significativamente superior al no tratamiento. Miller, Barrett, Hampe y Nobel (1972) trataron sesenta y siete niños con desensibilización sistemática estándar o con "psicoterapia" conductualmente orientada (vg: formulación por parte de los niños de estrategias de enfrentamiento); ambos grupos, en los que además los padres recibieron un entrenamiento para modificar las contingencias que reforzaban los miedos de sus hijos, alcanzaron resultados algo mejores que los niños de un grupo control de lista de espera.

Sin embargo, y pese al extendido uso de la desensibilización sistemática, la experiencia clínica enseña que su práctica estandarizada resulta inviable o muy costosa con determinados niños, sobre todo cuando tienen pocos años, bien por el nulo o mínimo progreso en el entrenamiento en relajación (Lazarus y Abramovitz, 1962), bien porque el beneficio terapéutico conseguido con los estímulos fóbicos imaginados no se generaliza a los mismos estímulos tal como se presentan en la vida real (Tasto, 1969), o bien por ambas dificultades a la vez (Méndez y Maciá, 1986).

Por este motivo, se ha propuesto una amplia gama de respuestas competitivas más sencillas y económicas que las de relajación, y que en la mayoría de las ocasiones constituyen **variantes en vivo** de la desensibilización sistemática. Algunos de estos recursos alternativos son muy antiguos. Ya hemos citado el empleo que hizo Jones (1924b) de la comida para eliminar la fobia a los conejos de Peter. English (1929) constató que una niña de siete meses sólo empezó a superar la fobia a un gato disecado cuando estuvieron sus padres presentes en las sesiones. En la misma línea, Jersild y Holmes (1935) advirtieron que muchos padres reducen la ansiedad de sus hijos ante diversos estímulos (oscuridad, ruidos intensos, animales...), los cuales comúnmente producen miedo.

Igualmente se ha sugerido y/o utilizado en las fobias infantiles: la compañía de adultos relacionados positivamente con el niño como el terapeuta (Garvey y Hegrenes, 1966; Kissel, 1972) o una enfermera amiga (Freeman, Roy y Hemmick, 1976), "imágenes emotivas" (Lazarus y Abramovitz, 1962), fármacos como la amobarbital y fenaglicodol (Lazarus, 1964), respuestas asertivas (Cherches y Blackman, 1963), la ira (Goldstein, Serber y Piaget, 1970), juguetes y juegos (Bentler, 1962; Craghan y Musante, 1975; Montané y Gotzens, 1982), la risa (Sosa, Capafons, Gavino y Carrió, 1984), etc.

Bajo un prisma conceptual diferente se han empleado **técnicas operantes** en las fobias infantiles como el **reforzamiento social y material** (Patterson,

1965), las **aproximaciones sucesivas**, esto es, la extinción de las conductas de escape/evitación y el reforzamiento positivo de los comportamientos de aproximación (Ayllón, Smith y Rogers, 1970; Hersen, 1970, 1971; Kennedy, 1965), la "práctica reforzada" o moldeamiento que incluye instrucciones y **feedback** (Leitenberg y Callahan, 1973). En muchas ocasiones, éstos y otros procedimientos operantes (**economía de fichas, contratos de contingencias**) se han combinado con métodos de condicionamiento clásico en el tratamiento de las fobias infantiles (Kuroda, 1969; Lazarus, Davison y Polefka, 1965; Obler y Terwilliger, 1970; Sosa, Capafons, Gavino y Carrió, 1984; Tahmisian y McReynolds, 1971).

En el tratamiento de las fobias infantiles se han usado también otros procedimientos conductuales; Kanfer, Karoly y Newman (1975) emplearon **auto-instrucciones** para reducir el miedo a la oscuridad de niños de cinco años. Yule, Sacks y Hersov (1974) trataron en dos sesiones una fobia a los ruidos intensos mediante **inundación en vivo**, siendo explotados casi 200 globos por el niño. Ollendick y Gruen (1972) utilizaron la **implosión** con un caso de fobia a las heridas. Incluso estrategias menos típicas en modificación de conducta, como la terapia de "rol fijo" y la "intención paradójica", han servido para tratar, entre otros problemas, el miedo a ser criticada de una niña de 11 años (Botella, 1985). Pese a ello, podemos afirmar que los métodos basados en el aprendizaje observacional, en la evocación de respuestas antagónicas a las de ansiedad y en el reforzamiento positivo de las conductas de aproximación son los más aplicados en las fobias infantiles.

Describimos en este artículo una técnica que nosotros hemos denominado "escenificaciones emotivas". Este método terapéutico se basa en el modelado participante, en el juego y en el reforzamiento positivo, resultado especialmente adecuado para el tratamiento de las **fobias simples** de niños pequeños, entre 3 y 8 años. Asimismo especificamos el modo de actuar durante las sesiones y resumimos los resultados alcanzados en once casos tratados incluyendo los seguimientos, siempre iguales o superiores a seis meses, efectuados.

Con ello deseamos subrayar una vez más que el psicólogo clínico infantil debe adaptar el tratamiento a cada niño particular, incluso diseñando nuevas estrategias de intervención. Por otro lado, al tratar niños pequeños, quienes no acuden por sí mismos a la consulta sino que son referidos por los adultos cuidadores, es muy conveniente que la terapia les sea presentada de la forma más atractiva posible, máxime cuando el enfrentamiento a los estímulos fóbicos se hace en vivo. Creemos que las "escenificaciones emotivas" cumplen este doble objetivo: el ser una técnica flexible y el aumentar la motivación del niño para participar en el tratamiento.

2.- MÉTODO

2.1.- Sujetos

En la tabla 1 se ofrecen los datos personales y familiares más importantes de los 11 casos tratados mediante "escenificaciones emotivas". Como se puede apreciar eran ocho niños y tres niñas. Sus edades estaban comprendidas entre 3 y 8 años, siendo la edad media cinco años y dos meses. La mayoría de ellos tenían un hermano y sólo uno era hijo único. El nivel intelectual de estos niños era "medio" o "normal-alto" y su situación escolar variaba desde la exclusiva educación familiar hasta el Ciclo Medio de E.G.B.

Los tipos de fobia que presentaban los niños eran: tres casos de fobia a la oscuridad, tres fobias a los ruidos intensos, tres fobias a los animales (perros y palomas), uno de fobias a las inyecciones y uno de fobia a los fogones encendidos de la cocina. Además, de la fobia principal, motivo de la consulta, los casos números 6, 7 y 11 fueron posteriormente tratados con la misma técnica de una fobia a las personas escayoladas y/o con vendajes, de fobias a los perros y gatos, y de una fobia a la oscuridad, respectivamente.

2.2 Procedimiento

2.2.1. Evaluación inicial.

Los métodos que se emplearon para evaluar la conducta fóbica fueron los siguientes:

a) Entrevistas

- 1. Entrevistas semiestructuradas a los padres y al niño.**
- 2. Entrevista Evolutiva de García Marcos (1983).**
- 3. Entrevista sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los hijos de Pelechano (1981).**

Los objetivos más relevantes de la realización de este conjunto de entrevistas fueron:

- recoger información sobre las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras que constituían el problema fóbico, por ejemplo, un niño pensaba que en los lugares oscuros "se esconden los monstruos";

- obtener datos sobre los parámetros de las conductas fóbicas como el tiempo aproximado que un niño lloraba al oír explotar una traca;

TABLA 1.- DATOS PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS ONCE CASOS TRATADOS MEDIANTE "ESCENIFICACIONES EMOTIVAS"

Nº	EDAD (años;meses)	SEXO	ORDEN EN LA FRATRIA	PROFESIÓN Padre/Madre	NIVEL Intelectual	NIVEL Educativo	FOBLA PRINCIPAL (otras fobias)
1	3;0	Niño	2º. de 2	Administrativo Ama de casa	Medio	Escuela Infantil	Oscuridad
2	3;1	Niño	2º. de 2	Técnico elect. Ama de casa	Medio	Educación Familiar	Inyecciones
3	3;6	Niño	3º. de 3	Dirctor-Gerente Comerciante	Medio	Escuela Infantil	Ruidos intensos
4	4;0	Niño	1º. de 2	Ingeniero Sup. Ama de casa	Normal-alto	1º. Párvulos	Fogones encendidos de la cocina
5	4;1	Niña	1º. de 2	Electricista Ama de casa	Medio	1º. Párvulos	Ruidos intensos.
6	4;5	Niño	2º. de 2	Protésico dental Ama de casa	Medio	1º. Párvulos	Ferros (Escayolas-ventas)
7	5;4	Niño	2º. de 2	Comerciante Ama de casa	Medio	2º. Párvulos	Falomas (perros, gatos)
8	6;8	Niña	1º. de 1	Operario Clzdo. Aparadora "	Medio	1º. E.G.B	Ferros
9	6;10	Niña	1º. de 2	Administrativo Ama de casa	Medio	2º. E.G.B.	Oscuridad
10	7;10	Niño	1º. de 3	Industrial Profesora E.G.B.	Normal-alto	2º. E.G.B.	Oscuridad
11	8;0	Niño	2º. de 2	Industrial Ama de casa	Normal-alto	3º. E.G.B.	Ruidos intensos (oscuridad)

- identificar las variables que controlaban el comportamiento fóbico, verbigracia, las reacciones de los padres columbicultores ante las conductas de escape/evitación de sus hijos a las palomas;

- analizar las repercusiones que tenían las respuestas fóbicas en la vida cotidiana del niño, de su familia, etc., así, la fobia a las inyecciones de un niño dificultaba gravemente ciertos tratamientos médicos (vacunaciones, intervenciones odontológicas...) o la fobia a los fogones encendidos de la cocina de otros trastornaba seriamente la preparación de las comidas, biberones...;

- investigar la historia del problema fóbico, por ejemplo, si el comportamiento fóbico apareció cuando el niño fue mordido por un perro;

- explorar diversas áreas en las que podían existir dificultades como las relaciones con otros niños y con las personas adultas, problemas relativos al sueño, etc.;

- recopilar datos biográficos y evolutivos tales como enfermedades padecidas, edad en la que se logró el control de esfínteres, etc.;

- ofrecer una explicación a los padres y al niño, adaptando el lenguaje y la extensión de la misma según los entrevistados, sobre el comportamiento fóbico y la técnica de "escenificaciones emotivas";

- cuidar especialmente los aspectos reforzantes de la relación con el niño.

b) Autoinforme.

4. Inventario de Miedos de Pelechano (1984).

La versión definitiva tipificada de este instrumento general consta de 99 items. El psicólogo leía cada uno de estos estímulos fóbicos (objetos, personas o situaciones) y alguno o ambos padres estimaban vez por vez si su hijo experimentaba "nada", "algo" o "mucho" miedo. De igual forma los niños lo cumplimentaron por separado, aunque no en todos los casos, (por lo que en sentido estricto no es totalmente correcto el nombre de "autoinforme"). De este modo fue posible identificar en poco tiempo los miedos desadaptativos de cada niño y evaluar su intensidad.

c) Observación.

5. Prueba de Evitación Conductual (P.E.C.)

Esta prueba consistía en una serie de acciones de aproximación/interacción con el estímulo fóbico, graduadas de manera similar a como se procede en otras técnicas en función del nivel de ansiedad informado verbalmente por el niño.

Con niños pequeños resulta fundamental la ayuda del terapeuta en la or-

denación de los items; en este sentido, un recurso que se demostró útil fue el comparar pares de escenas:

"¿Qué te da más miedo entrar tú solo de noche con la luz apagada, y permanecer un ratito totalmente a oscuras, *en el cuarto de baño* o *en la habitación de tus papás*?".

Ahora bien, el prescindir de los informes del niño y basarse únicamente en la lógica del terapeuta puede producir un error en la gradación de la escala. Esto es lo que ocurrió en el caso número 9, una niña que presentaba fobia a la oscuridad. Al elaborar la lista, uno de los criterios escogidos por el terapeuta fue distancias cada vez mayores con respecto a una habitación con la luz encendida. Sin embargo, el plano en forma de "U" de la casa hacía que la cocina, al estar situada en frente, resultase mucho más iluminada, a pesar de ser el lugar más alejado del punto de referencia. La propia niña avisó de este fallo.

Una vez confeccionada la jerarquía, el terapeuta ordenaba al niño que ejecutara la acción correspondiente al primer ítem. Si en el intervalo inmediatamente posterior de diez segundos el niño empezaba a realizar el ejercicio indicado y proseguía de forma ininterrumpida hasta finalizar correctamente su ejecución, teniendo en cuenta que en ello podría emplear más tiempo (vg: permanecer en una habitación a oscuras un minuto), se consideraba llevada a cabo dicha conducta al **primer intento**. En caso contrario, esto es, si transcurridos los diez segundos el niño no había iniciado la acción propuesta, el terapeuta repetía la orden; esta vez el niño disponía de veinte segundos. Si en este plazo el niño comenzaba el comportamiento mandado, (hasta terminarlo, aunque nuevamente necesitara más tiempo para su conclusión), se valoraba como efectuado al **segundo intento**.

Asimismo, el terapeuta observaba durante las ejecuciones del niño si éstas iban o no acompañadas de signos de miedo y/o conductas defensivas como taparse los oídos al explotar un petardo, decir "no lo quiero hacer", dar un paso hacia atrás, etc.

El niño recibía las siguientes puntuaciones en cada uno de los items de la P.E.C:

-2 puntos. Cuando realizaba la conducta indicada al **primer intento**, en ausencia de señales de miedo y/o comportamientos defensivos del tipo de los citados anteriormente.

- 1 punto. O bien cuando realizaba la conducta indicada al **segundo intento**, o bien cuando la llevaba a cabo en el **primer intento** mostrando signos de miedo o comportamientos defensivos.

- 0 puntos. Cuando el niño no realizaba la conducta indicada ni al **primer** ni al **segundo intento**.

La evaluación hasta aquí descrita se practicó en los once pasos, completándose con alguna prueba de inteligencia (W.I.S.C., Stanford-Binet...) y, opcionalmente, con diversos inventarios de conducta infantil (Eyberg y Rose, 1978; Safer y Allen, 1976, etc.).

2.2.2. Tratamiento

Las "escenificaciones emotivas" se llevaron a efecto en tres fases: preparación, aplicación, consolidación.

1ª) Fase de preparación.

Las tareas previas implicaban:

1. *Construcción de la(s) jerarquía(s)*. Se confeccionó una jerarquía diferente para cada caso, salvo los casos números 6, 7, y 11, donde se elaboraron dos o tres jerarquías, una por cada fobia. Abarcaban entre 20 y 30 ítems. Estas jerarquías son las mismas que se usaron en la P.E.C., por lo que remitimos al lector al apartado correspondiente.

2. *Identificación del "héroe"*. El niño eligió los personajes (o el tema) que iban a representar en las "escenificaciones emotivas", él mismo, el terapeuta y otros participantes, en el supuesto de que los hubiera. para ello el terapeuta le pidió que escogiese un héroe, es decir, un ser con quien él "se sintiera seguro o muy a gusto".

Dependiendo de la edad de los niños, variaba el reparto de papeles, así, el héroe podía ser el terapeuta o el niño, e incluso era posible que alguien no desempeñara papel alguno durante el juego. Por ejemplo, en el caso número 6, el terapeuta interpretaba al héroe (**Superratón**), mientras que el niño y el perro asumían los papeles de otros "ratones" (Rafa y Roco, sus respectivos nombres auténticos), requisito indispensable para que el animal, un **spaniel breton** adiestrado, obedeciera las órdenes. En cambio en el caso número 10, el terapeuta era el héroe (**He-man**), pero el niño no personificaba a nadie, sino que en el juego era él mismo.

Es indispensable que el terapeuta conozca las series de dibujos animados, los programas televisivos, los **comics**, etc., de donde han sido extraídos los personajes protagonistas al objeto de no idear argumentos disonantes. Esta equivocación, corregida a instancias del niño, se produjo en el caso número 7 al confundir **Spiderman** con **Superman**.

3. *Selección de los reforzadores*. En los once casos tratados se emplearon

reforzadores sociales tales como elogios y alabanzas ("¡qué valiente eres!", "estás hecho un machote!", "¡así me gusta, campeón!"...), expresiones faciales (sonrisas, guiños de ojos...), contactos físicos (saludarse como los **gnomos** frotándose mutuamente las puntas de la nariz, palmadas similares a las usadas por los jugadores de baloncesto o voleibol para animarse...)

En la mayoría de los casos se proporcionaron **reforzadores materiales**. Los padres enumeraron algunas de las golosinas preferidas de sus hijos (chocolatinas, caramelos, chicles, "chupa-chups", "gusanitos", "palotes", etc). Todos estos reforzadores eran administrados de forma contingente a las conductas de aproximación al estímulo fóbico y consumidos inmediatamente después de haber sido obtenidos. En este sentido, se advirtió a los padres que debían impedir que los mismos reforzadores estuviesen disponibles fuera de las sesiones.

Se aconsejó lo mismo acerca de los **reforzadores actividades**, como practicar determinados juegos o ser paseado a hombros, sugeridos en algunos casos por los propios niños.

También en bastantes casos se implantó una **economía de fichas**. Un sistema utilizado en varios casos fue el siguiente: las fichas eran pequeños cuadrados de cartulina plastificada con el fin de que el niño se las pudiera guardar cómodamente en el bolsillo. Había de dos colores, las rojas (valor doble) y las amarillas, y se entregaban si el niño ejecutaba un ítem al primer intento o en intentos posteriores, respectivamente. Al acabar la sesión se canjeaban las fichas por los **reforzadores de apoyo**; éstos valían 1, 2, 4 y 8 fichas rojas según la predilección del niño. De este modo se conseguía que ya en la primera sesión de tratamiento se ganara una recompensa y que prácticamente coincidiera el final del tratamiento con la consecución del premio más deseado.

Reforzadores de apoyo otorgados fueron: un antifaz, una jeringuilla de plástico, un "yo-yo", un rompecabezas, miniaturas de coches y aviones, etc. Se intentó que, dentro de lo posible, al menos uno de ellos tuviera relación con las "escenificaciones emotivas", como un cuento de **D'Artacan y los tres Mosqueperros**, cromos de **Willy Fogg**, la estatuilla de un **gnomo**, muñecos de la serie **Masters del Universo**, entre otros.

2ª) Fase de aplicación.

La tabla 2 recoge los aspectos más relevantes del tratamiento.

La duración media de las sesiones de "escenificaciones emotivas" propiamente dichas fue de media hora, con un rango que oscilaba entre 18 minutos (caso número 9) y una hora (caso número 6); la periodicidad promedio aproximada fue de tres sesiones a la semana.

TABLA 2.- DATOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE "ESCENIFICACIONES EMOTIVAS" DE ONCE CASOS DE FOBIA INFANTIL.

* En los once casos se utilizó el reforzamiento social, por lo que se ha omitido de la tabla.

** D= Duración de las sesiones en minutos.

*** F= Frecuencia o número de sesiones por semana.

Nº	FOBIA PRINCIPAL.	HEROE/TEMA	REFORZADORES	LUGAR DE SESIONES	LA TERAPIA Nº.	D**	F***	OBSERVACIONES
1	Oscuridad	Espinete	Materiales	Escuela Infantil	4	20'	2/s	
2	Inyecciones	Superratón	Materiales	Clínica de A.T.S.	4	38'	4/s	Terapeuta tío carnal del niño
3	Ruidos intensos	David, el gromo	Materiales Fichas	Domicilio	5	26'	3/s	Terapeuta tío carnal del niño
4	Fogones encendidos de la cocina	D'Artacan y los 3 Mosaqueperros	Materiales Fichas	Domicilio	3	22'	3/s	Terapeuta amigo del niño
5	Ruidos intensos	Espinete	Materiales	Escuela Infantil	2	20'	2/s	Un amigo del niño hizo de modelo
6	Perros	Superratón	Actividades Fichas	Domicilio " terap.	5	60'	3/s	Spasael breston adiestrado
7	Palomas	Spóderman	Materiales Fichas	Escuela Infantil	4	29'	3/s	
8	Perros	Willy Fogg	Actividades Fichas	Escuela Infantil	6	30'	3/s	Pastor alemán adies. Modelo: otro adulto
9	Oscuridad	Lasy		Domicilio	2	18'	2/s	En tratamiento por un problema disléxico
10	Oscuridad	He-man Skektor	Materiales Fichas	Consulta Domicilio	4	45'	3/s	
11	Ruidos intensos	Lucky Lake		Consulta	4	25'	2/s	Tratamiento anterior exitoso de enuresis

Los lugares donde se llevó a cabo la terapia fueron: cinco casos en el domicilio de los niños, cuatro en las escuelas a las que asistían, dos en la consulta del psicólogo, uno en casa del terapeuta y uno en la clínica de un A.T.S. Con dos niños el tratamiento se efectuó en más de un sitio: en el caso número seis las sesiones iniciales tuvieron lugar en la casa del niño continuándose el tratamiento, por imperativos prácticos, en la del terapeuta, que era el amo del perro, puesto que allí resultaba más asequible el control y manejo del animal; en el caso número 10 los items de la jerarquía referidos a permanecer en lugares cada vez más oscuros durante el día se trataron en el gabinete del psicólogo y los restantes, relativos a situaciones de oscuridad por la noche, en el domicilio del niño.

Las sesiones de "escenificaciones emotivas" se realizaron siguiendo este esquema general:

a) El terapeuta proporcionaba al niño una explicación e instrucciones precisas sobre la forma en que se iba a desarrollar la sesión; un resumen de lo que el terapeuta decía al comienzo de la primera sesión es el siguiente (caso número 3):

"Vamos a jugar a algo muy divertido. Tú vas a ser el gnomo Saltarin, que es lo que tú quieres, y yo seré David, el gnomo. Estoy seguro de que te vas a portar muy valientemente y que cumplirás todas las misiones que te mande, aunque algunas te puedan dar un poquito de miedo. Pero si no te atreves a hacer algo, no te preocupes. Me llamas: "¡David!", y yo voy rápidamente donde tu estás y quito lo que te da miedo. Verás que bien lo pasamos".

b) A continuación el terapeuta y el niño (también otros participantes como un amigo, un A.T.S., animales...), empezaban a jugar interpretando cada uno su papel de acuerdo con el argumento inventado *ad hoc*. En ocasiones los propios niños sugirieron ideas para la trama; a este respecto, el terapeuta procuraba que la historieta de las "escenificaciones emotivas" facilitase la inclusión de conductas de afrontamiento, por ejemplo, en la fobia a los ruidos intensos del caso número 11, **Lucky Luke** (el niño) tenía que presenciar como los hermanos **Dalton** "hacían estallar una carga explosiva para escaparse de la cárcel", "volaban la caja fuerte de un banco", "disparaban a **Lucky Luke** que les perseguía", "en su huída hacían saltar por los aires un puente con dinamita", "destruían el ferrocarril con explosivos", etc. Para escenificar estos items el terapeuta explotaba cada vez más cerca del niño globos y petardos de distinta potencia. Luego el guión exigía que fuera el niño quien los explotara.

c) Después de varios minutos y cuando el terapeuta observaba que el niño estaba participando activamente en el juego (vg: hacía como que luchaba contra los soldados del cardenal **Richelieu**), le ordenaba ejecutar el primer item

de la jerarquía (en sesiones posteriores, el ítem que correspondiera). En este momento existían tres posibilidades:

1. Que el niño efectuase la conducta de aproximación.

2. Que el niño empezara la conducta de aproximación (vg: entraba solo en un cuarto oscuro), pero indicando enseguida con una señal convenida que experimentaba miedo (vg: llamada a **He-man**), en cuyo caso el terapeuta retiraba con prontitud el estímulo fóbico (vg: encendía la luz).

3. Que el niño se negase a llevar a cabo la conducta de aproximación.

d) El terapeuta procedía diferencialmente según la respuesta del niño:

1. Si el niño había ejecutado la conducta de aproximación recibía inmediatamente refuerzo social por parte del terapeuta (y de otras personas, si es que intervenían). Además, cuando el terapeuta había decidido emplear reforzadores materiales y/o generalizados, éste entregaba al niño inmediatamente su golosina favorita para que se la comiera y/o una ficha de valor doble para que se la guardara y la canjeara (junto con otras) al final de la sesión; tras el reforzamiento se proseguía el juego.

2 y 3. Si el niño había interrumpido la conducta de aproximación después de haberla iniciado o si ni siquiera había intentado hacerla, se continuaba el juego hasta que el terapeuta observaba de nuevo que el niño actuaba totalmente según su papel (vg: simulaba viajar en una nave espacial). Entonces el terapeuta, previo aviso, llevaba a cabo el comportamiento de aproximación al mismo tiempo que informaba al niño sobre la manera correcta de proceder y sobre la ausencia de consecuencias aversivas; El niño observaba esta demostración del terapeuta. El modelado se repetía tantas veces como fuera necesario hasta que el niño, ante las invitaciones del terapeuta, realizaba, ayudado si era preciso, la conducta en cuestión constatando que efectivamente no ocurría consecuencia negativa alguna. Para asegurar esto se disponía la situación de tal modo que se previniera cualquier accidente, por ejemplo, trazando en el suelo una línea que marcaba la distancia máxima a la que podía llegar el perro atado (caso número 6). Tras ello el terapeuta reforzaba socialmente al niño y, de ser el caso, materialmente y/o con una ficha sin valor doble, continuando el juego.

Si a pesar de los reiterados ejercicios de modelado del terapeuta, éste no conseguía que el niño participara, retrocedía y volvía a practicar el ítem anterior de la jerarquía e, incluso, en algunas ocasiones hubo que intercalar ítems de dificultad intermedia. Esto último sucedió en los casos números 1, 3 y 6, dato que apunta una mayor complejidad en la graduación de los ítems con niños pequeños.

Normalmente era el terapeuta quien hacía de modelo. Sin embargo, en

los casos números 5 y 8 los modelos fueron un niño y un adulto respectivamente. En ambos casos los modelos vinieron impuestos por las circunstancias, bien porque el niño sólo accedía a participar cuando su amigo jugaba con él, bien porque el terapeuta no conocía al animal siendo necesaria la presencia del propietario del amo. La posibilidad de emplear otros modelos es interesante; una investigación de Kornhaber y Schroeder (1975) puso de relieve que el utilizar compañeros como modelos incrementaba la eficacia del tratamiento para extinguir la conducta de evitación de los niños.

e) Una vez que el niño ejecutaba el comportamiento de aproximación, con independencia de que antes hubiera o no necesitado el modelado del terapeuta, se repetía dicha conducta varias veces, siendo reforzada socialmente, inclusive después de que el niño la efectuase sin ningún tipo de ayuda, sin mostrar señales de miedo o respuestas defensivas e informando de que ya no experimentaba ningún miedo.

Sólo si concurrían estas circunstancias el terapeuta introducía la acción correspondiente al ítem inmediatamente superior de la jerarquía, procediendo de idéntica forma y así sucesivamente.

f) Las sesiones terminaban siempre con un ítem superado por el niño, con el que se reanudaba la sesión siguiente. Si en el momento de acabar una sesión el niño no llevaba a cabo el comportamiento del último ítem escenificado ese día, el terapeuta hacía que el niño volviese a practicar el ítem anterior, ya conseguido, y concluía con él la sesión.

El tratamiento mediante "escenificaciones emotivas" se daba por terminado cuando el niño realizaba repetidamente la conducta del ítem final de la jerarquía en las condiciones descritas.

Durante el tratamiento la evaluación se efectuaba otorgando al niño dos puntos por cada ítem superado, de forma que la puntuación obtenida en cada sesión era siempre un número par, que se calculaba multiplicando por dos el número del último ítem con éxito en la sesión.

3ª) Fase de consolidación.

Las actividades programadas para mantener y generalizar los logros terapéuticos fueron:

1. *Sesiones de sobreaprendizaje.* Una vez finalizado el tratamiento mediante "escenificaciones emotivas", o sea, el niño había ejecutado todas las conductas de aproximación alcanzando la puntuación máxima, se realizaron dos sesiones más, en cada una de las cuales se repitió la parte superior de las jerarquías o

aquellos otros items que habían sido más difíciles para el niño, es decir, aquellos que habían necesitado mayor número de ensayos y tiempo de modelado. En estas sesiones de sobreaprendizaje los niños solían proponer variaciones en el argumento del juego.

Hubo dos excepciones. En el caso número 2 el médico había recetado una única inyección al niño, por lo que la última sesión de "escenificaciones emotivas" se acabó poniendo el A.T.S. la inyección al niño. En el caso número 6 al cambiar el terapeuta el lugar de residencia sólo le fue posible llevar a efecto una sesión de sobreaprendizaje.

2. *Instrucciones a los padres.* El análisis de las respuestas de los padres (y de otras personas como hermanos, abuelos, profesores...) ante el comportamiento fóbico del niño sirvió para conocer si estas reacciones estaban manteniendo y agravando dicha conducta infantil. Así, en la fobia a la oscuridad del caso número 1, cada vez que el niño se quejaba o lloraba por la noche, los padres le permitían dormir con ellos en la cama de matrimonio.

En cada caso el terapeuta proporcionó instrucciones específicas, verbalmente y por escrito, a los padres para que modificaran las contingencias de refuerzo inadecuadas (vg: que no hablaran al niño intentando persuadirle de que no debía tener miedo), y para que reforzaran correctamente las conductas de aproximación (vg: que lo alabaran cada vez que el niño se acercase al estímulo fóbico).

Además, el constante contacto entre el terapeuta y los padres durante el tratamiento hizo posible también que aquél:

- solucionara cualquier duda, inconveniente o imprevisto que se pudiera plantear;
- instruyera a los padres para que observasen y ayudasen a su hijo en las tareas en casa;
- moldeara la conducta apropiada en los padres con relación al problema de su hijo.

Aunque esta acción educativa con los padres se inició en las primeras entrevistas y se prolongó a lo largo del tratamiento, el terapeuta dedicó gran parte del tiempo de la entrevista final con los padres a describir explícitamente como tenían que actuar para afianzar el éxito terapéutico obtenido.

3. *Tareas para casa.* El terapeuta indicaba al niño los ejercicios que había de practicar en los períodos entre sesiones. Esta autoexposición a los estímulos fóbicos, sin la presencia del terapeuta, incluía siempre respuesta sobradamente ejercitadas en las sesiones de tratamiento. Por ejemplo, en el caso nú-

mero 11, después de la tercera sesión padre e hijo se trasladaban a un chalet ubicado en el campo y allí el niño explotaba distintos petardos y tracas.

Los objetivos principales de estas tareas para casa consistían en aumentar el número de ensayos de práctica y en llevar a cabo las conductas de aproximación en situaciones diferentes del contexto terapéutico.

Antes de concluir este apartado referido al tratamiento, debemos reseñar que el terapeuta adaptó el procedimiento estándar de "escenificaciones emotivas" a cada caso concreto, incluso completándolo, si lo estimaba conveniente, con otro tipo de estrategias terapéuticas. Así, en la fobia a la oscuridad del caso número 10, el niño decía que "en el fondo de los armarios se esconden los monstruos". Estas respuestas cognitivas, que incrementaban la activación vegetativa del niño en los lugares oscuros, fueron modificadas mediante un juego de imaginación visual en dos fases consecutivas:

a) El terapeuta pedía al niño que cerrara los ojos, que se imaginara algún monstruo y que lo describiera en voz alta; inmediatamente el terapeuta le ordenaba abrir los ojos y le indicaba que atendiera a lo que en ese momento veía realmente y que lo relatara. El niño especificaba entonces los objetos que había en la habitación. Este método de control de los pensamientos fóbicos, basado en la emisión de respuestas incompatibles con las imágenes desadaptativas, fue practicado primeramente en una habitación bien iluminada y después en otra en penumbra, ambas con armarios.

b) En situaciones de oscuridad total el niño realizó un entrenamiento en imaginación visual parecido al utilizado por Sosa, Capafons, Gabino y Carrió (1984). Cuando el niño con los ojos cerrados informaba que ya "veía" al monstruo, se le mandaba que se lo imaginara con "una narizota gorda como un tomate", con "una sonrisa grande como la de un payaso", con "una gorra de visera como la de los jugadores de Béisbol", etc. Seguidamente el terapeuta le preguntó si le parecía ahora un "monstruo de chiste", a lo que el niño contestó afirmativamente. A continuación el terapeuta le indicó que imaginara "escenas de risa" con el monstruo, por ejemplo, "que le caía encima un cubo de agua al abrir la puerta", "que se sentaba sin darse cuenta sobre un huevo crudo", etc. El niño se rió con este juego de imágenes visuales, el cual constituyó posteriormente una tarea para casa.

Las instrucciones proporcionadas a los niños que manifestaban un comportamiento fóbico ante los perros pueden ser consideradas en la misma línea de adecuar el tratamiento a las características específicas de cada caso concreto. El terapeuta les advirtió que aunque el perro es un gran amigo del hombre, no debían jugar con cualquier perro desconocido si su dueño no estaba presente.

2.2.3.- Evaluación final y seguimiento.

A la semana de haber finalizado el tratamiento se repitió la P.E.C.

Se realizaron en todos los casos como mínimo tres seguimientos: al mes, a los tres y a los seis meses de haber efectuado la evaluación final; inclusive en los casos números 4 y 9 se llevaron a cabo seguimientos después de varios años.

En los casos 1, 5 y 8 las evaluaciones inicial, final y de seguimiento las hicieron psicólogos distintos a los que habían efectuado el tratamiento, los cuales ignoraban los objetivos perseguidos y el tipo de intervención practicada.

3. RESULTADOS

En la tabla 3 aparecen las puntuaciones alcanzadas en la P.E.C. por los once casos en las evaluaciones inicial, final y último seguimiento efectuado.

El tratamiento tuvo éxito en los once casos requiriéndose una media de cuatro sesiones de "escenificaciones emotivas" para alcanzar los objetivos terapéuticos. Las intervenciones más breves fueron las de los casos números 5 y 9, en los que bastaron dos sesiones y la más larga fue la del caso número 8, en el que se precisaron seis sesiones para ejecutar todas las conductas de aproximación (véase la tabla 2).

El tratamiento progresó a diferente velocidad según los casos. Así, en la fobia a los fogones encendidos del caso número 4 los ítems de la jerarquía estaban graduados en función de cuatro criterios: distancia del niño con respecto a la cocina, número de fogones incluso el horno encendidos, intensidad del fuego (posición del mando que regulaba la salida del gas), tiempo que permanecían ardiendo los fogones. Se avanzó muy rápidamente en la primera sesión hasta llegar al ítem once que planteaba prender por primera vez un fogón; en la superación de este ítem se invirtió casi todo el tiempo de la segunda sesión, ya que resultaba prácticamente imposible hallar un ítem intermedio entre éste y su inmediato anterior. Luego se recuperó el veloz ritmo inicial (figura 1).

En cambio, la forma de la gráfica de la fobia a los perros del caso número 8 resultó distinta. Como se puede apreciar en la figura 2 el número de ítems tratados en cada sesión iba disminuyendo conforme aumentaba la dificultad de las conductas de aproximación/interacción con el animal.

TABLA 3.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS ONCE CASOS TRATADOS MEDIANTE "ESCENIFICACIONES EMOTIVAS"

* P.M.P. = Puntuación Máxima Posible calculada multiplicando el número total de ítems (I) por dos.
 ** P.E.C. = Prueba de Evitación Conductual (puntuaciones alcanzadas en el pretratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento último).

Nº	Fobia Principal.	Sesiones de sobreesprend.	Ítems de la Jerarquía (I)	P.M.P.*	P.E.C.** Pre.Pos.Seg.	Seguimiento (en meses)	Observaciones
1	Oscuridad	2	20	40	10 40 40	6	Evaluaror independ.
2	Inyecciones	0	20	40	4 40 40	6	
3	Ruidos intensos	2	30	60	6'5 60 42	15	
4	Fogones encendidos cocina	2	22	44	8 44 44	36	
5	Ruidos intensos	2	20	40	14 40 40	6	Evaluaror Independiente
6	Perros	1	22	44	6'5 44 39	6	Tratada otra fobia con éxito
7	Palomas	2	26	52	7'5 52 52	15	Tratadas otras fobias con éxito
8	Perros	2	25	50	7 50 50	6	Evaluaror Indep.
9	Oscuridad	2	20	40	4'5 40 40	24	
10	Oscuridad	2	30	60	5 60 60	9	
11	Ruidos intensos	2	20	40	4'5 40 40	6	Tratada otra fobia con éxito

FIGURA 1.- Puntuaciones obtenidas en la Prueba de Evitación Conductual (P.E.C.) correspondientes al caso número 4 (fobia a los fogones encendidos de la cocina) durante la línea base, tratamiento mediante "escenificaciones emotivas" y seguimientos.

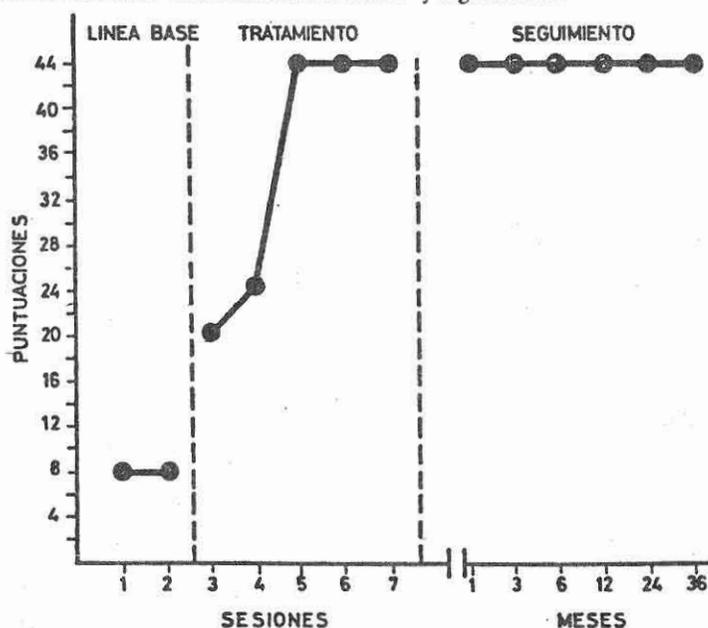
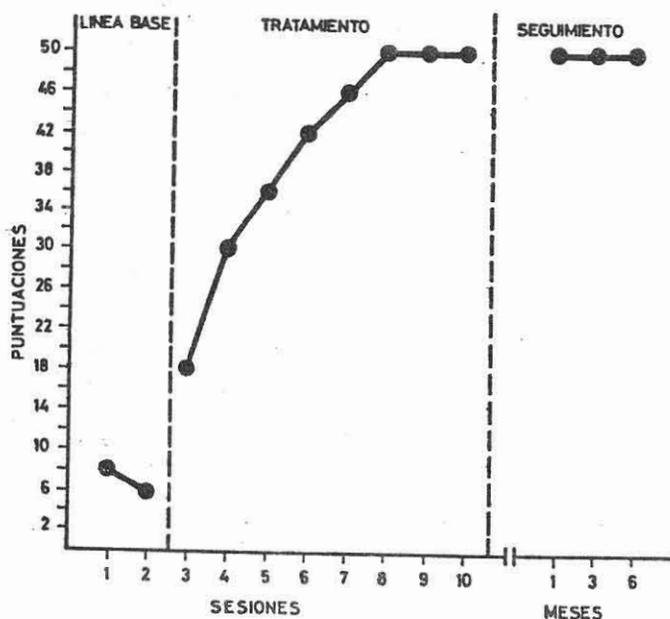


FIGURA 2.- Puntuaciones obtenidas en la Prueba de Evitación Conductual (P.E.C.) correspondientes al caso número 8 (fobia a los perros) durante la línea base, tratamiento mediante "escenificaciones emotivas" y seguimientos.



Por otro lado, los informes verbales de los niños corroboraron el cambio terapéutico producido. En este sentido, era muy frecuente que en las sesiones de sobreaprendizaje los niños dijeran "ya no tengo ni un poquito de miedo a..." o expresiones similares y que solicitaran la presencia de sus familiares para "demostrarles lo valiente que soy". En las entrevistas de seguimiento algunos padres calificaron a sus respectivos hijos de "pirómano" o "pirotécnico", porque ahora les observaban jugar con los objetos anteriormente temidos.

Estos resultados se mantenían en los seguimientos realizados en nueve casos. En la fobia a los ruidos intensos del caso número 3, los padres no cumplieron las instrucciones del terapeuta, ya que recurrían a amenazas verbales relacionadas con los truenos para controlar la conducta del niño e incluso a veces explotaban cohetes y tracas cuando el niño estaba distraído a modo de broma. En la fobia a los perros del caso número 6, el niño se acercó y acarició al perro, pero no dió de comer al animal directamente con su mano; sus padres no estimaron necesaria una sesión más de afianzamiento, porque "ya no tiene miedo a los perros, aunque no sea un gran amante de la especie canina".

En los casos números 6, 7 y 11, que fueron tratados igualmente de otras fobias, los resultados exitosos se mantenían en los sucesivos seguimientos llevados a cabo.

4. DISCUSIÓN

Nosotros, al igual que Vila (1978) en su análisis crítico de los tratamientos conductuales de los síntomas fóbicos, consideramos arbitrario y antieconómico el multiplicar los procedimientos terapéuticos, a menos que cuando se proponga una nueva técnica, ésta sea superior en algún aspecto a los métodos ya existentes. Por tanto, es obligado preguntarse por las ventajas de las "escenificaciones emotivas".

La evidencia empírica y experimental de que una técnica derivada de los principios del aprendizaje es más eficaz que las empleadas habitualmente para tratar el mismo problema es una razón que justifica su introducción en la clínica. En este momento sólo disponemos de los resultados de once casos, por lo que cualquier comparación de este tipo es prematura. No obstante, los datos existentes parecen apoyar la hipótesis de que las "escenificaciones emotivas" son al menos tan efectivas como otras técnicas.

Las "escenificaciones emotivas" son un tratamiento breve, ya que su aplicación nunca ha excedido de dos semanas. Este hecho debe ser valorado posi-

vamente, puesto que "en el tratamiento de un trastorno de ansiedad infantil, antes de lanzar las campanas al vuelo predicando las excelencias de un determinado procedimiento, **será preciso tener muy en cuenta la duración del mismo...**" (Toro, 1986, p. 181). Esta economía de tiempo es aún más evidente con respecto a la desensibilización sistemática, en la que hay que dedicar varias sesiones al entrenamiento en imaginación y en relajación, respuestas que constituyen un prerrequisito para el tratamiento.

Asimismo las "escenificaciones emotivas" no poseen el inconveniente común a las técnicas encubiertas aplicadas a las fobias infantiles como es la dificultad para conseguir que los niños pequeños se imaginen las escenas tal y como las describe el terapeuta. En esta misma dirección, Ashen y Poser (1973) destacan las posibles limitaciones impuestas por la edad cronológica en la capacidad infantil de representación mental.

Con todo, lo más importante a su favor es, en nuestra opinión, su validez social, en el sentido de que al presentarse como un juego este método terapéutico es ampliamente aceptado por los niños pequeños, pese a la naturaleza aversiva de toda exposición en vivo a los estímulos fóbicos. Como uno de nosotros señalaba en otro lugar (Méndez, 1986), las "escenificaciones emotivas" facilitan la relación terapeuta/niño y la incorporación paulatina a la terapia de otros adultos (familiares, educadores...)

Precisamente esta técnica se ideó después de intentar sin éxito modular conductas de aproximación en el caso número 4. Este niño se negaba a entrar en la cocina; si se le obligaba a hacerlo, abandonaba la habitación corriendo; si se le forzaba a permanecer dentro de la cocina, cerraba los ojos, lloraba y gritaba; en resumen, no atendía a los estímulos de modelado. Por contra, cuando el terapeuta le propuso jugar, el niño colaboró participando activamente.

Por lo que atañe al análisis de sus elementos, las "escenificaciones emotivas" integran el modelado participante, una variante en vivo de la desensibilización sistemática y el reforzamiento positivo de las conductas de aproximación. Por tanto, de acuerdo con la concepción teórica adoptada, se enfatizará un procedimiento básico u otro distinto como agente primordial de la efectividad terapéutica de las "escenificaciones emotivas":

a) Según el punto de vista del **aprendizaje social**, las respuestas fóbicas se eliminan, en primer lugar, al observar el niño repetidas veces a un modelo llevando a efecto conductas de aproximación cada vez más difíciles en ausencia de consecuencias aversivas y, en segundo lugar, al realizar el propio niño dichas conductas de aproximación sin tampoco experimentar consecuencias negativas.

De otro lado, el contexto positivo de la situación de juego podría ser irrelevante para el éxito terapéutico, como ocurrió en el experimento de Bandura, Grusec y Menlove (1967), aunque aquí conviene precisar dos cuestiones: una, que aquella no era una muestra clínica; dos, que se trataba simplemente de modelado gradual sin la participación de los niños.

b) Bajo una óptica de **condicionamiento clásico**, hay un conjunto de respuestas que presumiblemente compiten con las de ansiedad que son, sobre todo, el jugar, pero también el estar acompañado por un terapeuta que es amigo o familia, el comer, el efectuar la terapia en un lugar conocido por el niño como la propia casa o el centro educativo. Incluso, parafraseando a Lazarus y Abramovitz (1962), podríamos añadir la inducción de respuestas emocionales (autoafirmación, orgullo, afecto, regocijo) inhibitorias de la ansiedad suscitadas por la puesta en escena de las "heroicidades" del niño.

En apoyo de esta segunda explicación hay que resaltar que hubo items superados sin ninguna demostración del modelo.

c) Desde la perspectiva del **condicionamiento instrumental**, la aprobación social (y otros tipos de reforzamiento) contingente más la práctica del niño en respuestas de aproximación son variables terapéuticas activas o significativas.

Pero al margen del mecanismo que se postule, esto es, extinción vicaria, contracondicionamiento o reforzamiento positivo, todos los componentes de las "escenificaciones emotivas" tienen un denominador común: la exposición en vivo a los estímulos fóbicos practicada de una forma gradual, breve y repetida.

Investigaciones futuras deberán fundamentalmente:

1. Repetir el tratamiento de "escenificaciones emotivas", con evaluadores independientes o *ciegos*, en muchos más casos de fobias infantiles para valorar sus resultados.

2. Llevar a cabo experimentos, a ser posible con muestras clínicas, para analizar la contribución al éxito final de cada uno de sus factores aislados o en interacción, por ejemplo, comparar grupos de tratamiento de "escenificaciones emotivas" con y sin modelado, con y sin reforzamiento, etc.

3. Poner a prueba variantes de las "escenificaciones emotivas" al objeto de aumentar su eficacia y utilidad, verbigracia, aplicación en grupo.

Concluimos insistiendo en la necesidad de obtener la colaboración de niños pequeños y de individualizar al máximo el tratamiento en cada caso concreto de fobia infantil, y a este fin las "escenificaciones emotivas" pueden ser un recurso más a disposición del terapeuta del comportamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ASHEM, B.A. y POSER, E.G. (Eds.) (1973).- *Adaptive learning: Behavior modification with children*. Nueva York: Pergamon Press.
- AYLLON, T.; SMITH, D. y ROGERS, M. (1970).- Behavioral management of school phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 125-138.
- BANDURA, A. (1969).- *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- BANDURA, A. (1971).- Psychotherapy based upon modeling principles. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 653-708). Nueva York: Wiley.
- BANDURA, A.; BLANCHARD, E.B., y RITTER, B. (1969).- Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- 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.
- BARABASZ, A.F. (1973).- Group desensitization of test anxiety in elementary school. *Journal of Psychology*, 83, 388-392.
- BARABASZ, A.F. (1975).- Classroom teachers are paraprofessional therapists in group systematic desensitization of test anxiety. *Psychiatry*, 38, 388-392.
- BARRIO, M.V. del. (1984).- *Temas de Psicopatología infantil: Trastornos menores*. Valencia: Promolibro.
- BENTLER, P.M. (1962).- An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 185-189.
- BOTELLA, C. (1985).- La utilización de la terapia de "rol fijo" y de la "intención paradójica" en un trastorno infantil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 645-655.
- 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 Psychiatry*, 6, 87-88.
- 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.
- DAVIS, A.F.; ROSENTHAL, T.L. y KELLEY, J.E. (1981).- Actual fear cues, prompt therapy and rationale enhance participant modeling with adolescents. *Behavior Therapy*, 12, 536-542.
- ENGLISH, H.B. (1929).- Three cases of the "conditioned fear response". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 24, 221-225.
- ESVELDT-DAWSON, K.; WISNER, K.L.; UNIS, A.S.; MATSON, J.L. y KAZDIN, A.E. (1982).- Treatment of phobias in a hospitalized child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 77-83.
- EYBERG, S.M. y ROSS, M. (1978).- Assessment of child behavior problems. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 113-116.

- EYSENCK, H.J. y RACHMAN, S. (1965).- *The causes and cures of neurosis: An introduction to modern therapy based on learning theory and the principles of conditioning*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- FELTZ, D.L. (1980).- Teaching a high-avoidance motor task to a retarded child through participant modeling. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 15, 152-155.
- FREEMAN, B.J.; ROY, R.R. y HEMMICK, S. (1976).- Extinction of a phobia of physical examination in a seven-year-old retarded boy. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 63-64.
- GARCIA MARCOS, J.A. (1983).- Entrevista evolutiva. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicodiagnóstico: Cuaderno de prácticas*. (pp. 57-59).Madrid: UNED.
- GARVEY, W.P. y HEGRENES, J.R. (1966).- Desensitization techniques in the treatment of school phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36, 147-152.
- GENOVAR, C.; GOTZENS, C. y MONTANE, J. (1982).- *Problemas emocionales en el niño*. Barcelona: Herder.
- GOLDSTEIN, A.J.; SERBER, M. y PIAGET, G. (1970).- Induced anger as a reciprocal inhibition of fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 67-70.
- GRAZIANO, A.M.; DEGIOVANNI, I.S. y GARCÍA, K.A. (1979).- Behavioral treatments of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 804-830.
- HERSEN, M. (1970).- Behavior modification approach to a school-phobia case. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 128-132.
- HERSEN, M. (1971).- The behavioral treatment of school phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 99-107.
- JERSILD, A.T. (1950).- *Child psychology*. Londres: Staple Press.
- JERSILD, A.T. y HOLMES, F.B. (1935).- Methods of overcoming children's fears. *Journal of Psychology*, 1, 75-104.
- 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.
- KANFER, F.H.; KAROLY, P. y NEWMAN, A. (1975).- Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 251-258.
- KENNEDY, W.A. (1965).- A school phobia: Rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 70, 285-290.
- KISSEL, S. (1972).- Systematic desensitization therapy with children: A case study and some suggested modifications. *Professional Psychology*, 3, 164-169.
- KONDAS, O. (1967).- Reduction of examination anxiety and "stage fright" by group desensitization and relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 275-281.
- KORNHABER, R.C. y SCHROEDER, H.E. (1975).- Importance of model similarity on extinction of avoidance behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 601-607.
- KRUMBOLTZ, J.D. y KRUMBOLTZ, H.B. (1972).- *Changing children's behavior*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.

- KURODA, J. (1969).- Elimination of children's fear of animals by the method of experimental desensibilization: An application of learning theory to child psychology. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 12, 161-165.
- Experiments in behaviour therapy. (pp. 114-122). Londres: Pergamon Press.
- Journal of Mental Science, 108, 191-195.
- Journal of Abnormal Psychology, 3, 225-229.
- Behaviour therapy and the neuroses. (pp. 181-187). Londres: Pergamon Press.
- Behaviour Research and Therapy, 11, 19-30.
- Behaviour Research and Therapy, 7, 359-367.
- Journal of Dental Research, 54, 797-801.
- Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 511-521.
- Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1357-1367.
- Anales de Psicología, 3, 33-41.

Journal of Abnormal Psychology, 79, 269-279.

Consejo y orientación psicológica (Vol.1, pp. 107-126). Madrid: U.N.E.D.

Treating children's fears and phobias: A behavioral approach. Nueva York: Pergamon Press.

Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 7, 59-63.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 314-318.

- OLLENDICK, T.H. y GRUEN, G.E. (1972).- Treatment of a bodily injury phobia with implosive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 389-393.
- PATTERSON, G.R. (1965).- A learning theory approach to the treatment of the school phobic child. En L.P. Ullmann y L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 270-285). Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- PELECHANO, V. (1981).- *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- PELECHANO, V. (1984).- Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-220.
- RACHMAN, S. (1979).- Teoría del aprendizaje y psicología infantil: Posibilidades terapéuticas. En H.J. Eysenck (Ed.), *Experimentos en terapia de la conducta: Experimentación con niños* (Vol. 3, pp. 11-36). Madrid: Fundamentos. (Trabajo original publicado en 1964).
- RITTER, B. (1968).- The group desensitization of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 1-6.
- SAFER, D.J. y ALLEN, R.P. (1976).- *Hyperactive children: Diagnosis and management*. Baltimore, Maryland: University Park Press.
- SOSA, C.D.; CAPAFONS, J.I.; GAVINO, A. y CARRIO, C. (1984).- Tres acercamientos terapéuticos a los miedos infantiles: oscuridad y soledad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 359-373.
- THAMISIAN, J.A. y McREYNOLDS, W.T. (1971).- Use of parents as behavioral engineers in the treatment of a school-phobic girl. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 225-228.
- TASTO, D.L. (1969).- Systematic desensitization, muscle relaxation and visual imagery in the counterconditioning of a four-year-old phobic child. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 409-411.
- TORO, J. (1986).- Trastornos de ansiedad en la infancia. En A. Toboña (Ed.), *Trastornos de ansiedad: Orígenes y tratamiento* (pp. 167-182). Barcelona:Alamex.
- VAN HASSELT, B.B.; HERSEN, M.; BELLACK, A.S.; ROSEBLUM, N.D. y LAMPARSKI, D. (1979).- Tripartite assessment of the effects of systematic desensitization in a multi-phobic child: An experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 51-55.
- VILA, J. (1978).- Tratamientos conductuales de síntomas fóbicos: Un análisis crítico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 4, 89-102.
- WATSON, J.B. y RAYNER, R. (1920).- Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- WOLPE, J. (1958).- *Psychotherapy by reciprocal inhibitions*. Stanford: Stanford University Press.
- WOLPE, J. (1961).- The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 132, 189-203.
- YULE, W.; SACKS, B. y HERSOV, L. (1974).- Successful flooding treatment of a noise phobia in an 11 year old. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 209-211.