

Tratamiento de una fobia infantil mediante «escenificaciones emotivas»

FRANCISCO XAVIER MENDEZ CARRILLO*
DIEGO MACIA ANTON

SUMARIO

Métodos terapéuticos de indudable eficacia para la eliminación de fobias infantiles, como el modelado o la desensibilización sistemática, pueden plantear problemas prácticos a la hora de aplicarlos a niños de corta edad.

Se presenta un tratamiento multimodal, que hemos denominado «escenificaciones emotivas», empleado con un niño de cuatro años de edad que presentaba miedo a los fogones encendidos de la cocina.

La intervención terapéutica tuvo éxito en tan sólo una semana. Los resultados se mantienen tres años después de la terapia.

1. INTRODUCCION

A partir de 1958, cuando Wolpe enunció su difundido principio de *inhibición recíproca*, se ha intensificado la identificación de respuestas antagónicas a la ansiedad, utilizables en el contracondicionamiento de las reacciones fóbicas.

* Dirección de los autores: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, sección de Psicología. Universidad de Murcia. 30071 Murcia.

La relajación muscular ha sido, sin duda alguna, la más usada, sirviendo de base a la técnica estándar de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1969).

A pesar de que existen referencias en la literatura sobre fobias infantiles (Graziano y otros, 1979) y terrores nocturnos (Fuertes y Arias, 1983), la práctica clínica muestra que, en numerosas ocasiones, el entrenamiento en relajación resulta un método inviable con niños de corta edad.

Por esta razón, se ha propuesto una serie de recursos más sencillos y económicos, algunos de ellos muy antiguos, tales como la comida (Jones, 1924), la presencia de adultos positiva y estrechamente relacionados con el niño (Jersild y Holmes, 1935; Freeman, Roy y Hemmick, 1976), las «imágenes emotivas» (Lazarus y Abramovitz, 1962), el juego (Montane y Gotzens, 1982), ciertos fármacos —amobarbital, fenaglicodol...— (Lazarus, 1959), etc.

Desde otro ángulo, Bandura, Grusec y Menlove (1967), Bandura y Menlove (1968) han defendido el valor terapéutico del modelado en los miedos irracionales de los pequeños. Cautela (1976) ha hecho lo propio con el modelado encubierto.

También se ha empleado métodos operantes como coadyuvantes en la eliminación de fobias infantiles (Patterson, 1965; Lazarus, Davison y Polefka, 1965).

A continuación se describe el procedimiento terapéutico seguido en el tratamiento de un niño que presentaba un miedo patológico específico. El caso supone un abordamiento multimodal del problema, tras los fracasos cosechados con la aplicación sucesiva y de forma aislada de algunas de las técnicas reductoras de ansiedad más usuales. Nuestra intención es destacar cómo el psicólogo debe recurrir multitud de veces en la clínica, especialmente en la infantil, a su creatividad y diseñar estrategias de intervención flexibles y adaptadas a cada individuo en particular.

2. METODO

2.1. Sujeto

Mariano R. P. tenía cuatro años de edad cuando fue sometido a tratamiento, porque experimentaba un intenso miedo a los fogones encendidos de la cocina.

Según la madre, el origen del problema se remontaba un par de meses atrás, cuando su hijo presenció cierto episodio en la cocina de la casa de su abuela materna. Concretamente, al preparar la comida del mediodía, se prendió el aceite que se calentaba en la sartén, elevándose al instante una gran llamarada; una tía del niño retrocedió asustada, dejando escapar un grito.

A raíz de este incidente, Mariano empezó a manifestar su temor, que se intensificó rápidamente. Las leves quejas iniciales se convirtieron en enérgicas protestas en el transcurso de una semana. Pocos días después, el niño protagonizaba ya auténticos ataques de pánico, prefiriendo quedarse sin comer a tener que soportar la visión de la cocina de gas en funcionamiento.

La reacción de los padres fue variando paulatinamente. Al principio, creyendo que se trataba de algo pasajero, no otorgaron más importancia al hecho y procuraron ignorar el llanto del niño. En vista de que este sistema no daba resultado, intentaron razonarle y convencerle de lo absurdo de su miedo. Incluso, el padre jugaba con su hijo a los pistoleros, valiéndose como arma de un mechero y animándole a que fuese él quien disparase. A medida que se agotaba la paciencia de los progenitores se hicieron más frecuentes las ridiculizaciones, las riñas y las amenazas de castigo.

Cuando decidieron recurrir a un psicólogo amigo de la familia, la madre había puesto a prueba toda su imaginación culinaria: hacía la comida por la mañana temprano aprovechando que el niño estaba en la guardería y la conservaba en termos, guisaba en el *grill* eléctrico, recurría a los bocadillos, etc. Otras veces, era el padre quien practicaba todo tipo de estrategias distractoras; se lo bajaba al jardín mientras se cocinaba la comida, lo entretenía con la televisión...

Evidentemente los padres reconocían que el miedo persistente e infundado de su hijo cumplía los requisitos establecidos por el DSM-III (1980) para conceptualizarlo como una fobia simple, esto es:

- a) el niño evitaba siempre la situación temida, llegando al extremo de no querer ir a casa de su abuela;
- b) el miedo era una fuente significativa de malestar para el niño, hasta el punto de que manifestaba ansiedad anticipatoria al aproximarse la hora de las comidas;
- c) la conducta fóbica del niño interfería el normal funcionamiento familiar, resultando especialmente crítico el momento de calentar la leche por la noche para su único hermano pequeño, los numerosos días que el padre se retrasaba en su regreso del trabajo.

El historial familiar y clínico es totalmente normal. M. R. P. es un niño sano, con un desarrollo propio de su edad cronológica. La familia es de un nivel sociocultural medio-alto. Quizás, lo único destacable sea un comentario del padre en el sentido de que la familia de su mujer es bastante miedosa.

2.2. Procedimiento

Se utilizó un diseño intrasujeto de intervenciones múltiples sobre una conducta: A-B-C-D. Tras la evaluación inicial se dio comienzo al tratamiento, que se prolongó durante un mes.

La duración de las sesiones oscilaba entre 15 y 25 minutos. Semanalmente el terapeuta se desplazaba tres veces a casa del niño para llevar a cabo la terapia.

Se realizó un seguimiento a los 3, 6, 12 y 36 meses.

2.2.1. Evaluación

Los métodos utilizados en la evaluación conductual fueron: 1) entrevistas con los padres y el niño, 2) observación por parte de los padres y el terapeuta, 3) prueba de evitación conductual.

Esta última consistía en una serie de pasos que implicaban aproximaciones progresivas a la situación temida. Sirvieron posteriormente para la terapia. Por ejemplo, algunos ítems eran: permanecer en el pasillo anterior a la cocina, asomar la cabeza por la puerta de la cocina, encender una cerilla en la cocina, abrir la llave de paso de la bombona de butano, encender al mínimo el fogón pequeño, encender al máximo el horno de la cocina durante cinco segundos, etc.

El niño recibía las siguientes puntuaciones en el test de evitación conductual:

- 2 puntos: cuando cumplía la acción que se le ordenaba sin necesidad de que el terapeuta hiciera una demostración previa;
- 1 punto: cuando ejecutaba la respuesta de aproximación después de observar al terapeuta;
- 0 puntos: cuando no hacía el ejercicio propuesto de ninguna de las maneras, ni él solo, ni con ayuda del modelo.

Como había veintidós ítems, la puntuación máxima posible era cuarenta y cuatro.

2.2.2. *Tratamiento*

En la primera semana se descartó la posibilidad del modelado participante, porque el niño se negaba en redondo a observar cualquier acción inhibitoria de su conducta de evitación. Algo parecido ocurrió con la desensibilización sistemática, que fue prontamente abandonada, ya que Mariano colaboraba escasamente en los ejercicios de relajación.

Se pensó entonces en las «imágenes emotivas». Para ello, se investigó cuál era el héroe favorito del niño. La serie de dibujos animados «Los tres mosqueteros», en antena por aquellas fechas, suministró el material para la trama.

El terapeuta sentaba al niño a su lado en el sofá del salón y le contaba una aventura, donde intercalaba sucesivamente los ítems de la jerarquía ascendente. Si en algún momento de la narración Mariano tenía miedo, levantaba ligeramente su mano y automáticamente «se silenciaba» el estímulo fóbico, reanudándose el relato agradable.

Un ejemplo ilustrativo de imágenes positivas inducidas fue: «Muy bien, Mariano. Tú y tus amigos habéis conseguido entrar en el palacio del Cardenal sin que os vean los guardias. Entráis todos juntos en la cocina sin hacer ruido. De pronto, un cocinero se vuelve y os ve, pero antes de que le dé tiempo a gritar, tú das un gran salto y le pones la mano en la boca. Amis, Ponthos y Dogos le atan las manos y le colocan un trapo entre los dientes para que no chille. D'Artacán te felicita por lo rápido y valiente que has sido y te da el veneno para que lo echas en la comida de Richelieu, que se está calentando en un puchero encima de un pequeño fogón de la cocina».

Al final de la segunda semana se hizo una prueba en vivo con ítems ya desensibilizados. El desalentador resultado fue que Mariano afirmaba que él era muy valiente únicamente en el cuento, pero seguía teniendo miedo en la vida real.

En este punto se decidió representar el argumento de las imágenes convirtiéndolas en «escenas emotivas». El procedimiento seguía estos pasos:

- a) el terapeuta y el niño vivían una escena, representándola como si fuera un juego;
- b) cuando el niño estaba más entusiasmado participando en la historietta, el terapeuta le ordenaba la acción que correspondiese en la escala fóbica;

- c) si el niño cumplía lo que se le mandaba y era capaz de aguantar, recibía automáticamente una chocolatina y una ficha;
- d) si, en cambio, el niño sentía miedo, pronunciaba una palabra clave y el terapeuta retiraba inmediatamente el estímulo fóbico;
- e) en este último caso, al intentar realizar por segunda vez la acción fóbica, era el terapeuta quien la ejecutaba en presencia del niño;
- f) el resto era idéntico al proceso de las «imágenes emotivas», esto es, no se pasaba al siguiente ítem hasta que no estuviera bien asegurado el anterior, y en caso de no avanzar con un ítem se retrocedía en la escala;
- g) las fichas se canjeaban al final de la sesión por pequeños regalos (un cuento, un antifaz, una pelota...). Al principio una ficha equivalía a un obsequio, después era preciso reunir dos y cuatro fichas para conseguirlos.

El siguiente ejemplo, uno de los últimos, ilustra el procedimiento que acabamos de exponer: «Los tres «mosqueperros» están celebrando alegremente en la taberna la recuperación de las joyas de la reina, cuando d'Artacán (el terapeuta) comenta que tiene un hambre canina y pide a su valiente Amis (el niño) que gire el mando del fogón pequeño, encendido al mínimo, hasta ponerlo en la posición de máximo. Amis, obedece, pero al ver que el fuego se aviva, exclama: «¡d'Artacán!», quien inmediatamente se levanta y baja al mínimo otra vez el fuego. Siguen festejando su victoria y esta vez es el propio d'Artacán el que pone el fogón al máximo, al mismo tiempo que avisa que no pasa nada. Ahora Amis no llama en su auxilio a d'Artacán, siendo felicitado por su valor; inmediatamente, recibe una chocolatina que se come al instante y una ficha que se guarda en su bolsillo».

El número de escenas ensayadas en cada sesión era muy variable. Al principio se avanzó muy rápidamente hasta llegar al momento crucial de tener que encender un fogón. Como era muy difícil encontrar ítems intermedios, prácticamente este paso costó una sesión él solo. Después se recuperó el veloz ritmo inicial.

3. RESULTADOS

A la cuarta sesión de las «escenificaciones emotivas», el niño aseguraba no tener miedo delante de la cocina con todos los fuegos encendidos al máximo. A pesar de ello, se prosiguió la terapia durante dos sesiones más. La

cuarta semana se dio por finalizado el tratamiento con el guiso y posterior cena en la cocina de los padres, niño y terapeuta (figura 1).

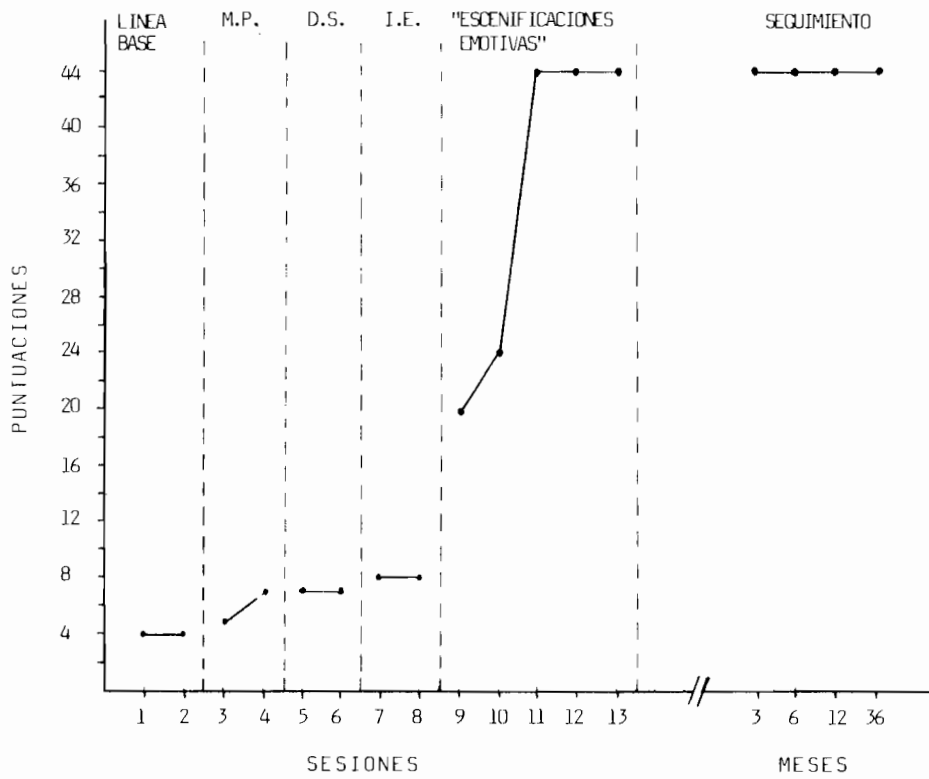


Figura 1

Puntuaciones obtenidas en la prueba de evitación conductual durante la línea base, modelado participante (M.P.), desensibilización sistemática (D.S.), «imágenes emotivas» (I.E.), «escenificaciones emotivas» y seguimiento.

En la entrevista de seguimiento a los tres meses, los padres manifestaron que no existía rastro de la fobia. Muy serio, el padre comunicó que tenía un pirómano en casa, porque ahora el niño, que se acordaba del interés paterno por jugar a los vaqueros, lo perseguía por todos los rincones «disparándole» con el mechero.

Estos resultados se mantienen a los 6 y 12 meses; también actualmente, tres años después del tratamiento.

4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el presente caso, seguramente Wolpe hablaría de desensibilización *in vivo* y Lazarus de «imágenes emotivas» en vivo. Desde la perspectiva de la inhibición recíproca, hay una serie de respuestas que compiten con la ansiedad: la presencia del terapeuta amigo, las emociones positivas suscitadas por la interpretación del papel y su relación con el héroe, la comida, el hecho de que la terapia se llevara a efecto en la propia casa.

Bandura preferiría referirse al modelado gradual, con participación del niño y guiado por el terapeuta mediante refuerzo.

Creemos que nuestro trabajo pone de manifiesto las muchas similitudes existentes entre algunas variantes en vivo de la desensibilización y el modelado. En ambos casos, se persigue, mediante aproximaciones graduales, que el sujeto no evite la situación temida y no experimente ansiedad ante acontecimientos que no suponen ninguna amenaza real para él.

La diferencia clave estriba en que el terapeuta interactúe o no con el estímulo fóbico y el niño constata la ausencia de consecuencias negativas. En nuestras «escenificaciones emotivas», había escenas que el niño superaba sin el modelado del terapeuta; por contra, en otras el terapeuta hacía una demostración.

Nuestro objetivo no ha sido de índole teórica; para eso haría falta replicar esta variante de «escenificaciones emotivas» en otros muchos casos y analizar qué principios, de forma aislada o combinada, son realmente los responsables de su eficacia terapéutica.

Más bien, ideamos las «escenificaciones emotivas» para solucionar una fobia infantil concreta, aparentemente abocada a un callejón sin salida: en el modelado inicial el niño salía corriendo de la cocina y si se insistía, la rabieta era inevitable; la relajación era muy ardua porque el niño se movía constantemente y no atendía; las «imágenes emotivas» no lograron despertar la reactividad emocional. Además la motivación del niño para iniciar la terapia era muy baja.

En definitiva, nuestra intención ha sido mostrar cómo en el trabajo con niños pequeños, la creatividad y el ingenio del psicólogo clínico infantil es a veces un factor sumamente importante.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (III). APA, Washington.
- 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.
- CAUTELA, J. R. (1976): Covert modeling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 2-16.
- FREEMAN, B. J.; ROY, R. R. y HEMMICK, S. (1976): Extinction of a phobia of physical examination in a seven-year-old retarded boy. *Behavior Research and Therapy*, 14, 63-64.
- FUERTES, J. y ARIAS, B. (1983): Tratamiento de los terrores nocturnos en tres niños por medio del entrenamiento a los padres en un método breve de relajación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 19-27.
- GRAZIANO, A. M. y OTROS (1979): Behavioral treatment of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 4, 804-830.
- JERSILD, A. T. y HOLMES, F. B. (1935): Methods of overcoming children's fears. *Journal of Psychology*, 1, 75-104.
- JONES, M. C. (1924): The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.
- LAZARUS, A. A. (1959): The elimination of children's phobias by deconditioning. *Medical Proceedings*, 5, 261-265.
- 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.
- LAZARUS, A. A.; DAVISON, G. C. y POLEFKA, D. A. (1965): Classical and operant factors in the treatment of a school phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 225-229.
- MONTANE, J. y GOTZENS, C. (1982): Orientación y consejo psicológicos en el dominio afectivo familiar escolar. En C. Genovard Roselló (Ed.) *Consejo y orientación psicológica*, vol. 1, Madrid, UNED.
- 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*, Nueva York, Holt.
- WOLPE, J. (1969): *The practice of behavior therapy*. Nueva York, Pergamon.