

## **TRATAMIENTO MEDIANTE IMÁGENES Y ESCENIFICACIONES EMOTIVAS DE UN CASO DE FOBIA A LA OSCURIDAD.**

Cristina Berenguer Filíu

Diego Macià Antón<sup>1</sup>

Universidad Miguel Hernández de Elche

## **TREATMENT THROUGH IMAGERY AND EMOTIVE PERFORMANCES OF A CASE PHOBIA OF DARKNESS.**

Cristina Berenguer Filíu

Diego Macià Antón<sup>1</sup>

Universidad Miguel Hernández de Elche

### **AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (Correspondencia)**

Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Edificio Altamira. Avda. de la Universidad, s/n. 03202. Elche.

E-mail: [dmacia@umh.es](mailto:dmacia@umh.es)

## **Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotivas de un caso de fobia a la oscuridad.**

### **Resumen**

En el presente trabajo se describe el proceso de intervención en el caso de una niña de 7 años que presentaba fobia a la oscuridad. Para la evaluación se realizó una entrevista a los padres y a la niña, cumplimentando los primeros la Escala de Miedo a la Oscuridad (Méndez y Santacruz, 1996), el Registro de Conductas en la Oscuridad (Mikulas y Coffman, 1989) y un registro de observación a la hora de dormir; la niña respondió el Inventario de Miedo a la Oscuridad (Méndez, Orgilés y Espada, 2006) y el Cuestionario de Ansiedad Infantil (Gillis, 2011). Los resultados mostraban que se cumplían los criterios de fobia específica a la oscuridad. La intervención terapéutica se planteó eliminar las conductas de escape y evitación supuestamente mantenedoras, por reforzamiento negativo, de las conductas problema. Se consideró la exposición gradual como estrategia más adecuada. Las técnicas utilizadas fueron: imágenes y escenificaciones emotivas, entrenamiento en relajación y economía de fichas. Tras las dos sesiones de evaluación se realizaron once de tratamiento, de frecuencia semanal y con una duración aproximada de una hora. Los resultados al finalizar el tratamiento y en los primeros seguimientos (tres y seis meses), muestran la desaparición del trastorno.

**Palabras clave:** experimento de caso único, fobia a la oscuridad, imágenes y escenificaciones emotivas.

## **Treatment through imagery and emotive performances of a case phobia of darkness.**

### **Abstract**

In the present work, the intervention process is described in the case of a 7-year-old girl who had a phobia of darkness. For the evaluation, an interview was conducted with the parents and the girl, completing the first Scale of Fear of Darkness (Méndez & Santacruz, 1996), the Register of Behavior in the Dark (Mikulas & Coffman, 1989) and a record of observation at bedtime; the girl answered the Inventory of Fear of Darkness (Méndez, Orgilés & Espada, 2006) and the Child Anxiety Questionnaire (Gillis, 2011). The results showed that the dark-specific phobia criteria were met. The therapeutic intervention was designed to eliminate the escape behaviors and supposedly maintenance avoidance, by negative reinforcement, of the problem behaviors. Gradual exposure was considered as the most appropriate strategy. The techniques used were: imagery and emotive performances, relaxation training and token economy. After the two evaluation sessions, eleven treatment sessions were carried out, on a weekly basis and lasting approximately one hour. The results at the end of the treatment and in the first follow-ups (three and six months), show the disappearance of the disorder.

**Key words:** single case experimental study, phobia of darkness, imagery and emotive performances.

## **Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotivas de un caso de fobia a la oscuridad.**

### **INTRODUCCIÓN**

Durante la infancia se experimentan diversos miedos, muchos de los cuales son transitorios, de intensidad leve, específicos de un momento determinado del desarrollo y que tienen un claro valor adaptativo; sin embargo, algunos de estos persisten en el tiempo pudiendo derivar en un trastorno de tipo fóbico, experimentándose reacciones muy intensas ante situaciones que no suponen una amenaza real. Uno de los miedos más frecuentes es a la oscuridad. Se estima que aproximadamente un tercio de la población infantil lo presenta; siendo la prevalencia de la fobia a la oscuridad mucho menor, situándose en torno al 2% (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996; Orgilés, 2014). El miedo a la oscuridad, que frecuentemente conlleva miedo a dormir solo, causa un importante malestar en el niño e interfiere de forma muy considerable en el funcionamiento familiar; en la práctica clínica infantil, la decisión de iniciar la intervención, sea un problema o un trastorno, se basa fundamentalmente en el grado de afección que supone para el niño y en la medida que repercute de forma negativa en su bienestar personal (Macià, 2007).

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) las fobias específicas se caracterizan por miedo o ansiedad intensa y persistente a objetos o situaciones específicas (p. ej., animales, altura, oscuridad, sitios cerrados...). La exposición a estos u otros estímulos temidos o la anticipación de los mismos, provoca una respuesta de ansiedad inmediata de mayor o menor intensidad que en los niños se puede manifestar con llantos, rabietas, quedándose paralizado o mostrando un fuerte apego físico al adulto.

Sobre la etiología de las fobias específicas no existe una explicación teórica única, siendo destacable las formulaciones integradoras del modelo conductual-cognitivo desde un planteamiento biopsicosocial por su utilidad clínica (Bados, 2017; Barlow y Durand, 2009; Sosa y Capafons, 2011).

En psicología clínica existen tres técnicas que han mostrado su eficacia (tratamientos basados en la evidencia) en la intervención de las fobias específicas en niños y adolescentes: la desensibilización sistemática en vivo, el modelado participante y la práctica reforzada (Bados, 2017; Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares, 2003); técnicas que comparten como elemento común la exposición gradual en vivo al estímulo fóbico. Motivar al niño para que se implique en este tipo de terapias y acepte la difícil tarea de exponerse a aquello que teme requiere cierta flexibilidad en el diseño de la intervención y establecer la mejor relación terapéutica; debiéndose prestar especial atención al modo de presentar los estímulos en vivo y a su gradación, siendo una opción utilizar un contexto lúdico y el refuerzo tras la ejecución de la conducta adecuada;

aspectos todos ellos presentes en la técnica de *escenificaciones emotivas* (Méndez y Macià, 1988) que combina *práctica reforzada* (Leitenberg y Callahan, 1973) con *modelado participante* (Bandura, 1976) en un contexto de juego.

Esta técnica es considerada en las conclusiones del metaanálisis realizado por Méndez, Orgilés y Rosa (2005), como la más eficaz en el tratamiento de la fobia a la oscuridad en la infancia. Bados (2017), siguiendo los criterios de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) la considera un tratamiento probablemente eficaz, ya que aunque ha resultado superior al no tratamiento y a la atención placebo, sus buenos resultados han sido obtenidos sólo por un equipo de investigación.

En nuestro caso, la evaluación nos hizo considerar la conveniencia de iniciar el tratamiento utilizando la exposición en imaginación antes de aplicar las escenificaciones emotivas en vivo y de este modo vencer la resistencia de la niña a exponerse a las situaciones temidas pese a su motivación por participar en la terapia. Así, la estrategia utilizada fue la resultante de unir la técnica de *imágenes emotivas* (Lazarus y Abramovitz, 1962) y la de escenificaciones emotivas. La primera de estas técnicas, variante de la desensibilización sistemática, sustituye la relajación como respuesta inhibitoria de ansiedad por emociones positivas de autoafirmación, orgullo, valentía, etc. Estas emociones son provocadas en el niño por el terapeuta al solicitarle que, con los ojos cerrados, imagine vívidamente los sucesos que acontecen en una historia que le va narrando; historia en la que el propio niño participa, bien como protagonista, asumiendo el papel de uno de sus héroes preferidos, o como colaborador del “superhéroe” elegido. Cuando el terapeuta considera que las emociones están presentes, introduce como parte de la historia el elemento de la jerarquía de situaciones temidas, previamente elaborada con el niño, de menor intensidad; incluyendo las sesiones posteriores, de forma gradual, el resto de ítems. Una vez presentados y superados algunos elementos en imaginación se inician las sesiones en vivo, y en un contexto de juego se representarán situaciones similares a las narradas anteriormente donde el niño tendrá que exponerse en vivo al objeto o situación fóbica, siguiendo la jerarquía de dificultad, si quiere cumplir la “misión” encomendada al héroe, siendo reforzado por el terapeuta por su conducta. Si el niño no realiza el comportamiento deseado, el terapeuta modela dicha conducta hasta que éste la ejecute, siendo también reforzado por dicha ejecución.

En el presente artículo se describe el proceso de intervención terapéutica llevado a cabo en el caso de una niña de 7 años que presentaba fobia a la oscuridad y miedo a dormir sola, mediante la técnica de *imágenes y escenificaciones emotivas*. El objetivo fue exponer a la niña de forma gradual a la situación fóbica en un contexto de juego muy motivante para ella, primero en imaginación y posteriormente de forma vicaria y

Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotivas de un caso de fobia a la oscuridad.

real, reforzando las conductas correctas de aproximación. A su vez se utilizó entrenamiento en relajación y la participación de los padres que, actuando como coterapeutas, intervinieron en las conductas de dormir sola en su habitación mediante un programa de economía de fichas, establecimiento de rutinas e iluminación regulada.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

### **Identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema.**

Marina (nombre figurado) de 7 años de edad, hija única, cursa segundo de primaria en un colegio concertado de su ciudad. La madre de 40 años de edad es protésica dental y el padre de 43 años, con formación académica universitaria, responsable de departamento de una empresa distribuidora de alimentación. Los padres acuden a consulta debido al miedo a la oscuridad que presenta, lo que interfiere de forma significativa en la rutina familiar, ya que no consigue dormir sola, moverse por la casa de forma autónoma o permanecer en alguna habitación sin compañía de otra persona adulta. Cuando se desplaza a algún lugar de la casa lo hace apoyándose durante el trayecto en el encendido de todas las luces que encuentra, y regresa al lugar donde están sus padres con claros signos de ansiedad (viene corriendo, tensa, alterada, con taquicardia y muchas veces con llantos). Muestra miedos intensos a personajes de fantasía.

Estas conductas han estado siempre presentes. Nunca ha dormido sola, con frecuencia se dormía en el sofá o con los padres y estos la llevaban a su habitación pero solía despertarse durante la noche, los llamaba angustiada o iba a la habitación de ellos. Tras intentar en varias ocasiones de forma fallida que durmiese sola, la última al cumplir los seis años, y tras continuas “idas y venidas” durante la noche de una habitación a otra, la madre ha accedido a trasladarse a la habitación de la niña para evitar que se altere la rutina de sueño de toda la familia. Los padres comentan que con el paso del tiempo el miedo es cada vez más intenso y que parece que todo lo que intentan hacer no consigue más que el efecto contrario.

El domicilio familiar tiene unas características en su distribución algo especiales, ya que está dividido en dos espacios diferenciados; encontrándose la zona de estar, la cocina, un aseo y la habitación de los padres muy separada de la habitación de la niña, otro aseo y una habitación que no se utiliza. Esos dos espacios están unidos por un estrecho pasillo sin luz natural.

Los padres afirman que siempre ha sido una niña algo temerosa e impresionable, y que en la actualidad se la podría describir como miedosa, algo perfeccionista y excesivamente preocupada por todo.

## EVALUACIÓN

La primera intervención evaluativa se realizó en dos sesiones, entrevistando a los padres y la niña por separado. La entrevista a los padres se llevó a cabo mediante la utilización de la Entrevista sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos (Pelechano, 1981); en esta se recoge información sobre aspectos del desarrollo y del estado de salud de la niña, los posibles miedos y las situaciones que los provocan, las respuestas de los padres ante las conductas de miedo y las estrategias utilizadas para ayudar a la niña en su problema. De la información obtenida podemos destacar que Marina ha tenido un desarrollo normal, sin ningún problema de salud destacable; está bien adaptada en el colegio y sus resultados escolares son muy satisfactorios. Respecto a sus miedos, estos son elicitados al tener que moverse sola por la casa y cuando tiene que quedarse en su habitación para dormir, circunstancias en las que imagina “la presencia de seres monstruosos” o “personas malas”; en esos momentos la niña se muestra tensa, ansiosa, llora, busca a sus padres, evitando o escapando de estas situaciones; los padres intentan calmarla.

Para complementar esta información preliminar y valorar la intensidad de sus miedos, los padres cumplieron la Escala de Miedo a la Oscuridad (Méndez y Santacruz, 1996) que comprende 9 elementos basados en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) para el diagnóstico clínico psicopatológico de fobia específica a la oscuridad, más un elemento de valoración global sobre la gravedad del miedo; Marina obtuvo una puntuación muy elevada de 83 (rango 0-100), cumpliendo los criterios para el diagnóstico de fobia específica a la oscuridad al obtener puntuaciones superiores a seis en todos los elementos.

Para evaluar la dificultad de moverse sin miedo por la casa, se solicitó que cumplieran el Registro de Conductas en la Oscuridad (Mikulas y Coffman, 1989) que valora la respuesta ante cinco conductas en el hogar relacionadas con el miedo a la oscuridad: pasar por el pasillo en penumbra, ir al aseo sola por el día, apagar las luces de la casa, entrar en una habitación oscura e ir al aseo sola por la noche, con una escala que va de 0 (no lo hace nunca) a 4 (lo hace siempre). Los resultados mostraron que tres de las conductas no las afrontaba nunca (ir al aseo sola por el día o la noche y entrar en una habitación oscura) y las dos restantes pocas veces y con mucha dificultad.

Tras la primera recogida de información, establecida la conducta problema, y con el fin de conocer la frecuencia e intensidad de la misma (línea base) y avanzar en el análisis funcional, se informó a los padres que debían cumplimentar diariamente, durante dos semanas, un registro de observación a la hora de dormir en el que tenían que anotar: día, hora de ir a la cama, la conducta de la niña en el momento de tener que ir a la cama e intensidad del miedo observado (nada de miedo 0, algo 1, regular 2,

Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotivas de un caso de fobia a la oscuridad.

mucho 3 y muchísimo 4), comportamiento del padre o madre ante su conducta y además deberían anotar cualquier incidente en el transcurso de la noche: despertarse y llamarles, pasarse a dormir con ellos, etc. Los datos proporcionados por el registro de observación mostraron que durante los catorce días, la puntuación diaria de la intensidad del miedo fue máxima, de 4 puntos.

En una segunda sesión se realizó una entrevista a la niña. El objetivo era tener un primer contacto, conocer el problema desde su propio punto de vista e iniciar una adecuada relación terapéutica. Se le solicitó que respondiese el Inventario de Miedo a la Oscuridad (Méndez, Orgilés y Espada, 2006), prueba que valora el grado de miedo que siente (nada-algo-mucho) al presentarle 46 situaciones o elementos distintos relacionados con el miedo a la oscuridad (acostarse con la luz apagada, los vampiros, ir por un sitio oscuro, las brujas...). La puntuación obtenida fue de 60 sobre un máximo de 90.

Con el fin de valorar su nivel general de ansiedad se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Infantil (Gillis, 2011), un instrumento muy idóneo para utilizar entre 6 y 8 años; obteniendo una puntuación centil de 97.

El diagnóstico clínico psicopatológico categorial fue de *fobia específica a la oscuridad*.

### **Análisis funcional. Formulación clínica del caso.**

Los estímulos antecedentes externos e internos implicados en el inicio de las conductas-problema son fundamentalmente las situaciones de oscuridad y los pensamientos negativos anticipatorios (imaginar la aparición en la oscuridad de seres monstruosos). Las respuestas desencadenadas por estas situaciones son de tipo fisiológico/emocional: miedo, ansiedad (temblor, taquicardia, tensión muscular...), cognitivo (p. e. “el monstruo me hará daño”, “saldrá de la oscuridad y me atacará”, etc.) y motoras como: quejarse, llorar, gritar, llamar a los padres, etc., acompañadas de respuestas de escape o evitación. Las respuestas de escape o evitación iban seguidas (consecuentes) de manera inmediata por el alivio del malestar, del mismo modo la presencia y atención de sus padres actuaba con un reforzador positivo. En la Tabla 1 recogemos una muestra de las conductas-problema (respuestas), los antecedentes y consecuentes que integran nuestro análisis funcional.

Tabla 1

*Análisis funcional de la conducta-problema*

<b>Antecedentes</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Consecuentes</b>
-Tener que ir al aseo o a otra habitación de la casa. -Indicación de los padres de ir a dormir. -Oscuridad. -Permanecer sola en la cama. - Pensamientos negativos anticipatorios.	<i>Motora.</i> -conductas diversas para retrasar el momento de ir a la cama. -gritar, llorar, llamar a sus padres, pedirles que duerman con ella. -conductas de escape/ evitación, ir a la cama de sus padres. -pedir ir acompañada al aseo o a otra habitación <i>Fisiológica/emocional.</i> -Ansiedad/miedo: temblor, tensión muscular, taquicardia... <i>Cognitiva.</i> -pensamientos negativos sobre los seres monstruosos...	-Alivio del malestar cuando evita afrontar o escapa de una situación de oscuridad (R-) -Atención de los padres al intentar calmarla, acompañarla a cualquier lugar de la casa, quedarse con ella en la cama o consentirle dormir en su cama (R+)

Las relaciones puestas de manifiesto por nuestro análisis de la conducta plantean a nivel hipotético que la respuesta de escape y evitación es la responsable, por reforzamiento negativo, del mantenimiento de las conductas-problema; también se mantienen e incrementan, por reforzamiento positivo, a consecuencia de la atención que le prestan los padres ante dichas conductas. De este modo se hipotetizó que si exponíamos a la niña de forma gradual a las situaciones temidas, controlando las respuestas de escape o evitación y eliminábamos los refuerzos positivos, cuando estas se producían en el ambiente natural, se produciría una reducción progresiva del malestar que experimentaba ante dichos estímulos o situaciones fóbicas.

**TRATAMIENTO**

El objetivo general de nuestra intervención fue eliminar la fobia a la oscuridad y consecuentemente los problemas que planteaba a la hora de dormir, actuando sobre las variables que hipotéticamente mantenían el problema. Se llevó a cabo trabajando simultáneamente sobre el miedo a la oscuridad, mediante la técnica de imágenes y escenificaciones emotivas, aplicada por la terapeuta en el propio domicilio de la menor, y por otro lado, actuando los padres como coterapeutas, mediante un programa operante de economía de fichas, establecimiento de rutinas e iluminación regulada, para intervenir sobre la conducta de dormir sola en su habitación. También se entrenó en



Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotivas de un caso de fobia a la oscuridad.

relajación a la niña para utilizarla como estrategia de afrontamiento a la hora de dormir sola.

Tras las dos primeras sesiones se informó a los padres (sesión 3<sup>a</sup>) sobre los resultados de la evaluación, la formulación clínica del caso, el tratamiento propuesto y la duración estimada. Se les explicó, mediante el esquema del análisis funcional realizado, la naturaleza del problema/trastorno que presentaba la niña y nuestra hipótesis terapéutica sobre la génesis y el mantenimiento del mismo. Tras aceptar los padres se inició la intervención terapéutica. El número de sesiones fue de once, de frecuencia semanal y con una duración aproximada de una hora (Tabla 2).

Tabla 2

*Cronograma de sesiones de intervención evaluativa y terapéutica*

Sesión	Desarrollo de la sesión	Tareas entre sesiones
1	Entrevista a los padres. Escala de miedo a la oscuridad (EMO). Registro de conductas en la oscuridad. Registro de observación a la hora de dormir.	Cumplimentar los registros de observación.
2	Entrevista a la niña. Inventario de miedo a la oscuridad (IMO). Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).	Padres: cumplimentar el registro a la hora de dormir.
3	Información a los padres de los resultados de la evaluación. Psicoeducación (padres): explicación naturaleza del problema y técnicas a utilizar. Entrenamiento padres: Principios del aprendizaje social. Reforzamiento positivo y extinción. Elaboración de un programa de economía de fichas. Rutinas a la hora de dormir y control de luz.	Padres: cumplimentar el registro a la hora de dormir. Aplicación economía de fichas. Aplicación rutinas para dormir.
4	Padres: Comprobar resultados registro observación. Repaso aplicación programa de economía de fichas. Repaso técnicas operantes. Psicoeducación (niña): explicación naturaleza del problema, técnica a utilizar. prueba de evitación conductual y elaboración jerarquía, lista de reforzadores y elegir el personaje de ficción. Inicio del entrenamiento en relajación.	Padres: cumplimentar registro a la hora de dormir. Aplicación economía de fichas. Aplicación rutinas para dormir. Niña: práctica relajación
5	Padres: repaso del registro a la hora de dormir, economía de fichas, rutinas y control de luz Niña: exposición en imaginación (imágenes emotivas) Entrenamiento en relajación.	Padres: cumplimentar registro a la hora de dormir Aplicación economía de fichas, rutinas y control de luz. Niña: práctica relajación
6	Padres: repaso del registro a la hora de dormir, economía de fichas y rutinas. Niña: exposición en imaginación (imágenes emotivas). Exposición en vivo (escenificaciones emotivas). Entrenamiento en relajación.	Padres: cumplimentar registro a la hora de dormir Aplicación economía de fichas, rutinas y control de luz. Niña: práctica relajación.
7-12	Padres: repaso del registro a la hora de dormir, economía de fichas y rutinas.  Niña: exposición en vivo (escenificaciones emotivas). Entrenamiento en relajación.	Padres: cumplimentar registro a la hora de dormir. Aplicación economía de fichas, rutinas y control de luz. Niña: práctica relajación.
13	Valoración resultados según el registro diario de observación a la hora de dormir. Evaluación postest. Nueva aplicación de: Escala de miedo a la oscuridad (EMO) Inventario de miedo a la oscuridad (IMO) Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) Desvanecimiento y retirada gradual del programa de economía de fichas.	

*Fase de reconceptualización (psicoeducativa).*

Se llevaron a cabo dos sesiones (sesión 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup>) la primera con los padres y la segunda con la niña. Con los padres (sesión 3<sup>a</sup>) tras la información de los resultados de la

evaluación, el primer objetivo fue profundizar sobre el papel del aprendizaje en el origen y mantenimiento de las fobias. Finalmente se expuso el fundamento teórico del tratamiento a utilizar y se detallaron los componentes de las técnicas de imágenes y escenificaciones emotivas, la relajación y la economía de fichas.

Un aspecto importante fue subrayar la necesaria implicación de los padres en la intervención. Esta se realizaría en el ambiente natural de la niña (domicilio) y los padres debían adquirir conciencia de que ellos poseen un extraordinario potencial para generar cambios en su conducta. Así, fueron instruidos en los principios del aprendizaje social, en la comprensión de la conducta en términos funcionales y en las técnicas específicas de manejo conductual: estrategias de observación y registro, información sobre el uso contingente del refuerzo positivo, procedimiento para aplicar adecuadamente la extinción y aplicación de un programa operante de economía de fichas.

Puesto que los padres iban a tener un papel central en la intervención en el miedo a dormir sola, especificadas las respuestas objeto de modificación a la hora de ir a la cama, se les informó que deberían seguir cumplimentando diariamente el registro de observación a la hora de dormir. Posteriormente se les enseñó, siguiendo el programa de Herbert (1999), a implementar una rutina para conseguir que la niña se fuese a dormir: 1) avisarle que llega la hora de ir a la cama, 2) disponer la situación para que unos minutos pueda estar tranquila, jugando con ella o acompañándola viendo la televisión, 3) bañarla y ponerle el pijama, 4) acompañarla mientras cena y llevarla a su habitación, 5) hablar con ella sobre algo ocurrido durante el día que fuese agradable para la niña o algo que tendrá que hacer el día siguiente y 6) despedirse de la niña con un beso y las buenas noches, apagando la luz o dejando una luz mínima que iríamos disminuyendo en intensidad progresivamente y saliendo de la habitación. Las indicaciones y pautas de intervención se facilitaron por escrito para que pudiesen consultarlas en cualquier momento.

La intervención psicoeducativa con la menor (sesión 4<sup>a</sup>) se llevó a cabo en el domicilio familiar y se centró inicialmente en facilitarle información sobre la naturaleza de su problema y en el tratamiento que pensábamos utilizar. En esta misma sesión se inició la primera fase de la técnica de imágenes y escenificaciones emotivas (fase de preparación) construyendo en primer lugar con la niña una jerarquía de situaciones a utilizar en las sesiones de exposición; para ello, mediante una prueba de evitación conductual se valoró, utilizando un termómetro del miedo (graduado del 1 a 10), la intensidad del miedo experimentado ante las situaciones a las que diariamente debía enfrentarse en su propio domicilio (Tabla 3). Partiendo de esta información se elaboró un listado de situaciones de dificultad creciente para lo que se trabajó con tres variables: lugar de exposición, intensidad de la luz y tiempo de exposición.

Tabla 3  
*Prueba de evitación conductual.*

Ítem	Situación	Valoración
1.	Ir sola a la cocina por el día.	5
2.	Ir al aseo cerca del salón sola por el día.	8
3.	Estar sola en su habitación jugando por el día.	8
4.	Ir al aseo cerca de su habitación sola por la noche.	9
5.	Ir a la cocina sola por la noche.	10
6.	Estar sola en su habitación jugando de noche.	10
7.	Ir a la habitación final del pasillo día y noche.	10
8.	Dormir en su habitación sola.	10

Posteriormente pasamos a identificar a la heroína, es decir el personaje de cómic o televisión que reunía cualidades de valentía y fortaleza, y que ella admiraba; un personaje que sería el protagonista de nuestras historias narradas o representadas en nuestro juego, que daría seguridad, mostraría y aplicaría estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones fóbicas. En este caso eligió a la protagonista del cómic Wonder Woman.

Con el fin de iniciar la implantación del programa de economía de fichas se eligieron el tipo de fichas a utilizar (pegatinas de Wonder Woman) que los padres entregarían por la mañana si dormía sola en la habitación sin haber manifestado ningún tipo de conducta disruptiva. Así mismo, se seleccionaron con la niña los reforzadores de apoyo (ver Tabla: 4) que se canjearían por las fichas al finalizar la semana.

Tabla 4  
*Lista de reforzadores*

1. Ir a McDonald's con sus padres.
2. Bolso de Wonder Woman.
3. Invitar a una amiga a jugar en su casa.
4. Ir ella a casa de una amiga.
5. Pastel de chocolate.
6. Cromos de Gorjuss
7. Album de Gorjuss
8. Ir de senderismo a la montaña con sus padres.

Finalmente iniciamos con la niña, en su propia cama, el *entrenamiento en relajación muscular progresiva* para niños de Koeppen (1974). La finalidad era que cuando se despertase por la noche pudiese practicar la relajación y utilizarla como estrategia de afrontamiento.

#### *Fase de aplicación del tratamiento.*

Cada sesión se iniciaba repasando con los padres las tareas entre sesiones. Se analizaba el registro de observación a la hora de dormir de la última semana y la aplicación de la economía de fichas; se resolvían dudas y se valoraban los avances conseguidos. Con la niña durante las ocho sesiones se aplicó la técnica de imágenes y escenificaciones emotivas y se practicó el aprendizaje de la relajación, comprobando que se practicaba entre sesiones.

Sesión 5ª. Se repasaron con los padres las técnicas de refuerzo positivo y extinción, la implementación de la economía de fichas, las rutinas para dormir y el control de la regulación de la iluminación. Con la niña se continuó el entrenamiento en relajación e iniciamos la intervención mediante exposición en imaginación con el fin de motivarla y facilitar su participación de forma activa en el tratamiento.

Sesión 6ª. Tras una nueva exposición en imaginación a los elementos de menor dificultad de la jerarquía, se inició la exposición en vivo. No fue necesario presentar todos los elementos en imaginación pues la propia niña manifestó que ya quería empezar a jugar como le habíamos anunciado. La exposición en vivo se iniciaba mediante un breve relato en el que se planteaba a la niña “que era” Wonder Woman y que tenía que cumplir una serie de misiones (encontrar objetos valiosos en una habitación, salvar a su osito, participar en el rescate de una niña...) enfrentándose en vivo a elementos de dificultad creciente. Se consideraba el ítem superado cuando lo repetía dos veces sin experimentar ansiedad. La terapeuta reforzaba con elogios, frases de admiración, contacto físico, la conducta ejecutada; junto a los refuerzos sociales en algunos casos se utilizaban refuerzos materiales (chocolatinas, chicles, pegatinas, etc.). Las situaciones no superadas se repetían con ligeras variaciones actuando la terapeuta como modelo. Durante la exposición, primero en imaginación y posteriormente en vivo, la terapeuta observaba los signos de ansiedad y al finalizar la niña cumplimentaba el termómetro de miedo.

Sesiones 7ª-12ª. Durante las seis sesiones se siguió repasando con los padres sus tareas y con la niña se avanzó en las escenificaciones emotivas y en el entrenamiento en relajación.

*Fase de valoración, consolidación y seguimiento.*

En la última sesión (sesión 13) se llevó a cabo la valoración de los resultados de la intervención. En primer lugar mediante la gráfica confeccionada con la información del registro diario de observación a la hora de dormir y, segundo volviendo aplicar las escalas e inventarios utilizados en la primera evaluación previa al tratamiento y comparando los resultados.

En la medida que consideramos la intervención psicológica como un proceso de aprendizaje o actuaciones tendentes a que los pacientes aprendan competencias, habilidades, destrezas, etc.; al finalizar el proceso de aplicación del tratamiento, y tras una primera valoración de resultados, se inició la fase de consolidación por la práctica repetida en situaciones reales de lo aprendido, con un seguimiento por parte de los padres. El seguimiento por la terapeuta sobre el mantenimiento de los resultados alcanzados se estableció a los 3, 6, 12 y 24 meses.

**RESULTADOS**

Como se puede apreciar (Figura 1) la puntuación de Marina en el registro de observación a la hora de dormir en las dos semanas previas al tratamiento es de 28 (puntuación máxima); ésta fue descendiendo a partir de la segunda semana de intervención terapéutica. Los padres manifestaron que las últimas semanas, solo en contadas ocasiones, se hacía la “remolona” intentando retrasar o demorar el ir a la cama, manifestando algunas de sus quejas o algo de miedo.

En el seguimiento a los tres y seis meses pudimos comprobar que se mantenían los resultados.



Figura 1. Evolución de la intensidad del miedo a la hora de dormir.

La evaluación pre-postratamiento (Figura 2) en la que comparamos las puntuaciones previas a la intervención con las puntuaciones al finalizar el mismo en la Escala de Miedos a la Oscuridad, el Cuestionario de Ansiedad Infantil y el Inventario de Miedo a la Oscuridad, confirma una reducción importante en el miedo y la ansiedad de la niña.

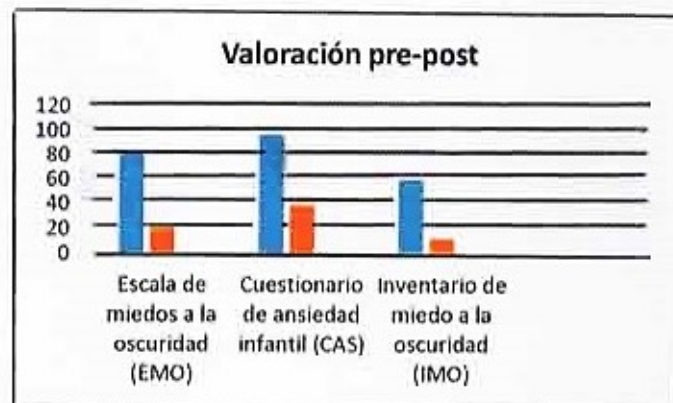


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación.

Los padres manifiestan un cambio de conducta muy importante desde el inicio de la intervención, comienza a mostrar menos ansiedad y a dormir sola sin presentar problemas de conducta ni manifestar miedo a la oscuridad.

## DISCUSIÓN.

Los resultados indican que el tratamiento multicomponente resultó eficaz para el tratamiento de la fobia a la oscuridad. Al finalizar el mismo la niña había dejado de manifestar miedo cuando tenía que desplazarse por las distintas habitaciones de la casa y cuando permanecía sola en su cama a la hora de dormir, no solicitando la presencia de su padre o su madre ninguna noche. Tras la intervención podemos afirmar que se cumple la hipótesis terapéutica planteada.

Estos resultados son coincidentes con los de estudios anteriores en los que la técnica de escenificaciones emotivas ha mostrado resultados superiores a otras estrategias pudiendo ser considerada como el tratamiento de elección para la fobia a la oscuridad en la infancia (Bados, 2017; Méndez, Orgilés y Rosa 2005; Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares, 2003).

Como hemos comentado, los tratamientos que han mostrado mayor eficacia para tratar los problemas o trastornos de ansiedad tienen como componente común la

exposición de la persona al estímulo o situación evocadora de ansiedad; aun siendo gradual la exposición no cabe duda que en mayor o menor grado resultará aversiva, pudiendo esto convertirse en un obstáculo para el inicio o la adherencia terapéutica, tanto para el propio niño como para sus padres, máxime cuando se trata de niños de corta edad. En este sentido, queremos volver a destacar la importancia de utilizar el juego como una forma natural de trabajar con niños pequeños en terapia (Hurtado-Perona, 2004; Méndez y Macià, 1988; Mikulas y Coffman, 1989; Sheslow, Bondy y Nelson, 1982). La terapia de juego resulta muy atractiva para los niños, permite ser aplicada por los propios padres en el hogar, lo que sin duda mejora la relación afectuosa entre ellos; del mismo modo, el contexto lúdico creado para llevar a cabo las imágenes y escenificaciones emotivas facilita una mejor interacción paciente-terapeuta. En este mismo sentido, utilizar la técnica de *imágenes emotivas* de forma previa a las *escenificaciones emotivas* minimiza el carácter aversivo de la exposición, facilitando la entrada y participación del niño en la terapia. Así, consideramos que en nuestro caso fue muy importante iniciar la exposición a los primeros ítems de la jerarquía en imaginación, en el contexto de la historia de uno de los cómics, para facilitar, por su menor dificultad, la implicación de la niña.

Siendo la exposición el componente central en el que se sustenta la mejora terapéutica, es importante considerar que componentes emocionales presentes en la estrategia de imágenes y escenificaciones emotivas juegan un papel muy importante para facilitar la autopercepción de competencia y el incremento de la autoeficacia.

Consideramos que una parte esencial del éxito en la intervención corresponde a la participación de los padres en el tratamiento, es decir, a su implicación como coterapeutas (Olivares-Olivares, Macià y Olivares, 2014). La técnica, para facilitar la interacción con el estímulo temido, además del juego, integra estrategias operantes donde los padres tienen un papel fundamental para utilizarlas en el ambiente natural. De hecho se ha comprobado la eficacia y viabilidad de su aplicación por los padres tras un entrenamiento previo (Méndez, Orgilés y Espada, 2006; Orgilés, Méndez y Espada, 2005; Santacruz, Méndez y Sánchez-Meca, 2006).

Finalmente indicar que este trabajo presenta las limitaciones propias de los diseños cuasi-experimentales de caso único (N = 1) de tipo A-B, no se ha podido controlar el efecto de variables extrañas que pueden haber tenido influencia en el tratamiento, respecto a la generalización de los resultados, al tratarse de un estudio de caso único, no podemos extrapolar los resultados.

**REFERENCIAS.**

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), 4ª Ed. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2017). *Fobias específicas* [Monografía]. Universitat de Barcelona. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115722/1/Fobias%20espec%C3%ADficas.pdf> Consultado el 12 de diciembre de 2018.
- Bandura, A. (1976). Effecting change through participant modeling. En J. D. Krumboltz y C. E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods* (pp. 248-265). Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2009). *Abnormal psychology an integrative approach* (5.ª ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Fredrickson, M., Annas, P., Fischer, H. y Wik, G. (1996). Gender and age in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior Research and Therapy*, 34, 33-39. doi.org/10.1016/0005-7967(95)00048-3
- Gillis, J. S. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hurtado-Perona, F. (2004). Escenificaciones emotivas en un caso de fobia infantil. *Acción Psicológica*, 3, 245-251.
- Herbert, M. (1999). *Padres e hijos. Mejorar los hábitos y las relaciones*. Madrid, España: Pirámide.
- Koepfen, A. S. (1974) Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 9, 14-21.
- Lazarus, A. A. y Abramovitz, A. (1962) The use of “emotive imagery” in the treatment of children’s phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195. doi.org/10.1192/bjp.108.453.191
- Leitenberg, H. y Callahan, E. J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behavior Research and Therapy*, 11, 19-30. doi.org/10.1016/0005-7967(73)90065-X
- Macià, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Madrid, España: Pirámide.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1988). Escenificaciones emotivas. Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de conducta*, 41, 323-351
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2006). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (Eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 23-47). Madrid, España: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2005). Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: una revisión cuantitativa. *Anales de Psicología*, 1, 73-82



Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotivas de un caso de fobia a la oscuridad.

- Méndez, F. X., Rosa, A. I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y la adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez y A. Amigo (Eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid, España: Pirámide.
- Méndez, F. J. y Santacruz, I. (1996). *Escala de evaluación del miedo a la oscuridad. Manuscrito no publicado*. Universidad de Murcia.
- Mikulas, W. L., y Coffman, M. F. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. In C. E. Schaefer y J. M. Briesmeister (Eds.), *Wiley series on personality processes. Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (pp. 179-202). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Olivares-Olivares, P. J., Macià, D. y Olivares, J. (2014). El papel de los padres en los tratamientos psicológicos. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y Riquelme, J. A. (Eds.). *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 47-61). Madrid, España: Pirámide.
- Orgilés, M., Méndez, F. X. y Espada, J. P. (2005). Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. *Psicothema, 1*, 9-14
- Orgilés, M. (2014). *Tratando...fobia a la oscuridad en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Piramide.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia, España: Alfaplus.
- Santacruz, I., Méndez, F. X. y Sánchez-Meca, J. (2006). Play Therapy Applied by Parents for Children with Darkneee Phobia: Comparison of Two Programmes. *Child & Family Behavior Therapy, 1*, 19-35. doi.org/10.1300/J019v28n01\_02
- Sheslow, D. V., Bondy, A. S. y Nelson, R. O. (1982). A compararison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children 'sof the dark. *Chil and Family Behavior Therapy, 4*, 33-45.
- Sosa, C. D. y Capafons, J. I. (2011). Fobia específica. En V. E. Caballo, I. c. Salazar y J. A. Carrobles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 151171). Madrid, España: Pirámide.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial traetments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*, 3-23.