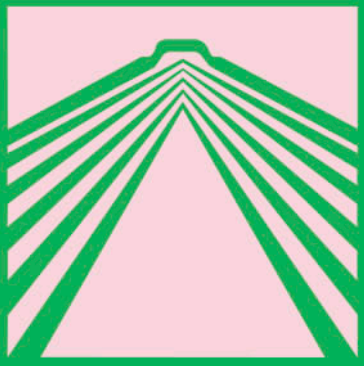
TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio de casos clínicos

Francisco Xavier Méndez Carrillo
José Pedro Espada Sánchez
Mireia Orgilés Amorós
(Coordinadores)



PSICOLOGÍA PIRÁMIDE

TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio de casos clínicos

Coordinadores

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ CARRILLO

CATEDRÁTICO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ **MIREIA ORGILÉS AMORÓS**

PROFESORES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio de casos clínicos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Francisco Xavier Méndez Carrillo, José Pedro Espada Sánchez y Mireia Orgilés Amorós (coords.), 2018
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2018
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN: 978-84-368-3974-6

Relación de autores

Sergi Ballespí Sola
Universitat Autònoma de Barcelona

Rafael Ballester Arnal
Universitat Jaume I

Rosa María Baños Rivera
Universitat de València

Carmen Borrás Sansaloni
Universitat de les Illes Balears

Cristina Botella Arbona
Universitat Jaume I

Carmen Bragado Álvarez
Universidad Complutense de Madrid

Ana Calero Elvira
Universidad Autónoma de Madrid

Pilar Cobos Álvarez
Universidad de Málaga

Edelmira Domènech Llaberia
Universitat Autònoma de Barcelona

Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández. Elche

Sonia Fabregat Prats
Universitat Jaume I

María Xesús Froján Parga
Universidad Autónoma de Madrid

Luis Joaquín García-López
Universidad de Jaén

Aurora Gavino Lázaro
Universidad de Málaga

Cristina Guerricaechevarría
Universidad del País Vasco

Laura Hernangómez Criado
Universidad Complutense de Madrid

M.ª Claustre Jané Ballabriga
Universitat Autònoma de Barcelona

José Heliodoro Marco Salvador
Centro Clínico PREVI

M.ª Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca
Universidad de Granada

Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia

Elena Miró Morales
Universidad de Granada

© Ediciones Pirámide

Montserrat Montaño Fidalgo
Universidad Autónoma de Madrid

Inmaculada Moreno García
Universidad de Sevilla

José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia

Mireia Orgilés Amorós
Universidad Miguel Hernández. Elche

Juan Manuel Ortigosa Quiles
Universidad de Murcia

Carmen Pastor Gimeno
Centro de Terapia de Conducta. Valencia

Francisco Javier Pérez Pareja
Universitat de les Illes Balears

Conxa Perpiñá Tordera
Universitat de València

José Antonio Piqueras Rodríguez
Universidad de Murcia

Joaquim Puntí i Vidal
Universitat Autònoma de Barcelona

Rosa María Raich i Escursell
Universitat Autònoma de Barcelona

Pablo Romero Sanchiz
Universidad de Málaga

Ana Isabel Rosa Alcázar
Universidad de Murcia

David Sánchez Carracedo
Universitat Autònoma de Barcelona

Raquel Sánchez García
Universidad de Murcia

Ana Isabel Sánchez Gómez
Universidad de Granada

José Luis Santos Ruiz
Complejo Asistencial Benito Menni
(Ciempozuelos, Madrid)

Juan Sevillá Gascó
Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Beatriz Terrassa Blázquez
Universitat de les Illes Balears

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 19

1. Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres *(Francisco Xavier Méndez, Mireia Orgilés y José Pedro Espada)* 23

1. La fobia a la oscuridad en la infancia 23
   1.1. ¿Miedo o fobia a la oscuridad? 23
   1.2. Evaluación de la fobia a la oscuridad 25
   1.3. Tratamiento de la fobia a la oscuridad 26
   1.4. Terapia de juego 27
2. La fobia a la oscuridad de Andrés 28
   2.1. Primera semana: entrevista de recepción e inicio de la evaluación 28
   2.2. Segunda semana: conclusión de la evaluación inicial y entrevista de devolución 30
   2.3. Tercera semana: biblioterapia conductual 32
   2.4. Cuarta semana: capítulos 1-3 del cuento y juegos 1-2 para la oscuridad 32
   2.5. Quinta semana: capítulos 4-6 del cuento y juegos 3-5 para la oscuridad 33
   2.6. Sexta semana: capítulos 7-9 del cuento y juegos 6-8 para la oscuridad 35
   2.7. Séptima semana: capítulos 10-12 del cuento y juegos 9-10 para la oscuridad 35
   2.8. Octava semana: valoración del tratamiento y alta terapéutica 36
   2.9. Seguimientos y conclusión 37

Actividades prácticas 38
Referencias bibliográficas 38
Apéndices 40
   Escala de miedo a la oscuridad 40
   Prueba de actuación en la oscuridad 42
   Prueba de aproximación conductual 44
   Registro a la hora de dormir 45
   Inventario de miedo a la oscuridad 46

2. Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual *(Cristina Botella, Rosa María Baños y Sonia Fabregat)* 49

1. Descripción general del problema 49

© Ediciones Pirámide

2. Descripción de los casos clínicos 51
2.1. Datos de identificación de los pacientes 51
2.2. El problema de Victoria 51
2.3. El problema de Alberto 52
2.4. La evaluación 52
2.5. Tratamiento 54
2.6. Resultados 57
Actividades prácticas 63
Referencias bibliográficas 65

3. Tratamiento de un niño con mutismo selectivo *(José Olivares, Ana Isabel Rosa, José Antonio Piqueras y Raquel Sánchez)* 67

1. Descripción general del trastorno 67
1.1. Delimitación del trastorno 67
1.2. Datos epidemiológicos 68
1.3. Modelos explicativos 69
1.4. Los tratamientos 69
2. Descripción del caso 70
2.1. Identificación del caso 70
2.2. Motivo de la consulta 70
2.3. Historia del problema 70
2.4. Repercusiones negativas 70
2.5. Evaluación 71
2.5.1. Selección de instrumentos de evaluación 71
2.5.2. Análisis topográfico 72
2.5.3. Análisis funcional 72
2.5.4. Formulación de objetivos 73
2.6. Tratamiento 73
2.7. Resultados y seguimiento 78
2.8. Conclusiones 79
Actividades prácticas 80
Referencias bibliográficas 81

4. Tratamiento de un adolescente con fobia social *(Carmen Pastor y Juan Sevillá)* 85

1. Descripción general del trastorno 85
2. Presentación de un caso clínico de fobia social en un adolescente 86
2.1. Identificación del sujeto 86
2.2. Motivo de consulta 87
2.3. Historia del problema 87
2.4. Análisis topográfico 88
2.5. Análisis funcional 89
2.5.1. Variable estimular 89
2.5.2. Respuesta 89
2.5.3. Consecuencia 90
2.6. Hipótesis explicativa 91
2.7. Repercusiones negativas 92
2.8. Selección de los instrumentos de evaluación 92
2.8.1. La entrevista 92

© Ediciones Pirámide

2.8.2. Observación 92
2.8.3. Autoobservación y autorregistro 93
2.8.4. Cuestionarios 93
2.9. Técnicas de tratamiento 93
2.9.1. Terapia cognitiva 93
2.9.2. Experimentos conductuales y exposición 99
2.9.3. Entrenamiento en habilidades asertivas 101
2.10. Resultados 101
Actividades prácticas 103
Referencias bibliográficas 104

5. Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada *(José Olivares, Ana Isabel Rosa, Luis Joaquín García-López)* 105

1. Descripción general del trastorno 105
2. Presentación del caso clínico 107
2.1. Identificación del paciente 107
2.2. Motivo de la consulta 107
2.3. Historia del problema 108
2.4. Evaluación del caso 108
2.4.1. Valoración de la intensidad, grado de severidad o exceso de las preocupaciones 108
2.4.2. Valoración de la dificultad para detener o controlar las preocupaciones 109
2.4.3. Valoración de la interferencia 111
2.4.3. Valoración de las expectativas de cambio 112
2.5. Análisis topográfico 112
2.6. Análisis funcional 112
2.7. Repercusiones negativas 113
2.8. Aplicación del tratamiento 113
2.9. Resultados y discusión 118
Actividades prácticas 122
Referencias bibliográficas 124
Apéndices 127
Escala de expectativas de cambio 127
Guía rápida para identificar pensamientos irracionales negativos 128
Registro de actividades de ocio y tiempo libre 129
Registro de la exposición a fuentes generadoras de preocupación desadaptativa 130

6. Tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente *(Juan Sevillá y Carmen Pastor)* 131

1. ¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo? 131
2. Terapia de conducta y trastorno obsesivo-compulsivo 133
3. El trastorno obsesivo-compulsivo en niños 134
4. Presentación del caso 135
4.1. Identificación del cliente 135
4.2. Motivo de consulta 135
4.3. Historia del problema 136

© Ediciones Pirámide

4.4. Análisis topográfico del problema 136
4.5. Análisis funcional del problema 136
4.6. Hipótesis explicativa 137
4.7. Repercusiones negativas 138
4.8. Métodos de evaluación 139
4.9. Tratamiento 141
4.10. Resultados y seguimiento 147
Actividades prácticas 151
Referencias bibliográficas 151

7. Tratamiento psicológico de un caso de estrés postraumático en una adolescente víctima de una guerra y agresión sexual mediante práctica psicológica basada en pruebas *(Joaquim Puntí, David Sánchez y Rosa María Raich)* 153

1. Descripción general del trastorno de estrés postraumático 153
2. Presentación del caso clínico 156
2.1. La tragedia de una guerra 156
2.2. Antecedentes biográficos 157
2.3. Motivo de consulta 157
2.4. Instrumentos de evaluación utilizados 158
2.5. Diagnóstico clínico y análisis funcional 159
2.6. Descripción del proceso de intervención 160
2.7. Objetivos terapéuticos 162
2.8. Tratamiento y técnicas de intervención 162
2.9. Resultados y evolución 165
2.10. Cuestiones clínicas de interés 167
Actividades prácticas 169
Referencias bibliográficas 170

8. Tratamiento psicológico de un caso de celos infantiles *(Ana Isabel Rosa, José Olivares y Raquel Sánchez)* 173

1. Descripción general del problema 173
1.1. Caracterización clínica 173
1.2. Etiología 174
1.3. Epidemiología 175
1.4. Evaluación 175
1.5. Tratamientos 178
2. Presentación del caso clínico 178
2.1. Identificación del paciente 178
2.2. Motivo de la consulta 179
2.3. Historia del problema 179
2.4. Análisis topográfico 180
2.5. Análisis funcional 180
2.6. Repercusiones negativas 182
2.7. Selección de instrumentos de evaluación 182
2.8. Técnicas de tratamiento 183
2.9. Resultados de la intervención y seguimiento 186
Actividades prácticas 187

© Ediciones Pirámide

Referencias bibliográficas 187
Apéndices 189
Escala de valoración de la conducta en niños 189
Cuestionario para valorar los conocimientos de los padres respecto de los principios que rigen el comportamiento de sus hijos 192

9. Tratamiento psicológico de un caso infantil de depresión mayor *(Francisco Xavier Méndez, Jose Pedro Espada y Mireia Orgilés)* 195

1. La depresión en la infancia y adolescencia 195
   1.1. Caracterización clínica 195
   1.2. Etiología 196
   1.3. Epidemiología 196
   1.4. Evaluación y tratamientos recomendados 197
2. Presentación del caso clínico 198
   2.1. Identificación del paciente 198
   2.2. Motivo de consulta 198
   2.3. Evaluación 198
      2.3.1. Entrevistas 198
      2.3.2. Autoinformes 200
      2.3.3. Observación y autoobservación 200
   2.4. Tratamiento 202
      2.4.1. Objetivos del tratamiento 202
      2.4.2. Aplicación de las técnicas de intervención 203
      2.4.3. Resultados y discusión 210

Actividades prácticas 213
Referencias bibliográficas 213

10. Tratamiento psicológico en un caso de pesadillas *(Ana Isabel Sánchez, M.ª Pilar Martínez y Elena Miró)* 215

1. Descripción general del trastorno 215
   1.1. Caracterización clínica 215
   1.2. Etiología 216
   1.3. Epidemiología 216
   1.4. Evaluación 216
   1.5. Tratamiento 217
2. Presentación del caso clínico 218
   2.1. Identificación del paciente 218
   2.2. Motivo de consulta 218
   2.3. Historia del problema 219
   2.4. Áreas de vida: familiar, escolar, social y ocio 220
   2.5. Análisis funcional 220
   2.6. Repercusiones negativas 221
   2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 222
      2.7.1. Entrevista 222
      2.7.2. Autorregistros 222
      2.7.3. Cuestionarios de autoinforme 223
   2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 224
      2.8.1. Fase educativa 225

© Ediciones Pirámide

2.8.2. Fase de intervención 226
2.8.3. Prevención de recaídas 230
2.9. Resultados 230
Actividades prácticas 233
Referencias bibliográficas 235

11. Tratamiento psicológico de un problema de alimentación en la infancia *(Pilar Cobos, Aurora Gavino y Pablo Romero)* 239

1. Los problemas de alimentación en la infancia 239
1.1. Epidemiología 239
1.2. Evaluación 240
1.3. Tratamientos recomendados 241
2. El niño que se niega a masticar 241
2.1. Motivo de la consulta 241
2.2. Historia del problema 242
2.3. Análisis topográfico y funcional 242
2.4. Repercusiones negativas 243
2.5. Selección de los instrumentos de evaluación 244
2.6. Aplicación de las técnicas de tratamiento 244
2.7. Resultados 248
Actividades prácticas 249
Referencias bibliográficas 249
Apéndices 250

12. Los transtornos alimentarios y las nuevas tecnologías: la utilidad de abordar la imagen corporal utilizando técnicas de realidad virtual *(José Heliodoro Marco, Cristina Botella y Conxa Perpiñá)* 257

1. Descripción del problema. La anorexia nerviosa 257
2. Presentación del caso clínico 261
2.1. Identificación de la paciente 261
2.2. Motivo de la consulta 262
2.3. Historia del problema 262
2.4. Análisis topográfico 262
2.5. Análisis funcional 263
2.6. Repercusiones negativas 264
2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 264
2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 266
2.9. Resultados 273
2.10. A modo de conclusión 277
Actividades prácticas 278
Referencias bibliográficas 281

13. Tratamiento psicológico de un caso de enuresis primaria *(Juan Manuel Ortigosa)* 285

1. Introducción 285
2. Caso clínico 290
2.1. Paciente 290
2.2. Antecedentes del problema 291

© Ediciones Pirámide

2.3. Evaluación 291
2.4. Análisis funcional 292
2.5. Aplicación del plan de tratamiento 293
2.6. Resultados 294
2.7. Conclusiones 295
Actividades prácticas 295
Referencias bibliográficas 296

14. Tratamiento psicológico de un caso de encopresis *(Carmen Bragado)* .. 299

1. Descripción general del trastorno 299
2. Presentación del caso 304
2.1. Identificación del paciente 304
2.2. Motivo de consulta 304
2.3. Historia del problema 304
2.4. Evaluación 305
2.5. Análisis funcional 308
2.6. Tratamiento 308
2.7. Curso del tratamiento 310
2.8. Resultados 316
2.9. Valoración final 317
Actividades prácticas 319
Referencias bibliográficas 320

15. Tratamiento psicológico de un caso de déficit de atención e hiperactividad *(Inmaculada Moreno)* 323

1. Descripción general del trastorno 323
2. Presentación del caso clínico. 327
2.1. Identificación del paciente 327
2.2. Motivo de consulta 327
2.3. Historia del problema 328
2.4. Análisis topográfico y funcional 328
2.5. Repercusiones negativas 328
2.6. Selección de los instrumentos de evaluación 329
2.7. Aplicación de las técnicas de tratamiento 330
2.9. Resultados 336
Actividades prácticas 339
Referencias bibliográficas 340

16. Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia *(María Xesús Froján, Ana Calero y Montserrat Montaño)* 343

1. Descripción general del problema 343
2. Caso clínico 345
2.1. Evaluación 345
2.2. Análisis funcional 350
2.3. Tratamiento 351
Actividades prácticas 363
Referencias bibliográficas 363

© Ediciones Pirámide

17. Tratamiento psicológico de un caso de agresividad en el hogar *(Laura Hernangómez y José Luis Santos)* 365

1. Introducción 365
2. Intervención sobre un caso de agresividad en el hogar 369
   - 2.1. Identificación del paciente 369
   - 2.2. Evaluación inicial 369
     - 2.2.1. Entrevista con padres 370
     - 2.2.2. Entrevista con el chico 372
     - 2.2.3. Análisis funcional. Entrevista de devolución 373
   - 2. 3. Tratamiento 374
     - 2.3.1. Objetivos terapéuticos 374
     - 2.3.2. Procedimiento 375
     - 2.3.3. Estrategias terapéuticas empleadas 375
       - 2.3.3.1. Estrategias terapéuticas con los padres 375
       - 2.3.3.2. Estrategias terapéuticas individuales 379
     - 2.3.4. Adaptación de las estrategias terapéuticas para otras edades .. 381
   - 2.4. Evolución, resultados y discusión 382

Actividades prácticas 384
Referencias bibliográficas 385

18. Tratamiento psicológico de un caso de adicción al cibersexo *(Rafael Ballester)* 387

1. Descripción general del trastorno 387
   - 1.1. Caracterización clínica 387
   - 1.2. Etiología 388
   - 1.3. Epidemiología 390
2. Presentación del caso clínico 391
   - 2.1. Identificación del paciente 391
   - 2.2. Motivo de consulta 391
   - 2.3. Historia del problema 392
   - 2.4. Análisis topográfico 393
   - 2.5. Análisis funcional 394
   - 2.6. Repercusiones negativas 394
   - 2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 396
   - 2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 398
   - 2.9. Resultados 409

Actividades prácticas 411
Referencias bibliográficas 411
Anexo I. Test de adicción a Internet 413
Anexo II. Test de *screening* de sexo en Internet 414

19. Tratamiento psicológico de un adolescente con problemas de ansiedad y consumo de cannabis *(Beatriz Terrassa y Francisco Javier Pérez Pareja)* 415

1. Introducción 415
2. Caso clínico 416
   - 2.1. Identificación del paciente 416
   - 2.2. Motivo de consulta 416

© Ediciones Pirámide

2.3. Historia del problema 417
2.4. Evaluación 418
2.4.1. Instrumentos de evaluación 418
2.4.2. Análisis topográfico 418
2.4.3. Análisis funcional 419
2.5. Intervención 423
2.5.1. Objetivos generales 423
2.5.2. Desarrollo del procedimiento de intervención 423
2.6. Resultados 428
2.7. Conclusiones 430
Actividades prácticas 431
Referencias bibliográficas 433

20. Intervención psicológica en un caso de alienación parental *(Francisco Javier Pérez Pareja y Carmen Borrás)* 435

1. Descripción general del problema 435
1.1. Caracterización clínica 436
1.2. Etiología 441
1.3. Epidemiología 442
1.4. Evaluación 442
1.5. Tratamiento 444
2. Presentación del caso 445
2.1. Identificación del paciente 445
2.2. Motivo de consulta 446
2.3. Historia del problema 446
2.4. Evaluación 447
2.4.1. Técnicas, instrumentos y procedimientos 447
2.4.2. Resultados más destacables de la evaluación 448
2.5. Análisis funcional 450
2.6. Repercusiones negativas 450
2.7. Intervención 451
2.8. Resultados 461
Actividades prácticas 462
Referencias bibliográficas 463

21. Tratamiento psicológico de una niña agresora sexual *(Cristina Guerricaechevarría y Enrique Echeburúa)* 465

1. Introducción 465
2. Caso clínico 466
2.1. Características de la paciente 466
2.2. Motivo de consulta. Análisis del problema 467
2.3. Factores antecedentes 468
2.4. Factores precipitantes 468
2.5. Instrumentos de evaluación 469
2.6. Diagnóstico psicológico 470
2.7. Hipótesis explicativa 471
2.8. Tratamiento 472
2.8.1. Prevención de nuevos episodios de abuso 472
2.8.2. Motivación para el tratamiento 472

© Ediciones Pirámide

2.8.3. Objetivos terapéuticos 473
2.8.4. Técnicas de intervención 473
2.8.5. Intervención con la familia 475
2.8.6. Resultados 476
2.8.7. Conclusiones 477
Actividades prácticas 478
Referencias bibliográficas 480

22. Detección, diagnóstico e intervención en un caso de síndrome límite en la infancia *(M.ª Claustre Jané, Sergi Ballespí y Edelmira Domènech)* 483

1. McDD (Multiple Complex Developmental Disorder) 483
1.1. Concepto 483
1.2. Diagnóstico y evaluación 485
1.3. Tratamiento 487
2. Presentación del caso clínico 488
2.1. Identificación del paciente 488
2.2. Motivo de consulta 488
2.3. Historia del problema 488
2.4. Hipótesis diagnósticas y proceso de evaluación 489
2.5. Resultados de la exploración psicológica y diagnóstico 490
2.6. Análisis psicológico 492
2.7. Intervención 492
2.7.1. Intervención a través de los padres. 493
2.7.2. Intervención escolar 494
2.7.3. Intervención clínica 496
2.8. Resultados del proceso de intervención 499
Actividades prácticas 500
Referencias bibliográficas 501

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Parece que hoy vivimos en la contradicción de que, por una parte, ha descendido de modo significativo la natalidad en las últimas décadas y, por otra, que los problemas de los niños y de los adolescentes han crecido. Esto ha llevado a un incremento ininterrumpido del interés en los últimos años por la evaluación, psicopatología, etiología y tratamiento de los distintos trastornos psicopatológicos y de conducta en niños y adolescentes. Además, ante el menor número de niños y adolescentes, hay una mayor preocupación por ellos. Pero también es cierto que los problemas se han incrementado, tanto en ellos como en los adultos más jóvenes.

Los cambios sociales que vivimos desde hace décadas, y que algunos autores sitúan a partir de la Segunda Guerra Mundial para el mundo anglosajón, y que nosotros tendríamos que situar para España en torno a las décadas de los años sesenta y setenta del siglo XX, están en la base de ello. El discurrir histórico se ha acelerado en las últimas décadas, si lo vemos en la perspectiva de cómo era la vida de los siglos anteriores. Cambios en la estructura económica y en el sistema de producción, cambios en la estructura familiar y en la incorporación de la mujer al mundo laboral, incremento de la disponibilidad de bienes de consumo de todo tipo y, actualmente, la globalización de bienes y servicios, al menos para los países desarrollados, han repercutido en la vida de todas las personas, pero incidiendo especialmente en una parte de ellas que no están preparadas para dichos cambios. Así, son bien representativos los trastornos de la alimentación en una sociedad donde la abundancia, disponibilidad y acceso a la comida nunca ha sido tan fácil a lo largo de nuestro recorrido histórico como humanos; o los trastornos adaptativos; o los depresivos; o un amplio etcétera. También hay que reconocer que la mayor supervivencia lograda por la especie humana en las últimas décadas, desde la vida prenatal a la posnatal, y como es buen ejemplo el incremento de la esperanza de vida, el menor peso de la selección natural respecto a otros momentos históricos, y un buen sistema de protección social y sanitario, lo han permitido. Esto lleva también a una mayor atención a todo tipo de problemas que les surgen a los niños y adolescentes.

La perspectiva del desarrollo es muy importante para la evaluación y el tratamiento a estas edades. La maduración, los cambios, el aprendizaje..., son clave en este período de la vida. Por ello en ocasiones puede ser difícil diferenciar dónde está la conducta normal de la anormal, dónde la conducta problema o el trastorno clínico. El retraso en llegar a la adultez en una buena parte de nuestros actuales jóvenes, por la mayor duración de la adolescencia y adultez temprana, hace que crezca el interés por los jóvenes en general, y por los que tienen trastornos psicopatológicos en particular. Además, es en los niños y adolescentes donde surgen algunos de los trastornos clínicos por primera vez, y así se pueden mantener cronificados durante

© Ediciones Pirámide

años o persistir durante toda la vida. De ahí que la psicopatología del desarrollo está surgiendo como un elemento de comprensión importante de estos fenómenos. Distintos trastornos clínicos surgen en la infancia o en la adolescencia. En ésta se incrementan de modo importante; de ahí el que se le preste una atención especial. Si a ello añadimos los nuevos trastornos, o fenómenos que crean nueva psicopatología (ejemplo: adicciones, inmigración, separaciones matrimoniales, etc.), es claro que el campo del tratamiento es de gran relevancia y amplitud.

La psicología en general y la terapia de conducta en particular, con técnicas eficaces para distintos trastornos, llevan realizando importantes aportaciones a la mayoría de estos problemas, que son en muchos casos «problemas de conducta», desde hace varias décadas. Las guías clínicas o guías de tratamiento suelen incluir en la mayoría de los trastornos infantiles y adolescentes como tratamiento de elección a los psicológicos y, de éstos, especialmente a los cognitivo-conductuales. Los psicólogos enseñamos a solucionar problemas de forma eficaz a los niños, a los adolescentes y a los adultos. De ahí que la importancia del psicólogo clínico y del psicólogo infantil en los distintos problemas de los niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos años. Esto se ha visto, a su vez, favorecido por la escolarización obligatoria (existente en España desde hace sólo unas décadas), lo que permite la detección más fácil de aquellos niños que tienen problemas de conducta o psicopatológicos. También por la mayor educación y preocupación de los padres por sus hijos, especialmente al haber pocos niños respecto a las generaciones anteriores. Y el mismo sistema social, que se encarga de detectar en la medida de lo posible estos problemas y de ponerles remedio (ejemplo: distintas acciones preventivas en la escuela o en la comunidad para problemas de niños y adolescentes).

Sin dejar de lado la relevancia que tiene la genética, la crianza, o la estructura familiar, es claro que el ambiente donde vive el niño condiciona de modo importante su supervivencia, su socialización y su mejor o peor adaptación personal, familiar y social. Además, el ambiente, el manejo contingente del ambiente (el propio, el familiar y el social) está en la base de muchas técnicas conductuales y cognitivas que han demostrado que con dicho manejo se pueden eliminar ciertas conductas, mejorar otras o aprender algunas que no están en el repertorio del individuo.

Todo lo anterior lo vemos reflejado en los distintos manuales al uso en que hay una serie de trastornos clínicos o del comportamiento en niños y adolescentes que se consideran clásicos (ejemplo: depresión infantil, ansiedad, miedos y fobias, celos), pero hay otros que son más recientes u hoy se les presta la atención que merecen (ejemplo: déficit de atención con hiperactividad, enuresis), y hay unos cuantos más que son de ayer mismo (ejemplo: trastornos de la alimentación por exceso o por defecto, adicción al cibersexo, desobediencia, abuso de sustancias). Esto conlleva la necesidad, por una parte, de conocer bien los trastornos clásicos y, por otra, de estar atentos a los nuevos que van surgiendo y que hace pocos años algunos de ellos eran difíciles de imaginar, como todo lo que atañe a las adicciones a las nuevas tecnologías, las consecuencias de la sociedad de la abundancia, etc. Pensemos por ejemplo en las positivas consecuencias de la red de Internet para la ciencia, la medicina, la psicología, etc., al poder disponer de un mayor conocimiento sobre cualquier aspecto del conocimiento o de la vida por parte de millones de personas del mundo al mismo tiempo, en lo que se llama tiempo real. Pero también tenemos que reconocer los problemas que a unos pocos les produce (pero que con la globalización de Internet pueden ser cientos de miles o millones de personas en el mundo). Así, el abuso de la tecnología, o la utilización compulsiva o descontrolada de la misma, es una fuente de problemas para algunas personas, donde los niños y jóvenes son de los más vulnerables en ciertos momentos de su vida (ejemplo: cibersexo, adicción a Internet, etcétera).

El psicólogo clínico y el profesional de la salud mental que trate con niños y adolescentes tiene que estar atento a estos nuevos cambios. Este libro facilita esta tarea. A lo largo del mismo se exponen una serie bien seleccionada de casos, de los tras-

© Ediciones Pirámide

tornos considerados clásicos, y de otros casos que podemos considerar nuevos o recientes. Así se exponen los problemas que tienen más frecuentemente los niños y adolescentes de hoy, los de nuestro medio, los cercanos, los que se ven en la clínica. Esto tiene un gran valor porque le facilitará al lector conocer de primera mano el tratamiento de algunos problemas que llevan muchas décadas viéndose cotidianamente en la clínica así como de otros más novedosos. De ahí la utilidad de este libro. Sus autores son clínicos experimentados con una dilatada experiencia que hacen un abordaje realista, adecuado y eficaz en los distintos casos presentados. Todo esto facilita la comprensión cercana de lo que hacen y de cómo lo hacen.

Todo lo anterior ha sido posible por la cuidadosa labor de los coordinadores de este manual. Ellos han tenido el acierto de conseguir reunir en un solo volumen veintidós casos que le permitirán al clínico, como al estudiante que lea este libro, ponerse al día de lo que se hace en los problemas y trastornos más importantes que tienen los niños y los adolescentes de hoy. A ellos hay que felicitarlos por poner en nuestras manos un instrumento de trabajo tan útil como es este libro de casos con niños y adolescentes.

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Catedrático de Psicología Clínica
Universidad de Santiago de Compostela

© Ediciones Pirámide

1 Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ CARRILLO
MIREIA ORGILÉS AMORÓS
JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ

1. LA FOBIA A LA OSCURIDAD EN LA INFANCIA

Se expone la distinción entre miedo y fobia en la infancia, la prevalencia, las diferencias de género y edad, los mecanismos de adquisición, los instrumentos de evaluación y las técnicas de tratamiento de la fobia a la oscuridad de niños y adolescentes.

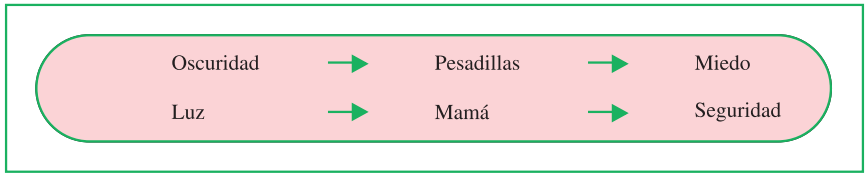
1.1. ¿Miedo o fobia a la oscuridad?

En las sociedades urbanas la oscuridad es un estímulo inocuo. Existe riesgo de accidente si la persona se desplaza a oscuras sin precaución, pero si permanece inmóvil o se mueve con cuidado, por ejemplo sube los peldaños despacio con la espalda pegada a la pared palpando con la mano hasta encontrar el interruptor de la luz de la escalera, la oscuridad por sí misma no constituye amenaza para el hombre actual. Sin embargo, nuestros antepasados se hallaban en inferioridad de condiciones por la noche ante el ataque de los depredadores con visión nocturna. La *preparación* biológica para adquirir miedo a estímulos que filogenéticamente han constituido un peligro para la supervivencia de la especie humana explica la fácil aparición de miedo a la oscuridad.

En principio la oscuridad es un estímulo neutro con respecto a la reacción de miedo. Afortunadamente, los bebés no temen la oscuridad. El miedo surge en torno a los dos años y se incrementa en los años siguientes debido a una amplia gama de experiencias. En su génesis y mantenimiento intervienen múltiples *procesos de aprendizaje*.

1. Condicionamiento clásico

La asociación de la oscuridad con estímulos incondicionados de respuestas de miedo origina reacciones emocionales condicionadas mediante condicionamiento aversivo. Una experiencia repetida es la asociación de la oscuridad con sueños espeluznantes. Los padres acuden rápidamente a la habitación del hijo, que se ha despertado en mitad de la noche llorando asustado, y encienden la luz para tranquilizarlo produciéndose un aprendizaje discriminativo.



© Ediciones Pirámide

2. Condicionamiento operante

Las «batallas» a la hora de dormir son corrientes en la infancia. Los padres ordenan al hijo que se acueste de acuerdo con el horario establecido. Si un niño de cinco años necesita dormir once horas y levantarse a las ocho para ir al colegio, entonces debería acostarse a las nueve los días entre semana. Sin embargo, los padres comprueban con disgusto que el comportamiento del niño no tiende a ajustarse a las pautas preconizadas por las guías de sueño infantil. El análisis funcional revela que la orden de acostarse es aversiva para un niño sin sueño, porque las consecuencias inmediatas de la conducta obediente son punitivas, mientras que las de la conducta no deseada, en el supuesto de que los padres cedan, son reforzantes. Ir a dormir es una «expulsión», una especie de tiempo fuera, al obligar a abandonar un medio reforzante, que incluye actividades como ver televisión o jugar y atenciones como charlar o mostrar cariño, de modo que la oscuridad del dormitorio se asocia con aburrimiento y soledad. No es esperable que un pequeño entienda la lógica del conflicto de contingencias y acepte de buen grado acostarse para estar descansado y en óptimas condiciones al inicio de la jornada, por lo que las respuestas de evitación o escape de la situación son muy comunes. Los padres que atribuyen la resistencia infantil a miedo, en vez de a oposicionismo, suelen reaccionar permisiva y sobreprotectoramente. Desde esta perspectiva, el miedo a la oscuridad reporta importantes ventajas, como ganar tiempo extra de diversión o dormir en la cama de los padres.

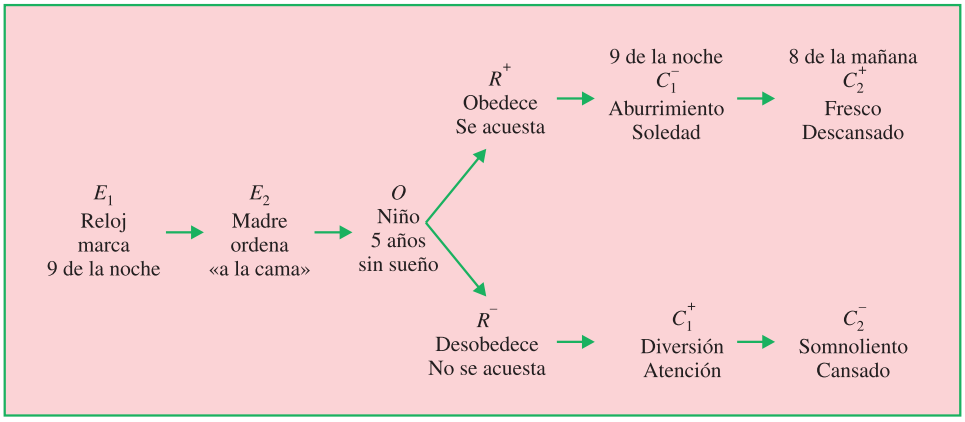


Figura 1.1.—Batallas a la hora de acostarse.

3. Aprendizaje observacional

Los niños observan el comportamiento temeroso de otros niños en la oscuridad. En la consulta psicológica no es extraño que los padres reconozcan que una de las razones que les ha movido a solicitar tratamiento psicológico para su hijo es que un hermano pequeño, que no temía a la oscuridad, está empezando a quejarse y a mostrar signos parecidos de miedo (contagio emocional). Los niños ven también películas de miedo, en las que el oscurecimiento de la imagen acompañado de música inquietante antecede a la aparición del asesino y precede a escenas de violencia física, constatando que los crímenes se comenten con «nocturnidad y alevosía».

4. Aprendizaje cognitivo

La transmisión de información amedrentadora en relación con la oscuridad contribuye a la aparición del miedo. En la literatura infantil los protagonistas «buenos» como las princesas habitan pala-

© Ediciones Pirámide

cios luminosos de cristal radiante, mientras que personajes «malos» como los ogros están condenados a ocultarse en cuevas húmedas y oscuras. Así mismo intimidan los comentarios, relatos, etc., de contenido aterrorizador, como historias de niños encerrados en cuartos oscuros.

El miedo a la oscuridad tiene cuatro componentes (Mooney, Graziano y Katz, 1985):

- *Daño físico:* miedo a la muerte y a las heridas; por ejemplo, ladrones.
- *Seres fantásticos:* criaturas propias de la fantasía infantil, como fantasmas.
- *Características sensoriales:* sombras y ruidos, como el ulular del viento.
- *Ansiedad por separación:* preocupaciones del tipo si los padres siguen en casa.

En este sentido, el ruido de pasos puede ser malinterpretado como el avance sigiloso de un malhechor desencadenando temor en un niño cuyo elemento principal del miedo se refiere al daño físico, mientras que es considerado garantía de la presencia de la madre funcionando como señal de seguridad para otro cuyo miedo se vincula con la ansiedad por separación.

A partir de los 9-10 años y hasta alcanzar la mayoría de edad la pendiente de la línea de remisión espontánea del miedo a la oscuridad es muy acentuada. Este dato pone de manifiesto su transitoriedad. Para diferenciar en la infancia entre miedo de carácter evolutivo y fobia de naturaleza clínica, la Asociación Americana de Psiquiatría establece que los síntomas persistan al menos seis meses (American Psychiatric Association, 2000). El criterio diagnóstico, aunque recomendable en investigación para no incluir falsos positivos en las muestras reclutadas, no se justifica en la clínica, donde medio año es un período de espera excesivamente prolongado para la corta vida de un niño. En la práctica profesional la decisión de iniciar la terapia debe basarse principalmente en el grado de desadaptación, es decir, en la medida en que el miedo repercute negativamente en el desarrollo y bienestar personales, en el ambiente familiar, en el rendimiento académico y/o en las relaciones sociales del niño.

La *fobia a la oscuridad* es un patrón de *respuestas* emocionales negativas (miedo o temor), *psicofisiológicas* (sudar las palmas de las manos, latir con fuerza y deprisa el corazón, tensar los músculos, respirar agitada y entrecortadamente, etc.), *motoras* (encender la luz, asegurarse de que no se esconde ningún monstruo debajo de la cama o dentro del armario, apretar los párpados, taparse la cabeza, etc.) y *cognitivas* (oír golpes inquietantes, sentir unos ojos mirándole fijamente, ver sombras sospechosas, preocuparse por si los padres lo han abandonado, pensar que alguien malvado ha entrado en casa, etc.), *en situaciones de oscuridad* (por el día, por ejemplo, el niño pide a su hermano mayor que lo acompañe por el pasillo en penumbra para ir al aseo, y sobre todo por la noche, por ejemplo, el niño se pasa a la cama de los padres), que resultan *desproporcionadas* y *desadaptadas* (por ejemplo, rabietas o perderse la excursión a un parque temático para no pernoctar lejos de casa).

El miedo a la oscuridad es muy común en la infancia. Prácticamente uno de cada tres niños de 5 a 8 años teme la oscuridad (Simonds y Parraga, 1982). Por el contrario, la prevalencia de la fobia a la oscuridad es mucho menor. En un estudio descriptivo, llevado a cabo con más de tres mil escolares, de 7 a 17 años, Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles (2003) hallan el 3,75 por 100 de miedo excesivo a la oscuridad y estímulos asociados, siendo más frecuente en el género femenino (3 : 1), y en niños de 7 a 10 años. Según los estudios epidemiológicos y de valoración del tratamiento, la prevalencia de fobia a la oscuridad se sitúa en torno al 2 por 100.

1.2. Evaluación de la fobia a la oscuridad

Los principales instrumentos para evaluar la fobia a la oscuridad son:

1. Entrevistas

Los objetivos fundamentales de la entrevista con el niño son recoger datos sobre la fobia a la oscuridad y desarrollar una relación terapéutica

© Ediciones Pirámide

reforzante. El terapeuta recaba información sobre el miedo desadaptado, las situaciones desencadenantes, las reacciones de padres y hermanos, las señales de seguridad que reducen el temor, la historia del problema, las repercusiones negativas para él y su familia, etc.

También se entrevista a los padres interrogándoles además sobre aspectos generales como salud y desarrollo, ambiente familiar, rendimiento académico, relaciones sociales del niño, etc.

2. Observación

La *observación natural* la llevan a cabo los padres en casa cuando el niño se va a la cama, registrando hechos relevantes, si se queja, si llora, si duerme con la luz encendida, etc. También anotan las incidencias que se produzcan a lo largo de la noche, por ejemplo si el niño se despierta asustado y llama a los padres. Los registros nocturnos se pueden complementar con los diurnos observando conductas significativas, como ir al cuarto de baño sin encender la luz y sin compañía.

La modalidad de observación artificial más empleada por su posterior utilidad para el tratamiento son las *pruebas de aproximación conductual,* que consisten en una serie de tareas ordenadas de menor a mayor dificultad combinando las variables tiempo e intensidad de luz. Se puede solicitar al niño que valore el grado de miedo que experimenta en cada ítem con un *termómetro de miedo* o escala de estimación (auto-observación). Al no ser un procedimiento gradual las *pruebas de tolerancia* se usan menos. Se le pide al niño que permanezca en una habitación solo y a oscuras durante un amplio intervalo temporal. Conviene proporcionar la instrucción «entra en la habitación oscura y sal cuando sientas miedo», en vez de «entra en la habitación oscura y sal cuando no aguantes más el miedo», que produce sensibilización o incubación del miedo.

3. Inventarios

Los inventarios de miedos infantiles incluyen ítems relacionados con la oscuridad. Existen dos elaborados y validados en nuestro país:

— Inventario de miedos de Pelechano (1984). Lo cumplimentan los padres de niños de 4 a 9 años. El factor miedos imaginativos incluye seis ítems: la oscuridad, estar solo en casa, entrar solo en un lugar extraño, cuentos e historias de miedo, las películas de terror, los ruidos fuertes.
— Inventario de miedos de Sosa, Capafons, Conesa-Peraleja, Martorell, Silva y Navarro (1993). Lo contestan niños y adolescentes de 9 a 15 años. La escala miedo a la soledad-fantasía comprende ocho ítems: estar solo a oscuras, ver cosas raras como sombras en la noche, los seres imaginarios como brujas o fantasmas, soñar cosas desagradables o tener pesadillas, estar completamente solo, ir solo a alguna habitación de mi casa, ver personas con cara de malvadas, ver películas de terror.

1.3. Tratamiento de la fobia a la oscuridad

Méndez, Orgilés y Rosa (2005), Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares (2003) y Orgilés, Méndez y Rosa (2003a) revisan cuantitativa y cualitativamente dieciséis investigaciones, con cerca de seiscientos niños y adolescentes, sobre la eficacia del tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad. Junto a terapia de juego las técnicas de terapia de conducta aplicadas son:

1. Desensibilización sistemática en vivo

Sheslow, Bondy y Nelson (1982) utilizan una jerarquía de 54 ítems producto de 9 gradaciones, desde plena iluminación a completa oscuridad, reguladas mediante un aparato CDS Lafayette, por 3 intervalos temporales, 10, 20, 30 segundos, por 2 repeticiones. En lugar de relajación usan como agente inhibidor de la ansiedad la conversación con el terapeuta, el canto, el juego y la comida.

© Ediciones Pirámide

2. Imágenes emotivas

Cornwall, Spence y Schotte (1996) tras entrenar la imaginación, identificar tres héroes infantiles (Bart Simpson, Batman, Scoobie Doo, Mickey Mouse, etc.), y construir una jerarquía de nueve ítems clasificados en función de la familiaridad con la situación, de la presencia de personas significativas y del nivel de iluminación, inducen imágenes emotivas propiamente dichas siguiendo el procedimiento de Lazarus y Abramovitz (1962). En las tres escenas menos atemorizantes interviene el héroe menos apreciado, en las tres intermedias el siguiente héroe y en las tres finales el superhéroe. También proponen tareas para casa.

3. Práctica reforzada

Leitenberg y Callahan (1973) piden al niño que entre en una pequeña habitación oscura pintada de negro y que salga cuando sienta el más mínimo miedo. Le informan que la prueba se repetirá varias veces y que ganará golosinas, lápices de colores, etc., si supera el tiempo de la vez anterior. Al acabar cada ensayo, si el niño aumenta el tiempo de permanencia en el cuarto oscuro se apunta la ganancia con un lápiz en un termómetro graduado con unidades de diez segundos, se le felicita por su mejora y se le da a elegir un premio. Por el contrario, si el tiempo de permanencia disminuye se borra del termómetro y se le dice que en esta ocasión no lo ha hecho tan bien.

4. Modelado simbólico

Klingman (1988) lee historias en las que uno o varios modelos diferentes afrontan con éxito el miedo a la oscuridad. Al acabar dialoga sobre las reacciones suscitadas y las experiencias personales del niño, mediante preguntas como «¿te ocurre a veces a ti lo mismo?», «¿qué podrías hacer en esa situación?» o «¿qué es lo que te ayuda a ti?», reforzando los comentarios sobre vivencias agradables y las frases de afrontamiento.

5. Autoinstrucciones de competencia

Kanfer, Karoly y Newman (1975) hacen que el niño repita las *palabras especiales* «Soy un chico valiente. Sé cuidar de mí mismo en la oscuridad», cada vez que escucha una de las siguientes frases pronunciadas por el terapeuta sobre la oscuridad:

— Cuando estás a oscuras, sabes que puedes encender la luz siempre que quieras.
— Cuando estás a oscuras en tu habitación, sabes exactamente donde están las cosas, tu cama, tu escritorio, tus juguetes.
— Cuando estás a oscuras y te parece oír voces, sabes que siempre puedes llamar a tus padres y ellos te oyen.
— Cuando estás a oscuras y la puerta está cerrada, sabes que nadie puede entrar sin que te des cuenta.

1.4. Terapia de juego

Existen dos programas terapéuticos basados en el juego para tratar la fobia a la oscuridad, el usado en el presente caso y *escenificaciones emotivas,* un procedimiento creado por Méndez (1986) al tratar a un niño de cuatro años con fobia al fuego. Inicialmente se recurrió a imágenes emotivas basadas en la serie televisiva de dibujos animados «Los tres mosqueperros». En el contexto de una narración amena y emocionante el terapeuta introduce gradualmente el estímulo temido, una antorcha, una pequeña hoguera, un incendio en el bosque, etc. Si el niño indica miedo, el héroe infantil acude en su ayuda y retira el estímulo fóbico. Al fracasar una prueba en vivo, el niño no se atreve a hacer lo que es capaz de imaginar sin miedo, el terapeuta decide representar las escenas como un juego. Una de las situaciones escenificadas es (Méndez y Macià, 1986, p. 38):

Los tres mosqueperros están celebrando alegremente en la taberna la recuperación de la 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 peque-

© Ediciones Pirámide

ño, 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 el bolsillo... (la escena continúa hasta conseguir que el niño ponga el mando en la posición máxima).

El procedimiento terapéutico se puede consultar en Méndez, Olivares y Bermejo (2001), su implementación en un caso de fobia a la oscuridad desencadenada por un robo en Méndez y Macià (2002), y la valoración de su eficacia en Méndez y García (1996), Méndez y Macià (1988), Méndez, Orgilés y Espada (2003, 2004), Orgilés, Méndez y Espada (2005a, 2005b, 2005c), Orgilés, Méndez y Rosa (2003b).

2. LA FOBIA A LA OSCURIDAD DE ANDRÉS

Se describe la evaluación y el tratamiento de biblioterapia conductual y juegos llevado a cabo en el hogar por los padres, de un caso de fobia a la oscuridad, de acuerdo con una adaptación del protocolo terapéutico de Mikulas y colaboradores (Mikulas y Coffman, 1989; Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier, 1985).

2.1. Primera semana: entrevista de recepción e inicio de la evaluación

Los padres de Andrés acuden a consulta solicitando ayuda psicológica para el miedo a la oscuridad de su único hijo de seis años y medio, remitidos por la psicóloga que trata al niño a causa de sus dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura.

La madre empieza relatando el hábito de ir a la cama. Andrés cena a las nueve. Al terminar se despide hasta mañana, sube a la planta, se pone el pijama, orina, se lava las manos, se cepilla los dientes y se acuesta a leer un cuento. Sobre las nueve y media llega su marido de la fábrica y da las buenas noches al niño. El padre dedica unos cinco minutos a comentar el día, luego rezan juntos una oración, le besa y sale de la habitación deseando felices sueños.

Sin embargo, ambos se apresuran a aclarar que rara es la noche en la que el ritual previsto se cumple sin incidentes. La madre se queja que continuamente idea subterfugios para posponer el momento de acostarse, ralentiza el comer, pide más alimento, ruega que le deje ver la televisión, alarga la despedida, etc. A instancias del terapeuta cita como ejemplo que la uva es el postre nocturno de elección, porque pela y extrae los piñones de los granos uno a uno, eternizando el racimo. Generalmente se muestra tolerante, pero reconoce que a veces se le agota la paciencia, pierde los nervios, le grita y le castiga. Si se acuesta alterado, duerme mal e incluso recuerda que en un par de ocasiones mojó la cama. Con el padre también utiliza estrategias dilatorias como contarle chistes o llamarlo repetidamente tras abandonar el cuarto.

Duerme con la luz de la mesita de noche encendida y con la puerta del dormitorio abierta de par en par vigilada por el muñeco de un enorme oso apostado en el suelo. Cuando el padre se acuesta, entre las once y las doce, entra al dormitorio infantil a apagar la lamparita. Suele encontrar a su hijo dormido, oculto bajo el edredón a pesar de la calefacción, sudando copiosamente y abrazando con fuerza su mascota preferida, un perrito de peluche. Algunas noches lo halla desvelado y el niño declara que no consigue dormirse porque le asustan los crujidos del parqué o porque sueña con monstruos terroríficos. Entonces le hace compañía hasta que le vence el sueño. La madre se acuesta en la cama de su hijo las noches que se despierta llorando por una pesadilla.

Con menor intensidad el miedo a la oscuridad se manifiesta asimismo por el día. El padre le reprende por el gasto inútil de electricidad cuando va al baño encendiendo todas las luces a su paso y dejándolas encendidas a su regreso. Lo describen

© Ediciones Pirámide

como ingenuo y fantasioso. Le gustan los juegos, los cuentos y las películas en las que intervienen seres fantásticos, aunque no son partidarios de esta afición porque han comprobado que agrava el miedo, así, «vaya noche toledana que nos dio el día que vio los zombis en la televisión».

El miedo se inició hace dos años coincidiendo con una época de pesadillas especialmente intensas. En relación con la aparición del problema el padre refiere una anécdota ocurrida dos veranos atrás. Era el mes de julio y nos hallábamos en el apartamento de la playa. Por las noches mi mujer solía bajar a la zona de la piscina de la comunidad de vecinos a jugar al chinchón con sus amigas, mientras que mi hijo se entretenía con los juguetes en la habitación y yo leía el periódico o veía la televisión en la terraza. Sobre las once nos acostábamos los dos, porque tenía que madrugar para ir al trabajo. Transcurridos unos minutos el nene encendía la lámpara de la mesita de noche. Yo, creyendo que no tenía sueño y quería seguir jugando, la apagaba razonándole que era muy tarde y había que dormir. Al poco rato volvía la claridad. Enfadado le reñía y de nuevo la apagaba. Pero como repetía la operación, se me ocurrió ir al cuadro de luces y desconectar el automático. La casa quedó a oscuras. Enseguida oí el clic, clic, clic frenético de mi hijo accionando sin éxito el interruptor. Sonreí para mis adentros imaginando su pasmo pero satisfecho de haberle dado una lección por su terquedad. A menudo me he acordado de este percance sintiéndome culpable porque no fue desobediencia, sino miedo.

Los padres no identifican otros sucesos relevantes que hayan contribuido al desencadenamiento o empeoramiento de la fobia a la oscuridad. No creen que su hijo sepa relajarse y desconocen lo que piensa o imagina a oscuras. Es la primera vez que recibe tratamiento psicológico. Esperan que supere el miedo y se divierta como otros niños quedándose a dormir en casa de los amigos, yendo de campamento al Mar Menor, viajando con sus tíos y primos, etc. También desean que desaparezcan las disputas a la hora de acostarse y las pesadillas, de modo que la familia pueda dormir plácidamente y levantarse todos por la mañana frescos y descansados. No presenta otros problemas excepto las dificultades en el aprendizaje escolar debidas a la dislexia, por lo que acude a diario a la clínica psicológica mencionada. Concluyen señalando que Andrés es cariñoso, simpático y dócil. Goza de buena salud, practica deporte, colabora en casa y es popular entre sus compañeros.

El terapeuta entrega sendos ejemplares de la *Escala de miedo a la oscuridad*[1] que los padres cumplimentan de forma independiente. Comprende 10 ítems, 9 basados en criterios del DSM para el diagnóstico de fobia específica más un ítem valorativo global (ítem 10):

- Criterio A: intensidad del miedo a la oscuridad (ítem 1).
- Criterio B: reacciones de miedo a la oscuridad (ítem 2).
- Criterio D: evitación o escape de situaciones de oscuridad (ítem 3) o alteración emocional en situaciones de oscuridad inescapables y/o imprevistas (ítem 4).
- Criterio E: repercusiones negativas o interferencia del miedo a la oscuridad a nivel personal (ítem 5), familiar (ítem 6), escolar (ítem 7), social (ítem 8), o malestar clínico significativo (ítem 9).

Del mismo modo contestan la escala «miedo imaginativo» del *Inventario de miedos* de Pelechano (1984).

A continuación el terapeuta explica la forma de realizar los registros de observación. La *Prueba de actuación en la oscuridad* y la *Prueba de aproximación conductual* se llevan a cabo cuando ha anochecido en días alternos. Recomienda que no las realicen inmediatamente antes de dormir ni en domingo. Ambas incorporan el *Termómetro de miedo* de Kelley (1976), para que Andrés evalúe la experiencia subjetiva de miedo.

[1] La batería de evaluación se incluye al final del capítulo como apéndice.

© Ediciones Pirámide

El *Registro a la hora de dormir* se efectúa, en cambio, todas las noches justo después de acostarse Andrés. El terapeuta solicita a los padres que valoren el grado de miedo mediante una escala de cinco categorías, de «nada», se acuesta sin problemas, duerme solo, con la luz apagada y la puerta entornada, a «muchísimo», presenta serios problemas a la hora de acostarse, duerme acompañado, con la luz encendida, la puerta abierta y/o interrumpe el sueño de los padres durante la noche, llamándoles, exigiéndoles que se acuesten con él, pasándose a la cama de los padres, etc.

Al citarles para la semana siguiente comunicándoles que traigan a su hijo, objetan que residen a más de cien kilómetros de la consulta y que la agenda infantil entre semana está sobrecargada con deberes, sesiones con la psicóloga y actividades extraescolares. Plantean abiertamente si es posible el tratamiento en fin de semana, el asesoramiento terapéutico o libros para padres. Tras debatir las ventajas e inconvenientes de las distintas alternativas se acuerda aplicar un programa contrastado de la Universidad de Florida Oeste a través del correo electrónico y del teléfono, reduciendo al mínimo el contacto directo. De esta forma se soslayan otras limitaciones no explicitadas, como el hecho de que el padre es propietario de un negocio en expansión con escasa disponibilidad de tiempo, y la madre, aunque ama de casa, carece de permiso de conducir.

2.2. Segunda semana: conclusión de la evaluación inicial y entrevista de devolución

El padre remite desde el ordenador de su despacho los registros de observación de la primera semana efectuados por la madre y recibe por correo electrónico del *Registro a la hora de dormir*, con la petición de rellenarlo todas las noches hasta la conclusión del tratamiento. El terapeuta les envía también el *Inventario de miedo a la oscuridad* y la *Prueba de tolerancia a la oscuridad,* en la que se solicita cuando ha oscurecido que permanezca tumbado en su cama con la luz apagada y la puerta prácticamente cerrada hasta que sienta miedo o hasta un máximo de treinta minutos, con el ruego de que faciliten estos tests antes de la cita concertada para el final de semana.

La entrevista de devolución se inicia comentando los resultados de la evaluación. Según la *Escala de miedo a la oscuridad* Andrés cumple los criterios para el diagnóstico de fobia a la oscuridad. Obtiene una puntuación igual o mayor que seis en todos los ítems, excepto en el número siete, referido a las repercusiones en el ámbito escolar donde ambos padres rodean el dos de la escala de estimación. En el *Inventario de miedo a la oscuridad* Andrés añade que le da mucho miedo Drácula (véase la tabla 1.1).

A continuación el terapeuta expone con claridad y brevedad el papel de las emociones en el desarrollo infantil, el curso evolutivo, los componentes, la frecuencia y los mecanismos del miedo a la oscuridad, resaltando los más relevantes en el presente caso. Seguidamente explica las repercusiones negativas de la fobia y la lógica del tratamiento. El siguiente extracto ilustra el proceder terapéutico:

> Uno de los problemas infantiles más frustrantes es el miedo a la oscuridad. El problema se plantea justo en el momento en el que la mayoría de los padres se disponen a pasar una buena noche. Agotados tras un día de trabajo duro, es muy molesto que el niño llame una docena de veces para pedir agua, pipí, etc., o se invente cualquier otra excusa para obligarles a volver a la habitación y prestarle atención. Peor todavía. La última cosa que ustedes desearían hacer a las tres de la madrugada es levantarse y tener que abordar el problema de un niño asustado por una pesadilla, que acaba de desvelarse y no consigue dormirse de nuevo a causa del miedo. Ciertamente es difícil resistir la tentación de limitarse a dejar alguna luz encendida el resto de la noche o acostumbrar al niño a dormir con la luz encendida desde el principio de la noche. Después de todo, los niños pierden el miedo, ¿no es verdad?
>
> Aunque la mayoría aprenden solos a tolerar la oscuridad, desgraciadamente un pequeño porcentaje no lo supera y el miedo persiste y se agrava con el paso de los años. Hay adultos que sufren un

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1

Evaluación inicial de la fobia a la oscuridad de Andrés

Test	Puntuación	Rango	Interpretación
Escala de miedo a la oscuridad.	78 (madre) 71 (padre)	0-100	Diagnóstico de fobia específica.
Escala de miedo imaginativo.	9	0-12	Centil 90.
Inventario de miedo a la oscuridad.	61	0-90	Miedo a pesadillas y seres fantásticos.
Prueba de actuación en la oscuridad. Termómetro de miedo.	4 8	0-12 0-12	Pobre actuación en la oscuridad. Experiencia de miedo elevada.
Prueba de aproximación conductual. Termómetro de miedo.	250 9	0-720 0-12	Poco tiempo de permanencia en la oscuridad. Experiencia de miedo elevada.
Prueba de tolerancia a la oscuridad.	1,5	0-30	Sólo minuto y medio de tolerancia.
Registro a la hora de dormir.	23 (1.ª sem.) 25 (2.ª sem.)	0-28	Entre mucho y bastante miedo para acostarse.

fuerte miedo a la oscuridad que condiciona sus vidas. En nuestra clínica hemos tratado el caso de la mujer del «guerrero del antifaz». Esta persona dormía con la luz de la habitación encendida, al anochecer pedía a su vecina que le hiciera compañía hasta que regresara su esposo del trabajo, no se atrevía a salir a la calle sola de noche, etc. Su marido protestaba porque tenía que dormir con una especie de anteojeras de paño oscuro, que conservaba del viaje en avión de luna de miel, para evitar las molestias causadas por la luz del dormitorio conyugal.

El miedo es un sentimiento muy desagradable. Es preferible hacer frente al problema cuando el niño es pequeño e impedir que empeore. Cuanto antes se detecte el miedo y se supere, mucho mejor para el niño. No le hacen ningún favor a su hijo posponiendo el problema. Es mejor realizar un pequeño esfuerzo y dedicar un mínimo de tiempo a solucionar el problema *ahora,* que adoptar la política del avestruz aparcando el problema para después, porque no es cierto que el tiempo lo cura todo.

Puesto que la mayoría de los miedos se adquieren o «se cogen», también se pueden eliminar o «soltar». El cuento *Tío Pies Ligeros* utiliza técnicas que la psicología científica ha probado que son eficaces para tratar los miedos infantiles. Estas técnicas enseñan a los niños modos de reaccionar más saludables. En la historia se asocian actividades y cosas agradables con situaciones de oscuridad. Este proceso se realiza poco a poco. Después de leer el cuento varias veces y de practicar unos juegos, Andrés comenzará a aprender asociaciones positivas que harán que la oscuridad le produzca cada vez menos miedo.

Una de las principales formas de aprender de un niño es imitando lo que hacen los demás. ¿Cuántas veces han visto a su hijo copiar los gestos típicos y la forma de hablar o de reír de otras personas? En el cuento su hijo observará a otro niño aprendiendo a hacer frente a la oscuridad, pasito a pasito. Al principio de la historia el protagonista tropieza con dificultades, que supera gradualmente hasta conseguir dormir solo a oscuras por la noche.

Por último describe pormenorizadamente la implementación del tratamiento, responde las preguntas planteadas y entrega los materiales de tratamiento.

© Ediciones Pirámide

2.3. Tercera semana: biblioterapia conductual

Los padres leen *El niño miedoso,* de Méndez (2003), excepto las páginas 110-115, que son un resumen de los materiales de tratamiento facilitados de forma extensa. Esta guía para padres expone de modo didáctico, recurriendo a múltiples ejemplos, las características y frecuencia de los miedos infantiles, las explicaciones sobre su función y origen, el secreto para vencerlo y doce armas para luchar contra el miedo. Dedica especial atención a problemas concretos, como la ansiedad por separación y el rechazo escolar. Con respecto al miedo a la oscuridad analiza su relación con los rifirrafes a la hora de irse a la cama, con trastornos del sueño como pesadillas o terrores nocturnos. Proporciona consejos útiles sobre control estimular, sugiriendo la manera más conveniente de disponer el dormitorio infantil (mobiliario, decoración, etc.) y rutinas para acostar al niño, como la semana toledana, que promueven hábitos de sueño saludables. Para saber más recomienda otras lecturas para padres y profesionales.

Las sesiones se celebran lunes, miércoles y viernes, de ocho y media a nueve de la noche, en el dormitorio infantil, dividiendo el tiempo entre el cuento y los juegos. La primera semana de tratamiento la madre lee a Andrés el cuento *Tío Pies Ligeros*, escrito por Mary G. Coffman. Consta de doce capítulos y diez juegos[2]. Miguel, el niño protagonista, tiene miedo a la oscuridad. Al principio se muestra temeroso, pero poco a poco consigue superar el miedo, se siente orgulloso de su progreso, es felicitado por los demás y gana atractivos premios. La lectura del libro es una exposición en imaginación basada en los principios del contracondicionamiento (relato divertido y emocionante, emparejamiento de escenas agradables con escenas temidas, jerarquía de estímulos fóbicos), similar a la desensibilización mediante imágenes emotivas. A medida que avanza el relato, Miguel se expone a situaciones cada vez más atemorizadoras, por ejemplo al final del cuento abundan las escenas de noche, actuando como modelo de afrontamiento.

Los padres disponen de un número de teléfono y de un horario de atención terapéutica. Si llaman fuera de las horas convenidas, dejan el mensaje en el buzón de voz. Al principio de la semana la madre telefonea para preguntar si tiene que ceñirse a leer el cuento los días señalados, puesto que Andrés lo pide más veces. Se le responde que puede leérselo siempre que lo considere oportuno o lo solicite su hijo. Al final de la semana el terapeuta llama para comentar con los padres la guía sobre miedos infantiles, contestar preguntas, resolver dificultades y supervisar la marcha del tratamiento. El padre remite por correo electrónico el registro a la hora de dormir, con anotaciones en el apartado observaciones referidas a las manifestaciones diurnas de miedo y a la presencia de pesadillas, y la hoja de aplicación del tratamiento, con la fecha, horas de inicio y conclusión de la lectura del cuento, y cualquier comentario relevante sobre la sesión.

2.4. Cuarta semana: capítulos 1-3 del cuento y juegos 1-2 para la oscuridad

En la segunda semana de tratamiento el cuento se complementa con los juegos, que constituyen una exposición graduada en vivo, además de reforzamiento social y material. Los registros de aplicación de tratamiento incorporan desde este momento la anotación del tiempo dedicado a leer y a jugar así como las incidencias de su desarrollo.

De acuerdo con las indicaciones terapéuticas, la madre lee a Andrés el primer capítulo, que presenta a los dos personajes principales. Miguel es un niño de seis años que tiene miedo a la oscuridad. Está preocupado y se siente un bicho raro distinto de los demás. Piensa que es gallina y cobarde. Le gustaría ser como otros niños que no se asustan en la oscuridad. Cree que la solución a su problema es visitar a Pies Ligeros, un indio valiente y sabio.

[2] La versión original incluye sólo nueve juegos.

© Ediciones Pirámide

Está seguro que su tío le ayudará. Decide, por tanto, ir a la granja donde vive en medio del campo. La noche del lunes se limita a la lectura sin practicar ningún juego en la oscuridad.

El miércoles se continúa con el segundo capítulo. Miguel revela a su tío el motivo de la visita. Pies Ligeros le escucha con atención y comprende. Le tranquiliza diciéndole que él conocer muchos pieles rojas que tener miedo a la oscuridad de pequeños, pero vencerlo con juegos indios y ser bravos guerreros, incluso jefes de tribu como Toro Sentado u Oso de Pie. Miguel confiesa que es la primera vez que duerme fuera de casa y le da miedo la noche. Pies Ligeros le promete desvelarle el secreto de la marioneta india para dormir relajado.

La madre enseña a Andrés a relajarse mediante ejercicios de tensión-distensión de los músculos de las extremidades superiores, extremidades inferiores y cabeza. Se sienta en la cama a la izquierda del niño con una marioneta de madera en medio de ambos. A la voz de «tensa» tira hacia arriba de los hilos y los brazos de la marioneta se extienden. A la voz de «relaja» afloja los hilos y los brazos de la marioneta regresan a la posición de reposo. A continuación Andrés pronuncia las palabras clave y la madre modela la relajación, y viceversa, la madre ordena tensar-relajar y Andrés imita los movimientos observados. La secuencia se repite con piernas y cabeza. Después practica ejercicios de respiración, aspirando profundamente por la nariz, reteniendo el aire unos segundos y espirando suavemente por la boca. Por último ejercita la imaginación con escenas felices como una divertida fiesta de cumpleaños o un entretenido paseo en bici por el parque. Al terminar la madre le abraza efusivamente y le sorprende con la granja de Playmobil™, juguete muy querido por el niño. Le regala la casa y le asegura que cada vez que tenga éxito en los juegos podrá elegir el accesorio que más le guste: el pajar, la plantación de girasoles, la carretilla, la bomba del agua, el palomar, el nido de cigüeñas, gallinas, cerdos, vacas, caballos, perro, etc.

El tercer capítulo corresponde al viernes. Miguel ha aprendido a relajarse y ha pasado la noche como un indio valeroso. Pies Ligeros le elogia porque «estar haciéndote fuerte de mente, cuerpo y espíritu. ¡Gracias, Gran Manitú, por sobrino aguerrido!». Por el día se pasean por la granja y juegan con las ovejas, los caballos, las vacas y otros animales. Al caer la tarde se divierten mucho buscando al perro con los ojos vendados. Concluida la lectura juegan a la gallina ciega en la habitación iluminada. La madre busca con los ojos tapados a Andrés. Luego intercambian los papeles. Le advierte que debe moverse con cuidado para no tropezar. La primera vez se deja atrapar rápidamente. En ocasiones posteriores se sitúa en lugares cada vez más difíciles de encontrar. Cuando es descubierta lo felicita y Miguel escoge como reforzadores materiales el perro, gallinas y pollitos.

La madre informa por teléfono de las dificultades en el entrenamiento en relajación. El terapeuta sugiere variantes como darle esponjas y que apriete el puño exprimiendo hasta la última gota para que note tensión en manos y brazos, o soplarle con una pajita por el rostro para que tense los músculos de la cara. En cambio, Andrés disfruta con el juego de la gallina ciega y pide repetir. Aclara que pueden jugar siempre que deseen con la condición de no forzarle nunca. El padre realiza el envío semanal, vía correo electrónico, de los registros de observación y de aplicación del tratamiento.

2.5. Quinta semana: capítulos 4-6 del cuento y juegos 3-5 para la oscuridad

En el capítulo cuarto se pierde un corderito de la granja. Miguel y Pies Ligeros marchan deprisa a buscarlo antes de que sea demasiado tarde y caiga presa de las alimañas. Guiándose por los tañidos del cencerro lo encuentran encaramado a una peña para refugiarse. A pesar de las sombras del atardecer Miguel escala con paso seguro los riscos y lo rescata. Pies Ligeros le alaba por su hazaña y él se siente alentado. Terminada la lectura la madre coloca una pequeña campana de cerámica encima de la cama y pide a Miguel que entre a la habitación a buscarla con los ojos vendados. En cada ocasión esconde la campanita en sitios más difíciles, debajo de la cama, dentro del ropero, etc. Cuando la

© Ediciones Pirámide

encuentra le sonríe, le besa y le ofrece muñequitos de la granja de juguete.

En el capítulo quinto los planes de ir de acampada se frustran porque amanece frío y lluvioso. Pies Ligeros monta entonces en la era de la granja la «tipi», típica tienda en forma de cono construida con pieles tensadas sobre un armazón de palos de madera. Enciende un fuego en el centro que les da calor y produce sombras extrañas. Después del cuento la madre muestra cómo hacer siluetas de animales con las manos. Miguel las reproduce en la habitación a oscuras y las proyecta en la pared con el haz de luz de una linterna. La madre refuerza social y materialmente (véase la figura 1.2).

El capítulo sexto es una marcha por la pradera siguiendo los rebaños de búfalos. Pies Ligeros le enseña a montar a caballo y a cabalgar con los oídos abiertos para escuchar la naturaleza. Regresan porque anochece y Miguel reconoce los animales sin asustarse. Vuelve contento y confiado a la granja. Pies Ligeros le elogia porque aprender rápido y convertir pronto en guerrero indio. El juego de esa noche en el dormitorio a oscuras consiste en adivinar el animal cuyo sonido emite la madre desde el pasillo, obteniendo reforzadores por los aciertos. Se recomienda emplear sonidos fácilmente identificables (balidos, mugidos, maullidos, ladridos, trinos, cacareos, etc.) y evitar sonidos atemorizadores (rugidos, berridos, estufidos, etc.). El moldeamiento se lleva a cabo alargando el intervalo entre sonidos, de modo que Andrés permanece a oscuras cada vez más tiempo.

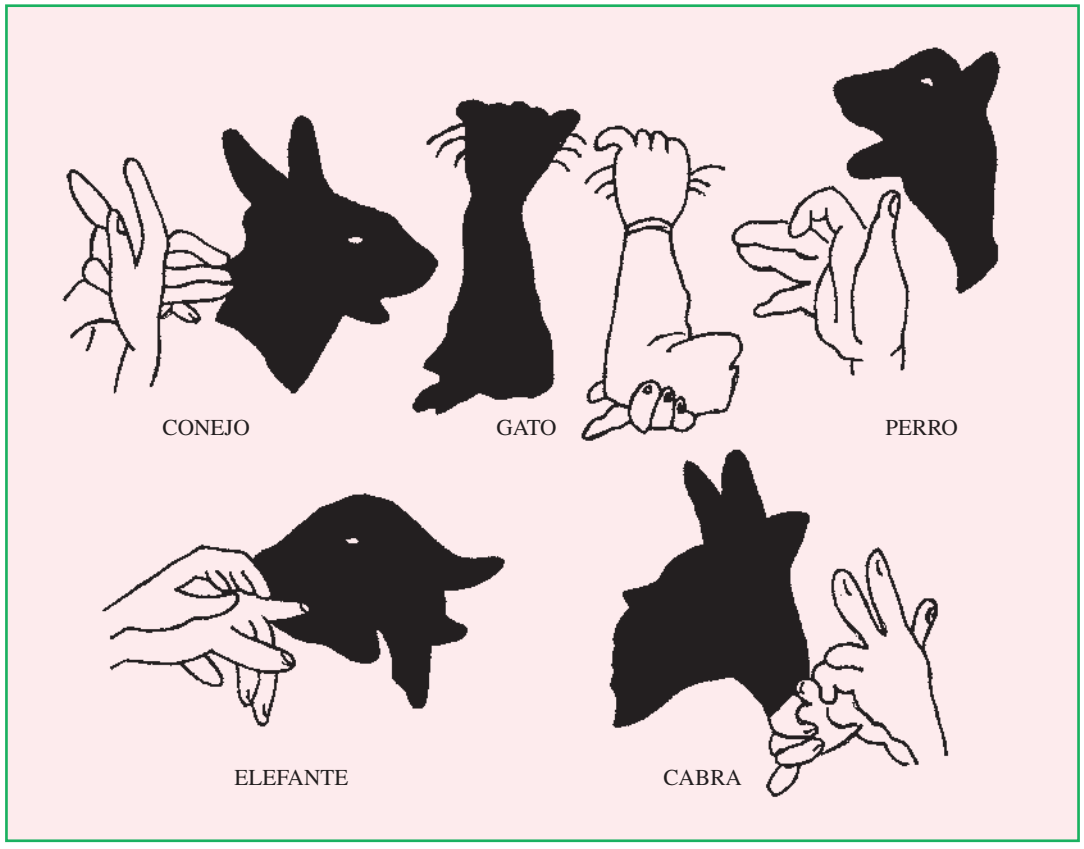


Figura 1.2.—Sombras de animales.

© Ediciones Pirámide

Durante la conversación telefónica semanal la madre confiesa su falta de destreza para el montaje manual de figuras animales. Se le sugiere que recorte contornos, que utilice dibujos de cartulina o que recurra a monigotes. Informa de un percance sin trascendencia. Una noche Andrés pide a su padre jugar a los sonidos animales. Al no haber leído las instrucciones, atrona con rugidos «peores que los del león de la Metro Goldwyn Mayer», asustando al niño e incluso sobresaltando a la madre, que se halla en la cocina preparando la cena.

2.6. Sexta semana: capítulos 7-9 del cuento y juegos 6-8 para la oscuridad

En el capítulo séptimo los días transcurren plácidamente. Pies Ligeros le inicia en la talla de amuletos y confección de cinturones, collares y otros abalorios. Manejando con destreza el cuchillo trabaja una vara hasta esculpir en miniatura el poste totémico representativo de la bravura y el coraje. Siguiendo un ancestral rito de iniciación, Miguel entra a oscuras en el cuarto sagrado reservado a los espíritus de los antepasados a recuperar los juguetes indios fabricados. Aunque está un poco nervioso, consigue recoger los juguetes. El tío le da la enhorabuena y el tótem por su valor. Tras la lectura la madre esconde juguetes de la granja en lugares de la habitación cada vez más recónditos y Andrés los busca con la luz apagada. Cuando sale al pasillo se los regala con expresivas muestras de cariño.

En el capítulo octavo, Pies Ligeros propone elaborar un pastel de fresas silvestres según una antigua receta. Para cocinar se sientan en el suelo sobre una colorida manta con los piernas cruzadas al estilo indio. Por la noche le reta a aguantar a oscuras recordando lo bien que se lo pasa cocinando, construyendo juguetes, reconociendo sonidos animales, cabalgando, etc. Miguel es capaz de permanecer a oscuras largo rato. Su tío celebra los avances y le alaba por ser valiente guerrero indio. Él se siente orgulloso y está convencido de que muy pronto superará completamente su miedo. En el juego Andrés se sienta en la alfombra del dormitorio con las piernas cruzadas. Cuando la madre grita desde el pasillo «¡ya voy!», se levanta, apaga la luz y se acuesta a dormir. Tiene que llevar a cabo la secuencia antes de que la madre entre en la habitación y encienda la luz. Las instrucciones terapéuticas indican que en cada ensayo tarde más en entrar, de modo que el tiempo de exposición a la oscuridad se vaya alargando progresivamente.

El tema del capítulo noveno es la gran fiesta del Maíz Verde. Acuden a reunirse con los amigos de Pies Ligeros, que se enorgullece por la valentía de su sobrino. Miguel disfruta de los alegres festejos, toca el tambor con un palillo de madera pintada coronado con un mazo de piedra forrado con piel de ciervo, hace señales de humo, baila la danza de la lluvia, etc. Allí conoce a un niño indio con el que juega al escondite. Al regresar su tío le confiesa «ser completamente feliz, porque chamán predecir futuro y asegurar que Pequeños Pies Luminosos vencer miedo oscuridad». Esa noche Miguel cae rendido y duerme a pierna suelta en la habitación completamente a oscuras. Terminada la lectura juegan al escondite en el dormitorio con la luz apagada. La madre se oculta en sitios cada vez más difíciles proporcionando reforzadores sociales y materiales cuando es descubierta. Luego Andrés se esconde y su madre tarda cada vez más en encontrarlo fingiendo que no consigue dar con el escondrijo.

La madre comunica el importante progreso de Andrés, que no protesta a la hora de irse a la cama. El único incidente digno de mención es que intenta hacer trampas durante el juego del escondite. Cuando la madre se demora mucho tiempo siguiendo las instrucciones terapéuticas, Andrés da pistas sobre su paradero tosiendo, carraspeando, etc. El padre remite puntualmente los registros a la consulta.

2.7. Séptima semana: capítulos 10-12 del cuento y juegos 9-10 para la oscuridad

En el capítulo décimo, Miguel se despierta contento y satisfecho por haber dormido con la luz

© Ediciones Pirámide

apagada. Esa noche, al ir a acostarse escucha ruidos sospechosos, pero vence su miedo y avanza a oscuras por la granja encendiendo luces para aclarar el misterio. Se ríe al descubrir al causante de los ruidos extraños. El perro ha estado trasteando en la cocina para conseguir comida, con el resultado de quedársele el hocico encajado en un paquete de cereales. Al finalizar la lectura comienza el juego con la casa totalmente a oscuras, Andrés en su habitación y la madre en el salón agitando el bote de las alubias. Guiándose por el ruido la busca por la casa encendiendo las luces a su paso. El nivel de dificultad se incrementa paulatinamente utilizando variaciones como situarse la madre en estancias más alejadas, desplazarse en vez de permanecer quieta en el mismo lugar, atenuar la cadencia del sonido, realizar la búsqueda o persecución sin encender las luces.

En el penúltimo capítulo, Miguel juega con el niño indio. Se sincera contándole el verdadero motivo de la visita a la granja. Su joven amigo sonríe y confiesa que sufrió el mismo problema. Le felicita por lo rápido y bien que ha vencido al miedo. Como prenda de amistad y premio al valor le regala su arco. Por la noche, Miguel tiene una pesadilla, pero se relaja, respira pausadamente e imagina escenas agradables. El juego final es la versión completa de la marioneta india. Cuando Andrés ordena tensar la madre se planta de puntillas, levanta los brazos, alza los ojos, arquea la cejas, etc., tensando todo el cuerpo a la vez como si los hilos de la marioneta tiraran hacia arriba; cuando manda relajar se sienta y regresa a la posición de reposo muy lentamente, como si los hilos de la marioneta se aflojaran. Después invierten los papeles reforzando la actuación del niño.

En el último capítulo la visita llega a su fin. Tío Pies Ligeros celebra una ceremonia ritual para proclamarlo guerrero. Miguel recibe con orgullo el traje y el collar indios que acreditan su coraje y valor. Regresa a casa contento y confiado para enseñar las nuevas habilidades a un amigo con miedo a la oscuridad. La madre telefonea satisfecha por el éxito del tratamiento. El terapeuta les envía de nuevo las escalas de miedo y el registro de observación natural que deben remitir cumplimentados antes de la cita a finales de la siguiente semana en la consulta.

2.8. Octava semana: valoración del tratamiento y alta terapéutica

Tras cinco semanas de tratamiento la entrevista clínica con los padres y la *Escala de miedo a la oscuridad* revelan ausencia de fobia a la oscuridad. Según la *Escala de miedo imaginativo,* a Andrés todavía le da algo de miedo la oscuridad, las películas de terror y los cuentos e historias de miedo, obteniendo una puntuación centil de 30. La observación de la madre por las noches también registra un pequeño grado de miedo que no considera problemático (véase la figura 1.3).

Los padres valoran positivamente el tratamiento. De la guía *El niño miedoso* destacan el capítulo cuarto, «¿Cómo actuar en el miedo a la oscuridad?», que consideran instructivo y ameno, resaltando los casos «el fantasma en el pasillo» y «la ermita de San Antonio». El padre, miembro de la junta directiva de la Asociación de Padres de Alumnos, invita al terapeuta a dirigir una escuela de padres, «porque al comentar en el colegio el problema de mi hijo me he dado cuenta de que en todas partes cuecen habas y en mi casa calderadas».

Refieren que Andrés ha disfrutado durante la terapia y desea nuevos cuentos y juegos. El terapeuta recomienda *Óscar y el león de correos,* Premio Nacional de Literatura Infantil y Juvenil en 1999, editado por Anaya, y *¡Huákala! a los miedos,* editado por Alfaguara. También sugiere *Juegos en la oscuridad: 100 juegos no aconsejados para miedicas,* editado por Bruño.

Las instrucciones postreras se orientan a manejar posibles episodios de conducta oposicionista a la hora de acostarse, a continuar aplicando las pautas terapéuticas de reforzamiento de la exposición gradual en vivo a la oscuridad y extinción de las quejas de miedo sirviéndose de los materiales entregados o recomendados, a ayudar al niño cuando tiene pesadillas por medio de la relajación, respiración e imaginación, y a supervisar las películas de cine, los programas de televisión y las lecturas infantiles.

© Ediciones Pirámide

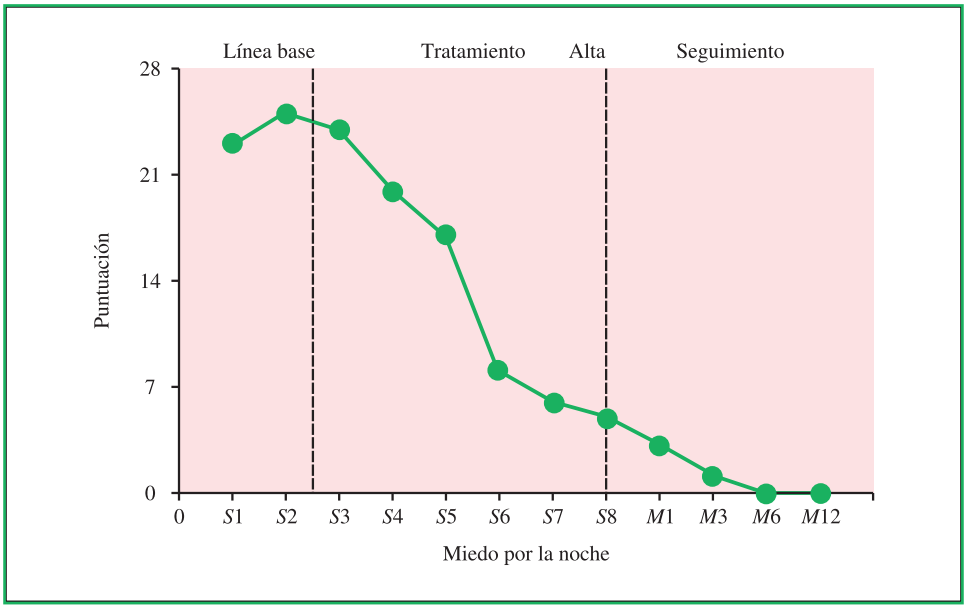


Figura 1.3. Puntuación en el Registro a la hora de dormir.

2.9. Seguimientos y conclusión

Se realizan cuatro seguimientos telefónicos, después de 1, 3, 6 y 12 meses del alta terapéutica. En el primer mes la madre informa que leen juntos los dos cuentos y practican los juegos que el niño elige del centenar del libro. Por iniciativa propia le propone batir el récord de aguantar en la oscuridad llevando a cabo la prueba de tolerancia. Transcurrida media hora entra en la habitación y se sorprende gratamente al encontrarlo dormido en la cama.

En los meses siguientes el miedo a la oscuridad desaparece por completo y la situación se normaliza definitivamente. Andrés se acuesta sin problemas y duerme con la luz apagada. Aunque afirma que no le da miedo tener la puerta cerrada, tanto él como sus padres prefieren dejarla entornada. Tampoco se queja de pesadillas. Se queda a pasar la noche con sus primos y amigos cuando se presenta la ocasión. Efectúa varios viajes sin sus padres durmiendo fuera de casa, y durante el verano asiste a un campamento para aprender inglés.

El presente caso ilustra un tratamiento eficaz para la fobia a la oscuridad (Mikulas et al., 1985; Santacruz, Méndez y Sánchez-Meca, en prensa). El principio terapéutico es la *relación*[3] *gradual en vivo* con los estímulos fóbicos, aversiva pese a su gradación, por lo que el niño recibe ayudas (juego, relajación, modelado, reforzamiento) que, con independencia de su poder terapéutico, aumentan la colaboración y facilitan la implementación del procedimiento. La terapia de juego resulta atractiva al niño y sencilla de aplicar en el hogar por los padres optimizando su eficiencia.

[3] Los enfoques de terapia de conducta la denominan exposición, aproximación, imitación y afrontamiento.

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Elabora una *jerarquía* para la fobia a la oscuridad de un niño de 7 años.
2. Idea el argumento de una historia, sirviendo de modelo el cuento *Tío Pies Ligeros,* para evocar *imágenes emotivas* utilizables en el tratamiento de la fobia a la oscuridad de una niña de 6 años.
3. Inventa un argumento, apoyándote en el ejemplo de *D'Artacán y los tres mosqueperros,* para las *escenificaciones emotivas* con niños de 4 a 8 años.
4. Crea *juegos,* en consonancia con los empleados en el presente caso, que permitan llevar a cabo la exposición gradual en vivo a la oscuridad con niños de 4 a 8 años.
5. Desarrolla un sistema de *economía de fichas* para reforzar las conductas de aproximación de niños pequeños con fobia a la oscuridad.
6. Confecciona un listado de *instrucciones a padres* con consejos sencillos sobre la forma de actuar en la fobia a la oscuridad de su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed. rev.). Washington, DC: Autor.

Cornwall, E., Spence, S. H. y Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behavior Change, 13,* 223-229.

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, 4,* 251-258.

Kelley, C. K. (1976). Play desensitization of fear of darkness in preschool children. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 79-81.

Klingman, A. (1988). Biblioguidance with kindergartners: Evaluation of a primary prevention program to reduce fear of the dark. *Journal of Clinical Child Psychology, 17,* 237-241.

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.

Leitenberg, H. y Callahan, E. J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 19-30.

Méndez, F. X. (1986, junio). *Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias, Coimbra.

Méndez, F. X. y García, M. J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child & Family Behavior Therapy*, *18*(3), 197-208.

Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M. y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: Un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 6*(13), (http://reme.uji.es/articulos/amxndf4650710102/).

Méndez, F. X. y Macià, D. (1986). Tratamiento de una fobia infantil mediante «escenificaciones emotivas». *Anales de Psicología, 3,* 33-41.

Méndez, F. X. y Macià, D. (1988). Escenificaciones emotivas: Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, *14*, 323-351.

Méndez, F. X. y Macià, D. (2002). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F. X. Méndez y D. Macià (eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (8.ª ed., pp. 38-73). Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Olivares, J. y Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (eds.), *Manual de psicología clínica*

© Ediciones Pirámide

infantil y del adolescente: Trastornos generales (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.

Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en un contexto lúdico: Un ensayo controlado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8,* 199-210.

Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: Un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4,* 505-520.

Méndez, X., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2005). Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: Una revisión cuantitativa. *Anales de Psicología, 21,* 73-82.

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 adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.

Mikulas, W. L. y Coffman, M. F. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C. E. Schaefer y J. M. Briesmeister (eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (pp. 179-202). Oxford: Wiley.

Mikulas, W. L., Coffman, M. G., Dayton, D., Frayne, C. y Maier, P. L. (1985). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy, 7*(3), 1-7.

Mooney, K. C., Graziano, A. M. y Katz, J. N. (1985). A factor analytic investigation of children's nighttime fear and coping responses. *Journal of Genetic Psychology, 146*, 205-215.

Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005a). Contribución de la economía de fichas a la eficacia de las escenificaciones emotivas en el tratamiento de la fobia a la oscuridad. *Ansiedad y Estrés, 11,* 7-16.

Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005b). Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. *Psicothema, 17,* 9-14.

Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005c). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en niños de 5 a 8 años mediante una terapia de juego: Eficacia de sus componentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental, 1,* 17-23.

Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A. I. (2003a). Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural. *Análisis y Modificación de la Conducta, 29,* 395-422.

Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A. I. (2003b). Análisis de los componentes del programa de escenificaciones emotivas. *Análisis y Modificación de la Conducta, 29,* 561-587.

Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. *Análisis y Modificación de la Conducta, 10*(23-24).

Santacruz, I., Méndez, F. J. y Sánchez-Meca, J. (en prensa). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia. *Child & Family Behavior Therapy*.

Sheslow, D. V., Bondy, A. S. y Nelson, R. O. (1982). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy, 4*(2-3), 33-45.

Simonds, J. F. y Parraga, H. (1982). Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21,* 383-388.

Sosa, C. D., Capafons, J. I., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C., Silva, F. y Navarro, A. M. (1993). Inventario de Miedos (IM). En F. Silva y C. Martorell (eds.), *EPIJ: Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. III, pp. 99-124). Madrid: MEPSA.

© Ediciones Pirámide

APÉNDICES

Escala de miedo a la oscuridad (Méndez y Santacruz)

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Colegio:	Curso:
Contestado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	
Fecha de cumplimentación:	

Instrucciones

Por favor, lea detenidamente cada una de las diez frases del test y rodee con un círculo el número que mejor describe el miedo a la oscuridad de su hijo o hija, con la siguiente escala, donde cero significa nada de miedo a la oscuridad, y diez, muchísimo miedo a la oscuridad.



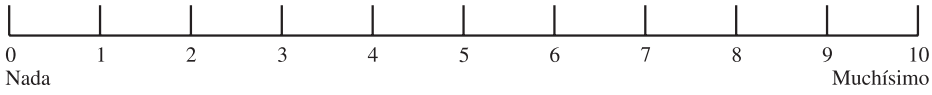
1. Evalúe la intensidad del miedo a la oscuridad de su hijo o hija:



2. Evalúe la presencia de reacciones de miedo de su hijo o hija cuando se queda o está a oscuras: protesta, grita, se queja, llora, tiene una rabieta, se abraza fuertemente a usted o a otra persona, se queda mudo y paralizado, etc.



3. Evalúe si su hijo o hija evita quedarse a oscuras: pide que le dejen la luz encendida (o la enciende él), pide que le acompañen por el pasillo o cuando va al baño si está a oscuras, etc.



© Ediciones Pirámide

4. Evalúe el grado de ansiedad o temor cuando su hijo o hija se queda a oscuras a la fuerza; por ejemplo, se apaga de pronto la luz de la escalera, se va la luz a causa de una tormenta, etc.



5. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en el niño a nivel personal; por ejemplo, sufre pesadillas si duerme con la luz apagada, no se atreve a entrar en el cine o a las atracciones de los parques temáticos que están a oscuras, etc.



6. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en la vida familiar: «batallas» a la hora de acostarse, está contagiando el miedo a otro hermano, se despierta de madrugada y cuesta mucho calmarlo, hay que quedarse con él hasta que se duerma, se pasa a su cama y esto es molesto para usted o su consorte, etc.



7. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en el ámbito escolar; por ejemplo, las noches que duerme mal, va al colegio con sueño y se resienten sus trabajos escolares y sus calificaciones.



8. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en las relaciones sociales del niño; por ejemplo, a pesar de que le gustaría no se atreve a quedarse a dormir en casa de un amigo o a pasar la noche en tienda de campaña con sus amigos, etc.

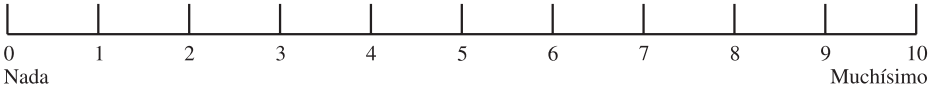


© Ediciones Pirámide

9. Evalúe el grado de sufrimiento o malestar que le produce a su hijo o hija el miedo a la oscuridad.



10. Considerando todos los aspectos anteriores, evalúe globalmente la gravedad del miedo a la oscuridad de su hijo o hija.



Es muy importante que conteste los diez enunciados. Por favor, repase el test y compruebe que ha rodeado el número correspondiente en las diez escalas.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Prueba de actuación en la oscuridad [Mikulas y Coffman (adaptación)]

Nombre del niño:	Fecha de la prueba:
Anotado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	

Instrucciones

Por favor, siga las indicaciones específicas de cada tarea. **Es importante que se limite a hacer y a pedir a su hijo lo que se indica, sin ayudarle ni presionarle o forzarle**. Observe el comportamiento de su hijo en cada tarea y anote después la puntuación en la casilla correspondiente de acuerdo con la siguiente escala:

0 puntos: No efectúa o no concluye la tarea indicada.
1 punto: Realiza la tarea indicada, pero mostrando miedo (se queja, hay que repetirle la orden, etc.).
2 puntos: Realiza la tarea indicada sin señales de miedo.

Finalmente pídale a su hijo que señale en el termómetro la cara que refleja el grado de miedo que sintió durante la tarea y márquela en el registro.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

© Ediciones Pirámide

	Tareas	Puntuación (0-2)	Termómetro
1.ª	**Haga lo siguiente:** Coloque un juguete encima de la cama de su hijo, apague la luz de la habitación al salir y cierre la puerta dejando una pequeña rendija. Póngase enfrente de la puerta con la luz del pasillo encendida. **Diga a su hijo:** Entra en tu habitación sin encender la luz, coge el juguete que hay encima de tu cama y sácalo fuera para que veamos qué juguete es. Yo iré detrás de ti todo el rato acompañándote.		
2.ª	**Haga** igual que antes, pero ahora su hijo debe realizar la tarea sin ir acompañado por usted. **Dígale:** Entra en tu habitación sin encender la luz, coge el juguete que hay encima de tu cama y sácalo para que veamos qué juguete es. Esta vez lo harás tú solo. Yo te espero aquí fuera en el pasillo.		
3.ª	**Haga** igual que antes, pero ahora sitúense en el salón con la luz encendida. **Dígale:** Ve y entra en tu habitación sin encender la luz, coge el juguete que hay encima de tu cama y tráelo para que veamos qué juguete es. Yo te espero aquí en el salón.		
4.ª	**Haga lo siguiente:** Esconda un juguete en el armario sin indicar a su hijo la ubicación. **Dígale:** Ve y entra en tu habitación sin encender la luz, busca el juguete que he escondido y tráelo para que veamos qué juguete es. Yo te espero aquí en el salón.		
5.ª	**Dígale:** Te vas a quedar aquí solo en el salón mientras yo me escondo en tu habitación. Cuando oigas «ya», vienes, entras en la habitación sin encender la luz y me buscas hasta que me encuentres. Luego salimos los dos de la habitación sin encender la luz. **Haga lo siguiente:** Ocúltese detrás de la puerta de la habitación sin revelar a su hijo el lugar del escondite.		
6.ª	**Haga lo siguiente**: Apague todas las luces de la casa, excepto la del salón. **Dígale:** Ahora vas a ir andando despacito para no tropezar y vas a encender las luces de todas las habitaciones. Cuando hayas terminado vuelves al salón a decírmelo. Yo te espero aquí.		
	TOTAL		
Observaciones			

© Ediciones Pirámide

Prueba de aproximación conductual (Méndez)

Nombre del niño:	Fecha de la prueba:
Anotado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	

Instrucciones

Por favor, dígale a su hijo que van a efectuar unos ejercicios en los que debe tumbarse en la cama como si fuera la hora de dormir y salir de la habitación si siente miedo. **Es importante que no le ayude, ni le presione o fuerce**. Con la ayuda de un reloj con segundero cronometre desde el pasillo frente a la puerta de la habitación los segundos que su hijo permanece sin salir hasta un máximo de dos minutos y anótelos en la columna correspondiente. Después pídale a su hijo que señale en el termómetro la cara que refleja el grado de miedo que sintió durante el ejercicio y márquela en el registro.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

	Ejercicios	Segundos: 0-120	Termómetro
1.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Luz de la habitación encendida. — Puerta de la habitación entreabierta.		
2.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Lamparita de la mesilla de noche encendida. — Puerta de la habitación casi cerrada (pequeña rendija).		
3.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo encendida. — Puerta de la habitación abierta.		
4.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo encendida. — Puerta de la habitación entreabierta.		
5.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo encendida. — Puerta de la habitación casi cerrada (pequeña rendija).		

© Ediciones Pirámide

Ejercicios		Segundos: 0-120	Termómetro
6.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo apagada. — Puerta de la habitación casi cerrada (pequeña rendija).		
	TOTAL		
Observaciones			

Registro a la hora de dormir (Méndez y González)

Nombre del niño:	Fecha de la prueba:
Anotado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	

Instrucciones

Por favor, rellene esta hoja todas las noches inmediatamente después de que su hijo se haya acostado y dormido, marcando con una X la casilla que mejor refleje el grado de miedo. Si durante la noche se produce algún incidente, vuelva a realizar la evaluación. Por ejemplo, si marcó la columna «bastante miedo» y luego de madrugada se despertó asustado y se pasó a dormir a la cama de ustedes, debe borrar la marca de la columna «bastante miedo» y marcar en la columna «muchísimo miedo».

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

	Nada de miedo	Algo de miedo	Regular de miedo	Bastante miedo	Muchísimo miedo
L					
M					
X					
J					
V					
S					
D					
Observaciones					

© Ediciones Pirámide

Inventario de miedo a la oscuridad (Méndez, Orgilés y Espada)

Nombre del niño:	Edad:
Colegio:	Curso:
Fecha:	

Instrucciones

Debajo hay una lista de cosas relacionadas con la oscuridad que pueden producirte miedo. Por favor, lee con atención cada frase y tacha con una X la cara que corresponde a tu grado de miedo de acuerdo con la siguiente escala:

NADA = 
ALGO = 
MUCHO = 

CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS.

¿Cuánto miedo te da?	Nada	Algo	Mucho
1. Las personas de aspecto sospechoso.			
2. Los fantasmas.			
3. Las películas de terror.			
4. Sombras en la habitación.			
5. La preocupación de si me despertaré.			
6. La muerte (morirme o gente muerta).			
7. Los zombis.			
8. El ulular del viento.			
9. Que mis padres se vayan y me dejen solo en casa.			
10. Que alguien vaya a herirme o a estrangularme.			
11. El demonio.			
12. Ruidos fuertes como explosiones.			
13. Que a alguien de mi familia le pase algo malo; por ejemplo, un accidente.			
14. Los secuestradores o que me rapten.			
15. Los vampiros.			
16. Ir yo solo al baño o a otra habitación de la casa.			

© Ediciones Pirámide

¿Cuánto miedo te da?	Nada	Algo	Mucho
17. No poder respirar, asfixiarme.			
18. Las pesadillas.			
19. Los cuentos o historias de miedo.			
20. Ruido de pasos.			
21. Golpes misteriosos.			
22. Estar yo solo en casa.			
23. Las personas con cara de malos.			
24. Las momias.			
25. La oscuridad (habitaciones oscuras, lugares oscuros, etcétera).			
26. Perderme en un lugar desconocido.			
27. Que muera alguien de mi familia.			
28. Que un ladrón entre en casa.			
29. Los ovnis.			
30. Las escenas de miedo de la televisión.			
31. Despertarme a medianoche.			
32. Las brujas.			
33. El retumbar de los truenos.			
34. Que alguien de mi familia se ponga enfermo.			
35. Las cosas misteriosas.			
36. Dormir solo en mi habitación.			
37. Los lugares extraños.			
38. Los monstruos.			
39. Atracciones como la casa del terror.			
40. Un desconocido en la habitación.			
41. Los extraterrestres o alienígenas.			
42. Acostarme con la luz apagada.			
43. Quedarme yo solo en casa con la canguro.			
44. Los asesinos.			
45. Que mis padres se despidan de mí hasta mañana.			
46. ¿Hay alguna cosa más de la oscuridad que te da miedo?			

© Ediciones Pirámide

Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual*

2

CRISTINA BOTELLA ARBONA
ROSA MARÍA BAÑOS RIVERA
SONIA FABREGAT PRATS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Los miedos son una constante en el desarrollo de un niño. Su aparición no sólo no se considera algo patológico, sino que lo «raro» sería su ausencia. El miedo no es más que la reacción del niño ante un objeto o situación que valora como peligroso o amenazante, y que el niño dé muestras de esta reacción es de una gran importancia adaptativa y evolutiva. Así, a lo largo del desarrollo suelen aparecer una serie de miedos que se consideran «normales» y que están relacionados con el desarrollo evolutivo del niño. Por ejemplo, en los primeros meses de vida es normal que el niño reaccione con miedo ante la oscuridad y lo desconocido, ante los ruidos fuertes o inesperados, ante los movimientos repentinos, o ante un extraño. En estos primeros meses, lo único que calma la angustia del niño es la presencia de su madre. A partir de los 2-3 años, y hasta los 6-7, el contenido y naturaleza de los miedos se amplía, incluyendo miedo a los animales, a objetos «abstractos» o imaginarios (como monstruos o fantasmas), a la soledad, a elementos de la naturaleza (como truenos, relámpagos, etc.). Después de los 7 años, los temores que suelen aparecer están relacionados con el rendimiento escolar y deportivo, además de otros temores más «existenciales», como el miedo a la muerte. Todos estos miedos suelen aparecer y al cabo de un tiempo, dependiendo de la edad del niño, disminuir y desaparecer de modo normal.

Sin embargo, no en todos los casos los miedos desaparecen con la edad, a veces persisten e interfieren en la vida del niño. En estos casos, puede que nos encontremos con un trastorno de ansiedad, denominado fobia. Las fobias son temores irracionales a objetos o situaciones que no pueden ser superados con explicaciones o acciones racionales. Se trata de miedos desproporcionados, irracionales y no adecuados, ya que objetivamente no hay razones suficientes que justifiquen la reacción de miedo. ¿Cómo diferenciar el miedo de la fobia? Fundamentalmente porque en la fobia, la ansiedad interfiere en el desarrollo normal de la vida del niño y sus manifestaciones son muy intensas. En las fobias se observan respuestas de miedo que resultan desproporcionadas en relación a la situación y son desadaptativas. El niño que sufre de una fobia siente un miedo irracional y desproporcionado respecto a un objeto o situación. Aunque el niño puede llegar a reconocer que su miedo es excesivo, no puede controlar su reacción, y percibe ese objeto o situación como una «auténtica» amenaza que, por tanto, le provoca una gran angustia y pánico. Como resultado de ello, intenta evitar sistemáticamente esa situación. La gravedad del problema viene determi-

* Este trabajo ha sido posible en parte gracias a las ayudas concedidas por la Generalitat Valenciana (GV-04B-038) y por el Ministerio de Educación y Ciencia (BS02002-03425).

© Ediciones Pirámide

nada por el grado de incapacitación que ese miedo provoca en el niño.

Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia oscila entre el 5,6 y el 21 por 100 (Benjamín, Costello y Warren, 1990). Las niñas presentan una más alta frecuencia que los varones. En el caso de las fobias, se calcula que el 9 por 100 de la población infantil sufre temores que podrían calificarse como fobias. Las más frecuentes en niños son las relacionadas con animales, la oscuridad y la escuela.

Antes de aplicar un tratamiento, es necesario evaluar, además de los elementos que desdencadenan la fobia, qué elementos están implicados en su mantenimiento (por ejemplo, beneficios secundarios, etc.). Además, también es conveniente evaluar la actitud de la familia hacia este temor, ya que la reacción de los familiares puede agravar o atenuar la angustia del niño.

Los tratamientos psicológicos para las fobias específicas en niños y adolescentes suelen dar buenos resultados. La técnica de exposición, especialmente la exposición *in vivo,* es considerada el tratamiento de elección para las fobias. Esta técnica ha obtenido amplio apoyo empírico y el informe de la APA acerca de los tratamientos basados en la evidencia (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995, última actualización realizada por Woody y Sanderson, 1998) incluía la exposición como la técnica de elección para las fobias específicas. De la misma forma, en el estudio de metaanálisis realizado por Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca (2002) sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, también se concluye que los procedimientos más eficaces para tratar una amplia gama de fobias (animales ambientales, dentales, etc.) son las tácticas de exposición y la combinación de exposición más modelado. En el caso de problemas subclínicos, y especialmente en el caso de miedo a los animales, la estrategia de modelado constituía un procedimiento eficaz.

A pesar de que el tratamiento de elección para las fobias específicas es la exposición *in vivo,* esta estrategia presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, no todas las personas que sufren una fobia se benefician de la exposición *in vivo,* ya que algunas personas tienen tanto temor de enfrentarse al objeto temido que o bien rechazan este tipo de programas, o bien abandonan (Marks, 1987ab; Marks y O'Sullivan, 1992). Incluso para aquellas personas que aceptan el tratamiento, éste puede ser muy aversivo y pueden llegar a sentirse muy poco seguras, ya que no es posible afirmar con total certeza que algo no vaya a funcionar como debiera (por ejemplo, no se puede garantizar que no se pare el ascensor, o que no haya problemas técnicos en el avión o turbulencias, etc.). Estas limitaciones pueden subsanarse con el uso de las nuevas tecnologías, concretamente la realidad virtual.

La realidad virtual es una nueva tecnología capaz de crear una «realidad ilusoria». Los mundos virtuales son ambientes tridimensionales generados y mantenidos por el ordenador en tiempo real, en los que la persona puede navegar e interactuar. Por ejemplo, tocar y/o mover objetos, y lo que es más importante, ese mundo responde también en tiempo real a tales acciones.

Una de las aplicaciones que tiene esta herramienta en el ámbito de la psicología clínica es su utilización para llevar a cabo lo que se ha venido denominando «exposiciones virtuales». Este tipo de exposiciones presentan una serie de ventajas frente a las exposiciones tradicionales *in vivo* (Botella, Quero, Baños, Perpiñá, García-Palacios y Riva, 2004). En primer lugar, la seguridad que proporciona a las personas, puesto que ellas pueden controlar el contexto y el ambiente generado por el ordenador, a su voluntad y sin riesgos, ya que éste puede graduarse totalmente. Por tanto, la realidad virtual puede convertirse en un paso intermedio muy importante entre la consulta del clínico (donde la persona se siente segura y protegida) y el mundo real (que puede ser percibido de manera tan amenazante, que la persona llegue a decidir no enfrentarse con él). Por otro lado, frente a la exposición *in vivo,* la realidad virtual ofrece un mayor grado de confidencialidad, en el sentido de que el tratamiento se hace en consulta, por lo que la persona no tiene por qué temer que si la exposición se realiza en un ambiente público «pueda dar un espectáculo» o, simplemente, que los demás puedan conocer su problema.

© Ediciones Pirámide

Además, la exposición puede resultar bastante más barata, ya que se hace en la consulta del terapeuta, lo que la convierte en más rentable en términos de tiempo y dinero (por ejemplo, aviones, autopistas para que conduzcan los agorafóbicos o los fóbicos a conducir, etc.). Comparada con la exposición en imaginación, la realidad virtual es más inmersiva, ya que se estimulan varias modalidades sensoriales (auditivas, visuales y vestibulares). Esto hace que se venzan las dificultades para aquellas personas que tienen problemas a la hora de imaginar las escenas. Además el terapeuta puede saber en cada momento lo que el paciente está viendo, y por tanto puede saber con mayor facilidad qué estímulo está provocando la respuesta de miedo.

En estos momentos, existe importante evidencia acerca de la eficacia de la realidad virtual para el tratamiento mediante exposición para diversas fobias, como la acrofobia (por ejemplo, Rothbaum, Hodges, Kooper, Opdyke, Williford y North, 1995; Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, de Vries, Schuemie y Van der Mast, 2002); claustrofobia (por ejemplo, Botella, Baños, Perpiñá, Villa, Alcañiz y Rey, 1998ab; Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000), fobia a las arañas (por ejemplo, García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002), miedo a volar (por ejemplo, Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001; Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004), miedo a hablar en público (por ejemplo, Klinger, Bouchard, Légeron, et al., 2005), agorafobia (Botella, Villa, García-Palacios, Baños, Perpiñá y Alcañiz, 2004). Existen también revisiones recientes sobre los trabajos realizados en este campo (Anderson, Jacobs y Rothbaum, 2004; Botella, Quero, Baños, Perpiñá, García-Palacios y Riva, 2004; Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004; Pull, 2005).

2. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

2.1. Datos de identificación de los pacientes

Victoria y Alberto son dos hermanos de 11 y 13 años, respectivamente. Ambos vivían y estudiaban en Valencia, Victoria en un colegio público de primaria y Alberto en un instituto de secundaria. Tanto Victoria como Alberto acudieron al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaime I porque padecían un miedo intenso a los animales pequeños, especialmente a las cucarachas en el caso de Victoria, y a las arañas, en el caso de Alberto.

2.2. El problema de Victoria

Victoria dice que tiene mucho miedo a las cucarachas. Ella teme que al encontrarse con una cucaracha, ésta se le acerque y se le suba encima, Siempre que se encuentra ante este animal sale corriendo, grita asustada y pide ayuda para que maten a la cucaracha.

En cuanto a la historia del problema, Victoria cuenta que tiene miedo a las cucarachas «desde siempre» y dice no recordar ningún acontecimiento relacionado con estos animales que le desencadenara este miedo. Además informa de miedos a otros insectos, concretamente a las arañas, saltamontes, tijeretas, etc. Según ella, «tengo miedo a los bichos más feos y a los que saltan o vuelan».

El miedo de Victoria interfiere en su vida cotidiana, ya que no es capaz de pasar al lado de las alcantarillas por temor a que salga alguna cucaracha y le salte encima. Como consecuencia, evita todos los lugares donde cree que puede encontrarse alguna, como por ejemplo sótanos, garajes, etc. Victoria ha dejado de realizar actividades sociales por este hecho.

La principal conducta objetivo de terapia para Victoria era «pasar al lado de las alcantarillas». Tanto el temor que le producía esta conducta como su evitación fueron valorados como 10, en escalas de 0 a 10. Además, el pensamiento catastrófico negativo que acompañaba esta conducta era: «Va a salir alguna cucaracha y se me va a poner encima»; este pensamiento lo creía totalmente (10, en una escala de 0 a 10).

Por otro lado, junto con la terapeuta, Victoria consideró que también era importante plantearse como conducta objetivo, «matar una cucaracha». En este caso, y utilizando escalas de 0 a 10, valoraba como 10, tanto el temor que le producía esta

© Ediciones Pirámide

conducta como su evitación. En cuanto al pensamiento catastrófico negativo asociado era «la cucaracha me va a atacar», y esto lo creía con total seguridad (10).

2.3. El problema de Alberto

Alberto indica que tiene miedo a las arañas. Cuenta que lo que le da miedo que ocurra si se encuentra con alguna araña es que se lance sobre él y que le ataque, y lo que suele hacer ante la presencia de alguna araña es esconderse, salir corriendo y gritar o, a veces, quedarse paralizado.

Alberto también dice que su miedo a las arañas está presente desde siempre, y tampoco recuerda ningún acontecimiento relevante asociado a este temor. Sus padres informan que en alguna ocasión su reacción ha sido especialmente exagerada, ya que han tenido que entrar un par de veces en su habitación, a media noche, para quitar una araña muerta.

Alberto también presenta un miedo intenso a otros insectos, especialmente a las abejas y avispas. Recuerda que cuando tenía 3-4 años le picó una avispa y se le hinchó bastante la picadura. Sus padres relatan que el año anterior, en un campamento de verano, el monitor les llamó porque Alberto salió corriendo ante la visión de una avispa y se alejó una gran distancia de los demás. Según el monitor, la reacción de Alberto fue bastante exagerada.

Su miedo a las arañas le impide hacer ciertas actividades, ya que evita cualquier situación donde pueda encontrarse con alguna araña, como ir al campo, ir a excursiones con el colegio, o no entrar en sitios en los que cree que se puede encontrar arañas (por ejemplo, hacía unos días no había entrado en una cueva cuando estaba jugando con sus amigos).

La conducta objetivo principal para Alberto era «ir al campo». En una escala de 0 a 10 informaba que esta conducta le producía un 8 de temor, y valoraba como 6 la evitación. El pensamiento catastrófico negativo que acompañaba a esta conducta era «aparecerá una araña y me atacará», y valoraba como 7 la seguridad con la que creía que esto iba a ocurrir.

También consideró, junto a su terapeuta, que era relevante para él poder «matar una araña», lo que le producía un 10 de temor y evitación, y también creía con un 10 de seguridad que si intentaba matar una araña, ésta «me saltará encima».

2.4. La evaluación

La evaluación de Victoria y Alberto se realizó en una sesión individual en ambos casos por separado. La entrevista diagnóstica (SCID-IV) fue administrada una segunda vez por un evaluador independiente (un miembro del Servicio de Asistencia Psicológica) en otra sesión realizada unos días después. Los instrumentos que se detallan a continuación fueron aplicados antes del tratamiento y nada más finalizar el tratamiento.

— *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I según el DSM-IV, SCID-IV* (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, SCID-IV, First, Gibbon, Spitzer, y Williams, 1996). Es una entrevista diagnóstica semi-estructurada, en base a la cual se pueden realizar diagnósticos de trastornos psicológicos siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Se empleó el apartado para trastornos de ansiedad, y más concretamente el de fobias específicas. Además de preguntar por los criterios diagnósticos del DSM-IV para las fobias, también se les pedía que valoraran, en escalas de 0 a 10, el grado de interferencia que les producía el problema en su vida cotidiana y su grado de gravedad y, por último, se les indicaba que informaran si su fobia les había perturbado durante el último mes.

— *Test de evitación comportamental*. Esta prueba se adaptó de Öst (1989) y la usamos para medir la gravedad del miedo. Su objetivo concreto es valorar la intensidad del miedo y de la evitación ante la presencia real de los estímulos temidos. Para ello se colocó, en una habitación contigua, un recipiente cerrado con el animal temido dentro (cucaracha y araña, respectivamente) situado a cinco metros de la puerta de entrada. A los niños se les pedía que intentaran

© Ediciones Pirámide

aproximarse al recipiente y quitar la tapa, pero que podían finalizar la prueba en el momento que desearan. La prueba se puntuaba en función de la distancia a la que los niños se acercaban al recipiente, su nivel de ansiedad durante la prueba y su nivel de ejecución (por ejemplo, abrir el recipiente). Para ello se usaban los siguientes valores:
0 = «No entra en la habitación».
1 = «Se para a 5 metros del animal temido».
2 = «Se para a 4 metros del animal temido».
3 = «Se para a 3 metros del animal temido».
4 = «Se para a 2 metros del animal temido».
5 = «Se para a 1 metro del animal temido».
6 = «Se para al lado del animal temido».
7 = «Toca el recipiente».
8 = «Le quita la tapa».

— *Registros de temor y evitación y grado de creencia en los pensamientos catastróficos asociados*. Se pedía a los niños que registraran diariamente, desde el primer día de contacto, el grado de temor y evitación de la conducta objetivo establecida, así como el grado de creencia en el pensamiento asociado a ésta. Para ello se utilizaban escalas analógico-visuales (una para cada pregunta), que mostraban sólo el 0 y el 10 y entre ambos números había una línea de 10 centímetros, en la que el niño debía marcar su valoración. Para establecer la línea de base antes de empezar el tratamiento, los dos niños cumplimentaron los registros diariamente, durante 2 semanas.

— *Escalas de miedo y evitación para la elaboración de las jerarquías.* Con el fin de poder establecer jerarquías de miedo en función de diversos moduladores (distancia del animal temido, tamaño y cantidad de animales), a los niños se les pidió que valoraran en una escala que iba de 0 (sin miedo/malestar) a 10 (mucho miedo/malestar) el grado de miedo que sentían en función de si el animal era más grande o más pequeño, estaba más cerca o más lejos, y el número de animales que había. También se les pedía que valoraran el grado en que evitaban esas situaciones en función de la presencia de los moduladores, empleando también escalas que oscilaban entre 0 (ninguna evitación) y 10 (mucha evitación).

— *Escala de Adaptación (*Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J., 2000). Este instrumento evalúa el grado de interferencia que causa el problema en diferentes áreas de la vida, empleando una escala que iba desde 0 («Nada») a 10 («Muchísimo»). Esta medida se adaptó a la población infantil y se preguntó por la interferencia en las siguientes áreas (estudios, vida social, tiempo libre, vida familiar y escala global).

— *Cuestionario de miedo a las arañas (Fear Spider Questionnaire –FSQ–)*, adaptado de Symanski, y O'Donohue, 1995). Este cuestionario está compuesto de 18 ítems que plantean diversas situaciones relacionadas con el miedo a las arañas (por ejemplo, «Si me encontrara con una araña ahora, pediría ayuda a alguien para que se deshiciera de ella»). Cada ítem se evalúa en una escala de 8 puntos que va desde «0» («Totalmente en desacuerdo») a «7» («Totalmente de acuerdo»). La puntuación total máxima es de 126. Para la evaluación del miedo a las cucarachas se realizó una adaptación de este cuestionario, sustituyendo por «cucaracha» allí donde hacía referencia a arañas.

— *Cuestionario sobre creencias acerca de la peligrosidad de las arañas (Spider Phobia Beliefs Questionnaire –SBQ–,* adaptado de Arntz, Lavy, Van der Berg, y Van Rijsoort, 1993). Este instrumento consta de 78 ítems, de los cuales 42 evalúan las creencias fóbicas sobre las arañas (por ejemplo, «Es mala», «Me atacará») y los restantes evalúan la reacción que la persona piensa que tendrá al verlas (por ejemplo, «Perderé el control», «Sufriré un infarto»). Todos los ítems se valoran en una escala de 0 a 100, donde 0 es «No lo creo en absoluto» y 100 es «Lo creo totalmente». Las puntuaciones totales se obtiene calculando las medias de la subescala de creencias relacionadas con las arañas

© Ediciones Pirámide

(ítems 1 al 42) y de la subescala de creencias autorreferentes (ítems 43 al 78). La puntuación máxima en ambas subescalas es, por tanto, de 100. Al igual que en el cuestionario anterior, también se adaptó este instrumento para evaluar las creencias sobre las cucarachas, sustituyendo por este animal cada vez que aparecía la palabra araña.

— *Cuestionario de miedos (Fear Survey Schedule-II -FSS-II*, Gree, 1965). Este instrumento consta de una lista de 51 objetos y situaciones, relacionados con fobias específicas, fobia social, situaciones agorafóbicas y situaciones no típicamente relacionadas con fobias (por ejemplo, sirenas o gente fea). La persona evalúa su miedo a cada ítem usando una escala de 7 puntos, desde 0 (nada) a 6 (terror). En nuestro caso, se utilizaron sólo los 5 ítems referentes al miedo a animales, por lo que la puntuación total máxima era de 30.

Además de estas medidas, también se evaluaron otros aspectos relacionados con el tratamiento

— *Motivación hacia el programa de tratamiento*. Una vez explicado en qué iba a consistir el tratamiento, a los niños se les pedía que valoraran en escalas de 0 (nada en absoluto) a 10 (mucho, totalmente) los siguientes aspectos: el grado de motivación para empezar el tratamiento propuesto, si les quedaban dudas sobre algún aspecto del programa que iban a seguir, y el grado en que confiaban en el programa para solucionar sus problemas
— *Satisfacción con el tratamiento*. Esta medida valora en qué grado los participantes quedaron satisfechos con el programa de tratamiento una vez finalizado en una escala de 0-10, donde 0 era «Nada satisfecho» y 10 «Muy satisfecho».
— *Unidades subjetivas de ansiedad (USA*, Wolpe, 1969). Durante las sesiones de exposición, los pacientes valoraban cada cierto tiempo su nivel de ansiedad, siguiendo una escala de 10 puntos (desde 1 «Nada de ansiedad», a 10 «Ansiedad muy elevada»).

2.5. Tratamiento

El tratamiento que se eligió para ambos niños fue un tratamiento de exposición utilizando técnicas de realidad virtual, pero manejando sólo el monitor del ordenador, es decir, sin usar un casco para la visualización de los mundos virtuales. Además de las razones expuestas en el apartado anterior, consideramos que este tratamiento podría ser útil para el caso concreto de estos dos niños, debido a la confianza que decían tener en este tratamiento, y lo motivados e interesados que estaban en él, diciendo incluso que podía ser algo divertido para ellos.

A los niños, junto a sus padres, se les explicó el tipo de tratamiento que iban a recibir, así como las ventajas e inconvenientes que podía tener, y después de la explicación, los padres firmaron un «consentimiento informado» en el que afirmaban que el terapeuta les había presentado el tratamiento que sus hijos iban a recibir, con el que estaban de acuerdo y permitían la publicación de los datos que obtuviéramos en el estudio.

No se planteó ninguna restricción en cuanto a número ni frecuencia de las sesiones, por lo que cada uno de los niños recibió un número diferente de sesiones, en función de sus necesidades. El tratamiento de Victoria duró 2 meses durante los cuales recibió 7 sesiones de una periodicidad semanal aproximadamente. Por su parte, Alberto recibió tratamiento durante un mes y medio, con un total de 5 sesiones también con una periodicidad semanal.

a) *Los componentes del programa de tratamiento:* El programa de tratamiento consta de los siguientes componentes: psico-educación (que incluye información acerca de los miedos y fobias, la importancia de la evitación en el mantenimiento del problema, el papel que desempeñan los pensamientos catastróficos negativos y qué es la técnica de exposición), exposición virtual al animal temido y prevención de recaídas. La psico-educación se ofreció en las 2 primeras sesiones de tratamiento a ambos niños. En la primera sesión, se les informó

© Ediciones Pirámide

sobre las fobias, la evitación y sus consecuencias. Se les explicó que un elemento que contribuye al mantenimiento de nuestros miedos es la evitación, es decir, el no enfrentarse a las situaciones temidas. La forma más clara de evitación es no ir a la situación, no afrontarla. Por ejemplo, no realizar actividades en las que el niño cree que se puede encontrar con alguna araña, como salir a pasear por el campo, bajar al sótano, ir a mi propio jardín, etc. Aunque no hay duda de que evitar una situación temida produce cierto alivio (disminuyen los síntomas de ansiedad, desaparecen los pensamientos acerca del peligro que supone estar cerca de una araña, etc.), sin embargo, este «alivio» presenta varios problemas:

— Es momentáneo, de corta duración.
— Cada vez que se evita algo, resulta más difícil hacerle frente la siguiente vez, ya que se van perdiendo las habilidades necesarias.
— Poco a poco, se llega a desear evitar cada vez más cosas.
— La evitación impide realizar actividades que se desean hacer.
— La evitación hace que la persona pierda la confianza en sí misma, que no se considere capaz de afrontar con eficacia la situación temida.
— Impide a la persona comprobar si lo que teme es cierto o no. Esto es, la persona no puede desconfirmar la creencia acerca de la peligrosidad de la situación temida.
— En suma, la evitación reduce las probabilidades de superar el problema.

Los niños, junto con la terapeuta, realizaron un balance entre las consecuencias positivas y negativas de evitar las situaciones temidas, llegando a la conclusión de que:

— Aunque, a corto plazo, evitar suponga un alivio.
— A largo plazo, nos origina problemas importantes.

En la primera sesión también se les explicó a los niños que un elemento importante que ayuda a mantener el problema son los pensamientos negativos que se tienen sobre las situaciones temidas. En el miedo a las cucarachas y arañas los pensamientos suelen referirse a aspectos como: «me atacará», «me va a picar», etc. Se les dio información sobre cómo identificar esos «pensamientos automáticos negativos», y cómo retarlos para vencerlos. Para identificarlos, se les explicaron las características de este tipo de pensamientos, que son las siguientes:

— Son automáticos. Esto es, acuden a la mente de una forma muy rápida, dando la impresión de que no podemos controlarlos.
— Incluyen términos absolutos como: siempre, todos, nadie, etc.
— Están poco fundamentados, es decir, tienen escasas pruebas a su favor.
— Suelen predecir catástrofes, suponen lo peor.

Una vez identificados, se les explicó cómo someterlos a prueba. Para ello se les indicó que siguieran los siguientes pasos:

— Identificar lo más objetivamente posible el pensamiento y valorar en qué grado se lo cree de 0 a 100.
— Analizar las evidencias o pruebas a favor y en contra de que se cumpla o sea cierto el pensamiento.
— Pensar en cuál es la probabilidad real de que ocurra, o de que sea cierto lo que el pensamiento irracional dice.
— Pensar en posibles pensamientos alternativos más realistas.
— Desdramatizar: En el caso de que se cumpliera lo que predice el pensamiento, ¿las consecuencias realmente serían tan catastróficas?
— Preguntarse para qué sirve ese pensamiento, qué ventajas tiene el pensar de ese modo.
— Valorar de nuevo en qué medida se cree ese pensamiento (0-100).

Los niños, junto con la terapeuta, llegaron a la conclusión de que los pensamientos alternativos que habían generado podrían hacer que:

© Ediciones Pirámide

— No se desencadene una respuesta desagradable de ansiedad.
— No se abandone la situación y se esté más dispuesto a afrontar una situación similar en un futuro.

En la segunda sesión se les ofreció información acerca de qué es la exposición, para qué sirve y cómo iban a llevarla a cabo ellos mediante realidad virtual. Se les explicaba que la exposición es una técnica cuyo objetivo es aprender a afrontar las situaciones que se temen. Además, también es muy importante porque nos puede ayudar a comprobar que el peligro que tanto temíamos era inexistente. Al principio sólo la idea de enfrentarse a lo que se teme puede parecer horrible y la persona puede sentirse incapaz de hacerlo, sin embargo, no se trata de enfrentarse a todas las situaciones temidas a la vez, sino de practicar cada situación por etapas, paso a paso, haciendo primero las cosas más fáciles para ir pasando, gradualmente, a las más difíciles. También se les advertía que es normal experimentar ansiedad cuando nos enfrentamos a las situaciones que tememos. Sin embargo, después de algún tiempo, la ansiedad disminuye y llega a desaparecer. Se insistía en que un aspecto importante de la exposición es practicarla de forma regular, si es posible a diario. Si se hace así, la ansiedad será cada vez menor, aumentará la sensación de eficacia personal en esas situaciones, y encontrarse con arañas o con cucarachas no será necesariamente una situación desagradable. Por último, se enfatizaba que era muy importante la implicación e interés en la realización de la exposición. La exposición requiere dedicarle tiempo y esfuerzo para conseguir buenos resultados.

Para asegurar que los niños habían entendido la información ofrecida se les planteaban, al final de cada sesión de psicoeducación, una serie de preguntas de evaluación que debían contestar correctamente para poder continuar con los restantes componentes del tratamiento. Al final de esta segunda sesión, los niños recibieron un entrenamiento para aprender a moverse en los ambientes virtuales.

La lógica de la exposición virtual es la misma que la de la exposición *in vivo,* sólo que la primera, como ya se ha señalado, ofrece una serie de ventajas: básicamente, un mayor control, seguridad y disponibilidad de la situación temida. El primer paso para aplicar la técnica de exposición es la elaboración de la jerarquía, esto es, una lista de las situaciones concretas que evita la persona o que le causan más ansiedad. Se hace que la persona elija las que sean más importantes para ella y las gradúe en función de la dificultad que le suponga el enfrentarse a ellas. La gradación de las situaciones se realiza utilizando una escala de 0 a 10 de unidades subjetivas de ansiedad (USA). En nuestro caso, para realizar la jerarquía se tenían en cuenta los contenidos de los escenarios virtuales del programa (dichos escenarios se presentan en un epígrafe posterior).

Para llevar a cabo la exposición se comienza por exponer a la persona a las situaciones de forma gradual, empezando siempre por situaciones que produzcan niveles de ansiedad moderados (puntuaciones de 4 a 5 en una escala de 0 a 10), y posteriormente se va avanzando de forma gradual hasta superar todas las situaciones.

— Antes de enfrentarse a la situación, se recordaba a los niños el trabajo realizado junto al terapeuta acerca de los pensamientos catastróficos y se les pedía también que tuvieran presentes los pensamientos racionales alternativos.
— Durante la exposición, se les pedía que observaran el nivel de ansiedad y cómo éste iba cambiando a medida que se mantenían en la situación confrontando el elemento temido.
— Después de la exposición, se pedía a los niños que revisaran el objetivo de la sesión y valoraran si se había logrado; y que analizaran la ocurrencia de pensamientos automáticos negativos y el uso de las respuestas racionales a esos pensamientos. También se les hacía ver la relación entre los pensamientos automáticos negativos, las respuestas racionales y los niveles de ansiedad.

© Ediciones Pirámide

Finalizaba la sesión analizando los puntos fundamentales de la ejecución de los niños durante la sesión: ¿Qué he aprendido hoy?

La exposición a la situación o situaciones temidas se debe repetir tantas veces como resulte necesario. Se deben prever algunos altibajos de día en día, dependiendo del estado de ánimo de la persona. Aunque parezca que se ha superado la primera situación, hay que intentarlo algunas veces más para asegurarse, antes de pasar a la siguiente. Posteriormente, se ha de seguir exponiendo a las restantes situaciones temidas de la misma forma, hasta superar la más difícil.

En las sesiones de exposición los niños se expusieron a los insectos virtuales en un ambiente que simulaba una cocina. La terapeuta obtenía información acerca del grado de ansiedad y evitación que experimentaban los niños antes y después de cada sesión y también durante la sesión mientras se llevaba a cabo la exposición virtual a los animales temidos.

Tras terminar las sesiones de exposición, se llevó a cabo una sesión de prevención de recaídas, donde se recordaba a los niños los efectos negativos de la evitación, se les animaba a que se siguieran exponiendo a lo que todavía temían en relación al animal y se les daba información para prevenir las posibles recaídas.

Por último, la terapeuta llevó a cabo la evaluación post-tratamiento. Esta evaluación la realizó también un evaluador independiente en una sesión diferente.

b) *Los entornos virtuales:* El entorno virtual dispone de dos habitáculos: una cocina y una galería. La cocina tiene una serie de armarios colocados por encima y debajo de una encimera, sobre la cual hay unos fogones y un fregadero. Además, también dispone de diversos electrodomésticos, como una nevera, un horno, así como de una mesa con dos sillas. En la galería hay una lavadora además de otra serie de armarios, en uno de ellos se encuentra un spray que podrá emplear para eliminar al animal que teme. La mayoría de los armarios se pueden abrir y cada paciente deberá hacerlo en función del objetivo específico a lograr, por ejemplo si tiene que buscar al animal temido, coger el spray para matarlo o tirar al animal muerto en el cubo de la basura.

c) *Los niveles del programa:* El programa dispone de una serie de niveles que permiten que la exposición se pueda llevar de forma gradual en función de una serie de objetivos. En la tabla 2.1 se presentan estos distintos niveles. La terapeuta explicó a los niños los diferentes objetivos que debían superar. En primer lugar, acercarse al animal temido. Como puede verse en la tabla 2.1, la dificultad aumentaba en función de la cantidad de animales a los que tenían que acercarse los niños. El segundo objetivo era buscar y encontrar el animal temido y, finalmente, el tercer, y último objetivo era encontrar y matar a los diferentes animales que se iban encontrando en el mundo virtual.

La terapeuta también informó a los niños, antes de entrar en el escenario, qué es lo que tenían que hacer en la cocina y posteriormente les iba dando indicaciones acerca de lo que podían hacer para que, de forma gradual, se fuera avanzando en la exposición virtual para superar cada uno de los niveles. Cada sesión finalizaba cuando se había logrado superar el objetivo temido y la ansiedad había disminuido. Cuando la terapeuta lo consideraba conveniente, recomendaba a los niños repetir alguno de los niveles, algo que permite también el programa.

En las figuras 2.1 a la 2.4 se presentan una serie de imágenes del sistema de realidad virtual, ejemplificando los objetivos y los niveles que contempla el programa.

2.6. Resultados

Como se puede observar en las figuras 2.5 y 2.6, en el caso de ambos niños, las puntuaciones, tanto en el grado de temor como en la evitación y en la firmeza con que mantenía su pensamiento catastrofista («Saldrá alguna cucaracha y se me pondrá encima» o «Me saldrá alguna araña y me atacará»), se mantenían estables durante la línea base de 2 semanas y se redujeron drásticamente cuando se introdujo el tratamiento.

© Ediciones Pirámide

TABLA 2.1

Objetivos y niveles en los escenarios virtuales

Primer objetivo: Acercarse al animal. Para lograrlo se pueden establecer 3 niveles, dependiendo del número de animales a los que se puede acercar la persona:

Nivel 1: Acercarse a **un** animal pequeño.
Nivel 2: Acercarse a **dos** animales pequeños.
Nivel 3: Acercarse a **tres** animales pequeños.

Segundo objetivo: Buscar a los animales y una vez se han encontrado acercarse a ellos. Para lograrlo existen 3 niveles, dependiendo del número, del tamaño y del aspecto de los animales:

Nivel 4: Encontrar y acercarse a **un** animal **pequeño.**
Nivel 5: Encontrar y acercarse a **dos** animales **medianos** y de **peor aspecto** (arañas más peludas, cucarachas más marrones, ratones más negros).
Nivel 6: Encontrar y acercarse a **tres** animales **grandes** y de **peor aspecto.**

Tercer objetivo: Buscar al animal y una vez se ha encontrado matarlo y tirarlo a la basura. Par lograrlo existen 3 niveles, dependiendo del tamaño y del aspecto del animal:

Nivel 7: Encontrar y matar a un animal **pequeño.**
Nivel 8: Encontrar y matar a un animal **mediano** y de **peor aspecto** (la araña más peluda, la cucaracha más marrón, el ratón más negro).
Nivel 9: Encontrar y matar a un animal **grande** y de **peor aspecto.**

Además, el sistema dispone de una lupa con la que es posible ver a los animales de mayor o menor tamaño.



Figura 2.1.—Imagen correspondiente al nivel 2. Se busca al animal y, además, es posible aumentar su tamaño por medio de una lupa.



Figura 2.2.—Nivel 3, cazar el animal y matarlo. Utensilios para matar al animal.

Por otro lado, las puntuaciones en los diferentes cuestionarios utilizados se muestran en las tablas 2.2 y 2.3, donde puede observarse un descenso importante al finalizar el tratamiento.

Al observar la tablas 2.2 y 2.3 también se puede ver que ambos hermanos estaban muy motivados, además de confiar en el tratamiento que iban a comenzar. Tras terminar el tratamiento, realizaron

© Ediciones Pirámide



Figura 2.3.—Nivel 3, cazar el animal y matarlo. Aspecto del recogedor.



Figura 2.4.—Nivel 3, cazar el animal y matarlo. Aspecto del spray para matar al animal.

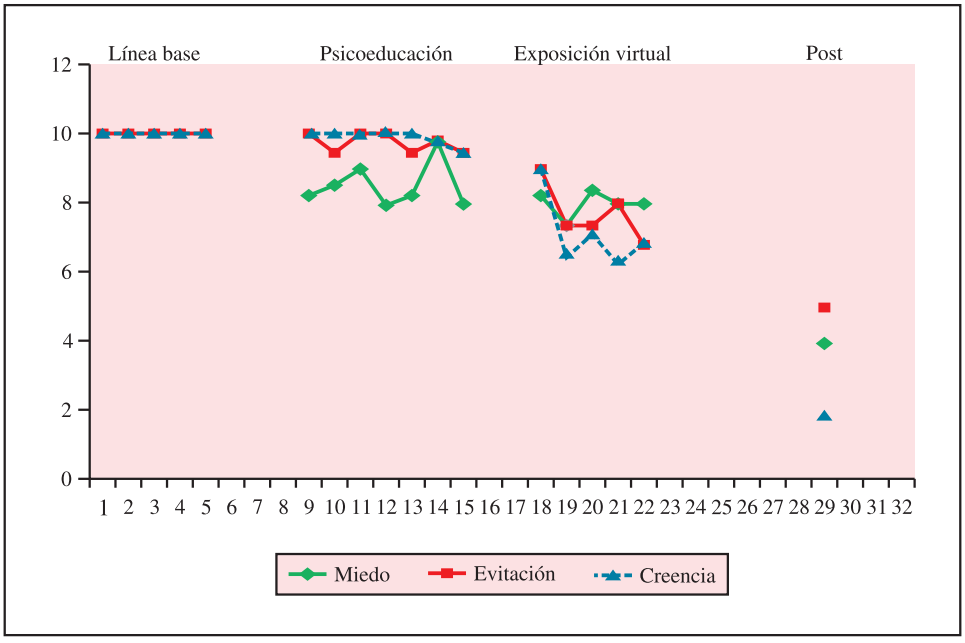


Figura 2.5.—Principal conducta objetiva de Victoria. Pasar al lado de las alcantarillas.

una valoración del mismo, y sus puntuaciones nos indican que les pareció lógico, útil y se sintieron satisfechos con el tratamiento, además de parecerles nada o muy poco aversivo.

Por otra parte, ambos niños mostraron en todo momento mucho interés en realizar el tratamiento por medio del ordenador, ya que les parecía muy atractiva esta opción, y durante el tratamiento se

© Ediciones Pirámide

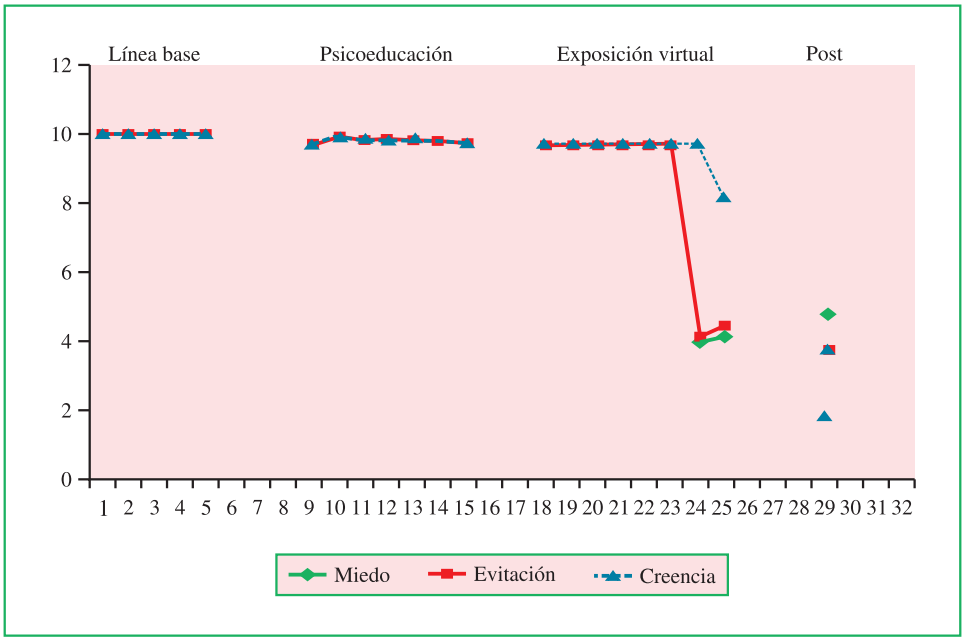


Figura 2.5.—Principal conducta objetivo de Alberto. Ir al campo.

tomaron éste como un juego. Se lo planteaban como un reto y querían ver hasta dónde podían llegar y si en esa sesión conseguían pasar el siguiente nivel. En los últimos niveles (en los que tenían que matar los insectos temidos) siguieron tomándose la tarea como un juego y esto facilitó que quisieran repetir la acción varias veces. Es más, sus padres informaron que al encontrarse con la situación en la realidad, quisieron acercarse al animal temido y también eliminarlo. Luego se mostraron muy contentos tras hacerlo y actuar de forma tan valiente. Los padres también mostraron notable satisfacción con el tratamiento que habían recibido sus hijos.

En cuanto al resto de temores a otros insectos que mostraban ambos participantes, éstos se redujeron de forma importante. Concretamente, Victoria consiguió tras el tratamiento ir a sitios donde sabía que podían haber abejas y/o avispas y enfrentarse a ellas, e incluso se animó a matar una avispa que le molestaba, y Alberto consiguió entrar en una habitación donde antes había visto una araña y toleró tocar una telaraña.

Por lo que respecta al primer objetivo de este trabajo, mostrar el programa que nuestro equipo ha diseñado para el tratamiento mediante RV para el miedo a los animales pequeños, hay que destacar que esta aplicación ha sido desarrollada teniendo en cuenta todas las características clínicas clave de este problema. El propósito de nuestro tratamiento es lograr el máximo de implicación emocional posible por parte del usuario, y para ello incluye escenarios que son clínicamente significativos. Se puede concluir que los escenarios han activado la ansiedad en los niños. Por lo que respecta al segundo objetivo fundamental del trabajo, esto es, estudiar la utilidad del sistema como procedimiento para llevar a cabo la exposición virtual, se puede concluir que por medio de la exposición a los escenarios virtuales ha disminuido de forma notable el temor que antes del tratamiento experimentaban ambos niños a los animales pequeños, ya que después del tratamiento se observó un descenso en todas las medidas (temor, evitación, creencia...), y las mejorías se generalizaron al temor experimentado por los niños a otros

© Ediciones Pirámide

TABLA 2.2

Evaluación de Victoria

		PRE	POST
Test de evaluación comportamental	Metros que se acerca	3,6	4,6
	Puntuación	4	6
Conducta objetivo Matar una cucaracha	Miedo	10	7
	Evitación	10	7
	Creencia	10	0
Adaptación (interferencia)	Puntuación total (Rango 0-60)	20	5
Cuestionario de miedo a las arañas (Fear Spider Questionnaire)	Puntuación total (Rango 0-126)	102	78
Cuestionario de creencias acerca de las arañas (Spider Phobia Beliefs Questionnarie)	Subtotal 1 (Rango 0-160)	68,45	41,67
	Subtotal 2 (Rango 0-30)	79,86	14,58
Cuestionario de miedos (Fear Survey Schedule-II)	Puntuación total (Rango 0-30)	12	3
¿Cuánto miedo siento?	Media de puntuaciones línea base (Rango 0-10)	10	1,67
¿Evito estas situaciones?	Media de puntuaciones línea base (Rango 0-10)	10	2,67
Motivación hacia el tratamiento	Motivación en el tratamiento	10	
	Dudas acerca del tratamiento	0	
	Confianza en el programa	10	
	Lógica del tratamiento		7
Satisfacción con el tratamiento	Satisfacción con el tratamiento		8
	Recomendarlo a otros		7
	Utilidad para su problema		7
	Utilidad para otros problemas		8
	Aversividad del programa		0

tipos de animales pequeños que no estaban incluidos en el sistema de realidad virtual.

Obviamente, cualquier afirmación sobre la eficacia de los programas de exposición usando RV dirigidos a niños debe tomarse con cautela, ya que los datos existentes hasta el momento son escasos y es totalmente necesario llevar a cabo trabajos con muestras mayores, utilizando diseños de grupo e incluyendo grupos control. Este mismo estudio tiene todas las limitaciones de un estudio

© Ediciones Pirámide

TABLA 2.3

Evaluación de Alberto

		PRE	POST
Test de evaluación comportamental	Metros que se acerca	2	5
	Puntuación	3	8
Conducta objetivo Matar una araña	Miedo	10	3
	Evitación	10	3
	Creencia	10	3
Adaptación (interferencia)	Puntuación total (Rango 0-60)	17	3
Cuestionario de miedo a las arañas (Fear Spider Questionnaire)	Puntuación total (Rango 0-126)	118	7
Cuestionario de creencias acerca de las arañas (Spider Phobia Beliefs Questionnarie)	Subtotal 1 (Rango 0-160)	83,83	5,95
	Subtotal 2 (Rango 0-30)	66,67	1,39
Cuestionario de miedos (Fear Survey Schedule-II)	Puntuación total (Rango 0-30)	14	1
¿Cuánto miedo siento?	Media de puntuaciones línea base (Rango 0-10)	3	3
¿Evito estas situaciones?	Media de puntuaciones línea base (Rango 0-10)	10	2,38
Adaptación (interferencia)	Puntuación total (Rango 0-60)	10	2,25
Motivación hacia el tratamiento	Motivación en el tratamiento	9	
	Dudas acerca del tratamiento	1	
	Confianza en el programa	8	
	Lógica del tratamiento	10	
Satisfacción con el tratamiento	Satisfacción con el tratamiento		9
	Recomendarlo a otros		10
	Utilidad para su problema		10
	Utilidad para otros problemas		7
	Aversividad del programa		3

de caso. Ahora bien, a pesar de todas estas limitaciones, los datos del presente trabajo apuntan a la importante contribución que puede tener en el futuro la RV para la población infantil. Además de las ventajas de la RV que ya se han puesto de manifiesto en otros trabajos para la población adulta, está el hecho de la ventaja que puede suponer trabajar con un procedimiento que los niños pueden encontrar atractivo y tener alguna connotación lúdica.

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Resolución de preguntas de autocomprobación

Conteste por favor a las siguientes preguntas (la solución se encuentra al final del capítulo):

1. La técnica de tratamiento más eficaz para las fobias específicas es:

a) La exposición.
b) El modelado.
c) La prevención de respuestas.

2. La presencia de miedos en un niño:

a) Es indicativa de la presencia de una fobia.
b) Puede ser totalmente normal, dependiendo de su contenido y de la edad del niño.
c) Augura la presencia de un futuro trastorno de personalidad.

3. Un «test de evitación comportamental»:

a) Sirve para valora la intensidad del miedo y de la evitación ante la presencia real de los estímulos temidos.
b) Evalúa las creencias y actitudes del paciente ante la evitación.
c) Evalúa las expectativas y creencias anticipatorias del miedo.

4. La realidad virtual como herramienta terapéutica:

a) Proporciona a los pacientes contextos poco seguros.
b) Es aconsejable en caso de que la persona considere la exposición *in vivo* como muy aversiva.
c) Tiene el problema de una menor confidencialidad.

2. Elaboración de instrumentos de autorregistros

Elabore una hoja de autorregistro para utilizar durante la tarea de exposición (véase el ejemplo propuesto en la tabla 2.5).

3. Discusión de tratamientos

Describa cómo llevaría a cabo este tratamiento mediante técnicas de «exposición *in vivo*».

4. Discusión sobre el tratamiento propuesto

Analice las ventajas e inconvenientes de las distintas maneras de aplicar la técnica de la exposición: *in vivo,* en imaginación, mediante realidad virtual.

Respuestas correctas de las actividades

1. Las respuestas son: a, b, a, b.
2. En la figura 2.7 se ofrece el autorregistro empleado.
3. Se tendría que elaborar una jerarquía de situaciones, teniendo en cuenta el grado de temor y evitación. Para ello se puede disponer de un «animal vivo» durante las sesiones de exposición con el terapeuta, y posteriormente pedir a los pacientes que realicen actividades durante la semana, como ir a una tienda donde vendan insectos, comprar uno de estos insectos y tenerlo encerrado en una jaula, ir a un parque con jardín en la ciudad y buscar «animales», ir de excursión al bosque con sus padres y buscar «animales», etc.
4. En la tabla 2.4 se ofrecen diversas ventajas de cada una de las tres modalidades para aplicar la estrategia de exposición.

© Ediciones Pirámide

TABLA 2.4

Comparación entre las 3 modalidades de exposición

Exposición *IN VIVO*	**Exposición en imaginación**	**Exposición en realidad virtual**
La evidencia empírica demuestra que es la técnica más eficaz.	La evidencia empírica demuestra que es una técnica eficaz.	La evidencia empírica demuestra que es una técnica eficaz.
El «criterio de éxito» de cualquier tratamiento para las fobias específicas es que el paciente se termine enfrentando a la situación real.	Posible aplicarla en situaciones en que hacerlo *in vivo* es costoso o difícil: aviones, conducir, etc.	Posible aplicarla en situaciones en que hacerlo *in vivo* es costoso o difícil: aviones, conducir, etc.
	Posible aplicarla siempre en la consulta del terapeuta y posteriormente ensayar en casa.	Posible aplicarla en situaciones en que hacerlo *in vivo* es costoso o difícil: aviones, conducir, etc.
	Asegura la confidencialidad, al realizarse en la consulta del terapeuta.	Asegura la confidencialidad, al realizarse en la consulta del terapeuta.
		Posible aplicarla en situaciones poco probables en la realidad (parada de un ascensor, gran número de insectos, etc.).
		Total control por parte del paciente y del terapeuta.

TABLA 2.5

Registro de exposición

Nombre paciente: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

Día/Hora	**Tarea exposición**	**Grado de ansiedad antes de la exposición (0-100)**	**Grado de creencia pensamiento catastrófico antes exposición (0-10)**	**Duración de la exposición**	**Ansiedad después de la exposición (0-100)**	**Creencia pensamiento catastrófico después exposición (0-10)**

© Ediciones Pirámide

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association Task force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders.* Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition,* Revised Text. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B. O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 253-267.

Arntz, A, Lavy, E., Van der Berg, G., y Van Vijsoort, S. (1993). Negative Beliefs of Spider Phobics: A psychometric evaluation of the Spider Phobia Beliefs Questionnaire. *Advanced in Behavior Research and Therapy,* 15, 257-277.

Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C. y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud, 12,* 391-404.

Benjamin, R. S., Costello, E. J. y Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders, 4,* 293-316.

Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998a). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 239-246.

Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998b). Realidad virtual y tratamientos psicológicos, *Análisis y Modificación de Conducta*, *24,* 5-26.

Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiñá, A. y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy, 31,* 583-595.

Botella, C., Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11,* 311-323.

Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y G. Riva (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron, G. Optale (eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience.* Amsterdam. IOS Press.

Botella, C., Villa, H., García-Palacios, A., Baños, R. M., Perpiñá, C. y Alcañiz, M. (2004). Clinically significant virtual environments for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *CyberPsychology & Behavior, 7* (5), 527-535.

Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 107 (26), 325-338.

Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J. y Van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 40,* 509-516.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition.* New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

García-Palacios, A., Hoffman, H. G., Carlin, A., Furness, T. y Botella, C. (2002). Virtual Reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research & Therapy, 9,* 983-993.

Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Therapy, 3,* 45-53.

Haidt, J., McCauley, C., y Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences, 16,* 701-713.

Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behaviour therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology & Behavior, 8* (1), 76-88.

Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Olafsson, R. P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, *24,* 259-281.

Marks, I. M. (1987a). *Fear, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.

© Ediciones Pirámide

Marks, I. M. (1978b). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. En S. L. Gardfield y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2.ª ed.). New York: Wiley.

Marks, I. M. y O'Sullivan, M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad.* Madrid: Pirámide.

Öst, L., Salkovskis, P. y Hellstroöm, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia, *Behavior Therapy, 22,* 407-422.

Rothbaum, B., Hodges, L. F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. y North, M. (1995) Virtual-Reality Graded Exposure in the Treatment of Acrophobia - A Case Report, *Behaviour Therapy, 26,* 547-554.

Orgilés, M., Rosa, A. I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual, 10,* 3, 481-502.

Pull, C. B. (2005). Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 18,* 7-14.

Szymanski., J. y O'Donohue, W. (1995). Fear of Spiders Questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26,* 31-34.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy.* New York: Pergamon Press.

Woody, S. R. y Sanderson, W. C. (1998). Manuals for empirically supported treatments: 1998 update. *The Clinical Psychologist, 51,* 17-21.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento de un niño con mutismo selectivo

3

JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ
ANA ISABEL ROSA ALCÁZAR
JOSÉ ANTONIO PIQUERAS RODRÍGUEZ
RAQUEL SÁNCHEZ GARCÍA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

En la descripción del trastorno vamos a seguir lo ya dicho por Olivares, Piqueras y Rosa (en prensa), introduciendo algún componente específico referido a la consideración del caso en el contexto específicamente clínico frente al abordaje en el contexto comunitario que hacemos allí.

1.1. Delimitación del trastorno

Como indica la Asociación Americana de Psiquiatría (véase, por ejemplo, APA, 2002), el mutismo selectivo es un problema de conducta que presenta como característica más relevante la inhibición selectiva del habla selectiva en contextos concretos, cuyo inicio acontece generalmente en los años preescolares, con una frecuencia de ocurrencia que justifica por sí misma la necesidad de considerar su estudio, evaluación y tratamiento psicológico.

Desde la perspectiva de la histórica hay que indicar que este trastorno de conducta fue descrito por primera vez en 1877 por Kussmaul, denominándolo «afasia voluntaria». Posteriormente, Tramer (1934) volvió a ocuparse de este trastorno, pero designándolo esta vez como «mutismo electivo», a fin de enfatizar el supuesto de que los niños elegían no hablar y limitaban su comunicación oral a personas muy íntimas y en situaciones muy específicas (siendo la más frecuente el hogar). Esta afirmación, también sostenida por los requisitos diagnósticos acordados por la APA, hizo que esta institución mantuviera de forma reiterada en las sucesivas ediciones de su «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (DSM) el término «electivo» hasta su antepenúltima edición (DSM-III-R; APA, 1987). Actualmente, el DSM-IV-TR denomina a este problema «mutismo selectivo», mientras en la CIE-10 (OMS, 1992), texto de referencia de la Organización Mundial de la Salud, se sigue calificando como «mutismo electivo». Como recuerda Gordon (2001), sigue habiendo desacuerdo en torno al término que mejor define el problema («electivo», «selectivo» o «adquirido»), lo que lleva a que sea utilizado de forma indistinta por bastantes autores. No obstante, la tendencia actual indica que la mayoría de autores prefieren el término mutismo selectivo (cf., Standart y Le Couteur, 2003).

La delimitación de este trastorno suele atender a los criterios de uno de los manuales diagnósticos al uso: CIE-10 (OMS, 1992) o DSM-IV-TR (APA, 2002), dado que no existen diferencias significativas entre ellos. Los criterios diagnósticos de ambos manuales son prácticamente idénticos. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) requiere para el diagnóstico del trastorno en su DSM-IV-TR que se cumplan los prerrequisitos que se describen en la tabla 3.1.

© Ediciones Pirámide

TABLA 3.1

Características del mutismo selectivo (APA, 2002)

a)	Una persistente negación a hablar en determinadas situaciones sociales a pesar de poder hablar en otras situaciones.
b)	Pérdida del lenguaje que interfiere en su vida cotidiana.
c)	El silencio dura al menos un mes, sin que éste se corresponda con el primer mes desde que se inició el curso escolar.
d)	La negación a hablar no es debida a una falta de conocimientos del lenguaje en esas situaciones.
e)	Esta alteración no es debida a un trastorno en la comunicación, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La consideración de los trastornos de la conducta en un contexto dimensional frente al esquema categorial de la psiquiatría permite una delimitación del concepto en términos de continuo. Una delimitación de este tipo permite sostener, como modo alternativo de delimitación, la ocurrencia de un descenso generalizado (hasta su anulación) de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (negativa persistente a hablar) en situaciones sociales específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo (excepción hecha de algún amigo y/o familiar, generalmente la madre); todo ello sin que, por otra parte, se haya podido encontrar ningún otro problema de orden psicológico, o somático, que pudiera justificarlo (Olivares, Maciá y Méndez, 1993).

Desde la perspectiva descriptiva, cabe constatar la existencia de una notable variedad de correlatos asociados al trastorno que denominamos mutismo selectivo: timidez excesiva, aislamiento y retraimiento social, negativismo, tartamudeo, ansiedad, enuresis y conducta oposicionista o manipuladora, particularmente en el contexto del hogar (v. gr., APA, 2002). Además, aunque estos niños suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, ocasionalmente pueden presentar asociado un trastorno de la comunicación (por ejemplo, trastorno fonológico o del lenguaje expresivo) o enfermedades físicas que causan alteraciones en los órganos y sistemas implicados en los mecanismos de la articulación. También puede asociarse a trastornos de ansiedad (especialmente con fobia social), con retraso mental, con los problemas derivados de la hospitalización o con estrés psicosocial grave (cf., Olivares et al., en prensa).

1.2. Datos epidemiológicos

El mutismo selectivo ocurre en un reducido número de niños, probablemente menos del 1 por 100 de los niños en educación primaria (APA, 2002). Se desconoce la frecuencia que tiene este problema en los años preescolares. No obstante, se prevé un aumento de la prevalencia en estas edades debido al incremento en el número de niños que cursan preescolar.

Con carácter general los estudios informan de una ocurrencia de 1 por cada 1.000 niños, con una prevalencia mayor en las niñas, razón 1,2-1,6:1 (Kumpulainen et al., 1998; Steinhausen y Juzi, 1996). No obstante, tanto las distintas revisiones llevadas a cabo sobre este problema (así, Labbe y Williamson, 1984; Olivares, Macià y Méndez, 1993, o Wright, Holmes, Cuccaro y Leonhardt, 1994) como los estudios epidemiológicos permiten concluir que la frecuencia de ocurrencia parece depender tanto de la edad de los sujetos de las muestras como de la delimitación y operacionalización del problema, así como del tipo de mutismo. Esta variabilidad en las cifras encuentra su refrendo en los estudios que constatan que la tasa de prevalencia del mutismo selectivo en muestras comunitarias obtenidas en el contexto escolar es mucho mayor que en muestras clínicas (v. gr., Kumpulainen et al., 1998; Standart y Le Coutier, 2003), debido probablemente al hecho de que en general los adultos tendemos a ser más sensibles a los problemas de los niños cuando se presentan por exceso que cuando lo hacen por defecto, tal cual es el caso que nos ocupa.

En cuanto al género, los estudios muestran que la frecuencia de ocurrencia del mutismo selectivo parece ligeramente mayor en las niñas que en los

© Ediciones Pirámide

niños. Olivares, Macià y Méndez (1993) informan una proporción del 66 por 100 para las niñas y de un 33 por 100 para los niños.

1.3. Modelos explicativos

Centrándonos en los aspectos relativos a la génesis, se han propuesto múltiples factores como variables explicativas que podrían estar implicadas en el inicio del mutismo selectivo. Este conjunto de factores explicativos pueden agruparse en dos modelos con base experimental que, además, hacen referencia a la controversia generada acerca de si existe un perfil único o si hay diferentes tipos de mutismo: la perspectiva biologicista y la psicológica.

La línea biologicista plantea la hipótesis de que existe una base orgánica en la etiología del mutismo o al menos una relación con el retraso psicomotor o la inmadurez en el desarrollo (Black y Uhde, 1995; Kolvin y Fundudis, 1981). Si bien por definición no debe existir ninguna causa orgánica que lo justifique, algunos investigadores han hallado relaciones entre este trastorno y determinadas alteraciones cromosómicas, tales como el síndrome de X frágil (Hagerman, Hills, Scharfenaker y Lewis, 1999) o la alteración del cromosoma 18 (Grosso, Cioni, Pucci, Morgese y Balestri, 1999; Simons, Goode y Fombonne, 1997). Por otra parte, han visto la luz varios trabajos que tratan de establecer una relación entre el mutismo y las alteraciones de la fosa posterior, concretamente por afectaciones tumorales o por otra causa relacionada con el cerebelo (v. gr., Gordon, 2001). Otra línea argumental relacionada con este tipo de propuestas habla de que existe una predisposición biológica para desarrollar el mutismo selectivo, concretamente el rasgo temperamental catalogado como «inhibición conductual» (véase Drewes y Akin-Little, 2002). Los resultados de estos estudios no son claros ni concluyentes al respecto.

En cuanto a la perspectiva psicológica, el supuesto común a todas las explicaciones conductuales es que el mutismo selectivo es una respuesta aprendida, en cuya adquisición y mantenimiento pueden intervenir procesos de condicionamiento directo (clásico y operante), procesos de aprendizaje vicario y de transmisión de la información. Una propuesta explicativa de este orden es la formulada por Olivares, Méndez y Macià (1996); se trata de un modelo explicativo multicausal y multidimensional, que incluye dentro del proceso una fase de vulnerabilidad a la que le siguen otra génesis y una tercera de desarrollo y mantenimiento de este problema de conducta. Las propuestas psicológicas no excluyen la participación de las variables biológicas o variables relativas a la predisposición individual para condicionar respuestas de ansiedad en tanto que así como la ocurrencia de otros factores ambientales que pudieran actuar como facilitadores de la génesis y/o moduladores del mantenimiento del trastorno.

1.4. Los tratamientos

Respecto al tratamiento del mutismo selectivo, los datos aportados por las revisiones realizadas sobre la literatura científica en este campo ponen de manifiesto la relevancia de las técnicas conductuales y especialmente de las operantes (v. gr., Labbe y Williamson, 1984; Olivares, 1999, u Olivares, Macià y Méndez, 1993). Concretamente, la mayoría de procedimientos de tratamiento eficaces han implicado técnicas de terapia de conducta que incluyen el reforzamiento, el desvanecimiento estimular, la economía de fichas, el moldeamiento y la instigación (Sheridan, Kratochwill y Ramírez, 1995). Como norma general, se puede sostener que, cuando el sujeto todavía habla a una o más personas, al menos en una situación, los tratamientos psicológicos que conllevan la exposición del sujeto son los que han resultado más útiles (en combinación con el manejo de contingencias) para lograr tanto el incremento como la generalización del habla espontánea. Sin embargo, el tratamiento del mutismo selectivo no siempre ha arrojado resultados tan positivos como los que se pueden aventurar hoy si se sigue una estrategia de detección e intervención temprana, o si la solicitud de ayuda se produce sin que medie una excesiva demora entre el inicio del problema y su tratamiento (véanse Carr

© Ediciones Pirámide

y Afnan, 1989, u Olivares, Méndez y Bermejo, 2002). De esta forma se mitiga el efecto negativo de la demora en la solicitud de tratamiento en la eficacia de la intervención (cf., Labbe y Williamson, 1984), reduciendo los costos generados en términos de padecimiento subjetivo y los importantes problemas de adaptación consecuentes (Olivares, Rosa y García-López, 2002).

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

2.1. Identificación del caso

Juan Carlos es un niño de 7 años que cursa primero de Educación Primaria. Convive con su padre de 37 años, su madre de 36 años y una hermana de 10 años de edad. El nivel educativo de los padres es medio (ambos son bachilleres) y su estado económico medio-alto. Viven a las afueras de la ciudad, en una pequeña urbanización. El ambiente familiar es bueno. Juan Carlos mantiene una relación más estrecha con su madre y una relación basada sobre todo en el juego con su hermana. El padre de Juan Carlos acudió al psicólogo en una ocasión por una depresión ocasionada por problemas laborales hace tres años.

2.2. Motivo de la consulta

Los padres decidieron solicitar ayuda psicológica tras la orientación del psicólogo del colegio que insistía en el sufrimiento que experimentaba el niño cuando tenía que participar en la presentación de las tareas escolares, participación en la elaboración de trabajos en clase y cuando tenía que relacionarse con sus compañeros y los profesores del centro. Juan Carlos daba muestras de rechazo escolar, aislamiento y retraimiento social. No hablaba con nadie en el colegio; se limitaba a señalar con gestos lo que quería, así como asentir o negar con la cabeza cuando tenía que responder alguna pregunta. Sólo contestaba verbalmente a su tutor utilizando monosílabos y siempre que estuvieran en privado.

El psicólogo del centro educativo nos informó que no existían problemas relacionados con el deterioro cognitivo, el CI de Juan Carlos si situaba dentro de la zona media-alta de la normalidad estadística.

2.3. Historia del problema

Los padres y profesores coinciden en que Juan Carlos «desde siempre» se ha mostrado «poco participativo», «callado» y «retraído», tanto con adultos como con iguales. Juan Carlos tuvo un desarrollo del lenguaje normal y su desarrollo motor y autonomía personal (capacidad para vestirse, comer, ir al aseo, etc.) están dentro de lo esperado para su edad cronológica y grupo cultural de referencia.

Juan Carlos no fue a la guardería; accedió a los 3 años directamente a la Educación Infantil. En el aula destacaba su inhibición conductual del resto de los compañeros de clase, ya que prefería trabajar o jugar en solitario; lloraba o gritaba cuando algún compañero lo interrumpía. Con su tutora se comunicaba mediante signos y breves vocalizaciones. A partir de los 4 años fue progresivamente inhibiendo el habla espontánea hasta que al inicio de Primaria (6 años) era casi nula durante su estancia en el aula, a pesar de que Juan Carlos se comunicaba verbalmente de manera espontánea con su madre, si estaban en casa. En el colegio responde en ocasiones a su tutor cuando están solos. Al inicio del curso, Juan Carlos respondía a la mayor parte de las preguntas o intentos de comunicación de sus iguales y profesores con el uso de monosílabos y gestos. A partir de entonces el habla pasó a ser sustituida por gestos y sonidos. La anulación del habla espontánea y el uso restringido de monosílabos con su tutor no coincidió con ninguna circunstancia significativa de la que se tenga constancia.

2.4. Repercusiones negativas

En Juan Carlos, como en el resto de los niños que presentan este trastorno de la conducta, las

© Ediciones Pirámide

consecuencias del mutismo resultaban altamente desadaptativas. Entre sus efectos negativos se hallaban los generados por el aislamiento, el olvido y el rechazo por parte de alguno de los compañeros; déficits y/o carencias de los repertorios básicos de conducta implicados, tanto en las habilidades sociales necesarias para la defensa de los propios derechos como el inicio, mantenimiento o recuperación de una relación social, así como los implicados por los déficits instrumentales generados por reducción del rendimiento escolar, lo que limitaba a su vez las posibilidades de incrementar sus repertorios básicos de conducta. A todo ello hay que unir el elevado sufrimiento de los padres y el propio padecimiento de Juan Carlos.

2.5. Evaluación

Para una aproximación más extensa y pormenorizada a las peculiaridades que presenta el proceso de evaluación cognitivo-conductual del mutismo selectivo puede consultarse el trabajo de Olivares, Rosa y Piqueras (2005).

2.5.1. *Selección de instrumentos de evaluación*

La evaluación conductual de los problemas infantiles, al igual que la evaluación de los problemas en sujetos adultos, no termina con la puesta en práctica de una estrategia de tratamiento, sino que forma parte de un proceso continuo de toma de decisiones. Asimismo, en el caso de la evaluación particular del mutismo selectivo, como en el caso de cualquier otro problema de conducta, se deben cumplir los objetivos, fases y etapas propios de la evaluación conductual (véanse Fernández-Ballesteros, 1994, u Olivares, Méndez y Rosa, 2001). El terapeuta de conducta ha de tener presentes aquellas variables que acontecen en el contexto de la evaluación infantil y que determinarán, al menos en parte, los objetivos característicos de la evaluación/tratamiento del mutismo selectivo (Olivares, 2003, Olivares y Méndez, 1998, u Olivares et al., en prensa). Éstos son los siguientes:

1. Poner más énfasis en la compresión de la familia y del niño que en las comparaciones nomotéticas que describen a los sujetos en relación a las normas del grupo. En este sentido se tuvieron en cuenta las creencias y expectativas de los progenitores de Juan Carlos, así como la propia dinámica de relación de la familia con el niño y entre sí.
2. Centrar la atención en el papel de las variables situacionales y contextuales sobre el comportamiento, así como en la necesidad de comprender el papel de estas influencias cuando se diseñan tratamientos que quieren ser eficaces. En nuestro caso se exploró el comportamiento del niño en el contexto escolar y familiar.
3. Tener presente la evolución del niño, lo que supone, a menudo, detectar cambios en la conducta, las cogniciones y las emociones tanto del niño como de la familia, por lo que es importante evaluar patrones de comportamiento a lo largo del tiempo, así como consistencias situacionales más generales en el contexto escolar, familiar, etcétera.
4. Utilizar un enfoque multimétodo, lo que implica el uso flexible de diferentes informadores (en nuestro caso el profesorado y la familia), así como una variedad de procedimientos que incluyan observaciones, entrevistas y cuestionarios; en nuestro caso se realizó una entrevista a los padres de Juan Carlos («Entrevista abreviada para padres» —Olivares, Piqueras y Rosa, 2003—), con el fin de determinar los antecedentes de la conducta problema (externos), así como procedimientos de registro de lápiz y papel y grabaciones audiovisuales. Los instrumentos de lápiz y papel que se incluyeron son los que recogemos en Olivares (2005): el «Cuestionario exploratorio del miedo desproporcionado a hablar», «Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar»; modelos de re-

© Ediciones Pirámide

gistro de las respuestas de escape/evitación ante personas extrañas, frente a personas conocidas en lugares extraños ante personas conocidas en presencia de extraños y, asimismo, el «Registro general de las respuestas de miedo» y la «Escala de registro de las respuestas motoras». Los padres de Juan Carlos realizaron una grabación audiovisual en casa (durante la comida del mediodía los sábados y los domingos) y su tutor en el centro (en su clase). En ambos casos con cámara oculta, previo consentimiento firmado por los padres. En casa la cámara estaba situada a cuatro metros de distancia de la mesa del comedor; los padres iniciaban la grabación antes de que Juan Carlos y su hermana estuvieran sentados en la mesa, previamente con el zoom centraban la imagen para tener un plano medio en que estaban incluidos ambos padres y los hijos, ocupando la posición central del plano Juan Carlos. En el centro fue su tutor quien situó la cámara oculta dentro de un falso libro en la estantería a cuyo lado se sentaba Juan Carlos. El pupitre de Juan Carlos se situaba a espaldas de una de las ventanas de la clase, frente al lado derecho de la mesa de su profesor y dejando a su izquierda la estantería en la que estaba la cámara y a su derecha el resto de sus compañeros. Estos registros audiovisuales se complementaron con los datos provenientes de las entrevistas y registros (véase Olivares, 2005), todos los cuales confirmaron que el problema no se circunscribía al centro de enseñanza y a la casa, aunque tuviese en estos contextos su mayor impacto por razones obvias: era donde pasaba la mayor parte del día. Los datos de la evaluación inicial confirmaron la existencia de un cuadro de mutismo selectivo que cumplía los criterios requeridos por el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Finalmente, realizamos un test sociométrico en la clase de Juan Carlos que nos permitió conocer su posición en el contexto de la clase: rechazos, aceptaciones, subgrupos, líderes, elecciones, etc.

2.5.2. *Análisis topográfico*

Los datos proporcionados por la evaluación pusieron de manifiesto que Juan Carlos no se dirigía verbalmente ni a sus compañeros, ni a sus profesores, ni a otros niños o adultos de manera espontánea; respondía con palabras aisladas y monosílabos a algunas de las preguntas que su tutor realizaba en clase si éste insistía de manera reiterada, en cambio le respondía a la mayor parte de las preguntas relacionadas con las materias escolares como personales, pero fuera del aula y mediante gestos y monosílabos. Los gestos, muecas e incluso los sonidos guturales los empleaba siempre que le era posible como sustitutos del lenguaje oral.

En el contexto familiar, Juan Carlos hablaba de manera espontánea con su madre, padre y hermana, pero no en el recinto del centro escolar. Allí, Juan Carlos sólo susurraba palabras al oído de su mamá; únicamente cuando creía que estaban solos era cuando su habla podía ser algo audible a más de dos metros de distancia si todo estaba en silencio en el aula y en el centro educativo.

2.5.3. *Análisis funcional*

Cuando Juan Carlos se encuentra ante cualquier situación en la que se espera que responda oralmente o se le solicita explícitamente que lo haga, se desencadena en él una respuesta de ansiedad que conlleva como componente motor tanto el incremento de la tensión muscular como posiciones forzadas de piernas, manos, labios, etc., que se acompañan de respuestas de escape parcial o de carácter defensivo tales como «dejar de mirar» o agachar la cabeza; en el ámbito psicofisiológico puede constatarse tanto un incremento del flujo sanguíneo en su cara («se enrojece», nos decía su profesor) como de su tasa cardíaca (su profesor nos indicaba que él había comprobado poniéndole la mano en el pecho que cuando tenía que hablar el corazón «parecía que se le iba a salir»), y una elevadísima sudoración palmar (las grabaciones nos

© Ediciones Pirámide

permitieron constatar cómo desplazaba las manos sobre los pantalones para secarse el sudor). No dispusimos de mucha información relativa al componente cognitivo, pese a que lo intentamos por medio de la madre, a fin de que Juan Carlos informara de «lo que le pasaba por la cabeza» cuando tenía que hablar; sólo pudimos saber que lo pasaba muy mal y creía que no iba a poder hablar. Este estado de malestar puede llegar a alcanzar en el ámbito clínico la categoría de un cuadro de ataques de pánico en el caso de Juan Carlos, habida cuenta de las descripciones que hacían tanto la madre del niño como su profesor cuando se le exigía que hablara en lugares extraños o en presencia de extraños. Desde nuestro punto de vista, tal estado de malestar tenía en el refuerzo positivo y negativo las variables determinantes de su mantenimiento. Así, cuando el niño era requerido para hablar o él suponía que se le iba a requerir, se producían siempre dos acontecimientos: el niño lograba no hablar dando respuestas de escape parcial (no mira, usa gestos, se limita a emplear monosílabos sin mirar a su interlocutor, etc.) o total (huida brusca), y tanto los adultos que estaban presentes como sus compañeros no sólo le mostraban una y otra vez su compresión, sino que en el caso de los adultos, tal estado iba seguido de caricias, expresiones tales como «no te preocupes, ya verás como podrás hablar», etc. Hay que recordar que el adulto también se ve reforzado negativamente en su comportamiento cuando mediante su acción logra que el niño se vaya tranquilizando. Ello hacía que los niños no intentaran hablar por Juan Carlos para que éste no lo pasase mal, que avisaran a quien se dirigía a él indicándole que no hablaba, a fin de que no le insistiera, que no lo invitaran a jugar en el patio ni se plantearan que podía participar en la realización de tareas escolares comunes, etc. La consecuencia de todo ello era el aislamiento al que se había sometido Juan Carlos y que era mantenido tanto por su propio comportamiento como por el de sus compañeros, y los beneficios que seguían a la ausencia de habla (no hacía todos los deberes, no tenía que leer en voz alta, se le excusaba que no preguntase las dudas, el profesor lo tenía sentado cerca de él, etc.).

Al mantenimiento del problema también contribuían la ausencia de información tanto respecto al trastorno como sobre lo que habían de hacer los padres y los profesores. Esta ausencia de información es sustituida por creencias («Con el tiempo se pondrá bien»; «Los niños maduran a distintas velocidades, por lo tanto si no le interferimos logrará superar el miedo por él mismo»; etc.). Para un listado más completo de las variables que participan en el mantenimiento de este trastorno puede verse el modelo explicativo propuesto por Olivares, Méndez y Macià (1996).

2.5.4. *Formulación de objetivos*

A la luz de los datos y relaciones puestos de manifiesto por la evaluación (análisis topográfico y funcional) formulamos el logro de los siguientes objetivos en relación con el caso:

- Proporcionar información y explicación sobre el proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno a padres, profesores y personal auxiliar del centro educativo.
- Instruir a los adultos que se relacionan cotidianamente con el niño sobre cómo y cuándo han de actuar para favorecer la recuperación de la normalidad en el uso del habla de Juan Carlos.
- Lograr la ocurrencia de habla espontánea en el aula entre Juan Carlos, compañeros y profesor.
- Lograr la ocurrencia de habla espontánea en el aula entre Juan Carlos, compañeros, profesores y personal auxiliar, en el patio de recreo del colegio.
- Incrementar la relación social (habla y juego) de Juan Carlos con sus compañeros, tanto en el aula como en el patio de recreo.
- Generalizar la comunicación a todo el contexto escolar y extraescolar.

2.6. Tratamiento

Habida cuenta que el mutismo selectivo es un trastorno que afortunadamente ya cuenta con evi-

© Ediciones Pirámide

dencia empírica suficiente sobre la bondad de algunos de los tratamientos que han sido empleados en su solución, en este caso procedimos a la selección del tratamiento conjugando tanto los resultados de los análisis topográfico y las relaciones establecidas a partir del análisis funcional como la evidencia disponible respecto de la bondad de los tratamientos ya refrendados, y nuestro propio modelo explicativo. Todo ello nos permitió elaborar un tratamiento multicomponente que pasamos a describir a continuación.

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos se diseñaron dos momentos diferenciados en la aplicación del tratamiento: i) Uno destinado a transmitir información tanto a los padres como al personal del centro educativo que se relacionaba directa y cotidianamente con Juan Carlos, que se acompañó con el modelado de los comportamientos deseables y no deseables respecto del niño; ii) El otro centrado en el tratamiento de la inhibición del habla.

Para la primera tarea utilizamos tanto el trabajo de Olivares (2005) como el de Olivares, Méndez y Macià (1996). Para la segunda empleamos un paquete de tratamiento multicomponente que se aplicó en dos fases cuya duración total fue de 11 semanas. La primera fase incluyó desde la primera hasta la séptima semana de tratamiento; la segunda fue desde la octava hasta la décima semana de tratamiento. En la primera fase el tratamiento estuvo integrado por desvanecimiento estimular, instigación verbal y refuerzo positivo; en la segunda se unió a estos componentes la economía de fichas y la exposición, ante el grupo-clase, a través de la visualización del grupo de grabaciones realizadas con cámara de vídeo en el aula, en las que Juan Carlos hablaba de forma audible a otros tres compañeros de clase (Pedro, Víctor y Antonio) mientras que realizan un mural con el fin de tenerlo disponible para la celebración del Día de la Paz. La elección de estos tres compañeros se realizó a partir de los datos proporcionados por el test sociométrico.

En el curso seguido por el proceso de la aplicación del tratamiento para la desinhibición y generalización del habla en el centro educativo podemos distinguir dos fases. Veámoslas.

Primera fase

Se formó al tutor de Juan Carlos para que actuase de co-terapeuta y se informó a los padres que Juan Carlos debía permanecer una hora más después de clase para comenzar con el tratamiento. Antes de realizar el tratamiento, durante la fase destinada a proporcionar información a los adultos, nos pusimos en contacto con el profesor-tutor del niño y le propusimos participar en el tratamiento del problema porque entendíamos que, una vez realizado el análisis funcional, la modalidad de tratamiento más pertinente debía de incluir desvanecimiento estimular (era la única persona a la que todavía hablaba algo en el centro). El profesor aceptó colaborar. Le explicamos con detalle los procesos y contenidos de los mecanismos que operan en la génesis, desarrollo y mantenimiento del mutismo selectivo, así como los del tratamiento; de igual modo, se le resolvieron pormenorizadamente las dudas que surgieron, se le dieron instrucciones específicas y se le modeló cómo debía de actuar y cuándo debía de hacerlo durante el entrenamiento en el manejo del refuerzo social (sonrisa, gestos de aprobación, caricias, etc.) y la instigación verbal.

1.ª semana. Aplicación del tratamiento propiamente dicho.

Juan Carlos se queda en clase solo con su profesor de 12 a 13 horas, en horario de tutoría. Durante esta hora el tutor utiliza como mediador la actividad del dibujo en la que su alumno es brillante y disfruta. Durante esta semana, aplicando la instigación verbal y el refuerzo social, logra que el habla de Juan Carlos resulte audible a un metro de su pupitre (cámara de vídeo). El jueves de esta semana Juan Carlos formula por primera vez una pregunta a su profesor (habla espontánea) respecto de si puede ir al aseo. El viernes también se produce habla espontánea en cuatro ocasiones.

2.ª semana. Iniciamos el desvanecimiento propiamente dicho. Introducimos en la clase a Pedro, un compañero de Juan Carlos. Pedro (compañero de pupitre) es el único niño con el que ocasionalmente se relaciona, aunque tampoco le habla. Pe-

© Ediciones Pirámide

dro se queda haciendo trabajos que su tutor le ha asignado para realizar durante la hora de tutoría; se sitúa el primer día, lunes, al final de clase, en el extremo de la diagonal en la que está Juan Carlos, pero mientras que éste mira a la mesa del profesor aquél mira al patio de recreo. El martes ocupa el mismo sitio, pero mirando hacia donde está Juan Carlos y el profesor. El miércoles, Pedro sigue situado en la diagonal y mirando hacia ambos, pero en la mitad de la clase. Hasta aquí el cambio de posición de Pedro sólo se produce cuando el habla de Juan Carlos con su profesor es audible a un metro. El miércoles, a petición e instigación del profesor, aprovechando que Juan Carlos se ha dejado el sacapuntas en su casa, éste, desde su sitio, le pide a Pedro «¿Me puedes dejar el sacapuntas?» varias veces hasta que el profesor considera que Pedro lo ha oído (la grabación a un metro confirma la audibilidad de la petición). En ese momento Pedro, por indicación del tutor, se desplaza hasta la mesa de Juan Carlos y le da el sacapuntas. El tutor le pide que se quede allí con Juan Carlos y prosigue hablándole a éste hasta que sus respuestas son audibles. De forma espontánea Pedro interviene en las preguntas y respuestas y, por primera vez, Juan Carlos contesta a Pedro en presencia del tutor (tras la instigación verbal de éste utilizando tanto el refuerzo social como expresiones del tipo «¡Hombre, contéstale! Si él ya te ha oído hablar y además te quiere mucho. Es tu amigo», etc.). El jueves y el viernes el profesor los sienta juntos de 12 a 13 horas, uniendo ambos pupitres, y prosigue su tarea de preguntas, refuerzo e instigación. En estos dos días logra que los dos niños se pidan lápices de colores, sacapuntas y borrador (el tutor sólo dejaba en la mesa un juego de lápices, un borrador y un sacapuntas). El viernes, transcurrido el primer cuarto de hora, el tutor empezó a ocuparse de sus asuntos (corregir cuadernillos de escritura, cálculo, etc.) a la vez que, de vez en cuando, se volvía a sentar con ellos y les hacía que se preguntaran y pidieran el uno al otro algo (el tiempo acordado fue de cinco minutos de relación y diez sin prestarles atención; dos veces).

3.ª semana. El lunes el profesor pide a ambos niños (Juan Carlos y Pedro) que hagan un dibujo libre conjuntamente. Fija como criterios que pinten alternativamente (uno mira el otro dibuja, y viceversa) y que el cambio se produzca cada vez que él lo indique (al menos una vez cada diez minutos); Juan Carlos ha de decirle a Pedro o Pedro a Juan Carlos (alternativamente) qué es lo que va a dibujar o a añadir al dibujo ya realizado y por qué lo va a hacer. Inicialmente, Juan Carlos se resiste. De hecho, el lunes se niega a hablar, pero el martes termina haciéndolo tras la instigación de su profesor de manera algo más fluida en cada turno. El resto de la semana se prosigue con la misma tarea, pero el profesor va limitando su intervención a intervalos temporales cada vez mayores, dedicando el resto de tiempo a sus tareas; el jueves el profesor se dedicó a ordenar los «rincones» del centro de lectura, manualidades, etc., situados en la zona media de la clase. El viernes se entretuvo la mayor parte del tiempo (45 minutos) ordenando la biblioteca infantil situada a ambos lados de la puerta de la clase (en el extremo opuesto en el que estaban ambos niños). El «desplazamiento» del tutor (desvanecimiento) se fue produciendo en la misma medida en que los niños incrementaban el intercambio de respuestas y éste era más audible.

4.ª semana. El profesor informa a Juan Carlos y Pedro que la clase tiene que hacer varios murales para el Día de la Paz. Les pide que comiencen ellos inconveniente de comenzar a realizar uno, dado que a ambos les gusta mucho dibujar. Pedro se pone «manos a la obra» que quiere y al final Juan Carlos también accede. El mural se presenta plegado (60 cm × 1 m) para que quepa en la mesa que forman ambos pupitres, pero tiene una superficie de 2 m de largo por uno de ancho. Sólo se utilizan lápices de colores, sacapuntas y borrador. Se sigue la misma regla que la semana previa: cada uno tiene que explicar al otro lo que va a dibujar y por qué, como mínimo cada diez minutos (momento en el que se deja de pintar para que el otro lo pueda hacer). De nuevo el primer día, el lunes, Juan Carlos se resiste, pero al final el habla es fluida. El martes el tutor le pide a otro niño de la clase que se quede con él de 12 a 13 horas para ayudarle con el trabajo de la biblioteca. Se trata de Víctor. Pedro y Juan Carlos siguen con su tarea mientras que Víctor

© Ediciones Pirámide

y el profesor están en el otro extremo de la clase. El profesor sigue utilizando la instigación y el refuerzo social, así como el cambio en tiempo de dibujo y el cumplimiento de los requisitos. El miércoles, una vez que los niños ya han hablado de forma audible ante Víctor de manera reiterada, el tutor le sugiere a Juan Carlos y Pedro que si se puede incorporar Víctor a la tarea del mural, dado que ya no tiene trabajo para él en la biblioteca. De nuevo Pedro toma la iniciativa y tras instigación Juan Carlos también accede. Jueves y viernes los tres niños siguen confeccionando el mural mientras que el profesor, desde el fondo de la clase, les solicita el cambio y el cumplimiento de los criterios en el intervalo temporal fijado.

5.ª y 6.ª semanas. El profesor procede de la misma forma pero incorporando a un nuevo niño de la clase el lunes: Antonio. Se amplía la mesa de dibujo incorporando los pupitres de Víctor y Antonio. Se mantienen los criterios de turno, descripción y explicación de lo que se va a añadir. El jueves de la sexta semana el profesor expresa al grupo su admiración por el trabajo que están realizando «todos» y les pide permiso para grabar con su cámara de vídeo el mural y a ellos mientras que lo están haciendo para que lo pudieran ver sus compañeros el viernes de la siguiente semana. Todos tienen que dar su consentimiento; pese a sus reticencias, la «presión de grupo» hace que Juan Carlos también acceda. El viernes, durante el recreo, el profesor situó la cámara de vídeo a dos metros de la mesa de dibujo, entre un mapa de las autonomías y una pantalla de proyección, pero sin grabar.

7.ª semana. Se procedió como durante las semanas 5.ª y 6.ª La grabación acordada se realizó el miércoles; lunes y martes la cámara no grabó. El jueves se realizó el montaje de la cinta del modo siguiente: del total de cinta de vídeo grabada se seleccionaron diez minutos. Estos diez minutos incluían un montaje donde aparecían los cuatro niños hablando (explicando lo que iban a hacer y por qué) y los trozos de mural que cada uno de ellos había ido realizando. Los padres y el centro estuvieron en todo momento informados del procedimiento. El viernes, veinte minutos antes de salir al recreo, el tutor informó a la clase del trabajo tan excelente que habían estado haciendo sus compañeros. Les indicó también que había pedido permiso a éstos y se lo habían concedido para que pudiera verlo toda la clase. Acto seguido les puso el vídeo con la grabación y todos pudieron ver el mural y a Juan Carlos hablando. Los efectos que ello generó en la clase fueron de desconcierto inicial entre sus compañeros y luego de aproximación, preguntas e invitaciones. No obstante, los efectos en relación con el habla de Juan Carlos no fueron positivos ni durante el tiempo de trabajo en la tutoría terminando el mural ni durante el recreo en las dos variables dependientes medidas —habla y juego— (véanse tabla 3.2 y figura 3.1).

Segunda fase

8.ª y 9.ª semanas. El lunes de la octava semana, tras la exposición simbólica del viernes y una vez acabado el mural, el tutor propone una nueva tarea a Juan Carlos, Pedro, Antonio y Víctor: realizar un puzzle gigante de dificultad alta para niños de 7 años. En esta ocasión cada miembro del grupo debía poner una pieza, tras explicar previamente al grupo el porqué la elegía. La tarea se prolongó a lo largo de la semana durante 30 minutos cada día, en horario de tutoría y durante las dos semanas. El tutor ya no participaba; el propio grupo se iba autorregulando de acuerdo al orden rotativo establecido. El incremento de tiempo de habla y de juego fue muy significativo, tanto en clase como en el patio de recreo. El habla se mantiene audible a dos metros durante todas las intervenciones de Juan Carlos en el horario de tutoría y en el patio también se presenta la consolidación de los avances (véanse tabla 3.2 y figura 3.1).

10.ª semana. Se mantiene el trabajo en el puzzle en horario de tutoría. Durante esa semana se van introduciendo compañeros de clase hasta completar el tamaño del grupo-clase (15 alumnos). Con el fin de demorar el refuerzo y a su vez generalizar los logros obtenidos a otras situaciones (pasillo, patio...) se utilizó un programa de economía de fichas. En un primer momento se estableció un programa de razón fija (*RF* = 1). Cada vez que Juan Carlos hablase con algún compañero o se dirigiese al pro-

© Ediciones Pirámide

TABLA 3.2

Evolución del porcentaje de tiempo hablado y de juego con otro u otros niños sobre el total del tiempo registrado en el aula y en el patio de recreo

				Habla: horario de tutoría (%)				Habla: en el recreo (%)			Juego con niños (%)		
				Días registrados				Días registrados			Días registrados		
Fases	**Semanas de tratamiento**	**Tiempo registrado**	**Distancia cámara**	**L**	**X**	**V**	**Tiempo registrado**	**L**	**X**	**V**	**L**	**X**	**V**
Primera	1.ª	1 h	1 m	5	8	24	20'	0	0	0	0	0	0
	2.ª	"	"	2	20	18	"	0	7	9	0	3	5
	3.ª	"	"	0	18	23	"	8	10	12	7	3	9
	4.ª	"	"	9	14	12	"	7	12	11	8	6	11
	5.ª	"	"	16	20	18	"	12	10	15	10	4	7
	6.ª	"	"	19	32	25	"	13	16	20	18	21	27
	7.ª	"	"	12	15	17	"	16	17	14	8	7	5
Segunda	8.ª	30'	2 m	22	21	31	"	12	21	32	14	27	44
	9.ª	"	"	27	15	42	"	19	32	27	18	23	37
	10.ª	"	"	20	19	19	"	15	13	18	20	21	23
	11.ª	"	"	21	17	23	"	17	25	18	32	42	53
Seguimiento	Al mes	30'	2 m	16	25	24	"	19	22	31	62	53	66
	A los 3 meses	"	"	20	18	30	"	17	19	18	58	72	53
	A los 6 meses	"	"	22	20	17	"	44	27	31	67	43	85
	A los 12 meses	"	"	19	35	20	"	34	39	52	74	42	30

L = Lunes; X = Miércoles; V = Viernes.

fesor con un habla audible a dos metros, su tutor lo premiaría con una estrella. El buen comportamiento de los demás compañeros en horario de tutoría también sería premiado, con el fin de que no surgiera ningún rechazo por parte de los compañeros hacia Juan Carlos cuando éste recibiera un «regalo» de parte del tutor. A Juan Carlos se le informa de la utilidad de las estrellas: podría acumularlas y todos

© Ediciones Pirámide

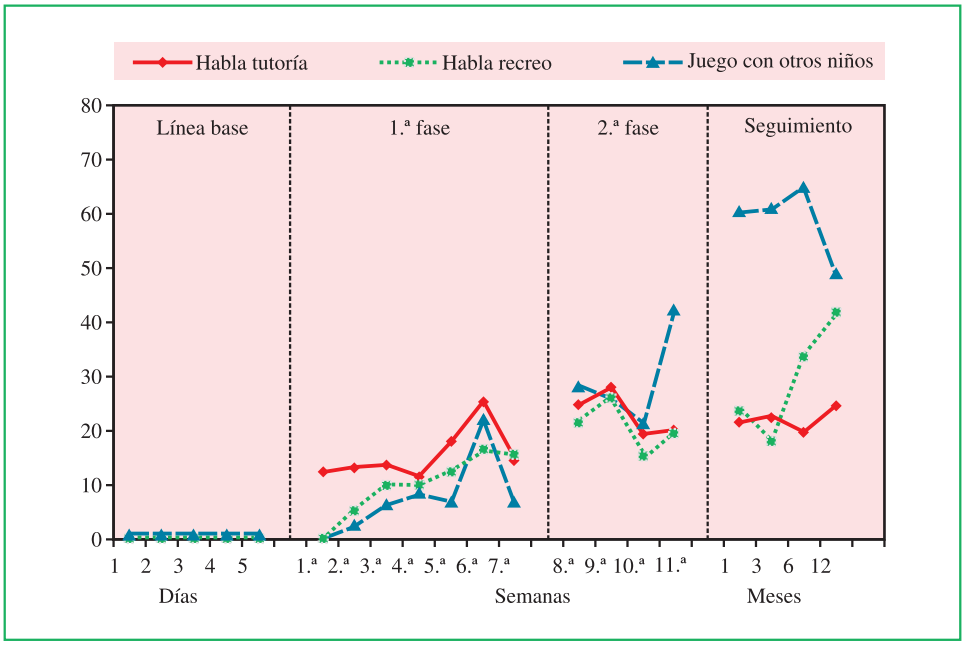


Figura 3.1.—Valor promedio del porcentaje de tiempo hablado en el horario de tutoría y del porcentaje de tiempo hablado y de juego con otros niños en el recreo.

los días al final de clase canjearlas por útiles de dibujo de acuerdo con un programa de canje previamente acordado. Este programa se mantuvo durante la décima semana. La madre de Juan Carlos también utilizó las estrellas para premiar el habla de Juan Carlos en todas aquellas situaciones en las que previamente el niño inhibía el habla o la sustituía por gestos o cuchicheos.

11.ª semana. Se mantiene el trabajo en el puzzle. En esta última semana toda la clase está en horario de tutoría. A partir de aquí, el canje de las estrellas serían sólo los viernes y se incrementa paulatinamente el número de veces en las que debía producirse el habla espontánea y juego para premiar a Juan Carlos. La economía de fichas se mantuvo dos semanas más en el contexto escolar y familiar. Los registros audiovisuales y en el patio de recreo confirman la consolidación de los avances en la producción de habla tanto instigada como espontánea; otro tanto ocurre con el juego en el patio de recreo (véanse tabla 3.2 y figura 3.1).

2.7. Resultados y seguimiento

El tratamiento se prolongó durante once semanas realizándose seguimientos de la intervención al mes y a los 3, 6 y 12 meses, como se refleja en la tabla 3.2 y la figura 3.1. Tras las sesiones de tratamiento se analizaban los resultados con el tutor de Juan Carlos y los padres del niño en función de los objetivos propuestos inicialmente. Destacamos la utilización de una actividad reforzante para Juan Carlos (el dibujo) para asegurarnos un ambiente cómodo y divertido para el niño que favoreciera su participación y ayudara a la aparición del habla espontánea en el contexto escolar. Ya en la primera semana Juan Carlos se comunica verbalmente con su tutor dentro del aula, aunque a solas. Transcurrida la primera semana de tratamiento se produce el habla espontánea de Juan Carlos hacia su profesor delante de un compañero de clase. El incremento en la producción del habla fue progresivo durante la intervención; en la segunda semana, Juan Carlos

© Ediciones Pirámide

se dirige a Pedro en ausencia de su tutor. Como hemos podido ver, el desvanecimiento se fue produciendo en la misma medida en que Juan Carlos incrementaba el habla con sus compañeros y ésta era más audible. El habla espontánea de Juan Carlos fue aumentando progresivamente a lo largo del tratamiento.

Para valorar la estabilidad de los efectos generados en Juan Carlos por el tratamiento aplicado en el habla y participación en el juego con otro u otros compañeros procedimos, tal como lo habíamos hecho durante el tratamiento, grabando y registrando en el patio tanto el porcentaje de tiempo que estaba jugando (sobre 20 minutos de registro) como el habla (30 minutos de registro en horario de tutoría). La cámara en clase se situó a 2 metros de distancia de Juan Carlos (tal como se hizo durante la segunda fase del tratamiento). Los registros de seguimiento se realizaron los lunes, miércoles y viernes de la última semana del primer mes, el tercero, el sexto y el duodécimo. En todos los casos los registros mostraron la estabilidad de los logros (véanse tabla 3.2 y figura 3.1).

2.8. Conclusiones

Como recuerdan Kehle et al. (1998), el desvanecimiento estimular consiste en la transferencia del control estimular a través de la atenuación del estímulo discriminativo. Suele implementarse introduciendo a una persona con la cual el niño no habla en un contexto donde el niño se siente cómodo hablando (por ejemplo, traer a un compañero de clase a su casa para jugar), o por el contrario utilizando a una persona con la que habla en un contexto concreto e introduciéndola en otra situación donde el niño usualmente no habla. Según Rye y Ullman (1999), una de las ventajas del desvanecimiento estimular es que este procedimiento suele garantizar y acelerar la generalización del habla, a otros momentos temporales diferentes a los propios de la práctica terapéutica y a otros contextos y otras personas, frente a otras técnicas tales como la desensibilización sistemática. Nosotros quisimos utilizar este elemento como un componente más del tratamiento que elaboramos ad hoc para tratar a Juan Carlos, porque, pese a sus bondades, el desvanecimiento es un procedimiento que puede resultar muy costoso tanto en términos de tiempo como por lo que respecta a la infraestructura que requiere su aplicación. La unión de los componentes ya descritos nos permitió acelerar notablemente este proceso, al tiempo que «asegurábamos» los beneficios mostrados por la aplicación de este componente.

La inclusión de los contextos familiar y escolar también entendemos que fue determinante en el éxito del tratamiento. El logro de la motivación e implicación (adherencia) de la familia y el profesorado es un asunto central en el tratamiento de este tipo de casos; sin su participación activa no habría sido posible el logro de los objetivos fijados en el inicio del tratamiento.

Finalmente queremos indicar que estos resultados son consistentes con los informados por otros estudios de caso en los que también se empleó el desvanecimiento estimular en el tratamiento del mutismo selectivo solo (v. gr., Conrad, Delk y Williams, 1974; Richards y Hansen, 1978) o en combinación con el automodelado filmado (v. gr., Kehle et al., 1998).

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

Preguntas de autocomprobación

1. V F El mutismo selectivo es un trastorno de la infancia que se caracteriza por la inhibición del habla voluntaria ante determinadas situaciones y personas.
2. V F La prevalencia de sujetos con mutismo selectivo es equivalente en muestras clínicas y comunitarias.
3. V F La mayoría de procedimientos terapéuticos eficaces empleados en el tratamiento del mutismo selectivo incluyen al menos un componente de exposición.
4. V F Uno de los criterios que se han de tener en cuenta a la hora de seleccionar la técnica de tratamiento es la cronicidad del trastorno.
5. V F El desvanecimiento estimular es una de las técnicas de elección cuando el niño todavía habla a alguna persona en el contexto escolar.
6. V F En el análisis funcional de este caso, una de las variables que mantenían el problema era el comportamiento que los compañeros de clase de Juan Carlos tenían con él.
7. V F La transmisión de información y la explicación sobre el proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno a padres, profesores y personal auxiliar del centro educativo no es realmente uno de los componentes del tratamiento aplicado a Juan Carlos.
8. V F La eficacia del tratamiento psicológico del mutismo selectivo se puede ver favorecida por un incremento del desarrollo cognitivo del niño.

Elaboración del análisis funcional

Elabora un análisis funcional del caso de Juan Carlos teniendo en cuenta tanto el contexto escolar como familiar del niño. A modo de orientación te recomendamos que sigas como esquema-guía para el análisis el del proceso temporal:

a) En la primera columna de dicho análisis, relativa a los estímulos antecedentes, habrán de contemplarse los estímulos antecedentes (*E*) que elicitan/desencadenan la respuesta-problema. Habrá que precisar sus características, si son internos o externos, ambientales, fisiológicos o cognitivos, etc.

b) En la segunda columna, debes colocar las variables organísmicas (*O*) que identifiques en el caso. Entre aquellas que más interesan de escribir se encuentran las siguientes: la historia de aprendizaje, los determinantes biológicos pasados y actuales, las habilidades de afrontamiento, los reforzadores significativos para nuestro sujeto, etcétera.

c) Respecto al patrón de respuestas que delimitan (*R*) el trastorno que presenta el sujeto tratado, tercera columna, debes tratar de identificar y describir tal patrón de respuestas en su triple dimensionalidad: cognitiva, psicofisiológica y motora.

d) Finalmente, se habrá de prestar especial atención a las consecuencias (*C*), el modo en que se presentan y el tipo de relación (*K*) que guardan entre las respuestas. Es decir, debes rastrear en el caso todas aquellas variables o fenómenos, tanto externos como internos, que se presentan después de la respuesta y mantienen una relación funcional con ella porque éstos son los responsables del mantenimiento del mutismo selectivo en la actualidad.

Análisis de las técnicas utilizadas en el tratamiento

Razona las bases teóricas de las técnicas aplicadas en el caso de Juan Carlos: en la primera fase de tratamiento se utilizó desvanecimiento estimular, instigación verbal y refuerzo positivo; en la segunda se unió a estos componentes la economía de fichas y la exposición.

© Ediciones Pirámide

Elaboración de instrumentos de evaluación alternativos

Elabora un registro de la conducta problema del caso que pueda ser utilizado por el profesor del centro para medir en el contexto escolar la ansiedad experimentada por Juan Carlos. En primer lugar, selecciona la conducta-objetivo o bien una dimensión concreta de la respuesta problema; en segundo lugar, elige las variables de interés para diseñar este registro. Por ejemplo, puedes analizar el trastorno registrando los estímulos antecedentes que elicitan/desencadenan la conducta problema (inhibición del habla espontánea), la descripción del triple sistema de respuesta y las consecuencias contingentes a dichas respuestas.

Elabora un registro alternativo para medir la conducta problema en el contexto familiar siguiendo las mismas orientaciones de la actividad número 3.

Propuesta de procedimiento terapéutico alternativo

Considera un posible tratamiento alternativo para el caso de Juan Carlos, y puedes utilizar para ello los tratamientos que se describen en el capítulo. En primer lugar, describe brevemente los problemas que a tu juicio nuestra propuesta de tratamiento puede presentar. En segundo lugar, razona cómo se pueden remediar estas limitaciones para el caso que nos ocupa. Para ello puedes proceder de dos formas: i) Describiendo los componentes o técnicas a incluir en el tratamiento individual del caso; ii) Desarrollando y/o reestructurando los contenidos de cada una de las sesiones.

Respuestas correctas a la actividad 1

1	2	3	4	5	6	7	8
F	**F**	**V**	**V**	**V**	**V**	**F**	**F**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R; 3.ª ed. revisada). Washington: APA.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original publicado en el año 2000).

Black, B. y Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 847-855.

Carr, A. y Afnan, S. (1989). Concurrent individual and family therapy a case of elective mutism. *Journal of Family Therapy*, *11,* 29-44.

Conrad, R. D., Delk, J. L. y Williams, C. (1974). Use of stimulus fading procedures in the treatment of situation specific mutism: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5,* 99-100.

Drewes, K. M. y Akin-Little, A. (2002). Children with Selective Mutism: Seen but not heard. *The School Psychologist, 56,* 37, 40-42, 54-55, 65

Fernández-Ballesteros, R. (1994). El proceso en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (ed.),

© Ediciones Pirámide

Evaluación conductual hoy (pp. 111-156). Madrid: Pirámide.

Gordon, N. (2001). Mutism: elective or selective and acquired. *Brain Development, 23,* 83-87.

Grosso, S., Cioni, M., Pucci, L., Morgese, G. y Balestri, P. (1999). Selective mutism, speech delay, dimorphisms, and deletion of the short arm of chromosome 18: a distinct entity? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 67,* 830-831.

Hagerman, R. J., Hills, J., Scharfenaker, S. y Lewis, H. (1999). Fragile X syndrome and selective mutism. *American Journal of Medical Genetics, 83,* 313-317.

Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S. y Bray, M. A. (1998). Augmented Self-Modeling as a Treatment for Children with Selective Mutism. *Journal of School Psychology, 36,* 247-260.

Kolvin, I. y Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development aid back-ground factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22,* 219-232.

Kumpulainen, K., Rasanen, R., Raaska, H. y Samppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in an elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry, 7,* 24-29.

Kussmaul, A. (1877). Die Strungen der Sprache (Band 12. Anhang, *Handbuch d. spec. Pathol. Ther.*). F. C. W. Vogel: Leipzig [citado por A. Von Misch (1952). Elektiver mutisimus im kindersalter. *Zeitschrift Fuer Kinder Psychiatrie,* A, 49-87].

Labbe, E. E. y Williamson, D. A. (1984). Behavioral treatment of elective mutism: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *4,* 273-292.

Olivares, J. (1999). Terapia cognitivo-conductual del mutismo selectivo y la fobia social, en M. J. Mardomingo (ed.), *Trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente* (pp. 93-98). Sociedad Castellana de Psiquiatría: Madrid.

Olivares, J. (2005). *El niño con miedo a hablar* (6.ª reimp.). Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y modificación de conducta, 68,* 771-791.

Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). Características de la intervención clínica en niños y adolescentes, en M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II; pp. 431-462). Madrid: Dykinson.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1996). Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología conductual, 4* (2), 169-192.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Bermejo, R. M. (2002). Mutismo selectivo. Naturaleza, evaluación y tratamiento. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 299-320). Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Rosa, A. I. (2001). Evaluación de las intervenciones conductuales. En J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (3.ª ed., pp. 533-572). Madrid: Biblioteca Nueva (primera edición de 1998).

Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2003). *Entrevista abreviada para padres.* Documento mimeografiado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.

Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (en prensa). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo, en F. X. Méndez, J. P. Espada, M. Orgilés (eds.), *Terapia con niños y adolescentes: Prácticas con casos escolares*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2002). Mutismo selectivo. En M. Servera (dir.), *Los trastornos del comportamiento infantil desde la perspectiva de los sistemas conductuales*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Evaluación cognitivo-conductual del mutismo selectivo. En V. E. Caballo, *Manual de Evaluación cognitivo-conductual en niños y adolescentes,* Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10.ª ed.; CIE-10). Madrid: Meditor.

Richards, C. S. y Hansen, M. K. (1978). A further demonstration of the efficacy of stimulus fading treatment of elective mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9,* 57-60.

Rye, M. S. y Ullman, D. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: a case study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 30,* 313-323.

Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R. y Ramírez, S. Z. (1995). Assessment and treatment of selective mutism: Recommendations and a case Study. *Special Services in the Schools, 10,* 55-77.

© Ediciones Pirámide

Simons, D., Goode, S. y Fombonne, E. (1997). Elective mutism and chromosome 18 abnormality. *European Child Adolescent Psychiatry, 6* (2), 112-114.

Standart, S. y Le Couteur, A. (2003). The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health, 8,* 154-160.

Steinhausen, M. C. y Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 606-614.

Tramer, M. (1934). Elektiver mutismus bei Kindern. *Z. Kinderspathisher, 1,* 30-35.

Wright, H. H., Holmes, G. R., Cuccaro, M. L. y Leonhardt, T. M. (1994). A guided bibliography of the selective mutism —elective mutism— literature, *Psychological Reports, 74,* 995-1007.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento de un adolescente con fobia social

4

CARMEN PASTOR GIMENO
JUAN SEVILLÁ GASCÓ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

La fobia social es un miedo irracional y desproporcionado a un cierto número de situaciones de interacción social. La persona está convencida de que actuará de manera inadecuada, ridícula, embarazosa o humillante, y que los demás se darán cuenta y la descalificarán y rechazarán. Esta convicción va acompañada de una intensa activación fisiológica como calor, sudor, rubor, temblores, taquicardia o sensaciones en el estómago. Ante este fuerte malestar cognitivo y emocional, la persona tiende a protegerse evitando las situaciones comprometidas o, una vez en ellas, realizando conductas de seguridad destinadas a conseguir que sus temores no se cumplan y que sus sensaciones físicas desaparezcan.

Las situaciones que habitualmente provocan este malestar suelen ser: asistir a fiestas o reuniones sociales, hablar en público, pedir información, comer, beber o escribir en público, conocer gente nueva o hablar por teléfono. Hablamos de fobia social específica cuando estos miedos aparecen centrados en una gama mínima de situaciones sociales. Mientras que se habla de fobia social generalizada cuando los temores aparecen en una amplia gama de situaciones sociales, incluso en situaciones tan cotidianas y aparentemente impersonales donde ni siquiera hay que hablar, como andar por una calle concurrida, entrar en una tienda, cruzar un paso de cebra o ir en tren. Muy importante para la evaluación considerar bien que el temor en la fobia social generalizada sigue siendo el mismo: ser evaluado negativamente por los demás. Hay que distinguirlo de otros trastornos de ansiedad que podrían aparecer ante situaciones similares, como en la agorafobia, pero en las que el miedo es radicalmente distinto: sufrir un ataque de pánico en esas situaciones (Pastor y Sevillá, 1999).

La fobia social también se da en la infancia y la adolescencia: las situaciones más temidas por los niños y adolescentes con fobia social son hablar, leer, comer o escribir en público; temen jugar, usar servicios públicos, hablar a figuras de autoridad y relacionarse en situaciones formales (Beidel, Turner y Morris, 1999). La respuesta fisiológica suele ser dolor de cabeza y estómago, pueden tener ataques de pánico ocasionales y llanto. Su respuesta cognitiva es similar a la de los adultos y también dan respuestas de evitación y escape.

La edad media de inicio en la población general es entre los 14 y los 16 años en la mayoría de los estudios epidemiológicos. Los casos más tempranos se sitúan entre los 8 y los 12 años (Beidel y Turner, 1998). En los estudios con población adolescente esta edad de inicio desciende considerablemente situándola en los 10,8 años (Giaconia et al., 1994). Sin embargo, sabemos que las personas con fobia social tardan en buscar ayuda entre 6 y 20 años desde que empiezan a sufrir el problema.

© Ediciones Pirámide

La detección precoz en estos problemas y el tratamiento ya en la niñez y la adolescencia es fundamental.

Respecto a la distribución por sexos, los datos nos indican que es más frecuente en mujeres.

El 70-80 por 100 de los sujetos con fobia social cumplen los criterios diagnósticos para al menos otro trastorno emocional. Los que más frecuentemente se relacionan son la depresión, otros trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias tóxicas.

Con respecto a la génesis del problema existen varios modelos explicativos del origen de la fobia social. Destacan el modelo de Rapee y Heimberg (1997), el de Clark y Wells (1995), y en nuestro país, el de Olivares y Caballo (2003). En todos ellos se señala la interacción entre variables ambientales (contextos sociales negativos), variables organísmicas y factores de precipitación que llevan al sujeto a asociar determinadas situaciones sociales como peligrosas y, por tanto, a estar en alerta en ellas y a dar conductas de escape y evitación. Nosotros resumimos a nivel clínico (Pastor y Sevillá, 1999) los factores de origen de la fobia social en los siguientes:

- Malos modelos de habilidad social.
- Situaciones traumáticas.
- Aprendizaje de creencias disfuncionales.
- Aprendizaje por consecuencias.
- Relación con otros problemas: falta de autoestima, complejos, cambios de contexto social.

Las técnicas más utilizadas en el tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes son la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva. Todas ellas con resultados positivos. Se han utilizado tanto en formato individual como en formato de grupo.

En clínica, y en un diseño $n = 1$, es de especial relevancia una exquisita evaluación. La vieja polémica de la ansiedad como causa o como resultado de la inhabilidad social se hace especialmente interesante en adolescentes. Debemos precisar si el niño tiene en su repertorio conductual habilidades de manejo de su entorno social, ya que este factor va a condicionar la elección del tratamiento o del orden de intervención. No podemos exponer al niño o adolescente a la situación social si no posee recursos sociales ni conoce las normas del contexto que indican las conductas que conllevarán refuerzo social. En este caso, la elección será primero entrenar en habilidades sociales y después exposición a dichas situaciones.

El caso contrario sería el de un sujeto con habilidades sociales que pierde eficacia social por sus altos niveles de ansiedad. En esta opción no sería necesario el entrenamiento en habilidades, sino el afrontamiento de la ansiedad por medio de técnicas cognitivas y de exposición.

El uso de los experimentos conductuales (Clark, 1997) como técnica cognitiva es muy interesante cuando trabajamos con niños y adolescentes. Produce cambios cognitivos muy rápidamente y sirve como puente para la exposición a las situaciones temidas, abandonando sus conductas de seguridad de escape y evitación a favor de comportamientos de afrontamiento, observación objetiva y evaluación racional de la interacción.

2. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE FOBIA SOCIAL EN UN ADOLESCENTE

2.1. Identificación del sujeto

Jaime es un chico de 16 años que estudia en un instituto público de la ciudad de Valencia. Sus padres se separaron y él no ha vuelto a saber nada de su padre desde los cinco años. Vive con su madre, su padrastro y su hermano dos años menor. Describe como buena la relación con su madre, *«siempre me río con ella»* y dice no caerle bien su padrastro: *«Es muy falso. Si está a solas con nosotros pasa total. Si está mi madre actúa como si le importáramos»*.

Tiene un nivel intelectual medio y sus aficiones son individualistas: le gusta escuchar música, los videojuegos de estrategia y los juegos lógicos y matemáticos.

© Ediciones Pirámide

Físicamente es un chaval alto y muy delgado, con aspecto de persona sensible, ojos melancólicos y sonrisa simpática.

2.2. Motivo de consulta

Jaime llega a terapia por sugerencia del psicólogo del instituto, que detecta su problema y aconseja a la madre tratamiento cognitivo conductual para los problemas de adaptación.

La madre está preocupada porque Jaime no tiene amigos, no sale con nadie, no recibe llamadas, ni mensajes, y porque las noticias que le llegan del instituto son negativas. No participa en clase, no hace preguntas, no se une a ningún grupo en los trabajos de clase, no baja al patio en los descansos, y está aislado. En casa está bien. Habla con su madre y con su hermano, hace sus deberes, estudia y ve mucho la televisión.

En la entrevista, Jaime se muestra muy callado, confuso y explica que su problema es que espera demasiado de la gente. Cree que cae mal y que los demás piensan que es un aburrido. Considera que es rechazado y que es por ser diferente o porque mete la pata.

Últimamente tiene muchos dolores de cabeza, y se siente muy incómodo en ciertas clases. Cuanto más participativa y de tipo coloquio, siente más tensión y hasta temblor. Teme especialmente la clase de valenciano y la de educación física e intenta evitarlas en lo posible. Sólo habla con un compañero de clase que le cae muy bien, pero el grupo de este chico no le acepta, y le hace desprecios. No ha sido capaz de integrarse con estos chavales. Intenta pasar inadvertido, y sus conductas son todas de evitación y escape. En la actualidad no expresa sus sentimientos, ni se muestra asertivo ni con profesores ni con alumnos. Sin llegar a estar deprimido clínicamente, su estado de ánimo es bajo.

2.3. Historia del problema

Tras la separación de sus padres, la familia ha tenido que trasladarse varias veces de ciudad por motivos de trabajo de su madre. Hasta los 7 años fue un niño tímido y sensible, pero no especialmente inhábil socialmente. Se adaptó con facilidad al colegio, tenía amigos y no se detectaron problemas de ansiedad ni de interacción social.

En el primer traslado y cambio de colegio (con 8 años de edad), aunque le costó volver a hacer amigos, empezó a ser invitado a cumpleaños de los compañeros y a adaptarse poco a poco. El segundo traslado (con 11 años) fue peor. No aceptó este cambio y entró en ese colegio con mala actitud, enfadado y distante. Cayó mal a los compañeros y le hicieron el vacío. Sus intentos por acercarse no tuvieron éxito, y coincidieron con el tercer cambio de colegio. Esta vez reconoce haber entrado con miedo. Tenía 13 años, ningún amigo y el instituto era enorme. Fue un curso terrible para Jaime Se vio solo, marginado y objeto de burlas y humillaciones. Sentía mucha ansiedad y pidió a sus padres que le cambiaran a un instituto de la ciudad de Valencia. Así que el último cambio fue el curso pasado en el instituto que está en la actualidad. Al comenzar el curso su miedo era ya muy intenso, y probablemente las conductas de seguridad que usó para protegerse no hicieron más que empeorar su imagen en el instituto. Fue de nuevo objeto de burlas y desprecios, aunque sobre todo se le ignoró. Está más tranquilo este nuevo curso, porque le dejan en paz y no le presionan ni los profesores ni los alumnos.

El origen y evolución del problema son claros. Con unas aptitudes sociales medianas, y quizá también influido por las dificultades de la separación de sus padres, era lógico que su adaptación escolar en el primer colegio no fuera inmediata. Pero los cambios siguientes y las experiencias que vivió en las aulas fueron traumáticos, en el sentido de que la relación social quedó condicionada a la ansiedad, por asociarla como situación peligrosa. A partir de ahí, cualquier interacción social producía ansiedad, ésta restaba habilidad y sobre todo producía las conductas de escape.

$$\text{Burlas/humillación EI} \rightarrow \text{ansiedad RI}$$
$$+$$
$$\text{Situaciones de relación social EC} \rightarrow \text{ansiedad RC}$$

© Ediciones Pirámide

No ha recibido tratamiento psicológico. Sólo ha hablado varias veces con el psicólogo del instituto.

2.4. Análisis topográfico

Describimos a continuación las conductas que Jaime presenta en el momento de acudir a consulta. En cuanto entra en contacto con los estímulos sociales la primera respuesta en dispararse es siempre, en su caso, la **respuesta cognitiva.** El tema central de sus pensamientos era el posible juicio negativo de los demás y el rechazo social. También aparecían pensamientos de descalificación personal. Podemos ver un ejemplo de sus pensamientos en el autorregistro de la tabla 4.1.

TABLA 4.1

Autorregistro de Jaime

Día/hora	Situación	Pensamientos	Nivel ansiedad	¿Qué hago?
M14	En educación física nos ponen a trabajar en parejas.	*«Nadie me va a pedir que me ponga con él. Me quedaré sólo. Pensarán que soy raro. Pasan de mí.»*	7	Disimulo. Me ato las zapatillas. No miro a nadie. Me siento en las escaleras lejos de los demás.
Mi	Pablo me pide ayuda para estudiar mate.	*«Le caigo mal. Sólo me necesita y por eso se hace el simpático. ¿Le doy pena? No puedo fallarle.»*	3	Sonrío y le bromeo un poco. Le digo que sí.
Vi	Todos recogen para bajar al patio estoy al lado de Pablo.	*«¿Me dirá que baje? Le caigo mal. Pasan de mí. Soy raro para ellos. Si digo algo creerán que los necesito.»*	5	Salen todos. No hablo. Me quedo arriba.

Al interpretar así las situaciones estimulares, aparecía la **respuesta fisiológica.** Suele sentir tensión muscular en la zona de la cara y el cuello, puede llegar a notar mareo y temblor en las manos, taquicardia y hasta dolor de cabeza. Estas sensaciones son respuestas de ansiedad que, como veremos en el análisis funcional, podían reproducirse y aumentar en un círculo vicioso al vivirlas como evidencia de que iba a actuar mal y los demás le rechazarían.

Tras estas dos respuestas involuntarias y automáticas, Jaime daba la **respuesta operante.** En su caso había respuesta motora y cognitiva operante. Como en la mayoría de las fobias sociales, podemos diferenciar entre conductas de evitación y de escape. Jaime había aprendido a evitar estas situaciones que le producían miedo y aversión. Por eso, se quedaba en clase y no bajaba al patio, no iniciaba conversaciones, miraba hacia abajo para no cruzarse con la mirada de otro compañero o del profesor, no hacía peticiones directas al profesor de educación física para que le asignara un grupo, decía sí a las peticiones de ayuda de su compañero y dejaba de asistir a ciertas clases.

Cuando no podía eludir los estímulos, usaba escapes como sentarse en la primera fila, disimula-

© Ediciones Pirámide

ba su ansiedad o sensación de ridículo cuando se quedaba solo (por ejemplo, demostrando que estaba atareado con otra tarea), contestaba brevemente y con un volumen muy bajo a las preguntas, escondía las manos temblorosas en los bolsillos, decía no importarle quedarse solo cuando alguien le preguntaba, y se hacía el distante y frío.

También tenía respuestas cognitivas operantes, como evaluar mentalmente cómo estaba hablando, revisar sus frases antes de decirlas, desconectar su mente o distraerse pensando en otras cosas.

En la tabla 4.2 encontramos un resumen del análisis topográfico de sus respuestas.

TABLA 4.2

Análisis topográfico de las respuestas de Jaime

Respuesta cognitiva:

— Pensamientos negativos sobre su actuación.
— Evaluación de los demás sobre su comportamiento.
— Predicción negativa de cómo actuarán por tanto los demás.
— Pensamientos de descalificación personal.

Respuesta fisiológica:

— Tensión muscular.
— Mareo.
— Temblor.
— Taquicardia.
— Dolor de cabeza.

Respuesta operante.
Evitación de situaciones estimulares:

— No baja al patio.
— No inicia conversaciones.
— No mira a los ojos.
— No pide.
— No dice NO.

Escapes:

— Sentarse en primera fila.
— Disimular.
— Contestar breve.
— Hablar con volumen bajo.
— Esconder las manos en los bolsillos.
— Mantenerse distante y frío.

Cognitivas operantes:

— Evaluar mentalmente su actuación.
— Revisar frases.
— Desconectar.
— Distraerse.

2.5. Análisis funcional

Tras la evaluación construimos el análisis funcional del problema.

2.5.1. *Variable estimular*

Todos los estímulos que producían ansiedad en Jaime eran sociales, y ocurrían principalmente en el instituto o relacionado con compañeros. Jaime sentía ansiedad cuando estaba cerca de uno o varios chavales, y lo que procedía era iniciar una conversación o mantenerla (en alguna asignatura se sentaba al lado de un compañero, en el metro con una chica de la clase de al lado) cuando le pedían algo que no quería hacer (explicar matemáticas), cuando le expresaban enfado, cuando él necesitaba ayuda y quería pedirla (por ejemplo, pedir apuntes de castellano). Lo pasaba especialmente mal en ciertas asignaturas en las que las clases eran en formato de grupos pequeños porque él no era capaz de proponer agregarse a un grupo, o cuanto más lúdica era la actividad de clase, ya que ahí no se atrevía a acercarse a nadie si no le invitaban o directamente le abordaban (en los recreos y las salidas).

2.5.2. *Respuesta*

Como hemos apuntado anteriormente, la primera **respuesta** que se disparaba era siempre **cognitiva.** Percibía las situaciones sociales como peligrosas. Sus temores se relacionaban con su actuación *(«meteré la pata, haré el ridículo, no sabré qué decir»),* con la evaluación que los demás harán sobre su comportamiento *(«pensarán que soy raro, le caigo mal, creerán que soy débil o un pringao»)*

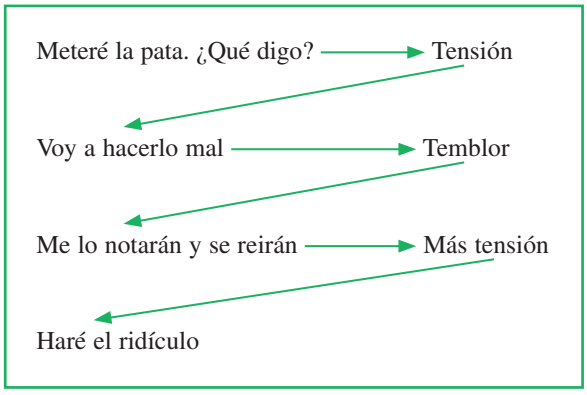
© Ediciones Pirámide

y con la consecuencia que eso supondrá para él *(«me rechazarán, me dejarán de lado, no me harán caso, no les importo»).*

Estos miedos iniciaban su **respuesta fisiológica,** que iba aumentando conforme él volvía a interpretarla como evidencia de que los demás le juzgarían y rechazarían. *«Me estoy poniendo fatal. Me tiemblan las manos. Se me notará si hablo y pensarán que soy idiota.*» Éste es el primero de los diferentes círculos viciosos que se dan en la fobia social: a más pensamientos, más respuesta fisiológica, y a más fisiológica, más pensamientos.

TABLA 4.3

Círculo vicioso entre la respuesta cognitiva y la respuesta fisiológica



Ese círculo vicioso tan característico de la fobia social es de naturaleza automática, involuntaria y va retroalimentándose en espiral. Es ahí cuando surge la tercera de las respuestas, la operante. Jaime evita y escapa dando conductas de seguridad para conseguir protegerse de sus miedos. Cada vez que da esas conductas, evita entrar en los estímulos que sabe que le provocan ansiedad o escape de los miedos cognitivos. Esas respuestas sí son voluntarias.

Aquí se produce un segundo círculo vicioso. Su temor *(«haré el ridículo si hablo»)* hace que evite o escape (callándose, por ejemplo) y esto produce más cogniciones negativas *(«van a pensar que soy raro»)* que provocan más evitación y escape (deja de ir a las clases y no baja al recreo). Véase la tabla 4.4.

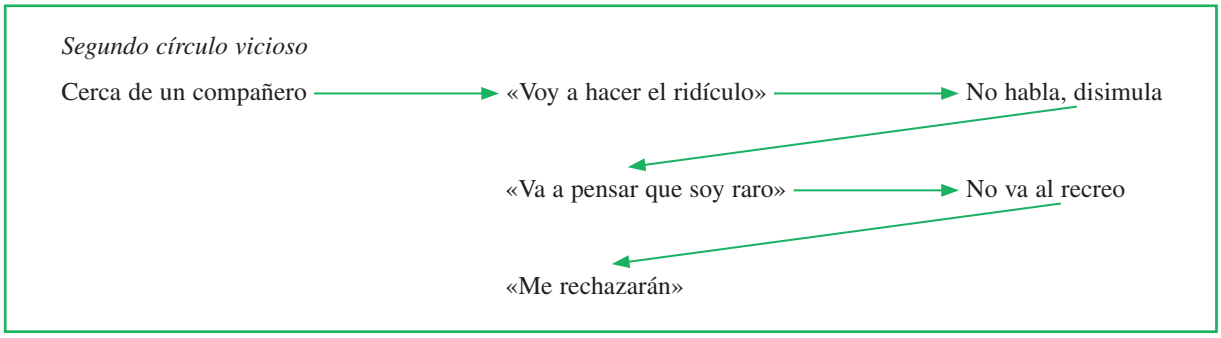
Además, las conductas de seguridad pueden disparar más estímulos, ya que si no inicia una conversación, se produce un silencio que le genera ansiedad, o si no pide entrar en un grupo, se queda solo y aumenta su ansiedad.

2.5.3. *Consecuencia*

Como en la mayoría de los trastornos de ansiedad, las conductas de seguridad (evitación y escape) producen **refuerzo negativo,** al aliviar el malestar y la ansiedad. Cada vez que Jaime teme el posible rechazo y se protege con respuestas operantes que ya hemos comentado, nota una reducción

TABLA 4.4

Segundo círculo vicioso entre la respuesta cognitiva y la respuesta motora



© Ediciones Pirámide

de la ansiedad que tiene el efecto de reforzar y aumentar la probabilidad de evitar y escapar y seguir sintiendo miedo.

En cada nuevo ensayo en que aparecen estímulo y respuesta de ansiedad unidos y en que el alivio se produce al eliminar el estímulo, la asociación original E-R se fortalece y las rutas neurológicas se instalan más fuertemente.

Por otro lado, haciendo esto, Jaime no prueba otro comportamiento alternativo, más adecuado socialmente, que le haría comprobar que sus temores no se producirían. Cree que si habla, pide, sonríe o participa será rechazado, y por eso no realiza esas conductas. Pero nunca ha comprobado realmente qué sucedería si se enfrentara a sus temores.

Nuestra hipótesis va más allá. Vimos una estrecha relación entre sus conductas de seguridad y el efecto real que éstas tienen en los otros. Jaime provocaba su propio distanciamiento social. Mostrándose serio, callado, no acercándose a los grupos e intentando aparentar que todo le resbalaba, no resultaba muy atractivo socialmente. Era fácil ignorarle. Con su conducta, hacía real su propia profecía: «me dejarán solo, me rechazarán».

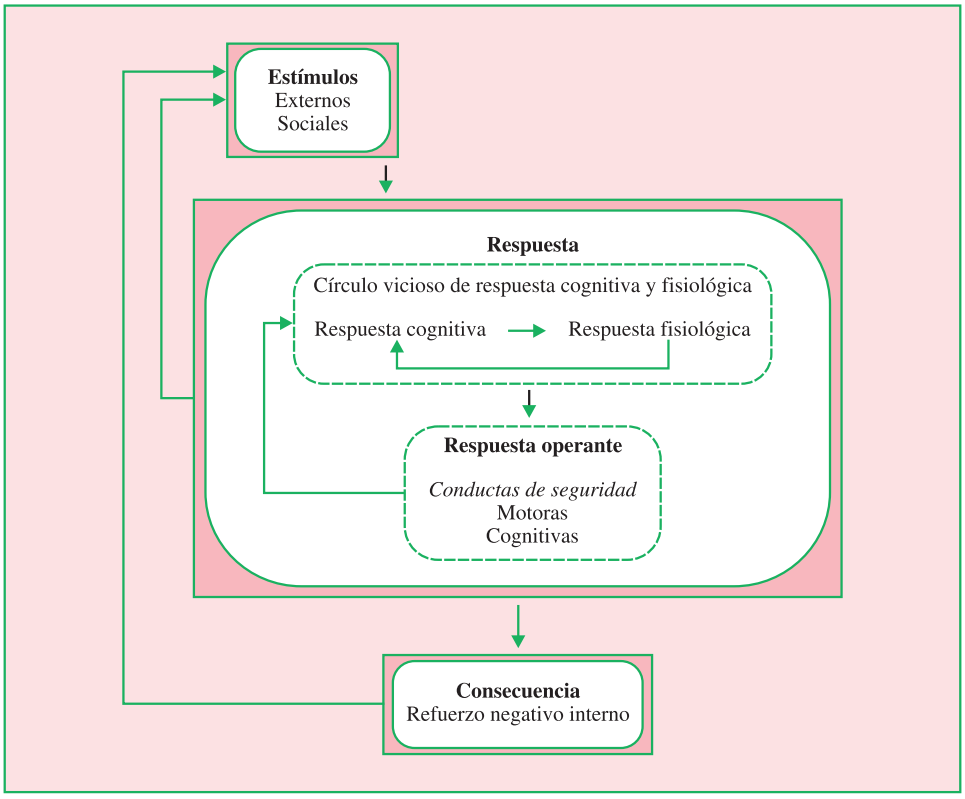


Figura 4.1.—Análisis funcional de la conducta de Jaime.

2.6. Hipótesis explicativa

En resumen, nuestra hipótesis sobre el origen, evolución y mantenimiento del problema se basa en los siguientes factores.

Factores de vulnerabilidad

Cambios en la estructura familiar: pérdida del modelo paterno, adaptación a un nuevo patrón educativo en el que dirige la madre y el padrastro.

© Ediciones Pirámide

Cambios sucesivos de contexto social: diferentes cambios de colegio en edades clave con las consiguientes dificultades de adaptación de sus habilidades al nuevo entorno.

Factores precipitantes

Condicionamiento clásico en uno de los cambios de colegio, en el que asoció las situaciones sociales con peligro.

Factores de mantenimiento

Refuerzo negativo al dar las conductas de seguridad de escape y evitación. Éstas aumentan su miedo al estímulo, no permiten comprobar sus cogniciones irracionales y dificultan su aprendizaje de habilidades sociales.

2.7. Repercusiones negativas

La principal repercusión del problema de fobia social en Jaime es la falta de amigos, el desconocimiento de la amistad en la edad en que más importancia tiene ese valor. Jaime es desconfiado, temeroso, cerrado en sus relaciones con chavales de su edad. Se refugia en su casa y en actividades solitarias.

Su madre está muy preocupada por él y no se explica lo que le sucede. Piensa que tal vez esté deprimido, o tenga una crisis de identidad sexual, o que su padre abusó de él... Para ella fue importante entender lo que su hijo tenía, porque aun siendo un problema, era solucionable.

Otra de las repercusiones en la vida de Jaime era la posibilidad de que este problema derivara o creara otro: depresión. La falta de refuerzo social era una pérdida importante en su vida, y la propia aversión de sentir ansiedad en clase disminuía la tasa de refuerzos. Sin estar todavía deprimido, su línea basal de refuerzos era muy limitada y eso es un factor alto de vulnerabilidad a la depresión. A esto hay que añadir los pensamientos cada vez más crecientes de autoculpa y baja valoración.

Si no mejoraba en esos dos puntos, Jaime podía llegar a deprimirse clínicamente. Su interés por solucionar el problema era alto, aunque las expectativas de cambio en las primeras sesiones eran escasas.

2.8. Selección de los instrumentos de evaluación

2.8.1. *La entrevista*

Utilizamos dos sesiones de entrevista con Jaime. Era mal informador, le costaba abrirse, contestaba con frases cortas e imprecisas. Sentía ansiedad en la consulta y también aparecían ahí sus conductas de seguridad.

Los objetivos de la primera entrevista fueron: empatizar y crear un clima de confianza, obtener información y dar información sobre la terapia. En la segunda entrevista intentamos ir centrando la información funcional, elicitar secuencias funcionales, conseguir alianza terapéutica y decidir los objetivos terapéuticos.

Entre ambas sesiones tuvimos una entrevista con su madre, quien nos relató su historia, nos informó sobre sus habilidades previas al condicionamiento clásico, y corroboró la información obtenida con Jaime.

2.8.2. *Observación*

En la tercera sesión se realizó una observación *in vitro,* en consulta, usando *role-playing.* Pedimos a Jaime que se comportara tal y como lo haría en una situación real, en varias interacciones semiestructuradas:

1.ª interacción. El objetivo que le pedimos es que intentara iniciar una conversación con un coterapeuta que representaba a un compañero de clase.

2.ª interacción. Un compañero inicia una conversación con él. Su objetivo era seguirla.

3.ª interacción. Le hacen una petición que él no quiere aceptar. Su objetivo era decir no.

4.ª interacción. Recepción de una crítica en forma de broma o ironía.

© Ediciones Pirámide

5.ª interacción. Su objetivo aquí era pedir a un profesor que le asignara un grupo.

6.ª interacción. Su objetivo era simular que llamaba a una compañera para quedar para salir.

El resultado de la observación fue que sentía ansiedad al hacer todas las situaciones y había perdido habilidades debido a no practicarlas. El principal problema de Jaime a la hora de actuar era el miedo. Sus pensamientos sobre cómo lo iba a hacer impedían que se lanzara a hacerlo y sus conductas de seguridad disminuían su habilidad.

2.8.3. *Autoobservación y autorregistro*

Pedimos autorregistro como variable dependiente desde la primera sesión. En las primeras sesiones usamos el autorregistro para obtener además información sobre estímulos y respuestas, así como niveles de ansiedad. Jaime detectaba muy bien sus temores y, poco a poco, comenzó a detectar también sus escapes cognitivos y motores, lo cual ayudó mucho a la terapia.

El número de interacciones sociales de Jaime en línea base era de una media de 5, y los niveles de ansiedad en clase no bajaban de 5, llegando a más de 8 en momentos concretos. El registro de su estado de ánimo cada día se mantenía por debajo de 6.

2.8.4. *Cuestionarios*

Utilizamos para la obtención y corroboración de información y la historia personal: Cuestionario biográfico (Pastor y Sevillá, 1990) y los resultados obtenidos en el BDI, Inventario de depresión de Beck. Corroboraron nuestra impresión de que Jaime no estaba clínicamente deprimido, aunque sus puntuaciones no se alejaban mucho del punto de corte.

Jaime puntuó alto en la Escala de ansiedad ante la interacción social (SIAS; Mattick y Clarke, 1998).

2.9. Técnicas de tratamiento

A partir de nuestra hipótesis, los objetivos terapéuticos iban encaminados a eliminar sus conductas de seguridad de evitación y escape para conseguir que se descondicionara el miedo a situaciones sociales. Para conseguir esto decidimos utilizar:

1. Terapia cognitiva

Necesitábamos que Jaime cuestionase la credibilidad de sus pensamientos y los pusiera a prueba, ya que si seguía creyendo que el riesgo era muy alto, no iba a ser capaz de dejar de protegerse.

También usamos terapia cognitiva para que Jaime aprendiera a reevaluar sus actuaciones sociales de forma adecuada. Si se enfrentaba a las situaciones y no obtenía refuerzo, las probabilidades de que volviera a intentarlo se desvanecían.

Por último, había que atacar también creencias sobre su valía personal.

2. Experimentos conductuales y exposición

Destacamos la importancia de esta técnica cognitiva en el caso de Jaime, ya que la mejor forma de conseguir que se enfrentara a los estímulos fue cuestionando sus pensamientos por medio de evidencia empírica. A partir de ahí, debía exponerse a los estímulos sin escapar de ellos.

3. Entrenamiento de habilidades asertivas

Jaime sí poseía habilidades conversacionales. Por tanto, pudimos exponerle a los primeros ítems sin tener que entrenarle previamente. Sin embargo, no tenía en su repertorio conductual habilidades para decir «no» o para expresar sentimientos negativos. Necesitamos introducir entrenamiento en estas habilidades previamente a exponerle a las últimas situaciones.

2.9.1. *Terapia cognitiva*

A continuación procederemos a explicar con detalle los pasos que seguimos para entrenar a Jaime en terapia cognitiva.

© Ediciones Pirámide

1. Explicación del ABC

El primer paso para entrenar a Jaime en terapia cognitiva consistió en explicarle el modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Esto lo hicimos planteándole al cliente el ABC (Ellis, 1962) de forma socrática, para que él mismo fuera descubriendo cómo no son los acontecimientos que nos suceden (A) lo que provoca directamente nuestras emociones y conductas (C), sino que hay un elemento intermedio que hace de filtro, los pensamientos, las interpretaciones que la persona da de lo que le está sucediendo (B). Tras esta explicación le dimos ya un registro ABC en el que Jaime fue conectando los B con los C.

2. Identificar y «estirar» pensamientos negativos

Jaime aprendió a autorregistrar situaciones sociales y su comportamiento en ellas en las primeras semanas durante la evaluación. Ya en estos registros empezó a detectar sus temores, aunque las creencias más catastróficas le eran más difíciles de identificar. Por medio de la técnica cognitiva de «flecha descendente» (Beck y Emery, 1985) fuimos buscando más allá de los pensamientos superficiales. Tal como lo trabaja Beck con la técnica de pizarra fuimos preguntándole por el significado de cada uno de los pensamientos y por lo peor que él creía que podía pasar (véase la tabla 4.5). A partir de ahí, fuimos pidiendo a Jaime que intentara estirar los pensamientos en sus autorregistros buscando su auténtico significado. En la tabla 4.6 tenemos el registro estirado de dos días.

TABLA 4.5

Uso de la flecha descendente

Terapeuta	**¿Qué pensabas cuando sentías ese fuerte malestar?**
Cliente	Que estaba haciendo el ridículo.
Terapeuta	**¿Qué significa para ti hacer el ridículo?**
Cliente	Decir algo inadecuado.
Terapeuta	**Como por ejemplo...**
Cliente	Algo tonto, poco inteligente.
Terapeuta	**Y si así fuese, ¿qué crees que podría pasar?**
Cliente	Que pensarían que soy tonto, corto mental.
Terapeuta	**Y si así fuese, ¿qué sería lo peor de ello?**
Cliente	Que no lo podría soportar, porque me lo creería.

TABLA 4.6

Registro estirado de Jaime

Día	Situación	Pensamientos	Nivel emoción	Comportamiento
Martes 17:30 h	Volviendo a casa en metro con L.	*¿Qué digo? Estoy quedando fatal. ¡Qué mal! (No soporto los silencios. Pensará que soy idiota. Si digo algo, será una chorrada. Pensará que soy estúpido. Pasará de mí.)*	Ansiedad 6	Me pongo a disimular leyendo un libro.
Jueves 11:30 h	El profesor de castellano está preguntando.	*Me preguntará. No podré ni hablar. Se reirán de mí. (No sabré qué decir y temblaré. Me lo notarán. Pensarán que soy raro o un pringao. Haré el ridículo.)*	Ansiedad 7	Mirar hacia abajo. No contestar nada cuando me preguntó.

© Ediciones Pirámide

Una ayuda para que los clientes logren descubrir sus pensamientos negativos es ver si existe una conexión causal clara y directa entre la expresión de sus pensamientos negativos y el efecto emocional que provocan. Jaime debía preguntarse: «Si cualquier persona pensara esto, ¿se sentiría de la forma en que yo me he sentido?», y si la respuesta era no, seguía buscando qué temía o qué era lo peor que pasaría.

3. Criterios de racionalidad y discusión

En las siguientes sesiones empezamos a introducir el concepto de discusión o análisis de sus pensamientos. Nosotros hemos desarrollado un protocolo sistemático de terapia cognitiva (Pastor y Sevillá, 1999) que usamos en nuestra práctica clínica regular. En ese protocolo explicamos y entrenamos al cliente en el uso de los *criterios de racionalidad* (Pastor y Sevillá, 1995). Estos criterios nos sirven como guía para cuestionar y poner en duda nuestros pensamientos (véase la tabla 4.7).

Pasamos los pensamientos por estos criterios, para poner en duda su veracidad y decidir si lo que pensamos es adecuado o no a la situación vivida. Esto se hace por medio de estratégicas preguntas

TABLA 4.7

Criterios de racionalidad (Pastor y Sevillá, 1987)

1.º Criterio de objetividad
— Las creencias racionales son objetivas, consistentes con la realidad, pueden respaldarse por la evidencia y ser verificadas. — Las creencias irracionales no son objetivas, no se desprenden de la realidad (si no de creencias filosóficas) y no son soportadas por la evidencia, ni, por tanto, se pueden verificar.
2.º Criterio de intensidad y/o duración
— Las creencias racionales producen emociones moderadas. Permiten sentimientos agradables o desagradables, débiles o fuertes, pero bajo control. — Las creencias irracionales producen emociones de muy alta intensidad o de muy larga duración, creando perturbación y descontrol.
3.º Criterio de utilidad
— Las creencias racionales te ayudan a conseguir tus metas: obtener tus objetivos prácticos, ser más feliz, eliminar conflictos personales y con el medio... vivir mejor. — Las creencias irracionales van en contra de tus metas: crean problemas personales y con el medio, cortan tu crecimiento, boicotean tu vida... producen infelicidad.
4.º Criterio formal
— Las creencias racionales se expresan en un lenguaje de deseos, de preferencias, utilizando continuos, lenguaje probabilístico... — Las creencias irracionales se expresan en lenguaje de demandas, exigencias, necesidades, órdenes, obligaciones... un lenguaje absolutista demandante, dicotómico y catastrofizante (nunca, siempre, todo, jamás, horrible, catastrófico, necesito, debería, tú debes, no soporto, soy...).

que ayudan al cliente a ir desembarazándose de sus prejuicios, ideas irracionales y falacias lógicas (véase la tabla 4.8).

La discusión se empieza a usar en terapia y es el terapeuta el que modela el uso de las preguntas. Jaime entendió rápidamente el procedimiento y comenzó a plantear nuevas preguntas para dudar de sus pensamientos.

Como tarea, Jaime volvía a trabajar en casa los pensamientos analizados en consulta.

© Ediciones Pirámide

TABLA 4.8

Ejemplos de preguntas de discusión para fobia social

Preguntas que evalúan la objetividad del pensamiento:

— ¿Qué pruebas tengo para pensar que…?
— Analiza cada una de las pruebas. ¿Realmente demuestran tus temores?
— Otra persona que no tenga miedos sociales, ¿interpretaría esta situación como tú lo estás haciendo?
— ¿Qué datos tengo que me demuestren que mi interpretación es errónea?
— ¿Cuántas veces he temido esto y en qué porcentaje el desenlace fue tan malo como yo esperaba?
— ¿Qué otras interpretaciones podrían hacerse de la misma situación?

Preguntas que evalúan la emoción provocada por el pensamiento:

— ¿Qué emoción me provoca pensar esto?
— ¿Con qué intensidad?
— ¿Qué sensaciones físicas aparecen en mi cuerpo?
— ¿Tengo sensación de control o de descontrol?
— ¿Me siento dominado por la emoción?
— ¿Tengo la necesidad de hacer una conducta de seguridad al pensar así?
— Una persona sin miedos sociales ¿se sentiría como yo en esta situación?

Preguntas que evalúan la utilidad de este pensamiento:

— ¿Para qué me sirve pensar esto?
— ¿Me sirve para sentirme bien?
— ¿Las emociones que noto son útiles?
— Pensar esto ¿me sirve para actuar con eficacia?
— ¿Me sirve para eliminar conductas de seguridad?
— ¿Me sirve para relacionarme mejor con los demás?
— ¿Me sirve para ser feliz?

Preguntas que evalúan la forma de los pensamientos:

— ¿Qué grado de convicción o certeza le doy a mis pensamientos?
— Define palabra por palabra el auténtico significado de tus pensamientos.
— ¿Aparecen expresiones como «seguro, horror, soy, pensarán» o términos descalificativos como «estúpido, raro, inútil, inmaduro, tonto o incompetente»?
— ¿Estás adivinando lo que los demás piensan?
— ¿Estás adivinando el futuro?
— ¿Estás usando términos como necesito, debo, debería, si no X, entonces no Y?
— ¿Estás confundiendo lo probable con lo posible y convirtiéndolo en seguro?
— ¿Te estás centrando en un pequeño error y descalificando el resto de tu actuación?
— ¿Tuviste pensamientos en forma de imagen? Rememora cómo eran las imágenes y compáralas con lo que sucedió en realidad.

Poco a poco fuimos pidiéndole que acercara el momento de la discusión a la situación negativa, aunque siempre a posteriori, y Jaime fue analizando y cuestionando él solo sus pensamientos.

4. Búsqueda de alternativas

Discutir consiste en examinar bajo el prisma de la lógica los pensamientos negativos y en llegar a

© Ediciones Pirámide

una conclusión. Una alternativa de pensamientos es una nueva interpretación realista y basada en datos objetivos sobre la situación que originalmente provocó el pensamiento negativo automático. Si la discusión ha ido bien, el pensamiento alternativo sale muy fácilmente. Pensamiento alternativo a *«lo haré mal»* podría ser: *«Puedo hacerlo bien. Aunque cometa pequeños errores, soy capaz de hacerlo bien»*.

5. Línea longitudinal de discusión cognitiva para pensamientos negativos en fobia social

La forma de organizar la discusión con Jaime fue por medio de lo que denominamos «línea longitudinal de discusión cognitiva» (Pastor y Sevillá, 1999). Consiste en ir discutiendo los temores uno a uno siguiendo un orden temporal. Vamos evaluando la probabilidad real de que suceda cada uno de los acontecimientos temidos. Con ello conseguimos que Jaime cambiara su juicio de inevitabilidad, el «seguro que sucede» por una probabilidad demostrable, que solía ser mucho más baja de lo que él en principio creía. En la tabla 4.9 tenemos un ejemplo de discusión en una situación de Jaime.

Al principio las discusiones se hacen en la consulta. Poco a poco, Jaime fue luchando contra sus pensamientos negativos en su casa después de que ocurrieran las situaciones, y más adelante intentó discutir esas ideas lo más cerca posible al evento disparador.

TABLA 4.9

Ejemplo de discusión usando línea longitudinal

Preguntas	Respuestas
Pensamiento: «Seguro que nos ponen en grupos»	
¿Siempre nos ponen en grupo?	No muchas veces.
¿Cuál es la dinámica de las clases?	Pues cuando empieza un tema nuevo, el profesor explica, luego deja tiempo para ejercicios, y en algún tema pone en grupo.
¿El profesor usa siempre el formato de grupo?	No, sólo en clase de los viernes y no todos.
¿Cuál es por tanto la probabilidad?	Tenemos 3 horas a la semana y sólo 1 de cada 3 viernes aproximadamente pone en grupo.
Pensamiento: «Si me acerco y les miro, me temblarán las manos»	
¿Cómo sé que seguro me temblarán manos y voz?	No lo sé seguro, pero me ha pasado otras veces.
¿Cuál es la probabilidad de que ocurra?	Quizá siendo sensato, la mitad de las veces me tiemblan las manos.
Pensamiento: «Me notarán nervioso»	
Suponiendo que temblara, ¿cuánto de visible es?	No mucho. Aunque sí se ve la mano moverse un poco.
Asumiendo que se ve, ¿cómo puedo demostrar que me mirarán las manos?	No lo puedo demostrar. Normalmente me mirarían a la cara, pero puede que alguno me mirara.

© Ediciones Pirámide

TABLA 4.9 *(continuación)*

Preguntas	Respuestas
Pensamiento: «Me notarán nervioso»	
¿Cuál es la probabilidad de que mire a las manos y mantenga la mirada más de 5 segundos en las manos?	Poca. Mirar un segundo de refilón sí es probable, pero mantener la mirada en las manos cuando les pregunte, es poco probable. Menos del 10 por 100.
Aunque eso ocurriera, ¿cuál es la probabilidad de que lo interpretara como nervios?	Podría pensar que tengo frío, o mal pulso o que he llevado peso en esa mano o que no pensara nada. La probabilidad de que pensara que estoy nervioso es de un 25 por 100.
Pensamiento: «Pensarán que no soy normal, que soy raro»	
Supongamos que alguno pensara que estoy nervioso. ¿Qué datos tengo de que le pareceré anormal o raro?	Ellos no están nerviosos. Les pareceré raro.
¿Qué otra imagen les podrías parecer?	Bueno, pueden pensar que soy tímido; o que me corta preguntarles.
¿Eres el único en clase que se pone nervioso a veces?	No, en exámenes todos. Cuando nos preguntan en voz alta también, y al proponer trabajos, muchos.
¿Es normal para ellos, por tanto, el nerviosismo?	Bueno, sí. Aunque no sea en ese momento, no tienen por qué pensar mal.
Pensamiento: «Se reirán de mí. Haré el ridículo»	
Datos de que se reirán.	Alguna vez se han reído de mí, y yo me siento ridículo.
¿En qué momentos se rieron de ti?	Cuando me quedo solo, he visto sonrisitas a veces.
¿Es la misma situación: acercarte a preguntar que quedarte solo atándote la zapatilla y sin mirarles?	No, es muy diferente.
¿Qué hacen tus compañeros para ponerse en grupo?	Ya, ya. Se preguntan unos a otros.
¿Y se ríen o queda ridículo?	No, al contrario, queda muy natural.
Conclusiones y pensamientos alternativos	
— No es seguro que nos pongan en grupo. Sólo ocurre menos del 15 por 100 de las veces. — Las manos me tiemblan el 50 por 100 de las veces. — Es poco probable que me miren las manos (10 por 100). — Y sólo pensarían que es por nerviosismo en un 25 por 100. — Estar nervioso no es algo raro para ellos. No pensarán que soy raro, sino quizá cortado. — Nadie se ríe o se burla porque otro pregunte si puede ponerse en grupo.	

© Ediciones Pirámide

2.9.2. *Experimentos conductuales y exposición*

Tal como hemos visto, el elemento crucial de mantenimiento de la fobia social en Jaime era el uso de las conductas de seguridad. Mientras seguía protegiéndose con ellas no podía romper la asociación E-R y no comprobaba si realmente había tal peligro. En otros problemas de ansiedad, pedimos al sujeto que se exponga a la situación temida y permanezca allí el tiempo necesario hasta que la ansiedad baje. En la fobia social existen dificultades para usar la exposición directamente. La primera traba es la duración de los estímulos. En muchas ocasiones no podemos alargar la situación tanto como sería necesario para que descienda la ansiedad. Los estímulos de Jaime eran muy breves: iniciar una conversación, pedir que le acepten en un grupo, expresar su descontento, hacer una pregunta en clase. Ninguno duraba más de 5 minutos. Otra dificultad era controlar la aparición de las situaciones. No podíamos manipular el ambiente de Jaime para crear esas situaciones y producir un programa de exposición sistemático.

Gracias a los experimentos conductuales (Clark, 1997) podemos salvar estas dificultades. Los experimentos conductuales comparten elementos en común con la exposición, aunque hay diferencias. El tiempo no es importante, no necesitamos mantener la exposición hasta que la ansiedad se reduzca. Además los experimentos conductuales son una excelente técnica cognitiva para cuestionar pensamientos negativos. La persona consigue procesar lo que ocurre en la interacción y compararlo con lo que había anticipado que iba a suceder.

Con Jaime usamos muchos experimentos conductuales. Para comenzar se utilizó el *experimento de las conductas de seguridad.* Quisimos que comprobara de forma empírica nuestra hipótesis: sus conductas de seguridad no sólo no le protegen, sino que aumentan su miedo, hacen que focalice en sí mismo y no en la interacción, con lo que su eficacia social se reduce y, paradójicamente, aumentan la probabilidad de que los demás le perciban ansioso o raro.

Para ello, realizamos el experimento en consulta. En formato de *role-playing* y grabando en vídeo, le pedimos que reprodujera una situación típica: ponerse en parejas en clase de educación física. Pero la representamos en dos condiciones diferentes. En la primera representación, Jaime actuaría igual que lo hace normalmente usando sus conductas de seguridad (no mirar, disimular, no acercarse, no preguntar). En la segunda representación, Jaime debía eliminar las conductas de seguridad: mirar, acercarse y preguntar. Comparamos las dos actuaciones en función del nivel de ansiedad, el grado de autoconciencia, cuánto de raro quedaba y la ejecución. Jaime pudo comprobar, cuando revisamos el vídeo, la gran diferencia de eficacia social en uno y otro, y cómo las conductas de seguridad dificultaban su objetivo.

A partir de ahí fuimos pidiendo experimentos conductuales, en los que íbamos poniendo en duda sus creencias. *«Si miro a los ojos, pensarán que soy raro y me rechazarán», «No debo mostrar mis sentimientos porque se alejarán de mí», «Como no le caigo bien, si empiezo a hablar le agobiaré»*. Hacíamos predicciones de lo que esperaríamos que ocurriera si fuera verdad cada pensamiento y también si fuera falso. Por ejemplo: Mirar a los ojos = rechazo.

TABLA 4.10

Predicciones para el experimento conductual. Comprobar si mirar a los ojos producirá rechazo

Predicciones	
Si es cierto	**Si es falso**
Cuando les mire…	Cuando les mire…
— Apartarán la mirada. — Se volverán de espaldas. — Me dirán «qué te pasa».	— Seguirán mirándome. — Me hablarán. — No habrá burla.

Y le pedíamos que lo realizara sin conductas de seguridad. Le entrenábamos primero en la consulta.

Poco a poco, Jaime fue afrontando las situaciones y comprobando que sus temores no se produ-

© Ediciones Pirámide

cían. Al eliminar las conductas de seguridad, resultó ser mucho más hábil que antes y pudo conseguir que, progresivamente y exponiéndose a las situaciones, descendiera su ansiedad. En la tabla 4.11, aparecen algunos experimentos conductuales que hemos diseñado para cada uno de los miedos corrientes en fobia social (Pastor y Sevillá, 1999). Jaime fue integrándose más en clase, hizo amigos y salía con ellos. Practicó sus habilidades conversacionales y poco a poco se sintió más seguro.

TABLA 4.11

Ejemplo de experimentos conductuales

Temor	Conductas de seguridad	Experimento conductual
No saber qué decir, quedarme en blanco.	— Preparar temas de conversación con antelación. — Hablar de temas que se domina. — Poner excusas para no hablar: dolor de cabeza, afonía. — Abandonar la situación momentáneamente. — Colocarse al lado de personas muy conocidas. — Quedar con varias personas a la vez (y no con una a solas).	— Ir a la situación sin ningún tema preparado. — Obligarse a hablar del tema que surja, sea el que sea. — Evitar hablar del tema que se domina. — Mantenerse en la situación sin dejarla ni siquiera por un momento. — Situarse al lado de personas que no conozca. — Quedarse a solas con una persona.
Que se produzca un silencio prolongado.	— No parar de hablar, llevando las riendas de la conversación. — Hacer muchas preguntas. — Dar respuestas muy largas.	— Crear voluntariamente silencios. — Dejar que el interlocutor dirija. — Reducir el número de preguntas. — Acortar las respuestas.
Tartamudear.	— Hablar bajito. — Hablar rápido. — Hablar menos.	— Elevar el volumen. — Hablar a un ritmo más lento. — Hablar más. — Tartamudear voluntariamente.
Sudar.	— Llevar mucha ropa o muy gruesa (para que no se vea el sudor). — Llevar ropa muy ligera (para no sudar). — Usar ropa de colores suaves (para que no se note la mancha de sudor). — Beber bebidas frías. — No beber nada. — Refrescarse en el baño. — Mantener los brazos pegados al cuerpo.	— Usar ropa acorde con la temperatura ambiente. — Usar ropa según los gustos personales. — Tomar una cantidad de bebida normal a temperatura ambiente. — Obligarse a beber. — No ir al baño para refrescarse la cara o las manos. — Mover los brazos con normalidad. — Moverse con naturalidad.
	— Permanecer estático (para no empezar a sudar). — Secarse las manos o ponerse talco. — No dar la mano. — Decir que hace calor.	— No secarse ni usar talco. — Estrechar la mano con normalidad. — No dar ninguna excusa o justificación.

© Ediciones Pirámide

2.9.3. *Entrenamiento en habilidades asertivas*

Antes de exponerse a las situaciones de asertividad, hubo que entrenarle, ya que a Jaime le faltaban habilidades de recepción de críticas y de expresión de sentimientos negativos, así como decir «no».

En la tabla 4.12 están los pasos que seguimos habitualmente en el entrenamiento de habilidades sociales. Comenzamos por decir «no». Jaime se veía obligado a aceptar o a inventar excusas ante peticiones que no quería aceptar. Él creía que un «no» implicaría rechazo. Le entrenamos primero en controlar el impulso de aceptar: debía decir *«no lo sé. Luego te contesto», o «déjame que lo piense»*. Esto le daba un tiempo para reflexionar sobre si aceptar o no. También le entrenamos en decir «no» sin dar excusas, usando la fórmula «*No, prefiero no hacerlo» o «No, prefiero hacer otra cosa*». Aunque al principio, sólo practicarlo le generaba ansiedad, la repetición y el *feed-back* del vídeo fueron descendiendo su nivel de miedo y con ello aumentó su seguridad y eficacia en negar peticiones.

La dinámica en el entrenamiento siempre era la misma. Primero, entrenamos en contexto descontextualizado y luego en *role-playing*. Practicaba en casa ante el espejo y cuando los niveles de ansiedad eran muy bajos, pasamos a usarlo en su vida real.

Aprendió a expresar también sus sentimientos negativos: enfado, decepción, tristeza o soledad. Primero se enfrentó a sus pensamientos negativos como *«si demuestro mis sentimientos, pensarán que soy débil o inferior», «es mejor estar frío y como si no te afectara nada, así no pueden hacerte daño»*. Y después entrenamos una fórmula para expresar su malestar en cinco pasos:

1. Acotar la conducta molesta.
2. Expresar lo que sentimos.
3. Expresar empatía.
4. Hacer una petición de cambio.
5. Mostrar agrado por entendernos.

Poco a poco fue haciéndolo más espontáneamente y usaba su propio lenguaje.

El punto más difícil para Jaime fue el de recepción de críticas. Jaime solía contraatacar y aislarse. Le entrenamos en interrogación negativa, banco de niebla y aserción negativa. Esto le dio nuevos recursos para reaccionar ante diferentes críticas, tanto honestas como ambiguas o malintencionadas.

TABLA 4.12

Pasos del entrenamiento en HHSS (Pastor y Sevillá 1992)

1.º	El cliente explica con detalle la situación conflictiva.
2.º	El terapeuta designa a los interlocutores y describe su actuación.
3.º	El terapeuta clarifica con el cliente el objetivo de la interacción.
4.º	Se representa sin interrupciones.
5.º	El terapeuta para la representación y pregunta por el nivel de ansiedad, y si la situación se parece a la realidad. En caso negativo, se dan las instrucciones necesarias y se vuelve a representar.
6.º	El terapeuta (y el grupo) dan *feed-back* de la interacción: — primero, de las conductas positivas, añadiendo refuerzo positivo; — segundo, de las conductas a mejorar, añadiendo instrucciones correctivas de cómo mejorar una o dos.
7.º	Si se considera oportuno, se ofrece un modelo que interpreta la situación problemática. A ser posible, debe ser otro miembro del grupo. Se centra la atención del cliente en los aspectos a mejorar en la ejecución del modelo.
8.º	El cliente, siguiendo las instrucciones correctivas y el efecto de modelado, vuelve a representar la situación.
9.º	Se repiten todos los pasos anteriores hasta que el nivel de ansiedad esté bajo control, la ejecución sea topográficamente adecuada y se haya cumplido el objetivo establecido.
10.º	Se planifica la generalización a la vida real.

2.10. Resultados

Jaime fue mejorando progresivamente desde el inicio del tratamiento. Bajar la credibilidad de sus

© Ediciones Pirámide

pensamientos negativos produjo que observara más a los compañeros y no se centrara tanto en él mismo. Exponerse y experimentar conductualmente sus miedos fue provocando que hiciera amistades. Empezó una relación con un amigo de clase y comenzó a salir con un grupo de la clase de al lado.

El punto más difícil fue el manejo de las críticas. A su edad, los chavales juegan a «meterse» entre ellos, y eso no significa rechazo, sino más bien aceptación. Jaime consiguió manejar mejor esas situaciones no reforzándoles con un contraataque, sino extinguiéndolas con la aserción.

Al finalizar el tratamiento el número de interacciones sociales diarias era superior a 25 entre llamadas, mensajes, comentarios en clase, reuniones de grupo y salir de fiesta. El nivel medio de ansiedad era de 2 sobre 10 y la frecuencia de pensamientos de infravaloración era muy escasa y referida a temas académicos.

TABLA 4.13

Tempograma

Sesión	Fase de terapia	Objetivo de la sesión
1	EVALUACIÓN	Entrevista con J. Empatizar, obtener información, y dar información.
2		Entrevista con la madre de J. Centrar información. Entrevista con J.
3		Observación en consulta en *role-playing*.
4	PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS	Explicación de la hipótesis a J. y resumen a su madre.
5	TERAPIA COGNITIVA	Explicación ABC. Identificar pensamientos negativos.
6		Estirar pensamientos negativos. Criterios de racionalidad.
7, 8, 9		Discusión cognitiva. Técnicas de cuestionamiento.
10		Uso de discusión en línea longitudinal.
11	EXPERIMENTOS CONDUCTUALES	Experimento de las conductas de seguridad.
11, 12, 13		Experimentos conductuales.
12, 13, 14, 15	EXPOSICIÓN	Exposición.
14, 15, 16	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	Entrenamiento en habilidades asertivas: decir NO, expresar y recibir críticas.
17, 18	SEGUIMIENTO	— Aumentar horizontes sociales. — Ejercicios de ataque a la vergüenza. — Prevención de recaídas.
19		— Sesión de seguimiento a 3 meses. — Sesión telefónica a los 6 y 12 meses.

© Ediciones Pirámide

A continuación, distanciando las sesiones, trabajamos en varios puntos:

1. Aumentar horizontes sociales. Propusimos a Jaime que debía buscar 2 actividades a las que incorporarse para animarse a socializar. Él decidió apuntarse a cursos de confirmación y clases de francés.
2. Ejercicios de ataque a la vergüenza (Ellis, 1985). Para erradicar su miedo al ridículo, le fuimos pidiendo que crease situaciones que para la mayoría de la gente fuesen incómodas socialmente, como llevar una camiseta del revés, correr por la calle o sentarse en el suelo del metro. Jaime comprendió que aun cuando hacemos cosas extravagantes o ridículas, en realidad no pasa nada.
3. Prevención de recaídas. Siguiendo a Marlatt y Gordon (1985) hicimos un plan para afrontar las situaciones de alto riesgo que podrían producir recaída, como, por ejemplo, un enfado con su amigo o ser humillado por alguien en grupo. Ese plan consistía en usar las estrategias aprendidas y las ensayamos mediante *role-playing*.

El tratamiento fue muy efectivo. Jaime se sentía mucho más a gusto en clase, participaba en todas las actividades y se alejó definitivamente del riesgo de la depresión. Su madre dejó de preocuparse por su aislamiento y como anécdota comentó: «¡Por fin puedo preocuparme por sus resultados académicos!».

En el seguimiento, Jaime seguía afrontando las situaciones sociales con eficacia a los 3 y 6 meses, en los que ya había pasado de curso. En la tabla 4.13 encontraremos el tempograma de las sesiones.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Practica la primera entrevista del caso de Jaime en formato de *role-playing*. Representa la dificultad de obtener información y preparar recursos de manejo.

2. Explicación al cliente de la hipótesis explicativa del caso de Jaime. Hacer hincapié en los círculos viciosos.

Usar ejemplos de otras personas y del propio Jaime.

3. Busca ejemplos para que el cliente entienda la relación ABC y llegue a la conclusión de que son los B los que provocan directamente los C de forma socrática.

4. Haz un listado de preguntas concretas dentro del criterio de objetividad para el pensamiento *«Me bloquearé si hago una pregunta en clase»*.

5. Diseña experimentos conductuales para los diferentes pensamientos automáticos de Jaime.

6. Trabaja en formato de grupo los pasos del entrenamiento en habilidades sociales. Escoger E y R de los miembros del grupo.

7. Practica la autointrospección de pensamientos negativos propios. Practica el «estirar» pensamientos hasta encontrar los que hacen más daño.

8. Simula en pareja que uno mantiene una creencia irracional («Debo ser brillante al hablar», «no soporto que se me vea sonrojado») y ver cómo esto le hace conversar y comportarse usando conductas de seguridad. Evalúa la eficacia social.

9. Diseña «ejercicios de ataque a la vergüenza» y practícalos. Evalúa el efecto en el miedo al ridículo.

© Ediciones Pirámide

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, A. y Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and phobias*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1995). «A new instrument to assess childhood social anxiety and phobia: *The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*». *Psychological Assessment, 1,* 73-79.

Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of Social Phobia*. Washington, DC: APA.

Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. M. (1999). «Psychopathology of childhood social fobia». *Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry, 38,* 643-650.

Clark, D. M. y Wells, A. (1995). «A cognitive model of social phobia». En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneider (dirs.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and Treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford (traducción española: Martínez Roca, Barcelona, 2000).

Clark, D. (1997). «Panic Disorder and Social phobia». En D. Clark y C. Fairburn (dirs.), *Science and practice of cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. y Cohen, E. (1994). «Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents». *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 33,* 706-717.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.

Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998). «Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety». *Behaviour Research and Therapy, 36,* 455-470.

Olivares, J. y Caballo, V. E. (2003). «Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social». *Psicologia conductual, 11* (3), 483-515.

Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Pastor, C. y Sevillá, J. (1999). *Tratamiento psicológico de la fobia social. Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). «A Cognitive behavioral model of anxiety in social phobia». *Behaviour Research and Therapy, 35,* 741-756.

Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). «Fobia social, un modelo práctico de intervención». *Información psicológica, 57,* 61-67.

Sevillá, J. y Pastor, C. (2003).«Cómo tratar con éxito la fobia social». *Psicología conductual, 11* (3), 699-712.

Wells, A., Clark, D., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackman, A. y Gelder, M. (1995). «Social phobia: the role of in situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs». *Behaviour Therapy, 26,* 153-161.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada*

5

JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ
ANA ISABEL ROSA ALCÁZAR
LUIS JOAQUÍN GARCÍA-LÓPEZ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG en adelante) fue incluido por primera vez en el DSM-IV (APA, 1994) dentro de los trastornos de la infancia y la adolescencia. Las características de este trastorno incluían como propias la mayor parte de los criterios específicos que previamente habían formado parte de los prerrequisitos para el diagnóstico del «trastorno de ansiedad excesiva» (DSM-III-R; APA, 1987), categoría que sería definitivamente excluida como tal de los trastornos de la infancia y la adolescencia en el DSM-IV (APA, 1994). En la actualidad, el diagnóstico del TAG en población infanto-juvenil requiere que se experimente ansiedad y preocupación excesiva al menos durante 6 meses, requiriéndose la constancia de la ocurrencia de al menos una de las respuestas alteradas en el ámbito somático durante este período.

En cuanto a su caracterización clínica, el TAG requiere la ocurrencia de ansiedad y preocupación excesivas ante un amplio espectro de eventos y actividades que contienen generalmente preocupaciones acerca del rendimiento escolar/académico, el perfeccionismo (incluyendo la puntualidad y el exceso desmesurado de exigencia respecto de las tareas escolares), el estado de salud propio y el de la familia o amigos íntimos y las relaciones sociales (APA, 2000). Desafortunadamente, muchas de estas conductas desadaptativas (por exceso) son valoradas positivamente por los padres, maestros y otros adultos, quienes ven al niño más responsable que los demás, por lo que pueden reforzarlas positivamente sin advertir el peligro que ello puede conllevar. De hecho, una cuestión central a la hora del diagnóstico es evaluar en qué medida el patrón de respuestas que presenta el niño o el adolescente interfiere en el desarrollo normal de sus actividades cotidianas (de acuerdo a la edad del sujeto y el grupo cultural de referencia) generándole consecuencias negativas. En otras ocasiones no son los adultos los que inadvertidamente toman la iniciativa en el refuerzo positivo de los excesos de los chicos, sino que éstos mismos suelen buscar el refrendo del adulto para cerciorarse de que han actuado como «deben»; esta dependencia del juicio adulto, cuando se da en exceso, también ha de ser valorada en relación con la interferencia que genera en el niño la falta de autonomía para la toma de decisiones respecto del propio que hacer. De hecho, la necesidad de ayuda psicológica no se suele advertir hasta que el continuo requerimiento de retro-

* La redacción de este caso ha sido posible gracias a la ayuda a proyectos de investigación I+D SEJ2004-0147 del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España. El tratamiento del caso se realizó bajo la ayuda PI-54/00864/FS/01 de la Consejería de Cultura y Educación de la Región de Murcia. Programa SÉNECA.

© Ediciones Pirámide

alimentación, por parte de los demás, así como su excesiva preocupación y perfeccionismo no interfiere en su rendimiento académico.

Son correlatos de este constructo la impaciencia, la fatiga, la irritabilidad, la tensión muscular, los problemas de concentración y/o de sueño. El niño o el adolescente que presenta TAG suele experimentar estas alteraciones somáticas cuando aparecen las preocupaciones relacionadas con los exámenes, cuando ha de cumplir con sus obligaciones (niveles desproporcionados de autoexigencia), cuando piensa en la probabilidad de tener accidentes él o algún miembro de su familia, etc.

El diagnóstico a edades tempranas resulta difícil debido al hecho de que en la infancia la capacidad de autoobservación está muy limitada, cuando no resulta imposible informar sobre sí mismo como consecuencia de las restricciones impuestas por el propio desarrollo cognitivo (Choudhury, Pimentel y Kendall, 2003; Kendall y Pimentel, 2003; Kazdin y Weisz, 1998; Klein, 1991; Rapee, Barrets, Dadds y Evans, 1994; Weissman, Wickramaratne y Warner, 1987). En este sentido, Kendall y Pimentel (2003) han hallado diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas somáticas informadas por niños entre 9 y 11 años frente a las descritas por sujetos entre los 11 y los 13 años, a favor de estos últimos. Estos hallazgos son coherentes con los informados 15 años antes por Strauss, Lease, Last y Francis (1988), quienes también encontraron diferencias significativas entre sujetos menores de 12 años y los que superaban esta edad.

La génesis de este trastorno sigue siendo todavía desconocida, pese a que existen tentativas para dar cuenta del mismo. Así, en el estudio realizado por Noyes, Clancy, Crowe, Hoenk y Slymen (1992), utilizando un procedimiento retrospectivo, los adultos que presentaban TAG no lograron informar de una edad concreta de inicio ni de un acontecimiento específico con el que asociar el comienzo del trastorno. Ello ha llevado a que autores como Brown (1999) sugieran la existencia de un componente de vulnerabilidad genética, pese a que estudios previos con gemelos no apoyen tal hipótesis (v. gr., Torgersen, 1983).

Los datos epidemiológicos son más claros y contundentes que los etiológicos. De cuerdo con éstos, el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente en la infancia, con porcentajes que varían entre el 2 por 100 y el 19 por 100 en los estudios con población comunitaria (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987; Bowen, Offord y Boyle, 1990; Kashani y Orvaschel, 1988; McGee et al., 1990). Estos porcentajes se incrementan cuando se toma como referencia la población clínica. Así, Silverman y Nelles (1988) y Last et al. (1987) encontraron una tasa cercana al 14 por 100, mientras que Kendall et al. (1997) hallaron una proporción del 58 por 100. Como en otros trastornos de ansiedad, los datos revelan una mayor prevalencia en chicas que en chicos adolescentes, no ocurriendo así en edades anteriores (Last et al., 1987; Kendall et al., 1997).

En relación con la evaluación del TAG, la entrevista diagnóstica de primera elección es la «Anxiety Disorder Interview Schedule for Children» (Silverman y Albano, 1997), tanto porque fue diseñada para evaluar específicamente trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil como por las propiedades psicométricas que ha probado tener (Kendall, Pimentel, Rynn, Angelosante y Webb, 2004). En relación con las medidas de autoinforme los datos revelan que entre los instrumentos que han mostrado su fiabilidad y validez se hallan la Escala Revisada para la Conducta Manifiesta (CMAS-R; Reynolds y Richmond, 1978), el Inventario de Ansiedad-Estado para Niños (STAIC; Spielberger, 1973), el Autoinforme para Jóvenes (Acenbach, 1987), la Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC; March, Parker, Sullivan, Stalling y Conners, 1997) y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS; Spence, 1997).

Finalmente, respecto de los tratamientos empíricamente validados las investigaciones llevadas a cabo son concluyentes a la hora de indicar que la terapia cognitivo-conductual, con o sin la adición de la intervención familiar, es la línea de investigación de la que se han derivado los tratamientos que han probado mayor grado de eficacia en el tratamiento del TAG con niños y adolescentes, de acuerdo con los criterios de la Comisión de Expertos de la Divi-

© Ediciones Pirámide

sión 12 de la Asociación Americana de Psicología (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). Un ejemplo en este sentido es el programa «*Coping Cat*», elaborado por Kendall a principios de la década de los noventa del siglo pasado (Kendall, 1992), fue el primero en mostrar su eficacia para tratar niños con TAG, que ha sido reelaborado en Australia como el «*Coping Koala Group Workbook*» por el equipo de Barrett (Barrett, 1995; Barrett, Dadds y Rapee, 1996) y en Canadá, donde se le ha dado el nombre de «*The Coping Bear Workbook*» (Mendlowitz et al., 1999; Scapillato y Mendlowitz, 1993).

Para profundizar en el estado actual de la evaluación y el tratamiento del TAG en niños y adolescentes puede consultarse el trabajo de Kendall et al. (2004) y, entre nosotros, la excelente revisión de Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Ramón es un adolescente de 15 años que cursa primero de BAT en un instituto de la región de Murcia. Vive con sus padres y otros dos hermanos (Manolo, de 22 años, y Alicia, de 12 años).

2.2. Motivo de la consulta

Tras una de las aplicaciones comunitarias que realiza la Unidad de Terapia de Conducta, del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia, dentro del Programa para la Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social, recibimos la llamada de una de las madres de los chicos que no habían sido seleccionados para participar en el Programa y porque las puntuaciones obtenidas por ellos habían sido inferiores a las establecidas como puntos de corte para optar a la posibilidad de participar en el Programa Intervención en Adolescentes con Fobia Social (véase Olivares, 2005).

La madre decía no entender por qué su hijo no había sido seleccionado cuando ella «lo veía muy mal»; indicó que pese a haber recibido ya tratamiento médico y psicológico, cada vez lo veía peor; el chico llevaba un año tomando Lexatin de 1,5 mg, tres veces al día, y Prozac 20 mg (una vez al día).

Ramón manifestaba padecer un estado de malestar general, que no podía atribuir a ninguna causa concreta, pero que cada vez se mantenía durante más tiempo y le había ido afectando en más situaciones, tanto públicas como privadas, alterando sus pensamientos (preocupación frecuente y excesiva en su duración e intensidad), sus respuestas fisiológicas (sudoración, aparición de tics, elevación de la tasa cardíaca, tensión y dolor precordial, fuertes dolores de cabeza, etc.) y motoras (respuestas de escape y evitación, posiciones derivadas de la tensión muscular excesiva, etc.).

La descripción realizada tanto por Ramón como por su madre mostraba indicios claros de que podría tratarse de un trastorno de ansiedad generalizada.

A fin de delimitar aún más el problema, procedimos como sigue: «Ramón, te voy a preguntar sobre las cosas que te puedan preocupar, pero primero quiero estar seguro de que tú y yo entendemos lo mismo por "preocupación". Verás, voy a comenzar yo. Yo entendiendo que uno está preocupado cuando no puede dejar de pensar una y otra vez sobre alguna o algunas cosas. Es decir, cuando te resulta difícil dejar de pensar en ello. Asimismo, las cosas sobre las que estás pensando son frecuentemente cosas que te hacen sentirte muy nervioso o asustado. Es cierto que todo el mundo se preocupa por cosas, pero a veces algunas personas se preocupan tanto que eso empieza a molestarles». Ramón muestra estar de acuerdo con nuestra delimitación. Aprovechamos su respuesta para formular una nueva pregunta: «¿Te molesta estar preocupado, te hace sentirte mal?». Pese a que Ramón responde afirmativamente, insistimos en aclarar todavía un poquito más esta cuestión. «Ramón, algunos chicos parecen estar siempre preocupados bien por como les va en el colegio, en los estudios, por lo que les puede pasar en el futuro o por lo que les pudiera pasar a sus amigos, a su familia, o por

© Ediciones Pirámide

otras cosas. ¿Has estado tú muy preocupado últimamente por asuntos como éstos?». La respuesta de Ramón fue afirmativa.

«Ya que has contestado afirmativamente, permíteme preguntarte de nuevo: ¿Qué es lo que te preocupa a ti?». El chico nos indicó que le preocupaba mucho que le pudiera pasar «algo malo» a él o a alguien de su familia o amigos; que no sabía qué, pero «algo malo». «*Es un sentimiento "de fondo" que me produce un estado de no sé cómo decirlo, pero de malestar casi permanente, general, que se produce junto a mucha inseguridad y no me deja ser yo. Al principio me pasaba sobre todo cuando estaba en clase o cuando estudiaba, me sentía mal, muy incómodo, no me podía concentrar en casi nada, pero ahora eso me pasa casi siempre, esté donde esté y haga lo que haga. También duermo mal y tengo muchas pesadillas*».

«De acuerdo, ahora me gustaría que me contaras si te preocupas por ciertas cosas más de lo que lo hacen los chicos de tu edad. Contéstame sí o no.»

«¿Crees que te preocupas por asuntos relativos al instituto y los estudios más que lo hacen los chicos y chicas de tu edad?» Responde afirmativamente.

«¿Crees que te preocupas por tu apariencia y por tus relaciones con los demás chicos y chicas más que lo hacen los de tu edad?». Responde afirmativamente.

«¿Cuándo tienes que hacer algo ante otros crees que te preocupas más de lo que lo hacen los chicos y chicas de tu edad?». Responde afirmativamente.

Las nuevas aportaciones de Ramón permitieron afianzar aún más nuestra hipótesis en relación con la posible existencia de un trastorno de ansiedad generalizada.

2.3. Historia del problema

Ramón sitúa el inicio del problema a los 11 años, coincidiendo con el comienzo de un nuevo curso. No recuerda ninguna otra causa concreta que pueda relacionar con el comienzo.

El problema ha evolucionado siguiendo el proceso de generalización: cada vez ha ido estando peor y cada vez en más situaciones distintas. Previamente había recibido tanto tratamiento psiquiátrico (ahora controlado por su médico de familia) como psicológico (no se pudo encuadrar la modalidad debido a las contradicciones que Ramón presentaba en su «descripción de lo que hacían» durante las consultas en el despacho de la psicóloga). El tratamiento psicológico duró un año (13-14 años).

2.4. Evaluación del caso

Pese a que como hemos indicado las puntuaciones obtenidas por Ramón en los dos instrumentos utilizados por nuestro equipo para valorar la ansiedad social, en las tareas de detección de adolescentes con fobia social, no superaron los puntos de corte establecidos para tal fin (véase Olivares, García-López, Turner, La Greca y Beidel, 2002), pues éstas fueron de 53 para la SAS-A (La Greca y Lopez, 1998) —4 puntos por debajo de punto de corte— y de 91 para el SPAI (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) —6 puntos por debajo del punto de corte—, según la adaptación realizada para su aplicación en población adolescente española entre 14 y 18 años por García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel y Turner (2001), accedimos a ello a petición de la madre. En primer lugar aplicamos la entrevista diagnóstica *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child versión* (ADIS-IV-C; Silverman y Albano, 1996), siguiendo el protocolo establecido y que se describe modificado a continuación.

2.4.1. *Valoración de la intensidad, grado de severidad o exceso de las preocupaciones*

En este apartado valoramos la intensidad, severidad o exceso de las preocupaciones, para cada área de preocupación en la que Ramón respondió afirmativamente. Para ello procedimos como sigue:

«Ahora, tomando como referencia nuestro termómetro del miedo (rango: 0-8), indícame, Ramón, cuánto te preocupas por:

© Ediciones Pirámide

— Cuestiones relativas al instituto y los estudios. Indica 8.
— Tu apariencia y por tus relaciones con los demás chicos y chicas. Indica 8.
— Hacer algo ante otros. Indica 7».

2.4.2. *Valoración de la dificultad para detener o controlar las preocupaciones*

Con el fin de valorar el grado de autocontrol que el sujeto cree tener sobre sus respuestas cognitivas desadaptativas (preocupaciones) le preguntamos al chico si le resultaba difícil detener/controlar las preocupaciones tomando como referencia la misma escala (rango: 0-8). «Ramón, ¿te preocupa ...? ¿Puedes controlar la preocupación?»

En la tabla 5.1 recogemos las valoraciones de Ramón respecto de los apartados 2.4.1 y 2.4.2.

A fin de estimar la duración de las preocupaciones desadaptativas desencadenadas y determinación del tiempo mínimo de la existencia del problema preguntamos a Ramón: «En relación con lo que

TABLA 5.1

Principales fuentes de preocupación desadaptativa e intensidad y grado de autocontrol percibido sobre las preocupaciones desencadenadas.

Fuentes de preocupación	Preocupación		Intensidad[1]	Control[2]	
	Sí	No	(Rango: 0-8)	Sí	No
a) *Relativas al* ***instituto*** (por ejemplo, al empezar en el instituto, por trabajo en clase, por los deberes, por las notas, etc.).	X		8		X
b) *Relacionadas con la* ***actuación*** (cuando tengo que hacer algo ante otros, por ejemplo, ser bastante bueno en cosas tales como los deportes, bailar, arte).	X		7		X
c) *Propias del* ***ámbito social o interpersonal*** (por ejemplo, hacer amigos, causar buena impresión, etc.).	X		8		X
d) ***Preocupación por el pasado y otras cosas y cuestiones de menor relevancia*** (por ejemplo, preocupación por cosas que ocurrieron en el pasado, etc.).	X		7		X
e) ***Preocupaciones relativas al perfeccionismo*** (por ejemplo, ser puntual, controlar el horario, hacerlo todo bien —por cometer errores al hablar o escribir—, tenerlo todo en su sitio, etc.).	X		8	X	
f) ***Relativas a la salud propia.***	X		8		X
g) *Salud de figuras significativas*: familia, amigos...	X		8		X
h) *Relacionadas con la* ***familia*** (divorcio, economía, discusiones familiares, etc.).		X			
i) *Preocupaciones por* ***«cosas que pasan en el mundo»*** (por ejemplo, asuntos locales o acontecimientos mundiales, inundaciones, huracanes, guerras, etc.).	X		8		X
j) ***Otras*** (no se informa de ninguna otra).	—	—	—	—	—

[1] De la preocupación.
[2] Sobre la preocupación.

© Ediciones Pirámide

has contestado que te preocupa, ¿normalmente te preocupas por estas cosas durante la mayor parte del día?» y «¿Dirías que has estado preocupado de esta manera durante al menos seis meses?». En ambos casos sus respuestas fueron afirmativas. «De acuerdo, Ramón, te he estado preguntando por tus preocupaciones. Ahora me gustaría saber qué sientes cuando te preocupas.» Siguiendo el proceso de la entrevista le preguntamos por las tres áreas a las que había otorgado una puntuación de 4 o más (por «exceso»). Procedimos como indicamos en las tablas 5.2, 5.3 y 5.4.

TABLA 5.2

Cuando te estás preocupando por cosas relativas al instituto

	Sí	¿Cuánto? (Rango: 0-8)	No
a) ¿Te sientes nervioso o tienes problemas para relajarte?	X	7	
b) ¿Te cansas fácilmente o te sientes «agotado» siempre?	X	8	
c) ¿Tienes problemas para prestar atención o concentrarte?	X	7	
d) ¿Te enfadas fácilmente?		4	X
e) ¿Te duele «el cuerpo», los músculos de las piernas, brazos o cuello?	X	8	
f) ¿Tienes problemas para conciliar el sueño o te despiertas con facilidad durante el sueño?	X	6	

TABLA 5.3

Cuando te estás preocupando porque tienes que hacer cosas ante otros

	Sí	¿Cuánto? (Rango: 0-8)	No
a) ¿Te sientes nervioso o tienes problemas para relajarte?	X	7	
b) ¿Te cansas fácilmente o te sientes «agotado» siempre?	X	7	
c) ¿Tienes problemas para prestar atención o concentrarte?	X	8	
d) ¿Te enfadas fácilmente?		4	X
e) ¿Te duele «el cuerpo», los músculos de las piernas, brazos o cuello?	X	8	
f) ¿Tienes problemas para conciliar el sueño o te despiertas con facilidad durante el sueño?	X	6	

Una vez que nos hubimos informado de que Ramón manifestaba preocupación excesiva respecto de un número relevante de situaciones de actuación y de relación, así como respecto de sus propios pensamientos y estados somáticos, además de señalar elevada dificultad para controlar tales preocupaciones procedimos a obtener información del grado de interferencia que todo ello le producía, antes de considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (véase tabla 5.4).

© Ediciones Pirámide

TABLA 5.4

Cuando te estás preocupando por asuntos relativos a cuestiones sociales o respecto de tus relaciones sociales

	Sí	¿Cuánto? (Rango: 0-8)	No
a) ¿Te sientes nervioso o tienes problemas para relajarte?	X	6	
b) ¿Te cansas fácilmente o te sientes «agotado» siempre?	X	7	
c) ¿Tienes problemas para prestar atención o concentrarte?	X	6	
d) ¿Te enfadas fácilmente?		8	X
e) ¿Te duele «el cuerpo», los músculos de las piernas, brazos o cuello?	X	8	
f) ¿Tienes problemas para conciliar el sueño o te despiertas con facilidad durante el sueño?	X	6	

2.4.3. *Valoración de la interferencia*

«De acuerdo, Ramón, ahora quiero saber cuánto ha interferido en tu vida este problema. Es decir, ¿cuánto ha influido en la relación con tus amigos, en lo que haces con ellos?, ¿cómo te ha afectado en el instituto o en casa?, ¿cuánto te ha impedido realizar cosas que te gustaría hacer? Indícame cuánto utilizando el termómetro del miedo que usamos antes. ¿De acuerdo?». El grado de interferencia total indicado por Ramón fue de 7 (rango: 0-8).

Además de la delimitación del problema, la entrevista nos permitió realizar tanto el diagnóstico diferencial frente a las crisis de angustia, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, ansiedad por separación, anorexia nerviosa, trastorno de somatización, hipocondría y trastorno por estrés postraumático, como el estudio de la comorbilidad (no se hallaron trastornos comórbidos), así como obtener información respecto de la percepción de Ramón en relación con la estimación de la intensidad de las preocupaciones, la dificultad de éste para controlarlas y la magnitud de la interferencia en su vida cotidiana.

Asimismo, la modificación que establecimos en relación con las preguntas propuestas por la entrevista, respecto de las tres áreas o categorías de situaciones en las que más puntuaba Ramón, nos permitió obtener una cuantificación de los cinco correlatos o variables dependientes que la APA (2000) considera más relevantes para la delimitación del trastorno: inquietud o impaciencia (estado de sobreexcitación), fatigabilidad fácil (cansancio), dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco (atención), irritabilidad (reactividad), tensión muscular (dolor muscular) y alteraciones del sueño (calidad del sueño).

Todo ello nos permitió confirmar la posibilidad de considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, habida cuenta que Ramón no cumplía los criterios para el diagnóstico de un cuadro de ataques de pánico, ni los relativos al trastorno obsesivo-compulsivo, pero sí los que se requieren para el TAG: mostraba ansiedad y preocupación excesivas sobre una gama amplia de actividades y eventos que duraban ya más de 6 meses (según la madre y según el hijo), le resultaba muy difícil controlar su estado de casi constante preocupación, puntuaba con intensidades clínicamente significativas en todos los correlatos de los constructos «ansiedad» y «preocupación» recogidos en el criterio C del DSM-IV-TR (pese a no ser requerido más de uno para los niños y adolescentes), resultando de todo ello un malestar clínicamente significativo que conllevaba tanto deterioro social como del rendimiento académico, y todo ello no se podía

© Ediciones Pirámide

explicar mejor como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una sustancia química (consumo de drogas, fármacos, etc.), ni generado por una enfermedad médica como, por ejemplo, el hipertiroidismo o cualquier otro trastorno somático, ni tampoco aparece en el contexto de un trastorno generalizado del desarrollo, ni de un trastorno psicótico ni exclusivamente durante la ocurrencia de un trastorno del estado de ánimo.

2.4.4. *Valoración de las expectativas de cambio*

Valorar el grado en el que el paciente está motivado para el tratamiento es una cuestión central en el tratamiento del caso único, ya que el psicólogo no cuenta aquí ni con los efectos benéficos del modelado *coping* que se produce en el contexto del tratamiento en grupo, ni tampoco con la propia presión del grupo ni con las redes de apoyo social que suelen surgir entre los afectados por el problema, entre otras cuestiones. En nuestro caso aplicamos a Ramón la Escala de Expectativas de Cambio (Olivares, Ramos y Piqueras, 2002) que incluimos en los anexos. Los resultados señalaron que Ramón no mostraba inicialmente demasiada confianza en las posibilidades de los tratamientos psicológicos en general ni en éste en particular (ni tampoco el padre, según informaba la madre), pero tanto la familia como el chico querían solucionar el problema.

2.5. Análisis topográfico

Además de los datos proporcionados por Ramón y su mamá, tanto a través de nuestra entrevista con la madre como por medio de las respuestas de aquél a nuestras preguntas en relación con los requisitos del guión de la ADIS-IV-C (Silverman y Albano, 1996), comenzamos la construcción de la línea de base. A esta información general cuantificada, respecto de cada una de las 9 fuentes o áreas de preocupación ansiosa más la interferencia, añadimos otra específica a la cuantificación de la intensidad de la interferencia, la frecuencia de evitación y la cumplimentación de los registros derivados de las tablas 5.2, 5.3 y 5.4 «*Cada vez que estés preocupado por ...* —fuentes principales de preocupación—». Tras una semana de registro se pudo comprobar la regularidad de las estimaciones realizadas por Ramón.

2.6. Análisis funcional

La madre de Ramón subrayó repetidas veces que ella siempre había visto a su hijo más preocupado que el resto de los niños que ella conocía, incluidos los suyos. Ramón también decía que «desde siempre» se había preocupado «más de lo normal por las cosas, por su salud y la de sus padres, porque pudiera pasarles algo malo, ...», pero que fue sobre todo a partir de los 11 años, cuando cambió de quinto a sexto curso, cuando realmente comenzó a pasarlo mal. Desde entonces la intensidad del problema ha ido aumentando y éste se ha ido generalizando a más situaciones, a más actividades y a más eventos.

Tanto los datos proporcionados por las entrevistas con Ramón y su madre, como los derivados del autorregistro durante la semana previa al inicio del tratamiento, nos permitieron formular la siguiente hipótesis funcional o relativa al mantenimiento del TAG: en la actualidad el TAG que presenta Ramón puede ser desencadenado tanto por estímulos condicionados (el propio instituto, las tareas escolares, los lugares públicos en general y las propias autoverbalizaciones) como por estímulos discriminativos (internos como las respuestas fisiológicas y motoras condicionadas y externos como el instituto, la clase, el autobús para ir al instituto, el lugar de estudio en casa, etc.), los cuales actuarían siguiendo el modelo bifactorial propuesto por Mowrer (1947), es decir, inicialmente se desencadenaría de manera «automática» la sobreactivación psicofisiológica condicionada, la cual generaría el estado de preocupación desadaptativo, responsable a su vez del intenso malestar experimentado por Ramón y que éste intenta aliviar dando respuestas de escape/evitación; tanto estas últimas como aquéllas estarían mantenidas por la reducción del malestar o

© Ediciones Pirámide

alivio —operante— que les sigue (refuerzo negativo) y el fortalecimiento de la asociación condicionada —respondente— (condicionamiento a través tanto de los ensayos manifiestos como de los encubiertos —imágenes, autoverbalizaciones, etc.—). Por otra parte, la evaluación pretest también puso de manifiesto que Ramón fundamentaba cada vez más sus respuestas de escape/evitación en creencias (estaba permanentemente «escapando parcialmente» de las situaciones —no miraba, se centraba en sus propios pensamientos, hojeaba revistas o algún material/documento que era irrelevante para la situación, etc.—, y sus preocupaciones estaban «plagadas» de pensamientos irracionales, pese a que contaba con un buen arsenal de habilidades sociales cuyo uso inhibía cada vez más cuando estaba en/frente a las fuentes ansiosas.

2.7. Repercusiones negativas

Tanto la madre como Ramón indicaban, como muestra de la interferencia del problema y el deterioro generado en este último, el hecho de que cada vez faltaba más a clase e incluso no se había presentado a algunos exámenes en el curso que acababa de comenzar. Contaba sólo con un amigo del colegio, pero generalmente salía con gente distinta cuando lo hacía. En el ámbito personal y familiar el coste generado por el padecimiento subjetivo también era relevante.

2.8. Aplicación del tratamiento

Tomando como referencia las relaciones puestas de manifiesto por el análisis funcional realizado sobre los datos proporcionados por la evaluación pretest, nos fijamos como objetivos terapéuticos los siguientes:

i) Reducir el patrón de respuestas fisiológicas y motoras condicionadas hasta valores que no generasen preocupación desadaptativa en Ramón (exposición con prevención de respuesta de escape y relajación muscular progresiva).
ii) Sustituir los operantes actuales (refuerzo negativo o alivio de la aversión) por operantes positivos (refuerzo positivo).
iii) Sustituir creencias y pensamientos automáticos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos.
iv) Eliminar la ocurrencia de respuestas de escape y evitación.
v) Alcanzar cuotas de progreso informado iguales o superiores al 80 por 100 en el control de las variables medidas en el TAG, respecto de los valores de la línea de base, como prerrequisito para iniciar el desvanecimiento del seguimiento.

Las hipótesis de intervención que formulamos fueron las que transcribimos a continuación:

a) Si exponemos de manera reiterada a Ramón a las situaciones que le generan preocupación desadaptativa hasta que logre relajarse en ellas, entonces éstas tendrán que ir perdiendo su carácter de «fuentes de ansiedad», es decir, de estímulos tanto condicionados como discriminativos de la aparición de la preocupación y el malestar asociado a ella, dejando de producir «preocupación desadaptativa».
b) Si logramos que Ramón pueda identificar sus pensamientos automáticos desadaptativos y los sustituya por alternativas racionales, entonces reduciremos/eliminaremos la ocurrencia de los primeros.
c) Si entrenamos a Ramón en el registro de la intensidad del malestar y las consecuencias que siguen a su exposición, entonces podrá disponer de datos «propios» con los que contrastar sus creencias y estimaciones con los hechos reales que al ser más «creíbles» facilitarán su adherencia al tratamiento.

El tratamiento incluyó una fase educativa o de explicación y reconceptualización del problema,

© Ediciones Pirámide

otra de entrenamiento que se complementó con la asignación de tareas para casa que incluyeron tanto exposición en imaginación como en vivo, y una tercera de desvanecimiento del entrenamiento o «práctica programada», en la que Ramón sólo recurría al terapeuta para resolver dudas y dar cuenta del cumplimiento de las exposiciones acordadas.

En la primera fase, educativa y de reconceptualización del problema mediante la explicación de nuestros hallazgos en la evaluación, y el resultado del análisis funcional, también procedimos a dar a conocer los que entendíamos deberían de ser los objetivos a lograr mediante el tratamiento, así como las estrategias y técnicas de las que nos podíamos valer para conseguirlos. En este contexto indicamos a la mamá y a Ramón que resultaba obvio que teníamos que entrenarlo en técnicas de relajación y en la identificación-sustitución/generación de alternativas frente a los pensamientos irracionales y sus consecuencias. Explicamos a la madre de Ramón y a éste que, de acuerdo a la evidencia empírica y experimental disponible (véase, por ejemplo, Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003, o Rosa, Olivares y Méndez, 2004), los componentes de los tratamientos que cuentan con mayor aval tienen en la frecuencia y la duración de la exposición sus dimensiones más relevantes, siendo preferible la exposición en vivo a la exposición en imaginación cuando esto es posible. De igual modo les comentamos que la exposición en imaginación por sí sola no cuenta con suficiente aval como para confiar sólo en ella en un problema como éste, pero si se combina con la exposición en vivo, como un paso previo e intermedio, parece que contribuye a reducir la intensidad del malestar de la exposición directa. También les comentamos que si bien pensar es mucho más que hablar con uno mismo, en un caso como el de Ramón, a nosotros lo que realmente nos interesaba era lo que se decía a sí mismo antes, durante y después de enfrentarse a la situación que le preocupaba en exceso; es decir, sus autoverbalizaciones internas. Por ello le proponíamos el entrenamiento tanto en la detección y sustitución de las creencias y los pensamientos irracionales («lo que tú crees y te dices a ti mientras que estás mal; lo que tú hablas contigo tanto esos momentos malos como antes y después de esas situaciones») como en el empleo de las autoverbalizaciones internas. Les indicamos que, caso de estar ellos de acuerdo, nosotros preferíamos introducir este componente en el tratamiento «porque lo que uno "piensa-se-dice-a-sí-mismo" es parte de lo que hace e influye en lo se va a hacer a continuación, además de poder llevarle a confundir "lo que uno se dice-piensa" con lo que realmente ocurre, al evitar las situaciones, actividades o eventos por temer que pueda ocurrir lo que se dice-piensa».

Nosotros intentamos adecuar en todo momento nuestro lenguaje y explicaciones a las posibilidades de comprensión de Ramón y su madre, al tiempo que intentábamos implicarlos en la elección del tratamiento, con el fin de fomentar su adherencia/motivación respecto de éste. Finalmente, éstos prefirieron combinar la exposición en imaginación con la exposición en vivo, utilizando un procedimiento que combina la jerarquización en la exposición en imaginación (en situaciones «seguras»: casa y contexto clínico) con el afrontamiento en vivo de situaciones similares (en el contexto natural: instituto, reuniones sociales formales e informales, etc.). El tratamiento quedó delimitado como recogemos en la tabla 5.6.

En la confección del tratamiento incluimos componentes del manejo de la ansiedad de Suinn (1993; Suinn y Richardson, 1971 —para una aplicación muy reciente, véase Froján, 2004—), el entrenamiento en relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1983), el programa de Labrador (véase Labrador, De la Puente y Crespo, 1995) para el entrenamiento en técnicas de control de respiración (que consta de seis ejercicios graduados en orden de dificultad creciente: inspiración abdominal, inspiración abdominal y ventral, inspiración abdominal, ventral y costal, espiración, ritmo inspiración-espiración y sobregeneralización), la delimitación de los pensamientos irracionales en términos de autoverbalización que realiza Ellis en su terapia racional-emotiva (véase Lega, Caballo y Ellis, 1997), que es el mismo que incluimos adap-

© Ediciones Pirámide

tado en el Programa IAFS (Olivares, 2005 —véanse anexos—), y un procedimiento abreviado de las fases y tareas del entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977) que recogemos en Olivares, Méndez y Lozano (1998) y que presentamos resumido en la tabla 5.5.

TABLA 5.5

Fases y tareas del entrenamiento en el uso del lenguaje interno[1]

Fases	Tareas	
	Terapeuta	**Ramón**
I. Modelado.	Modela el enfrentamiento a la situación aversiva a la vez que se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo.	Presta atención y aprende por observación cómo enfrentarse a la situación aversiva.
II. Guía externa en voz alta.	Da instrucciones en voz alta al paciente al modelar éste enfrentarse a la situación aversiva.	Se enfrenta a la situación aversiva siguiendo las instrucciones del terapeuta.
III. Autoinstrucciones en voz alta.	Orienta y refuerza.	Se enfrenta a la situación aversiva a la vez que se autodirige en voz alta.
IV. Autoinstrucciones en voz muy baja.	Orienta y refuerza.	Se enfrenta a la situación aversiva a la vez que se autodirige pero esta vez en voz muy baja (cuchicheo).
V. Autoinstrucciones encubiertas.	Orienta y refuerza.	Se enfrenta de nuevo a la situación guiando su comportamiento en esta ocasión a través de autoverbalizaciones encubiertas.

[1] Tomado de Olivares, Méndez y Lozano (1998).

Asimismo, en relación con el entrenamiento en autoverbalizaciones positivas para afrontar las situaciones ansiosas, llevamos a cabo la preparación diferenciando entre autoverbalizaciones propias del «antes de» (fase de preparación para el enfrentamiento), las específicas del momento de la confrontación con la situación real y el afrontamiento de la activación emocional y las relativas al reforzamiento del éxito. Ejemplos de éstas fueron: *«Sé que puedo hacerlo», «Es más fácil ahora que he empezado»* (fase de preparación); *«Voy a mantener la serenidad», «Puedo hacerlo; lo estoy haciendo», «Si pienso en cómo he de hacer lo que temo, controlaré el miedo»* (confrontación real con la situación); *«Voy a relajarme», «Respiraré despacio, suave, profundamente»*, etc. (afrontamiento de la activación emocional) y *«¡Soy capaz de enfrentarme y controlarme!»*, *«¡Lo he hecho muy bien!»* (fase de reforzamiento del éxito).

El tratamiento multicomponente utilizado estuvo integrado por 14 sesiones (véase tabla 5.6), que se aplicaron con periodicidad semanal, una destinada a la explicación de los resultados de la evaluación y del análisis funcional, diez al entrenamiento propiamente dicho (sesiones 2.ª-11.ª) y tres al desvanecimiento del tratamiento o traspaso

© Ediciones Pirámide

completo de responsabilidad en el control de la aplicación de lo entrenado/aprendido. La terminación de las sesiones no se fijó en razón a su duración, sino al criterio de alcanzar una reducción igual o superior al 60 por 100 del valor máximo de la intensidad del malestar percibido durante la exposición en imaginación a dicha situación. Nuestro objetivo era terminar la exposición sólo cuando se hubiera constatado una reducción significativa de la intensidad máxima del malestar generado por el exceso de preocupación hipotetizado como responsable, a su vez, del desencadenamiento del patrón de respuestas de ansiedad experimentado.

Antes de iniciar el entrenamiento propiamente dicho procedimos a valorar la capacidad de visualización en imaginación de Ramón aplicando la Escala de Evaluación de la Imaginación de Cautela (1977 —véase Fernández-Ballesteros, 1983, pp. 133-139, u Olivares, Méndez y Bermejo, 2005, pp. 250-253—). Una vez verificada tanto la capacidad de imaginación general como la capacidad de imaginación específica en cada uno de los sentidos (visual, auditiva, gustativa, táctil, olfativa, quinestésica), más la capacidad de imaginación física o somática y de las sensaciones mentales, pasamos a confeccionar las situaciones con las que habríamos de trabajar en imaginación. Así, tomando 100 como referencia del máximo malestar, construimos con Ramón un conjunto de 16 situaciones: cuatro de poco malestar (intensidad baja; rango: 5-25), cuatro de bastante malestar (intensidad moderada; rango: 25-50), cuatro de mucho malestar (intensidad alta; rango: 50-75) y cuatro de muchísimo malestar (intensidad muy alta; rango: 75-100). Las situaciones estaban referidas a cada una de las categorías de eventos y actividades que mayor puntuación habían alcanzado en el pretest; se incluían por igual situaciones relativas a eventos y actividades reales, «acaecidos», como «anticipadas-esperadas-imaginadas». De estas situaciones se elegían dos en cada sesión de entrenamiento, atendiendo a la jerarquía establecida por Ramón y al carácter de «preocupación referenciada a algo "anticipado-imaginado-esperado"» o «acaecido» —cuando esta diferenciación resultaba posible en los agrupamientos realizados—; las otras dos se asignaban como parte de las tareas para casa, a fin de realizar, entre sesión y sesión de entrenamiento, la exposición en imaginación a los otros tres eventos o actividades generadoras de preocupación desadaptativa. Las tareas para casa también incluían el autorregistro de exposiciones, tanto a las situaciones reales (eventos, actividades) como a las imaginadas o anticipadas (cuya existencia se limitaba al ámbito mental); para ello utilizábamos el Registro de la Exposición a Fuentes Generadoras de Preocupación Desadaptativa (Olivares, Piqueras y García-López, 2003 —véanse anexos—).

En la sesión 12.ª incluimos un componente de prevención de recaídas. Este componente se inserta en el contexto de la valoración de los progresos alcanzados a lo largo del entrenamiento/tratamiento, actuando como puente entre éste y el inicio de la fase de desvanecimiento. La prevención se centra en la circunstancia particular de Ramón. Con este fin repasamos todos los datos y las gráficas relativas a la evolución de las preocupaciones comparando los datos de la línea de base con las medidas intra-tratamiento derivadas de los autorregistros, el estado del logro de las conductas que Ramón se marcó como objetivo al iniciarse el tratamiento, etc. Todo ello permitió analizar y discutir las variables que habían podido contribuir a los avances constatados. Finalmente le explicamos lo que son las «recaídas» y cómo podemos hacerles frente. Con este fin identificamos las actividades, eventos, sensaciones y pensamientos que todavía resultaban de alto riesgo potencial, es decir, en las que o ante las que existía todavía una alta probabilidad de dar respuestas de evitación/escape o de experimentar niveles elevados de padecimiento, recordándole lo que tenía que hacer tanto para prevenir la «recaída» como en caso de que ésta se produjese; entregamos también a Ramón una copia de un documento que tenemos preparado para estos fines (*«¿Recaídas? No, gracias»;* Olivares, García-López y Ramos, 2000 —véanse anexos—).

En esta misma sesión también dedicamos un tiempo a formular los objetivos que Ramón quería lograr, diferenciamos objetivos a corto, medio y largo plazo. La evolución del grado de cumplimiento de estos objetivos se evaluó en el seguimiento a un mes de haberse terminado el tratamiento (corto

© Ediciones Pirámide

plazo), a los 3 meses (corto-medio plazo), a los 6 meses (medio plazo) y a los 12 meses (largo plazo).

Por último, la fase de desvanecimiento del programa se complementó con una tutoría semanal opcional que utilizamos para aclarar conceptos y resolver las dificultades que la exposición pudiera generar. Ramón tenía que llamar por teléfono a su terapeuta como paso previo y era éste el que tras escucharlo decidía si era o no necesario concretar una cita en la Unidad de Terapia de Conducta o resultaba suficiente con lo comentado por teléfono.

Pese a lo que inicialmente supusimos, no encontramos dificultades notables relativas a la adherencia de Ramón al tratamiento. Probablemente, una parte de su motivación derivó del cuidado que habíamos puesto en hacerle participar en todo aquello en lo que resultaba posible a la hora tanto de diseñar el tratamiento como el propio entrenamiento. Así, le explicábamos pormenorizadamente (fase educativa) lo que íbamos a hacer, incluimos cuando resultó posible la secuencia «explicación-instrucciones-modelado-ensayo de conducta-refuerzo positivo-y-crítica constructiva —*feed-back*—» dentro de la sesión de entrenamiento/aprendizaje, y permitimos y fomentamos la participación de la mamá de Ramón, que en algunos momentos también actuó como coterapeuta.

TABLA 5.6

Contenidos del paquete de tratamiento multicomponente

			Tareas para casa	
Fases	**Sesión**	**Contenidos**	**Sí**	**No**
Educativa	1.ª	Fase educativa: Explicación de los resultados de la evaluación y del análisis funcional. Acuerdos respecto del contenido y proceso del entrenamiento.		X
Entrenamiento	2.ª	Entrenamiento en identificar y sustituir pensamientos y creencias desadaptativas.	X	
	3.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Entrenamiento en el empleo de las autoverbalizaciones y en estrategias para mejorar la recreación de las escenas en imaginación.	X	
	4.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Entrenamiento en respiración y relajación muscular progresiva.	X	
	5.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Presentación en imaginación de una escena de poca intensidad de la ansiedad. Control de la ansiedad desencadenada por la escena mediante relajación y reinterpretación-sustitución de los pensamientos desadaptativos/autoverbalizaciones negativas («preocupaciones») detectados por alternativas adaptativas, mediante series repetidas de dos ensayos de exposición: tal como fue/tal como podría haber sido; tal como actué/tal como podría haber actuado.	X	
	6.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Ídem sesión 5.ª, pero ahora centrando la atención de Ramón en el proceso interno que sigue la activación de la ansiedad producida por otra escena (inicialmente etiquetada como) de ansiedad baja: respuestas psicofisiológicas, motoras y cognitivas.	X	

© Ediciones Pirámide

TABLA 5.6 (*continuación*)

Fases	Sesión	Contenidos	Tareas para casa: Sí	Tareas para casa: No
Entrenamiento	7.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Introducción de una nueva escena (inicialmente etiquetada como) generadora de bastante ansiedad y entrenamiento en su control siguiendo los pasos de las sesiones 5.ª y 6.ª.	X	
	8.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Introducción de una nueva escena (inicialmente etiquetada como) generadora de mucha ansiedad y entrenamiento en su control siguiendo los pasos de las sesiones 5.ª y 6.ª.	X	
	9.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Introducción de una nueva escena (inicialmente etiquetada como) generadora de muchísima ansiedad y entrenamiento en su control siguiendo los pasos de las sesiones 5.ª y 6.ª.	X	
	10.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Exposición a cuatro situaciones generadoras de respuestas de ansiedad de distinta intensidad, elegidas al azar del conjunto de situaciones confeccionadas y no trabajadas en imaginación en el contexto clínico.	X	
	11.ª	Aclarar conceptos y resolver dificultades surgidas en las tareas para casa. Exposición a cuatro situaciones generadoras de respuestas de ansiedad, elegidas al azar del conjunto de situaciones confeccionadas.	X	
Práctica programada				
Desvanecimiento	12.ª	— Programación de objetivos y tareas a realizar por Ramón a medio y largo plazo. — Prevención de recaídas. — Tutoría semanal opcional para aclarar conceptos y resolver dificultades.	X	
	13.ª	Tutoría semanal opcional para aclarar conceptos y resolver dificultades.	X	
	14.ª	Tutoría semanal opcional para aclarar conceptos y resolver dificultades.		

2.9. Resultados y discusión

En las tablas 5.7-5.10 recogemos una representación de los resultados obtenidos como consecuencia de la aplicación del tratamiento diseñado ad hoc para tratar a Ramón, con la implicación directa de éste y de su madre.

Los datos que presentamos fueron calculados a partir de la media aritmética de los autorregistros realizados durante la semana de línea de base y entre las sesiones 1.ª-5.ª, 6.ª-9.ª, 10.ª-13.ª, así como en la última semana de cada uno de los períodos de seguimiento, una vez que fueron agrupados por categorías.

Como se recordará, nuestra principal preocupación fue motivar a Ramón para que se comprometiera en la aplicación de lo aprendido en las sesiones de entrenamiento. Con este fin también

© Ediciones Pirámide

procuramos implicar a su madre para que pudiera realizar puntualmente alguna tarea específica como coterapeuta y pudiera registrar, por ejemplo, el tiempo que pasaba Ramón en casa, dado que ella podía ser una observadora privilegiada para estas cuestiones. No presentamos datos de los registros de María, la mamá de Ramón, porque están en la misma línea de los proporcionados por éste.

La evolución de la motivación medida a través de las expectativas de cambio puede observarse en la tabla 5.7.

TABLA 5.7

Evolución de las expectativas de cambio

		Pretest	Sesiones de tratamiento			Seguimiento (meses)			
Expectativas respecto de:		**Línea base**	**5.ª**	**9.ª**	**13.ª**	**1**	**3**	**6**	**12**
Tratamiento psicológico en general		1	3	6	7	5	8	8	8
Tratamiento psicológico recibido		0	6	7	7	7	8	9	9
Como consecuencia de lo que aprenderás/estás aprendiendo, ¿en qué medida crees que alcanzarás el control de las preocupaciones que has seleccionado como objetivo?	*Instituto*	1	3	6	8	7	9	9	9
	Relación social	1	3	5	8	6	9	9	9
	Perfeccionismo	1	4	7	8	9	9	9	9
	Salud propia	1	2	7	8	9	9	9	9
	Salud familia	1	3	7	8	9	9	9	9

En la tabla 5.8 presentamos el curso seguido por la satisfacción experimentada por Ramón en la realización/participación en actividades de ocio y tiempo libre. Estos datos confirman que el tratamiento le permitió a Ramón sustituir los operantes iniciales (refuerzo negativo o alivio de la aversión) por operantes positivos (refuerzo positivo) en sus relaciones y actividades sociales. De igual modo, estos datos también informan de lo acontecido con la ocurrencia de respuestas de escape y evitación, mantenidas inicialmente por el refuerzo negativo.

Asimismo, en la tabla 5.8 se recogen los datos relativos a la frecuencia promedio de los pensamientos irracionales registrados por Ramón. El curso seguido por éstos pone de manifiesto el logro del objetivo relativo a la sustitución de las creencias y pensamientos automáticos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos.

Otro de nuestros objetivos fue alcanzar cuotas de progreso informado iguales o superiores al 80 por 100 en el control de las variables medidas en el TAG, respecto de los valores de la línea de base, como prerrequisito para iniciar el desvanecimiento del seguimiento. En la tabla 5.9 presentamos los datos relativos al curso seguido por la frecuencia y la intensidad de las preocupaciones. Como puede constatarse, además de cumplirse los requisitos fijados para el inicio del seguimiento, un año después Ramón se había probado no sólo que podía estar bien, sino que lo aprendido/entrenado le permitía controlar por sí mismo tanto el enfrentamiento a situaciones temidas en el pasado como a la eventual aparición de alguna preocupación desproporcionada.

© Ediciones Pirámide

TABLA 5.8

Evolución del promedio[1] del grado de satisfacción experimentado durante la realización o participación en actividades de ocio y tiempo libre y de la frecuencia de los pensamientos irracionales registrados en el «Registro de Actividades de Ocio y Tiempo Libre» (Olivares y Ramos, 2000)

	Pretest	**Sesiones de tratamiento**			**Seguimiento (meses)**			
	Línea base	**5.ª**	**9.ª**	**13.ª**	**1**	**3**	**6**	**12**
Satisfacción (rango: 0-10)	0	3	3	7	6	8	9	8
Pensamientos irracionales	97	72	59	26	11	4	7	0

[1] Se calculó la media aritmética de los grados de satisfacción y la frecuencia registrados en la semana de línea de base y entre las sesiones 1.ª-5.ª, 6.ª-9.ª, 10.ª-13.ª, así como en la última semana de cada uno de los períodos de seguimiento.

TABLA 5.9

Evolución del promedio[1] de la frecuencia e intensidad de las preocupaciones, así como del grado de autocontrol sobre ellas y de su interferencia en la vida cotidiana de Ramón (rango: 0-8)

	Pretest	**Sesiones de tratamiento**			**Seguimiento (meses)**					
Fuentes de preocupación	**Línea base**	**5.ª**	**9.ª**	**13.ª**	**1**	**3**	**6**	**12**		
Instituto	8	7	4	1	2	0	1	0	Intensidad	**de las preocupaciones**
	234	192	71	12	4	1	2	0	Frecuencia	
Ámbito social	8	6	2	1	1	0	0	0	Intensidad	
	75	43	14	3	1	1	0	0	Frecuencia	
Perfeccionismo	8	7	5	2	1	1	0	0	Intensidad	
	242	186	92	14	8	2	0	0	Frecuencia	
Salud (propia o de la familia)	8	7	5	1	0	0	1	0	Intensidad	
	145	134	83	3	1	0	1	0	Frecuencia	
«Cosas que pasan en el mundo»	8	5	2	0	1	0	0	0	Intensidad	
	94	56	9	2	1	0	0	0	Frecuencia	

[1] Calculados a partir de la media aritmética de éstos obtenida a partir de la agrupación por categorías de los registros realizados durante la semana de línea de base y entre las sesiones 1.ª-5.ª, 6.ª-9.ª, 10.ª-13.ª, así como en la última semana de cada uno de los períodos de seguimiento en el Registro de la Exposición a Fuentes Generadoras de Preocupación Desadaptativa (Olivares, Piqueras García-López, 2003).

© Ediciones Pirámide

TABLA 5.9 *(continuación)*

	Pretest	Sesiones de tratamiento			Seguimiento (meses)					
Fuentes de preocupación	**Línea base**	**5.ª**	**9.ª**	**13.ª**	**1**	**3**	**6**	**12**		
Instituto	1	2	4	7	6	8	7	8	Autocontrol	**respecto de las preocupaciones surgidas en relación con las fuentes**
	7	7	5	3	2	0	1	0	Interferencia	
Ámbito social	1	3	5	7	7	8	8	8	Autocontrol	
	6	5	4	2	1	0	0	0	Interferencia	
Perfeccionismo	0	2	3	6	7	7	8	8	Autocontrol	
	8	8	6	3	1	1	0	0	Interferencia	
Salud (propia o de la familia)	1	3	4	7	8	8	7	8	Autocontrol	
	7	6	5	1	1	0	0	0	Interferencia	
«Cosas que pasan en el mundo»	2	4	7	8	7	8	8	8	Autocontrol	
	5	4	3	1	1	0	0	0	Interferencia	

Finalmente, en la tabla 5.10 recogemos el curso de los datos relativos a algunas variables que correlacionan negativamente con la calidad de vida y positivamente con el TAG (criterios DSM-IV-C). De tales resultados podemos concluir tanto el logro del objetivo que tenía por objeto reducir el patrón de respuestas fisiológicas y motoras condicionadas hasta valores que no generen preocupación desadaptativa como el logro de calidad en la vida de este chico.

Todos los datos aportados nos permitieron verificar tanto el logro de nuestros objetivos como la confirmación de las hipótesis que habíamos formulado. Pese a ser cierto que los diseños A-B, tal cual es el que utilizamos en el presente caso, presentan notables problemas metodológicos, no lo es menos que suele ser el diseño más empleado en trabajo clínico. Por ambas razones, en la medida de lo posible los terapeutas deberíamos tener presente que este tipo de intervenciones resultan necesarias; *a*) el empleo de medidas de autoinforme con buenas propiedades psicométricas y datos normativos; *b*) contar con medidas que cubran los aspectos problemáticos esenciales del trastorno (ansiedad, evitación, cogniciones negativas); *c*) obtener medidas que valoren el deterioro/interferencia que produce el trastorno en diferentes áreas de la vida del sujeto tratado (la calidad de vida percibida o su satisfacción con distintas áreas de su funcionamiento cotidiano); *d*) disponer de medidas que permitan valorar la reducción/eliminación de las respuestas alteradas; *e*) contar con fuentes de información distintas al propio sujeto que, siendo observadores privilegiados y facilitando datos relativos a la validez social de los cambios, puedan aportar información respecto de la evolución de éste (personas significativas como los padres, amigos, etc.), y *f*) contar con medidas individualizadas, como las relativas al logro de objetivos propuestos por el propio sujeto o las obtenidas a partir de jerarquías, que nos permitan disponer de datos sobre las situaciones más singulares e importantes para nuestro sujeto.

© Ediciones Pirámide

TABLA 5.10

Efecto del tratamiento del TAG en los correlatos «nerviosismo», «cansancio», «irritabilidad», «tensión muscular» y «sueño» valorados por Ramón con carácter general (rango: 0-8)

	Pretest	Sesiones de tratamiento			Seguimiento (meses)			
Expectativas respecto de:	**Línea base**	**5.ª**	**9.ª**	**13.ª**	**1**	**3**	**6**	**12**
Nerviosismo (¿Te sientes nervioso o tienes problemas para relajarte?)	7	5	3	1	1	0	0	0
Cansancio (¿Te cansas fácilmente?)	8	7	5	2	1	1	0	0
Concentración[1] (¿Tienes problemas para prestar atención o concentrarte?)	7	4	3	2	1	0	0	0
Irritabilidad (¿Te enfadas fácilmente?)	6	4	3	2	0	0	0	0
Tensión muscular (¿Te duele «el cuerpo», los músculos de las piernas, brazos o cuello?)	8	7	4	2	0	1	0	0
Sueño (¿Tienes problemas para conciliar el sueño o te despiertas con facilidad durante el sueño?)	7	5	3	1	0	0	0	0

[1] Valoración invertida.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

Preguntas de autocomprobación

1. V F El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por un miedo persistente y acusado a un amplio espectro de situaciones.

2. V F La prevalencia de sujetos con trastorno de ansiedad generalizada en población comunitaria es inferior al 5 por 100.

3. V F Existe un modelo de génesis consensuado por la comunidad científica para explicar el inicio del trastorno de ansiedad generalizada.

4. V F El trastorno de ansiedad generalizada afecta por igual a hombres y mujeres, independientemente del rango de edad.

5. V F Existe un gran número de estudios que confirman de manera inequívoca la eficacia del tratamiento psicológico en niños con trastorno de ansiedad generalizada.

6. V F En el caso tratado la adherencia al tratamiento fue una de las variables que más intentaron cuidar los terapeutas.

7. V F La fase de desvanecimiento utilizada en el tratamiento de este caso permitió que Ramón pudiera enfrentarse cada vez con menor ayuda al logro de los objetivos propuestos.

8. V F La evolución del control de las expectativas del sujeto en relación con el tratamiento puede orientar al terapeuta respecto de la motivación del sujeto.

9. V F Autocontrol e interferencia son inversamente proporcionales.

10. V F El cansancio no fue un correlato significativo en el caso tratado.

© Ediciones Pirámide

Discusión del análisis topográfico y funcional del caso

El propósito de esta actividad es identificar y delimitar el patrón de respuestas que delimitan la ansiedad generalizada en su triple sistema de respuestas (cognitiva, fisiológica y motora), así como las variables antecedentes que la elicitan/desencadenan (E) y los consecuentes que lo controlan (C). Puedes orientarte también siguiendo el esquema que se encuentra en Olivares, Méndez y Macià (2002, p. 125).

A modo de orientación te recordamos que, si decides seguir como esquema-guía para el análisis la secuencia temporal, entonces:

a) En la primera columna de dicho análisis, la relativa a los estímulos antecedentes, habrán de señalarse los estímulos antecedentes (E) que elicitan/desencadenan la respuesta-problema. Habrá que precisar sus características. Es decir, hay que indicar si son internos o externos; ambientales, fisiológicos o cognitivos, etc.

b) En la segunda columna debes colocar las variables organísmicas (O) que identifiques en el caso. Entre aquéllas que más interesa describir en este punto se encuentran los siguientes: (i) La historia de aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje vicario, etc.); (ii) Los determinantes biológicos pasados y actuales; (iii) Las habilidades de afrontamiento; (iv) Los reforzadores significativos para nuestro sujeto; (v) etc.

c) Respecto al patrón de respuestas que delimitan (R) el trastorno que presenta el sujeto tratado, tercera columna en el proceso temporal, debes tratar de identificar y describir tal patrón de respuestas en su triple dimensionalidad: cognitiva, psicofisiológica y motora.

d) Finalmente, se habrá de prestar especial atención a las consecuencias (C), el modo en que se presentan y el tipo de relación (K) que guardan con las respuestas. Es decir, debes rastrear en el caso todas aquellas variables o fenómenos, tanto externos como internos, que se presentan después de la respuesta y mantienen una relación funcional con ella porque éstas son las responsables del mantenimiento de la ansiedad generalizada en la actualidad.

Análisis de los instrumentos de evaluación utilizados

En esta actividad pretendemos que abordes la discusión de la adecuación de las estrategias e instrumentos seleccionados para diagnosticar y evaluar la eficacia de la intervención en este caso. Para ello justifica y razona la selección de las pruebas de evaluación que hemos utilizado mediante un comentario breve. Además, caso de que te resulte posible te pedimos que realices una propuesta de estrategias e instrumentos alternativos a los mostrados en el caso, justificando dicha selección personal.

Elaboración de instrumentos de evaluación alternativos (autorregistros, etc.)

Esta tarea consiste en el diseño de un autorregistro donde se contemplen las variables más importantes para analizar la conducta-problema. En primer lugar, selecciona la conducta-objetivo o bien selecciona una dimensión concreta de la respuesta-problema. En segundo lugar, elige las variables de interés para diseñar este registro. Por ejemplo, puedes analizar el trastorno registrando los estímulos antecedentes que generan la respuesta de ansiedad generalizada, la descripción del triple sistema de respuesta y las consecuencias contingentes a dicha respuesta.

Propuestas de procedimientos terapéuticos para casos similares

Describe brevemente las limitaciones que a tu juicio pueda presentar nuestra propuesta de tratamiento. En segundo lugar, razona cómo se pueden paliar estas limitaciones para el caso que nos ocupa. Para ello puedes proceder de dos

© Ediciones Pirámide

formas: (i) Describiendo los componentes o técnicas a incluir en el tratamiento individual del caso; (ii) Desarrollando y/o reestructurando los contenidos de cada una de las sesiones. Tanto las propuestas relativas a los componentes como las sesiones de tratamiento habrían de derivarse de las relaciones funcionales entre los diferentes factores contemplados en el análisis del caso.

Respuestas correctas a la actividad 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
V	**F**	**F**	**F**	**F**	**V**	**V**	**V**	**V**	**F**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R (tercera edición, revisada)*. Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (cuarta edición).* Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (cuarta edición, revisada)*. Washington, DC: Autor.

Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). «DSM-III-R disorders in preadolescent children». *Archives of General Psychiatry, 44,* 69-76.

Barrett, P. M. (1995). *Group coping koala workbook.* Manuscrito no publicado. Griffith University, Australia.

Barrett, P. M., Dadds, M. R. y Rapee, R. M. (1996). «Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 333-342.

Beidel, D. C. (1991). «Social phobia and overanxious disorder in school-aged children». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 3*, 545-552.

Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva: Un manual para terapeutas* (2.ª ed.) Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1973.)

Bowen, R. C., Oxford, D. R. y Boyle, M. H. (1990). «The prevalence of generalized anxiety disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Chile Health Study». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 753-758.

Brown, T. A. (1999). «Generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder». En T. Millon, P. H. Blaney y R. D. Davis (eds.), *Oxford textbook of psychopathology,* pp. 114-125. New York: Oxford University Press.

Choudhury, M. S., Kendall, P. C. y Pimentel, S. S. (2003). «Childhood anxiety disorders: Parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 957-964.

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (1983). *Psicodiagnóstico. Apéndice. Cuaderno de Prácticas*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Froján, M. J. (2004). «Aplicación del entrenamiento en manejo de ansiedad a un caso de ansiedad generalizada». En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (coords.), *Terapia psicológica. Casos prácticos,* pp. 113-134. Madrid: Pirámide.

García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2001). «Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress scale in an adolescent Spanish speaking population». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23,* 51-59.

© Ediciones Pirámide

Kashani, J. H. y Orvaschel, H. (1990). «A community study of anxiety in children and adolescents». *American Journal of Psychiatry, 147,* 313-318.

Kazdin, A. y Weisz, J. (1998). «Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 100-110.

Kendall, P. C. (1992). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing (WorkbookPub@aol.com).

Kendall, P. C. y Brady, E. U. (1995). «Comorbidity in the anxiety disorders of childhood». En K. D. Craig y K. S. Dobson (eds.), *Anxiety and depression in adults and children*. Newbury Park, CA: Sage.

Kendall, P. C. y Pimentel, S. (2003). «On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder». *Journal of Anxiety Disorders, 17,* 211-221.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). «Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments». *Cognitive and Behavioral Practice, 5,* 177-198.

Kendall, P. C., Pimentel, S. S., Rynn, M. A., Angelosante, A. y Webb, A. (2004). «Generalized anxiety disorder». En T. H. Ollendick (ed.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician´s guide to effective psychosocial and pharmacological interventions,* 334-380. London: Oxford University Press.

Klein, R. G. (1991). «Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A review». *Journal of Anxiety Disorders, 5,* 187-198.

La Greca, A. M. y López, N. (1998). «Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships». *Journal of Abnormal Child Psychology, 26,* 83-94.

Labrador, F. J., De la Puente, M. L. y Crespo, M. (1995). «Técnicas de control de la activación: relajación y respiración». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

Last, C. G., Strauss, C. C. y Francis, G. (1987). «Comorbidity among childhood anxiety disorders». *Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 726-730.

Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual.* Madrid: Siglo XXI.

March, J. S., Parker, J., Sullivan, K., Stalling, P. y Conners, C. (1997). «The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability and validity». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 554-565.

McGee, M., Feehan, S., Williams, F., Partridge, P. A., Silva y Kelly, J. (1990). «DSM-III disorders in a large sample of adolescents». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 611-619.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona: Martínez Roca (trab. original publicado en 1985).

Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. y Shaw, B. (1999). «Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 1223-1229.

Mowrer, D. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of «conditioning» and «problem solving». *Harvard Educational Review, 17,* 102-148.

Noyes, R., Clancy, J., Crowe, R., Hoenk, P. R. y Slymen, D. J. (1992). «Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity». *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 369-379.

Olivares, J. (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J. y Ramos, V. (2000). *Registro de actividades de tiempo libre*. Anexos al Programa IAFS. En J. Olivares (dir. y coord.) (en prensa), *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., García-López, L. J. y Ramos, V. (2000). *¿Recaídas? No, gracias.* Anexos al Programa IAFS. En J. Olivares (dir. y coord.) (2005), *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., García-López, L. J., Turner, S., La Greca, A. M. y Beidel, D. (2002). «A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social

© Ediciones Pirámide

Anxiety Scale for Adolescents». *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology, 2* (3), 467-476.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Bermejo, R. M. (2005). Técnicas de condicionamiento encubierto, en J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (4.ª ed., pp. 223-253). Madrid: Biblioteca Nueva.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Lozano, M. (1998). En J. Olivares y F. X. Méndez (coords.), *Técnicas de modificación de conducta,* 443-478. Madrid: Biblioteca Nueva.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (2002). *Los tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia* (2.ª edic.). Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Piqueras, J. A. y García-López, L. J. (2003). Registro de la Exposición a Fuentes Generadoras de Preocupación Desadaptativa. Unidad de Terapia de Conducta. Servicio de Psicología Aplicada. Universidad de Murcia.

Olivares, J., Piqueras, J. A., Rosa, A. I., García-López, L. J., Ramos, V., Amorós, M. y Ruiz, J. (2000). Anexos al Programa IAFS. En J. Olivares (dir. y coord.) (2005), *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Ramos, V. y Piqueras, J. A. (2002). *Escala de expectativas de cambio*. Anexos al Programa IAFS. En J. Olivares (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

Orgilés, M., Méndez, F. X., Rosa, A. I. e Inglés, C. J. (2003). «La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia». *Anales de Psicología, 19,* 193-204.

Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo, I. (coords.) (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces* (vol. I, Adultos; vol. II, Psicología de la salud y vol. III. Infancia y adolescencia). Madrid: Pirámide.

Rapee, R., Barrett, P. M., Dadds, M. R. y Evans, L. (1994). «Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: interrater and parent-child agreement». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 984-992.

Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1978). *Revised Children´s Manifest Anxiety Scale. School Psychology Review, 12,* 324-336.

Rosa, A. I., Olivares, J. y Méndez, F. X. (2004). *Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

Scapillato, D. y Mendlowitz, S. L. (1993). *The Coping Bear Workbook*. Manuscrito no publicado. Canadá.

Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child version* (ADIS-IV-C). New York: Graywind Publications Incorporated.

Silverman, W. G. y Albano, A. M. (1997). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (DSM-IV)*. San Antonio, TX: Graywind Publications/Psychological Corporation.

Silverman, W. K. (1992). «Taxonomy of anxiety disorders in children». En G. D. Burrows, R. Noyes y S. M. Roth (eds.), *Handbook of anxiety*, *5,* 281-308. Amsterdam: Elsevier.

Silverman, W. K. y Nelles, W. B. (1988). «The anxiety disorders interview schedule for children». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 772-778.

Spence, S. H. (1997). «Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study». *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 280-297.

Spielberger, C. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children («How I Feel Questionnaire»).* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Strauss, C. C., Lease, C., Last, C. G. y Francis, G. (1988). «Overanxious disorder: An examination of developmental differences». *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 433-443.

Suinn, R. M. (1993). *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouver (original publicado en 1990).

Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). «Anxiety management training: A non specific behavior therapy program for anxiety control». *Behavior Therapy, 2,* 498-503.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: *Report and recommendations. The Clinical Psychologist, 48*, 3-23.

Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1085-1089.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). «An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia

© Ediciones Pirámide

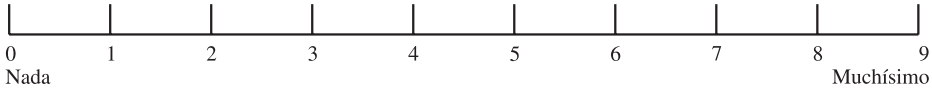
and Anxiety Inventory». *Psychological Assessment, 1(1),* 35-40.
Weissman, P., Wickramaratne, Y. y Warner, V. (1987). «Assessing psychiatric disorders in children». *Archives of General Psychiatry, 44,* 747-753.
Werry, J. S. (1991). «Diagnostic and classification issues». En T. H. Ollendick, N. J. King y W. Yule (eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 21-42). New York, NY: Plenum Press.

APÉNDICES

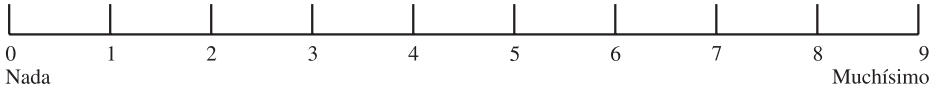
Escala de expectativas de cambio[1, 2] (Olivares, Ramos y Piqueras, 2002)

Apellidos y nombre:	
Centro:	Fecha:

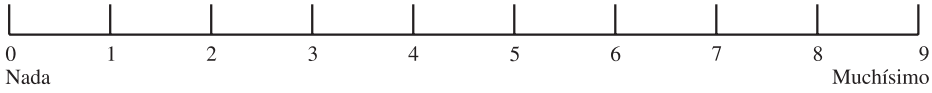
1. Indica en qué grado confías en la eficacia de los tratamientos psicológicos en general:



2. Marca en qué grado confías en mejorar globalmente como consecuencia del tratamiento en el que vas a participar:



3. Señala en cada casillero, para cada una de las preocupaciones que te has marcado como objetivo controlar, en qué grado confías en lograrlo como consecuencia del tratamiento en el que vas a participar:



[1] Modificado de Olivares, Ramos y Piqueras (2002). Escala de expectativas de cambio. Anexos al Programa IAFS. En J. Olivares (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

[2] Desarrollado a partir del trabajo de Botella, C. y Gallardo, M. (1999). *Fobia Social.* Madrid: UNED-Fundación Universidad Empresa.

© Ediciones Pirámide

Preocupaciones elegidas	Grado de control que querrías alcanzar[1]
Primera preocupación:	
Segunda preocupación:	
Tercera preocupación:	
Cuarta preocupación:	
Quinta preocupación:	

[1] Entre 0 y 9 (0 = Ningún control y 9 = Control completo).

Guía rápida para identificar pensamientos irracionales negativos[1, 2] (Olivares, Rosa y García López, 2000)

Pensamientos irracionales	Expresiones clave
Anota a continuación el (los) pensamiento(s) que quieres identificar («Lo que tú te has dicho a ti mismo»):	De las expresiones clave que siguen selecciona y copia en esta misma columna, a la derecha del pensamiento anotado, aquellas que también están en dicho pensamiento: **«Es horrible», «Es terrible», «Es insoportable»; «Tengo que ...», «Debo de ...», «Tiene(n) que...», «Debe(n) de ...», «Yo necesito ...», «Todo o nada», «Siempre o nunca».**
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

[1] Identificación: Será considerado irracional todo pensamiento para el que se haya seleccionado una o más de las expresiones clave.

[2] Tomado de Olivares, Piqueras, Rosa, García-López, Ramos, Amorós y Ruiz (2000). Anexos al Programa IAFS. En J. Olivares (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

© Ediciones Pirámide

Registro de actividades de ocio y tiempo libre[1] (Olivares y Ramos, 2000)

Fecha	Indica la actividad realizada	Grado de satisfacción que has experimentado[1]	Pensamientos negativos que te has detectado[2]	Valora el dominio que tienes de la actividad realizada[1]	Transcribe las sensaciones que has experimentado

[1] Valora entre 0 (Ninguna) y 10 (Máxima) la tranquilidad con que te sientes.
[2] Transcríbelos.

[1] Tomado de Olivares y Ramos (2000). Registro de Actividades de Tiempo Libre. Anexos al Programa IAFS, en J. Olivares (dir. y coord.) (2005). *Programa IAFS*. Madrid: Pirámide.

© Ediciones Pirámide

Registro de la exposición a fuentes generadoras de preocupación desadaptativa (Olivares, Piqueras y García-López, 2003)

Fecha y hora	**Pensamiento, sensación, acontecimiento o actividad desencadenante de las preocupaciones** ¿Qué ha sucedido? ¿Dónde estabas? ¿Con quién estabas?[1]	**Pensamiento[3]** ¿Qué te decías (pensabas) sobre lo que estaba sucediendo o sobre lo que creías que te iba a suceder? ¿Cuánto te creías lo que pensabas (0 = Nada y 100 = Completamente)?	**Sentimientos** ¿Qué sentías físicamente, en tu cuerpo? ¿Qué emociones tenías en ese momento (miedo, rabia, vergüenza...)?	**Malestar experimentado** (0 = Nada 10 = Muchísimo)	**¿Qué hiciste?** Para intentar sentirte mejor. ¿Hicieron algo las personas que estaban contigo que te ayudó a sentirte mejor? ¿Qué?[2]

[1] Descríbelo brevemente, pero claro. Usa acciones y cantidades. Evita los adjetivos.

[2] Contesta sólo si estabas en ese momento acompañado. Si lo estabas, indica qué hizo o hicieron esas personas que te ayudó a que se te pasase el malestar.

[3] Recuerda que aquí nos interesa que anotes lo que te dices a ti mismo(a) y cuánto te lo crees.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente

6

JUAN SEVILLÁ GASCÓ
CARMEN PASTOR GIMENO

1. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un incapacitante trastorno de ansiedad que afecta a entre el 1,6 y el 2,5 por 100 de la población general. Lo genuino del TOC son las obsesiones y las compulsiones.

Las *obsesiones* son pensamientos involuntarios que aparecen en el flujo mental de la persona que las padece en contra de su voluntad. La frecuencia de estas intrusiones es muy alta. Muchos clientes comentan que, literalmente, no se las pueden quitar de la cabeza. El contenido es catastrófico, desagradable, raro o está en contra del sistema moral del sufridor. Este concepto se ve más claro en aquellos casos donde las obsesiones son de tipo religioso, de violencia o sexual. La topografía o forma de las obsesiones es amplia. En ocasiones pueden ser palabras sueltas, a veces frases más o menos largas, o también imágenes de una duración variable. Los clientes intentan resistirse y luchar, sin éxito, contra ellas.

Los *rituales o compulsiones* son acciones estereotipadas, a veces simples y otras veces extremadamente complejas y sofisticadas, que la persona hace voluntariamente con el objetivo de remediar una posible catástrofe implícita en el contenido de la obsesión y/o eliminar el intenso malestar que ésta le produce. Este dolor emocional suele ser ansiedad pero también, en ocasiones, puede aparecer culpabilidad, asco o repugnancia. No es extraño encontrar rituales mentales o encubiertos. Son pensamientos o secuencias de pensamientos que el sujeto piensa a voluntad con el mismo objetivo que se ejecutan los rituales motores: impedir desgracias y/o reducir el malestar. Estas conductas de neutralización, o como clásicamente las denominábamos, de evitación y escape, son especialmente difíciles de evaluar por su naturaleza mental. En nuestra opinión, esta variante de los rituales, particularmente escurridiza, ha alimentado un mito todavía vigente. El creer que hay una categoría de obsesiones «puras» o también denominadas rumiaciones, en las que supuestamente no había rituales. En realidad, lo que sucedía es que se fallaba a la hora de identificar las compulsiones mentales. Para el clínico resultará crucial, si es que existen en un caso concreto, identificarlas en el análisis funcional para poder tomar las decisiones terapéuticas adecuadas.

En la tabla 6.1 aparece una clasificación de los principales tipos de TOC. Aunque como puede apreciarse hay muchas variantes, el 80 por 100 del total se reparten entre «los que se lavan» y «los que comprueban».

Además de los rituales, que son las principales conductas de neutralización, también encontramos en el TOC otras conductas operantes de escape y evitación, como la evitación física o mental, la distracción también física o mental, la racionalización y, muy característico del trastorno, la reaseguración

© Ediciones Pirámide

TABLA 6.1

Principales tipos de trastorno obsesivo-compulsivo

Categoría	Obsesiones	Compulsiones
Los que se lavan o limpian.	Contaminación, suciedad, enfermedades, putrefacción.	Lavado y/o limpieza.
Los que comprueban.	Incendios, explosiones, robos, mala ejecución profesional, comprensión de conceptos, atropellos.	Comprobar el buen estado de las cosas.
Los que ordenan.	Que todo esté de la manera adecuada.	Ordenar determinados objetos.
Los que repiten.	Que sucedan eventos negativos: problemas de trabajo, económicos, sentimentales.	Repetir acciones cotidianas.
Los que acumulan.	Tirar algún objeto potencialmente valioso.	Acumular objetos.
Los que se aseguran de no hacer daño.	Hacer daño a ciertas personas o a sí mismos.	Eliminar posibles objetos contundentes. Evitar situaciones peligrosas.
Los que restituyen mentalmente.	Blasfemar contra Dios, dudar de la identidad sexual.	Crear imágenes positivas que restituyan a las anteriores.
Los que comprueban mentalmente.	Incendios, explosiones, robos.	Comprobar mentalmente el buen estado de las cosas.
Otros tipos:		
Los que buscan simetría.	Perfección corporal.	Comparar partes del cuerpo.
Los que realizan acciones lentamente.	Encontrar la ejecución ejecución perfecta.	Hacer esa acción lenta y deliberadamente.
Los que intentan responder a dudas filosóficas.	Dudas filosóficas.	Encontrar una respuesta satisfactoria.
Los que «niegan» la muerte.	Imágenes macabras.	Imágenes de vida.
Los que intentan responder a dudas cotidianas o sobre relaciones personales.	Dudas sobre acciones cotidianas o sobre relaciones personales.	Análisis de pros y contras, preguntar.
Los que intentan comprobar que no son engañados.	Celos, miedo a ser víctimas de infidelidad.	Buscar pruebas.
Los que intentan cerrar asuntos.	Dudas sobre la propia actuación personal en relaciones.	Revisar lo que se dijo, pensar qué se podría haber hecho.

© Ediciones Pirámide

(Sevillá y Pastor, 2002). La reaseguración consiste en que el cliente se tranquiliza utilizando una fuente segura de información, (re) asegurándose de que la desgracia temida está neutralizada: *«¿Cariño, he cerrado la puerta, verdad?»*.

El TOC está balanceado entre hombres y mujeres. Suele iniciarse a finales de la adolescencia y principios de la adultez, sobre los veinte años. A menudo, coincide con un cambio vital o un estresor: cambiar de domicilio, empezar estudios universitarios, separación de padres, o en caso de mujeres, el embarazo y el parto. El curso suele ser crónico. El número de remisiones espontáneas es menor que en otros trastornos de ansiedad. De hecho, suele empeorar con el tiempo; aparecen más situaciones disparadoras, más obsesiones y rituales cada vez más extensos y complejos.

Les cuesta buscar ayuda. Llegan a terapia entre 8-10 años después de sufrir el TOC. No sabemos exactamente por qué. Quizá por vergüenza a contar qué les pasa, o por creer que no es tratable su sufrimiento.

El nivel sociocultural, aunque obviamente podemos encontrar de todo, tiende a ser medio-alto. Socialmente son personas bastante aisladas y tienden a vivir en pareja y/o casarse menos que la población general.

De especial importancia para el clínico, es el hecho de que entre el 35 y el 66 por 100 de las personas que sufren TOC son víctimas, además, de tristeza o depresión. En algunos casos, el estado de ánimo es sólo triste o distímico, y en otros están clínicamente deprimidos. En estas ocasiones es imprescindible empezar el tratamiento mejorando la depresión. No será posible implementar las técnicas para tratar el TOC sufriendo una depresión clínica.

Finalmente, nos gustaría resaltar y eliminar otro mito también frecuente en el área del TOC. La creencia de que hay conexión entre el TOC y las enfermedades mentales graves como la esquizofrenia. Esta idea viene de los años setenta y ochenta del pasado siglo, en que probablemente, apabullados por la espectacularidad de algunos de los rituales y sin los conocimientos actuales, algunos miembros de la comunidad científica más influyentes abanderaron esta idea falsa. Un TOC es lo que es, un trastorno de ansiedad con ciertas singularidades, pero no más que eso.

2. TERAPIA DE CONDUCTA Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La terapia de conducta y el trastorno obsesivo-compulsivo mantienen una larga relación que se remonta a los años sesenta del siglo xx. Meyer (1966), basándose en el trabajo experimental de Metzner (1963), presentó una serie de casos clínicos de personas que sufrían TOC y que mejoraron extraordinariamente con un tratamiento innovador que podría considerarse el antecedente clínico de la exposición *in vivo* con prevención de respuesta. Unos años más tarde, Rachman, Hodgson y Marks (1971, 1973) sistematizaron y mejoraron esas técnicas, que en aquella época se denominaban *«flooding in vivo»,* hasta refinar lo que a partir de mitad de los años ochenta empezamos a conocer con la terminología actual: exposición *in vivo* con prevención de respuesta.

Desde finales de los años setenta hasta el principio de los años noventa, tres grupos de investigación dirigidos por Emmelkamp (1982) en la ciudad holandesa de Groninngen, Rachman y Hodgson (1980) y Marks (1987) en Londres, y Foa (1985) en Filadelfia, se dedicaron a probar la contundente eficacia de la exposición en vivo con prevención de respuesta comparándola con otras técnicas y con antidepresivos.

A finales de los ochenta y a lo largo de los años noventa, surge el trabajo pionero de Salkovskis (1985, 1988, 1989, 1998), el genial psicólogo de Oxford que a partir del trabajo de Rachman y Beck, elabora el llamado modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo. Hasta ese momento sabíamos cómo tratar el TOC, pero no teníamos las ideas claras, aunque sí modelos (Foa y Kozak, 1985; Rachman y Wilson, 1980) de cuál era su etiología. El modelo de Salkovskis aporta elementos cognitivos que ayudan a entender cómo a partir de las intrusiones normales, se puede desarrollar un TOC

© Ediciones Pirámide

(Salkovskis y Harrison, 1985). Este paradigma de trabajo también nos ofrece soluciones clínicas para aquellos casos en que los clientes rechazan la exposición en vivo con prevención de respuesta o no se benefician de ella tanto como quisiéramos.

A pesar de la extraordinaria aportación de Salkovskis, tuvieron que ser otros autores los que validaran empíricamente sus tesis (Freeston, 2001; Freeston, Ladoucer, Letarte, Rhéahume Letarts y Bujold, 1997; Van Oppen y Arntz, 1994; Van Oppen, De Haan, Balkom, Spinhoven, Hoogduin y Van Dyck, 1995).

Como hemos comentado en el apartado anterior, existe una larga serie de mitos en torno al tratamiento psicológico del TOC. Por ejemplo, la leyenda negra acerca de la poca eficacia de los tratamientos. Muchos teóricos y clínicos, psicólogos o psiquiatras, afirman que el trastorno es muy difícil de tratar, y la eficacia, por tanto, muy escasa. En la actualidad y ya desde la década de 1980, hay evidencias contundentes para afirmar que la exposición en vivo con prevención de respuesta es un tratamiento altamente eficaz para el TOC.

Otro mito altamente pernicioso para la ciencia, y sobre todo para los sufridores, es el hábito clínico de usar la detención de pensamiento como técnica para tratar las obsesiones «puras» que, además, no existen. La detención de pensamiento se hizo popular desde su introducción por Wolpe (1958), probablemente por la enorme influencia de este autor, y a partir de ahí, los terapeutas de conducta la empezaron a usar indiscriminadamente. En primer lugar, la detención de pensamiento no es compatible con el modelo psicológico del TOC. En esencia, las obsesiones se mantienen por el potente efecto de refuerzo negativo, reducción del malestar, provocado por las operantes de neutralización, característicamente los rituales. Así pues, ¿qué diferencias habría entre neutralizar el malestar con un ritual o con la detención de pensamiento? En segundo lugar, no hay ni un solo estudio que avale su uso. Uno de los terapeutas y teóricos más influyentes dentro de la terapia de conducta, Paul Emmelkamp (Emmelkamp y Kwee, 1977), demostró la absoluta ineficacia de esta técnica. En conclusión, desde nuestro punto de vista, usar detención de pensamiento es totalmente inadecuado, y es más, empeora a medio plazo el estado del cliente.

Como conclusión final, y a juzgar por el estado actual del campo, se podría afirmar que el tratamiento de elección es la exposición en vivo con prevención de respuesta. Además, para aquellos casos especialmente complejos, por las características del cliente o de su TOC particular, parece conveniente añadir estrategias basadas en la terapia cognitiva.

3. EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN NIÑOS

Desafortunadamente, aunque en los últimos años se ha avanzado mucho en la conceptualización del TOC adulto y su tratamiento, no ha ocurrido lo mismo en el campo del TOC en niños.

Sabemos que alrededor del 1 por 100 de los niños sufren de TOC (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997). Es probable que las cifras sean más altas, pues, como a los adultos, a los niños les cuesta pedir ayuda. De hecho, se esfuerzan en ocultarlo. Para complicar aún más el asunto, el curso del TOC en niños es mucho más variable que en adultos, con empeoramientos y mejorías que no sabemos bien a qué obedecen.

Por otra parte, es habitual que entre los 4 y los 8 años, los niños ejecuten rituales. Este proceso es parte de la evolución natural del niño y probablemente le ayuda a ejercer control sobre los miedos evolutivos adaptativos. Desde esta perspectiva, en ocasiones, resultará complicado diferenciar la ritualización evolutiva de la que formaría parte de un TOC y, por tanto, patológica. Sobre el papel habría diferencias en términos de contenido de los miedos, de severidad y de duración (Leonard, Goldberger, Rapoport, Cheslow y Swedo, 1990). Por ejemplo, parecería adaptativo que un niño de 5 años «comprobara» varias veces que la luz del pasillo está encendida antes de dormirse, pero podría ser una secuencia obsesivo-compulsiva que este niño tuviera que comprobar más de diez veces que la ventana de su habitación estuviera cerrada adecuadamente antes de permitirse conciliar el sueño. Sin embargo,

© Ediciones Pirámide

la experiencia clínica nos dice que, en ocasiones, la frontera entre lo adaptativo-evolutivo y lo patológico puede ser muy difusa.

Como en los adultos, los tipos de TOC más frecuentes en chavales son los de contaminación y los de comprobación (Piacentini y Grawe, 1997).

Una teoría acerca de la etiología del TOC en niños (y en adultos) que goza de cierta popularidad, es la idea de que es el resultado directo de la agresión de la bacteria estreptococos grupo A beta hemolíticos, muy habitual en infección de garganta en niños pequeños. El sistema inmunológico del niño generaría anticuerpos que dañarían el tejido neuronal del ganglio basal y esta lesión generaría el TOC. En esta línea, parte del tratamiento debería incluir el uso de determinados antibióticos (March y Mulle, 1998).

En términos de tratamiento, la poca evidencia de la que disponemos sugiere que el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-conductual (Berg, Rapoport y Wolff, 1989; Wolff y Wolff, 1991). También hay evidencias de que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina pueden ser de ayuda (March, Leonard y Swedo, 1995; Rapoport, Swedo y Leonard, 1992).

De especial atención para el clínico, resaltaríamos el excelente trabajo de March y Mulle (1998) en el que proponen un protocolo estructurado de terapia cognitivo-conductual para el TOC en niños de entre 7 y 17 años, con respaldo empírico. El tratamiento incluye psicoeducación, entrenamiento cognitivo, exposición en vivo graduada con prevención de respuesta y entrenamiento a padres. La duración aproximada es de 15 sesiones.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

4.1. Identificacion del cliente

Lorenzo tiene 14 años y está estudiando 2.º de ESO. Sus padres le traen a consulta a principio de curso. Según ellos: «*Es un niño muy responsable y trabajador pero últimamente le han entrado algunas manías muy raras*». Lorenzo ya lleva casi 6 meses en tratamiento farmacológico (anafranil; clomipramina) y es el psiquiatra que lo trata quien ha aconsejado a sus padres que añadan al tratamiento médico terapia psicológica de enfoque conductual.

Lorenzo tiene un hermano dos años mayor que él con el que mantiene una excelente relación. Ha sido siempre un magnífico estudiante, con una nota media de notable alto y un buen deportista; juega a tenis regularmente y con un alto nivel de ejecución. Tiene pocos amigos y su tiempo libre, además del tenis, lo dedica a aficiones y gustos individuales: música, consola de videojuegos, lectura e Internet. A pesar de no dedicar mucho tiempo a socializar con amigos fuera del colegio, parece tener un nivel de habilidades sociales totalmente adaptativo y se comunica con soltura y comodidad.

Tiene consciencia de trastorno: «*Sí, a veces hago cosas raras*», pero afirma que sus padres exageran y que el problema es menor de lo que ellos dicen.

Tolera bien el tratamiento farmacológico sin sufrir efectos secundarios serios, sólo un poco de somnolencia, pero no ha habido mejoría en su situación.

4.2. Motivo de consulta

Lo que disparó la alarma en los padres de Lorenzo fue el hecho de comprobar que el tiempo de estudio era cada vez más largo. Al principio les parecía muy bien, de hecho estaban encantados, creían que Lorenzo era cada día más disciplinado. Sin embargo, este tiempo de dedicación progresivamente mayor, no cristalizaba en un mejor rendimiento académico, sino todo lo contrario, sus notas iban a peor. En la actualidad, Lorenzo sufría cotidianamente porque nunca estaba seguro de haber aprendido lo que se había marcado como objetivo de estudio para ese día. Le sucedía lo mismo con las tareas para casa, «deberes» que revisaba una y otra vez para asegurarse de que los había realizado de la manera correcta. Sus padres lo habían sorprendido, en varias ocasiones, a altas horas de la madrugada en un estado de alta ansiedad, intentan-

© Ediciones Pirámide

do con poco éxito dejar de estudiar o de realizar tareas.

4.3. Historia del problema

Todo esto empezó a suceder el invierno anterior. Según Lorenzo, lo pasó muy mal durante las vacaciones de Navidad. En la evaluación previa a las fiestas de diciembre, sus notas bajaron un poquito, su media fue bien-notable, y Lorenzo se preocupó mucho. Su tutora habló con él seriamente y le dijo que debía esforzarse más para mantener su nivel que casi era de sobresaliente. Sus padres también le llamaron la atención diciéndole que perdía mucho tiempo con el ordenador y la consola y que debía aplicarse más.

Esas vacaciones las dedicó casi por completo a estudiar, lo pasó muy mal. El estado de ánimo cayó y, si bien no estuvo clínicamente deprimido, sí estuvo preocupantemente triste. Un día, ya de vuelta a clase, en enero y estando estudiando en casa, se le ocurrió pensar que era difícil saber cuándo parar porque uno ya había alcanzado los objetivos marcados: haberse aprendido determinados temas. A partir de ahí, la duda empezó a surgirle en cada sesión de estudio y la única solución que se le ocurrió fue volver a estudiarse lo que ya se había estudiado. Pronto esto le sucedió también en los ejercicios y tareas para casa: ¿cómo saber que estaban bien hechos? La solución la misma: volverlos a hacer para comprobar que estaban perfectos. El número de comprobaciones fue aumentando y literalmente llegó a resultarle muy difícil parar. En clase, haciendo exámenes, también le sucedía algo similar: no tenía tiempo de responder a todas las preguntas porque a medida que las contestaba, tenía que revisarlas una y otra vez. Sus notas empeoraron sensiblemente. Aproximadamente en marzo, aparecieron otras preocupaciones, Lorenzo empezó a tener miedo de que a sus padres les pasara algo malo, un accidente de tráfico o un infarto. Puede ser que le hubiera influido, afirmaba el propio Lorenzo, enterarse de que los padres de un amigo del colegio tuvieron realmente un accidente. Lo cierto es que, además de decirles a sus padres que tuvieran cuidado al conducir y que cuidaran la salud de su corazón, empezó a realizar conductas supersticiosas como tocar ciertos objetos, poner buena cara o leer carteles por la calle.

Después de Semana Santa sus padres deciden que la situación es insostenible y lo llevan al psiquiatra, que le prescribió clomipramina. Después de 6 meses de tratamiento no ha habido cambios significativos y llega a consulta.

4.4. Análisis topográfico del problema

Lorenzo se quejaba de un gran nivel de ansiedad conectado con una enorme dificultad para dejar de estudiar, dejar de hacer deberes escolares y, más ocasionalmente, acabar los exámenes. Esto le sucedía a diario, al estudiar y al hacer las tareas para casa. La línea base nos revela que, en el momento de llegar a consulta, dedicaba una media de 6 horas de trabajo escolar al día de lunes a viernes, y de casi nueve horas los fines de semana.

Además de esto, cuando sus padres salían de casa e iban a conducir, o les veía comer alimentos, según Lorenzo poco saludables, tenía la necesidad, preso también de una fuerte agitación, de advertirles que tuvieran cuidado, y de tocar varios objetos del pasillo de su casa; cerraduras y cuadros, así como leer cualquier palabra escrita que encontrara en la calle: vallas, pósteres, panfletos, escaparates, etcétera.

4.5. Análisis funcional del problema

Lorenzo sufría un trastorno obsesivo-compulsivo y su análisis funcional era el que se presenta a continuación.

Las *situaciones estimulares* o variables antecedentes que elicitaban el malestar de Lorenzo eran todas externas. Por una parte, estudiar y realizar tareas para casa del colegio: ejercicios, trabajos, etc., y por otra que sus padres se fueran de casa, que comieran comida «mala», pasar por el pasillo de la casa, salir de su habitación, andar por la calle

© Ediciones Pirámide

y ver cualquier tipo de palabras impresas en publicidad, placas, carteles, octavillas en el suelo, etc.

En términos de *respondentes cognitivos*, Lorenzo pensaba que no podía estar seguro de que sabía lo que había estudiado *(¿Ya me lo sé?),* de cómo tener la seguridad de que sus tareas estaban correctas *(¿Estarán bien hechas?)* y de que sus padres iban a tener una desgracia en forma de accidente de tráfico o de ataque cardíaco que les iba a matar *(¿Y si chocan con otro coche? ¿Y si les pasa algo en el corazón?)*.

El siguiente elemento de malestar era el *emocional o fisiológico*, también obviamente, respondente y por tanto involuntario: la ansiedad. Se ponía muy nervioso notando calor y sofoco, palpitaciones, boca seca y dificultades para respirar. En ocasiones, había llegado a tener náuseas e incluso vomitar.

Finalmente, en el capítulo de las variables de respuesta aparecía el elemento operante que en este caso era exclusivamente motor: *la evitación y los rituales*. Cada vez que Lorenzo estudiaba o hacía tareas escolares, acababa repitiendo el proceso de estudiar o de revisar los deberes una y otra vez hasta llegar a sentir una cierta sensación de seguridad. Cuando su mente se veía invadida por la idea de que a sus padres les iba a pasar algo malo, bloqueaba el malestar que le suscitaban semejantes ideas tocando con el dedo índice todos los cuadros del pasillo de casa, introduciendo el mismo dedo en el agujero de la cerradura de su habitación, leyendo compulsivamente todas las letras visibles en la calle, y por supuesto, advirtiendo a sus padres. También evitaba salir a la calle todo lo que podía y les pedía a sus padres que no salieran.

El efecto de estas conductas de neutralización, y entraríamos en las variables de mantenimiento o *consecuencias*, sería la reducción a corto plazo de la ansiedad y malestar que Lorenzo sufría. El efecto de alivio era extraordinariamente potente, y la sensación de control completa. De esta manera, todas estas complejas cadenas de acontecimientos psicológicos quedaban fuertemente reforzadas negativamente y el trastorno se mantenía y probablemente empeoraba ensayo a ensayo. En la tabla 6.2 aparece resumido el análisis funcional.

4.6. Hipótesis explicativa

En términos de variables de vulnerabilidad podríamos especular que Lorenzo había sido criado en un ambiente familiar que le había hecho aprender lo que los autores de corte cognitivo (Salkovskis, 1984) describen como un fuerte sentido de la responsabilidad. Los padres de Lorenzo eran personas de profesiones liberales con un historial de trabajo muy exitoso. En sus pautas de crianza se habían modelado y reforzado las conductas de disciplina, dedicación, perseverancia, perfeccionismo, altos estándares y necesidad de éxito.

Como variables precipitantes destacaríamos la experiencia frustrante y dolorosa de obtener peores notas en la evaluación previa a las Navidades, así como la sensación de vergüenza y culpabilidad que sintió al ser recriminado por su profesora tutora y sus padres. Probablemente Lorenzo pasó por una fase de profundo malestar, en forma de tristeza, frustración y culpabilidad. Estado emocional que decidió resolver aumentando su disciplina y dedicación.

Como en su momento se demostró (Rachman y De Silva, 1974; Salkovskis y Harrison, 1984), tener pensamientos intrusivos es normal. Lo que marca la diferencia cara a desarrollar un TOC es cómo reaccionamos ante ellos. Si reaccionamos con ansiedad y decidimos neutralizarlos, probablemente el trastorno se instalará (Salkovskis, 1985).

Podemos especular que en este estado emocional negativo surgieron las primeras dudas intrusivas acerca de sus quehaceres escolares. Intrusiones que se convirtieron en obsesiones clínicas al desarrollar operantes de neutralización.

A partir de ahí, ya estando fuera de control con rituales de comprobación ante estudiar y hacer deberes, tuvo en algún momento intrusiones de que a sus padres les iba a pasar algo malo y se «inventó» estrategias de neutralización en forma de rituales, ¿cómo y por qué? nunca llegamos a saberlo. Podemos teorizar que, si estas intrusiones hubieran aparecido en otro momento de su vida de menor activación emocional, probablemente las habría manejado mejor, ignorándolas o dándoles una importancia mínima, y en ese caso no hubiera creado

© Ediciones Pirámide

TABLA 6.2

Análisis funcional del problema

Estímulos	Respuesta			Consecuencias
	Cognitiva (obsesiones)	**Fisiológica**	**Motora (rituales)**	
Estudiar.	*«¿Ya me lo sé?»*	Ansiedad — calor — sofoco — palpitaciones — boca seca — falta de aire — vómitos	Volver a estudiar.	ALIVIO CONTROL (Refuerzo negativo)
Hacer deberes.	*«¿Está perfecto?»*		Revisar las tareas.	
Ver a sus padres comer alimentos «insanos».	*«Tendrán un infarto».*		Decirles que no coman eso.	
Que sus padres salgan de casa.	*«Tendrán un accidente».*		Advertirles que tengan cuidado.	
Salir de su habitación.	*«Tendrán un infarto o un accidente».*		Meter el dedo en la cerradura.	
Andar por el pasillo.			Tocar los cuadros.	
Andar por la calle.			Leer todo lo escrito.	

operantes de control, con lo que el TOC no se habría instalado. En la figura 6.1 aparece gráficamente representada la conceptualización del caso.

4.7. Repercusiones negativas

La vida de Lorenzo estaba seriamente alterada. No tenía control sobre su vida ni sobre sus actividades. El estudio y las tareas para casa le robaban una gran cantidad de horas. No tenía tiempo para prácticamente ninguna actividad agradable y su vida social había desaparecido. Salir a la calle también era un suplicio, andar resultaba un proceso tedioso y lento por la necesidad de leer cualquier palabra escrita. Lorenzo estaba triste, preocupado y apesadumbrado por lo que le sucedía. No había recibido una explicación demasiado precisa acerca de la naturaleza del TOC por parte de su psiquiatra. Sólo vagas alusiones a desarreglos bioquímicos de su cerebro. Esto no ayudó demasiado a generar expectativas realistas y mucho menos optimistas sobre el futuro desenlace. Además de este estado psicológico, Lorenzo estaba físicamente extenuado. La duración de los rituales del área académica había reducido el horario de sueño.

Por otra parte, la relación familiar había empeorado. Inevitablemente había tensión y discusiones. Los padres tampoco tenían una información científica y real del TOC y, en ocasiones, no podían evitar

© Ediciones Pirámide

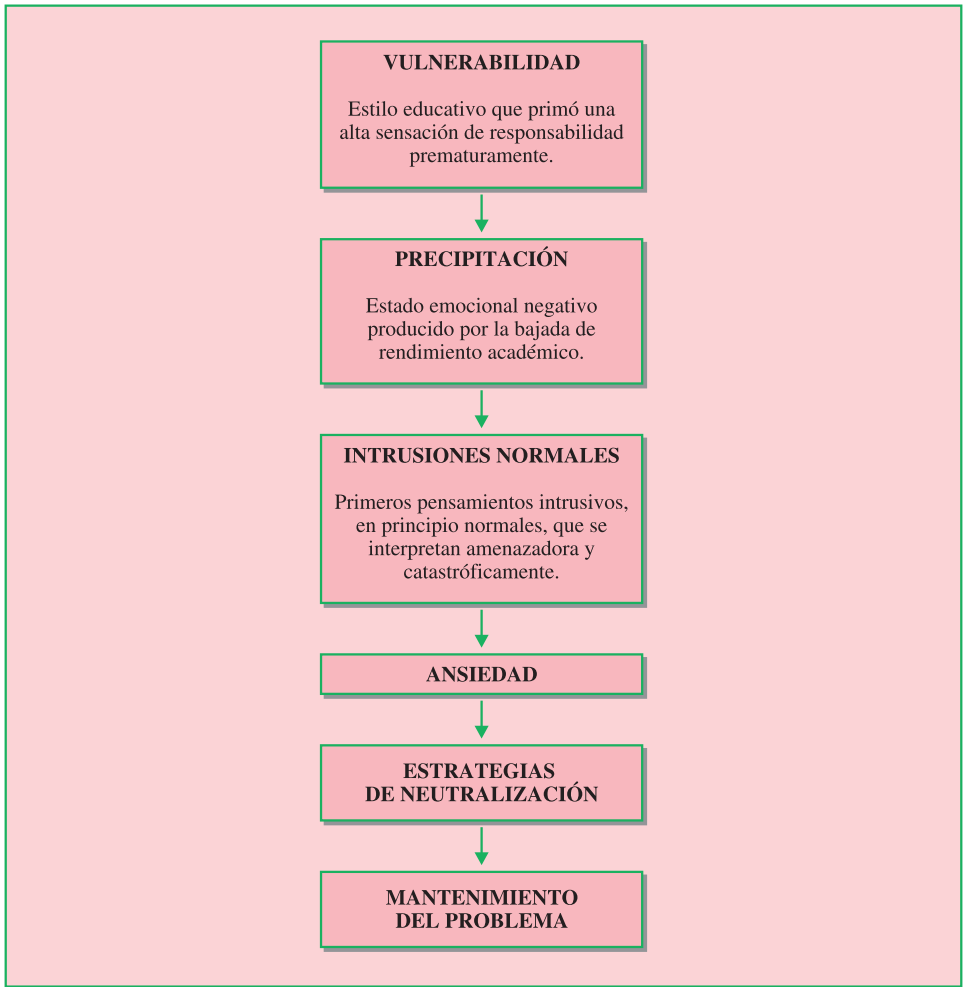


Figura 6.1.—Conceptualización del origen, desarrollo y mantenimiento del problema.

culpabilizar a Lorenzo acusándole de no esforzarse lo suficiente o compararlo con su hermano.

4.8. Métodos de evaluación

a) Entrevista

Fueron necesarias 4 sesiones de entrevista con Lorenzo. La principal dificultad era que se mostraba reticente a asistir a terapia. Como se ha expuesto en apartados anteriores, Lorenzo estaba triste, preocupado y también desesperanzado. En la primera entrevista, dedicamos mucho tiempo a empezar a construir la relación terapéutica hablando de temas de interés de Lorenzo. El resto de la sesión se dedicó a contarle nuestra forma de entender los trastornos emocionales y, en función de esa conceptualización, presentar el rol del psicólogo. Creemos que para Lorenzo fue muy esclarecedor, y el principio de lo que después sería una excelente relación terapéutica, saber que, desde nuestro punto de vista, los problemas psicológicos no eran oscuras en-

© Ediciones Pirámide

tidades biológicas, sino sencillamente el fruto de malas experiencias, aprendizajes inadecuados. A la hora de dar tal información es muy importante usar muchos ejemplos de la vida cotidiana. Le entregamos a Lorenzo una copia de un librito que en su momento elaboramos para tal fin (Sevillá y Pastor, 1991). Una vez rotas estas resistencias originales, el siguiente reto fue conseguir que Lorenzo se sincerase completamente. Es habitual que los clientes con TOC se muestren reacios a contar algunas de sus obsesiones (Sevillá y Pastor, 2002), pues, a menudo, el contenido de las mismas es como mínimo raro y, en ocasiones, poco ético e incluso ilegal. Lorenzo no tuvo ningún problema para hablar de sus dudas sobre su desempeño académico, pero le resultaba difícil, porque era consciente de su irracionalidad, verbalizar que, por ejemplo, la razón para leer todo lo que veía escrito era impedir un accidente de sus padres. Una estrategia habitual que también usamos en este caso fue contarle que conocemos este proceso y el malestar que genera, y especialmente ponerle ejemplos de otras personas que hemos tratado con problemas similares. En otras palabras, normalizar tales experiencias y darle un entorno de seguridad para permitirle sincerarse. Cuando Lorenzo se permitió hablar con franqueza, el resto de las entrevistas transcurrieron sobre ruedas. Lorenzo era un gran informador, inteligente, brillante y con una capacidad de expresión verbal fuera de lo habitual.

b) Autorregistros

Aunque está bien documentada la reactividad negativa, es decir, que aumenta la respuesta en TOC, consideramos oportuno pedirle a Lorenzo que rellenara durante la fase de evaluación un autorregistro muy sencillo de días de la semana y horas del día (véase la tabla 6.3) donde tenía que registrar los rituales. Cada vez que Lorenzo volvía a estudiar un tramo ya estudiado, a revisar unos ejercicios hechos, a tocar los cuadros del pasillo, introducir el dedo en la cerradura, o leer palabras en la calle, debía registrarlo con un sencillo trazo. Este autorregistro tenía como objetivo establecer la línea base, pero con una cierta creatividad también nos permitía averiguar otros suculentos datos. Al registrar la hora y el día, fácilmente se podía conectar con actividades constatando su calidad de estímulo, y si en vez de pedirle que usara una raya, le pidiéramos que anotara un número en una escala de 0 a 10, en que 0 sea total relajación y 10 máxima

TABLA 6.3

Autorregistro usado para tomar línea base

Nombre: _____ Conducta blanco: _____ Semana del ____ al ____.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes																								
Martes																								
Miércoles																								
Jueves																								
Viernes																								
Sábado																								
Domingo																								

© Ediciones Pirámide

ansiedad, nos permitiría, además, observar la intensidad de la respuesta emocional y su conexión con las distintas situaciones disparadoras.

c) Observación

Con Lorenzo decidimos utilizar la observación en ambiente natural porque es sin duda alguna el método más fiable, en tanto en cuanto que nos permite observar en sentido literal el segmento conductual problemático o psicopatológico. Fue muy sencillo, bastó con salir a la calle y pedirle a Lorenzo que verbalizara sus pensamientos. No sólo nos permitió ver su comportamiento motor, pararse o incluso volver atrás, además de en ocasiones leer en voz alta, sino comentar in situ su malestar emocional y su actividad cognitiva. No fue éste el caso, pero también es habitual en el área usar los llamados *tests de evitación.* Se le pide al cliente que traiga un objeto estimular a consulta y allí realizamos la observación de cómo interacciona con él.

4.9. Tratamiento

En la sesión número 5 le presentamos la hipótesis a Lorenzo. Desde nuestro punto de vista es fundamental dedicar tiempo a ese menester. Habitualmente, en primer lugar, le presentamos al cliente una hipótesis de cómo pudo haber empezado el problema aludiendo a variables de vulnerabilidad y de precipitación. Los clientes se sienten aliviados al saber cómo se originó el malestar, puesto que esta explicación, fácilmente comprensiva y robusta, elimina otras explicaciones de corte dramático que solían darse: *«estoy loco», «soy raro», «estoy enfermo», «soy débil», etc.*

Después de haber teorizado acerca del origen, le presentamos el mantenimiento. Una estrategia habitual es poner un ejemplo de un problema similar al suyo pero no idéntico, y una vez comprendidas las claves del problema, trasladar esos conceptos al trastorno propio. Nuestra sensación es que se aprende mejor si se tiene una visión de espectador en primera instancia. A Lorenzo le preguntamos si tenía un amigo con alguna fobia o miedo a algo. Nos dijo que tenía un amigo con miedo a los perros y usamos ese ejemplo. El concepto clave fue hacerle entender la «trampa de la ansiedad». La trampa de la ansiedad o el espejismo de la ansiedad es una manera metafórica y coloquial de referirnos al efecto de las conductas de escape y evitación sobre el mantenimiento del problema. En primer lugar, le contamos una secuencia completa: «*cuando tu amigo ve un perro* (estímulo), *piensa que le va a atacar y hacer mucho daño* (respuesta cognitiva). *Claro, al pensar esto se pone muy nervioso* (respuesta emocional-fisiológica) *y lógicamente reacciona saliendo por piernas y alejándose del peligro* (respuesta motora), *lo que le hace eliminar todo el malestar y sentirse aliviado* (refuerzo negativo)».

A continuación le contamos que la sensación de eliminación del malestar provocada por la huida es muy potente, muy eficaz, da sensación de control y de estar haciendo las cosas bien, porque ¿cómo puede ser inadecuado hacer lo único que nos elimina esa fuerte sensación de nerviosismo y ese miedo horrible? Y ahí introducimos el concepto de la trampa de la ansiedad: *«Sin embargo, cada vez que tu amigo evita o escapa de un perro esto produce dos efectos. El primero es que todo se automatiza más. Es decir, el hecho de repetir una acción como sucede, por ejemplo, al jugar al tenis o al conducir, hace que esa conducta se haga cada vez con más facilidad, se aprende más. En otras palabras, la próxima vez que tu amigo vea un perro, con más facilidad pensará que le va a atacar, más rápidamente se pondrá nervioso y con más velocidad decidirá salir corriendo. La conclusión es que al escapar, empeora el miedo porque lo automatiza. El segundo efecto es que evitar o escapar no le permite a tu colega comprobar que, probablemente, sus miedos son infundados. Los perros, en teoría, pueden atacar, pero ¿cuál es la probabilidad real de que un perro como los que podemos encontrar en la calle nos ataque? Muy, muy poca. Pero claro, tu amigo no lo puede comprobar, eliminando sus miedos, porque nunca está el tiempo suficiente al lado de un perro. Así pues, evitar o escapar no permite poner a prueba nuestros temores».*

En la figura 6.2 aparece esquemáticamente representada la «trampa de la ansiedad».

© Ediciones Pirámide

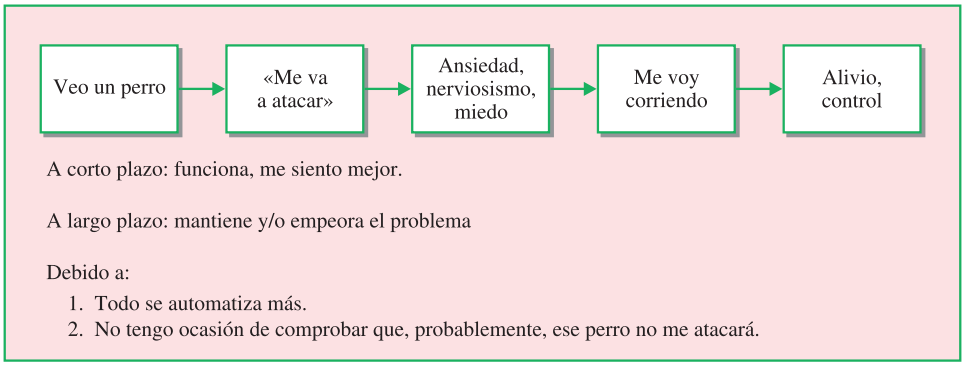


Figura 6.2.—La trampa de la ansiedad.

A partir de estas ideas, con un estilo colaborativo y socrático, animamos a Lorenzo a trasladar estos conceptos a su propio problema instigándolo a plantear dudas y a hacer preguntas y objeciones sobre el tema. Sólo al estar seguros de que había comprendido a la perfección esta manera de ver el problema y que además la compartía, le hicimos una pregunta extraordinariamente importante y que sirve de nexo para introducir la terapia elegida: *«Bien, si entonces el problema lo sigues sufriendo porque no puedes dejar de evitar o escapar, ¿qué deberíamos hacer para solucionarlo?»*. Y la respuesta obviamente fue: «*No huir, no evitar*». Lo que reforzamos contundentemente.

En la siguiente sesión, la número 6, presentamos a fondo el concepto de terapia de exposición en vivo con prevención de respuesta. Si la hipótesis se ha entendido a la perfección, resulta sencillo y fácil. No hay que convencer o forzar al cliente porque él mismo ha llegado a la inevitable conclusión de que la solución a su sufrimiento, inevitablemente, pasa por afrontar sus miedos. Haciéndolo así, creemos que es muy poco probable que el cliente no acepte el tratamiento elegido.

Siguiendo esa línea, le pusimos muchos ejemplos a Lorenzo de cómo la exposición, en realidad, es una estrategia muy habitual que usamos en nuestra vida cotidiana sin darnos cuenta. Por ejemplo, cuando nos metemos en una piscina o en el mar y nos habituamos al agua fría, cuando empezamos un curso y estamos un poco nerviosos porque no conocemos a los profes y al resto de los alumnos, o cuando nos presentan a alguien y, al principio, sentimos un poco de vergüenza. La idea es aceptar la exposición como algo, no sólo necesario, sino cercano y habitual.

La única objeción a esta manera de hacer las cosas viene representada por aquellos casos que Salkovskis (1998) denomina como personas que «sobrevaloran» sus ideas. Es decir, aquellas personas que le confieren una credibilidad muy alta al contenido de sus ideas obsesivas. Creen firmemente que se van a contagiar de cáncer tocando a una persona enferma, creen que realmente se condenarán por blasfemar obsesivamente contra Dios o que realmente deben controlarse porque si no acabarán atacando a alguien. En estos casos, la solución es aplicar terapia cognitiva para, al menos, reducir ese alto nivel de creencia lo suficiente como para permitirnos aplicar la exposición a modo de experimento conductual. En el caso de Lorenzo no fue necesario usar terapia cognitiva de manera formal (Salkovskis, 1998; Sevillá y Pastor, 2002) pero sí dedicamos parte de las sesiones 6.ª y 7.ª a ver cuál de las dos opciones era más razonable: *«o esto es un problema real y hay muchas probabilidades de que a mis padres les pase algo, o esto es un problema de pensamientos, de obsesiones»*. Todo ello aparece en la tabla 6.4.

Entre la sesión 7.ª y la 8.ª elaboramos la jerarquía de situaciones. Acorde con la literatura científica (Emmelkamp, 1982; Foa y Steketee, 1987; Salkovskis, 1998) creemos que el listado de situa-

© Ediciones Pirámide

TABLA 6.4

Dos maneras diferentes de ver el problema y las pruebas de cada opción

Es un problema real, mis padres están en peligro	Es un problema obsesivo, todo se reduce a pensamientos
— Podrían tener accidentes, la gente tiene accidentes. — No puedo evitar pensar que les va a pasar algo malo.	— ¿Cómo puedo adivinar que les vaya a pasar algo malo? ¿Tengo poderes? — Que puedan tener un accidente ¿significa que lo van a tener? — ¿Por qué no me preocupaba antes? — ¿Cómo puede salvarles leer los carteles que veo? — ¿Y tocar los cuadros? — ¿Y meter el dedo en la cerradura? — El psicólogo me ha explicado cómo todo esto encaja en un problema psicológico.

ciones ante las que después haremos exposición en vivo con prevención de respuesta no debe ser demasiado largo, ni, por tanto, excesivamente jerarquizado. Nuestra sensación es que si es así, reforzamos indirectamente la idea de que aquello es peligroso y de que las conductas de neutralización, evitación y escape, están justificadas. La jerarquía de Lorenzo consistió en 6 situaciones que aparecen en la tabla 6.5. Es de destacar que cuando elaboramos la jerarquía, de la que ya se hizo una versión preliminar durante la evaluación, incluimos también una descripción exhaustiva de las conductas de neutralización asociadas. Este ingrediente ayuda enormemente a la hora de pedirle al cliente cómo realizar la exposición y particularmente la prevención de respuesta (Sevillá y Pastor, 2002).

La construcción de la jerarquía es importante, pero, en nuestra opinión, debe conceptualizarse de manera flexible, como una manera de empezar. Lo más probable es que la posición de los ítems cambie a lo largo del proceso terapéutico, y que muchos de ellos ni siquiera lleguen a abordarse directamente. La razón de ello tiene que ver con que, al contrario de lo que tradicionalmente se sostenía, creemos que los procesos psicológicos provocados por la exposición, a saber, la habituación al estímulo y la extinción de la ansiedad, sí son susceptibles de generalización.

TABLA 6.5

Jerarquía de situaciones

Menos malestar:

— Hacer deberes para casa.
— Estudiar.
— Que mis padres se vayan de casa (en coche) y verles comer alimentos poco sanos.
— Salir de mi habitación*.
— Andar por la calle y ver letra impresa*.

Más malestar.

* Mucho peor si sabe que sus padres están fuera.

© Ediciones Pirámide

En la sesión 9.ª se inició la exposición en vivo con prevención de respuesta.

Habitualmente, además del factor ansiedad, tomamos otros dos parámetros como criterios para elegir por donde empezar: cuánto va a mejorar la vida del cliente al liberarse de esa secuencia, y la accesibilidad práctica y posibilidad de reproducción a voluntad. Es decir, pretendemos empezar por un ítem que, al eliminarlo, el cliente va a notar un importante incremento en su sensación de calidad de vida, y que, por cuestiones prácticas, podamos abordarlo *in vivo* y reproducirlo cada vez que lo consideremos oportuno.

Elegimos el ítem «hacer tareas escolares para casa». Por cuestiones estratégicas, le pedimos a Lorenzo que trajera deberes a la consulta. Definimos con exactitud lo que iba a ser la exposición y la prevención de respuesta: *«Lorenzo lo que vamos a hacer es realizar esos ejercicios de matemáticas que tienes como tarea, a un ritmo razonable, y cuando los tengas listos, pararás y no cederás al impulso de repasarlos una y otra vez. Como hemos hablado, te vas a poner nervioso, probablemente bastante, pero no te preocupes, ya sabes que, aunque es desagradable, no tiene mucha importancia. También tendrás el impulso de revisarlo, pero precisamente la idea es no hacerlo. Acuérdate, tanto el nerviosismo como las ganas de repetir los ejercicios desaparecerán en unos minutos».*

En la figura 6.3 aparece el registro de esta primera sesión de exposición en vivo con prevención de respuesta. Al finalizar la sesión comentamos a fondo con Lorenzo cómo se había sentido y qué sensaciones le había producido. Nos comentó que aunque lo había pasado mal, obviamente había sentido un cierto nivel de ansiedad, el malestar había sido mucho menor de lo que esperaba, y a medida que la ansiedad iba desapareciendo, se iba sintiendo muy bien, casi eufórico. Estaba entusiasmado al comprobar que nuestra «teoría» era totalmente cierta. Éste es el efecto que andamos buscando. Que la primera sesión de exposición se convierta en un experimento conductual que ratifique el modelo y dispare la motivación del cliente.

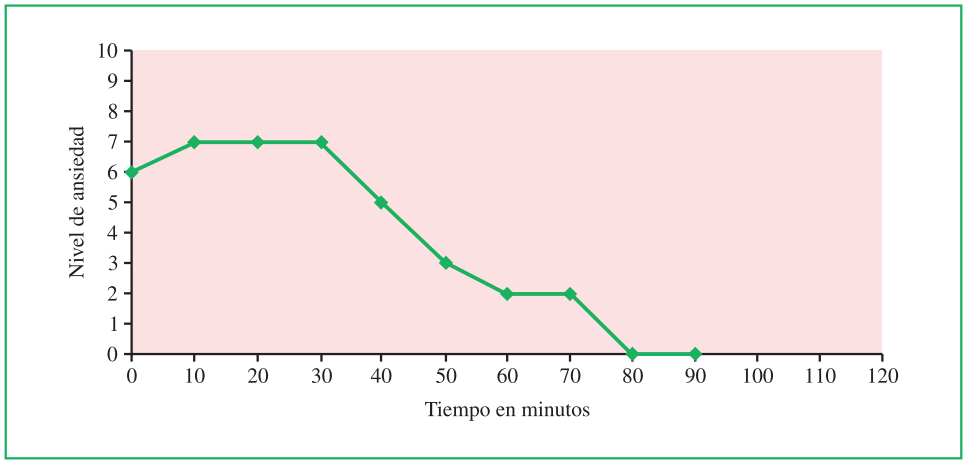


Figura 6.3.—Registro de la exposición en vivo con prevención de respuesta de la primera sesión de exposición.

El propio Lorenzo propuso hacer por sí mismo, sin nuestra supervisión, exposición en vivo autoaplicada como tarea para casa. Accedimos a cambio de que, cada día, nos llamara para contarnos cómo le había ido. En términos prácticos era muy sencillo; como tenía cada día tareas y deberes, los realizaba y luego se quedaba sentado controlando el impulso de revisarlos hasta que la

© Ediciones Pirámide

ansiedad desaparecía, como se aprecia en la figura 6.4.

En la 10.ª sesión, visto que en la última sesión de exposición autoaplicada Lorenzo puntuaba 0, pasamos al segundo ítem; estudiar sin revisar que ya lo había entendido todo. Aquí el criterio para decidir lo que era repasar «normal» de lo que era repasar «compulsivo» era mucho más difuso. Fue

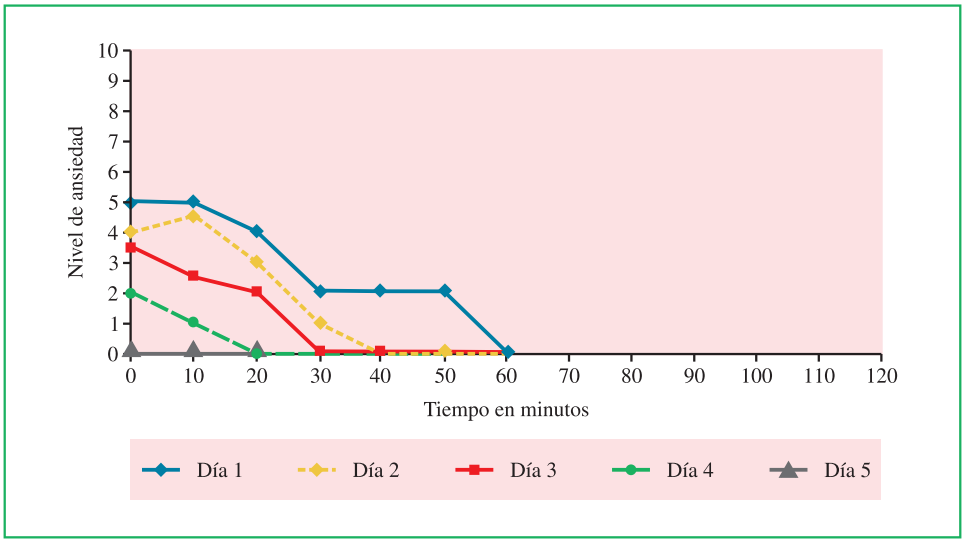


Figura 6.4.—Registro de la exposición en vivo autoaplicada que Lorenzo realizó del primer ítem.

necesario reanalizar el proceso obsesivo-compulsivo para centrar la línea divisoria con nitidez. El proceso de estudio empezaba con normalidad y continuaba así hasta pensar que ya dominaba la materia, y ahí es justo donde surgía la primera intrusión: *«¿ya me lo sé?»*, a continuación venía la ansiedad y a continuación la maniobra de neutralización o ritual: repasarlo de nuevo y así una y otra vez. El criterio, por tanto, fue que en cuanto apareciera por primera vez la duda obsesiva, había que parar. Ahí empezaría la exposición y la prevención de respuesta, resistiéndose a repasar la materia, hasta que la ansiedad hubiese desaparecido. Probablemente por la experiencia del ítem anterior, y en contra de lo que cabía esperar, este segundo ítem resultó más fácil de superar que el primero. Como se ve en la figura 6.5. La ansiedad en esta sesión subió menos y bajó más rápido, y lo mismo sucedió en la autoexposición para casa, en la que también fueron necesarias menos sesiones de trabajo. La ansiedad durante la sesión fue menor y la bajada más rápida, y las ganancias intersesiones también fueron más rápidas. De nuevo, en poco tiempo, realmente menos de una semana de práctica diaria, dimos por superado el ítem.

Con el resto de los ítems procedimos de la misma manera. Tras definir exactamente en qué iba a consistir la exposición en vivo y en qué iba a consistir la prevención de respuesta (véase la tabla 6.6), realizábamos una o dos sesiones con Lorenzo, es decir, exposición asistida por terapeuta, y luego Lorenzo pasaba ya a un formato de autoexposición que realizaba como tarea para casa.

Como es habitual a la hora de aplicar la exposición en vivo en un trastorno obsesivo-compulsivo, en el resto de los ítems fue necesario ir a casa de Lorenzo. Era imposible replicar o trasladar el ítem a la consulta como habíamos hecho con los dos primeros. Por otra parte, también hay que diseñar la exposición y la prevención de respuesta para que

© Ediciones Pirámide

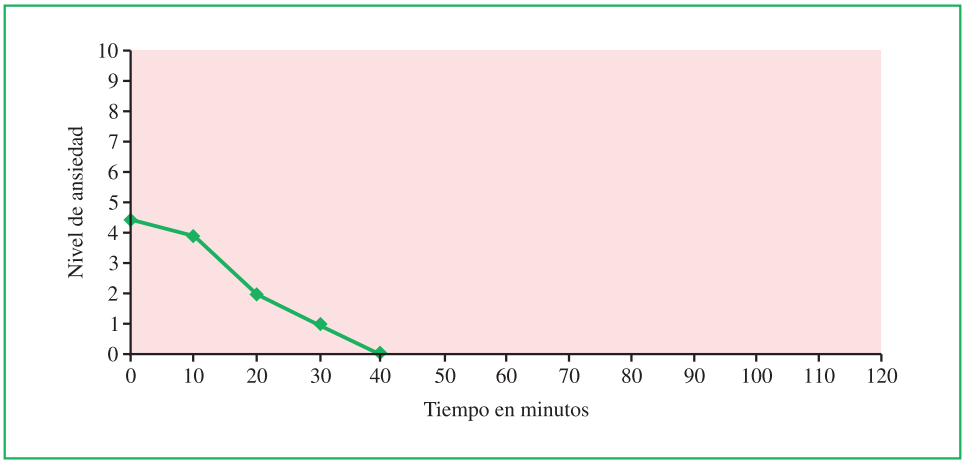


Figura 6.5.—Registro de la exposición en vivo con prevención de respuesta del segundo ítem.

TABLA 6.6

Definición de la exposición y de la prevención de respuesta del resto de los ítems

Ítem	Exposición	Prevención de respuesta
3.º	— Ver a mis padres saliendo de casa (para coger el coche). — Ver a mis padres comiendo alimentos «peligrosos» (paté, quesos, embutido…).	— Controlar el impulso (de hecho no hacerlo) de decirles que tengan cuidado. — Controlar el impulso (de hecho no hacerlo) de decirles que se cuiden y que no coman eso.
4.º	Salir de mi habitación.	Sin meter el dedo índice en el agujero de la cerradura.
5.º	Andar por el pasillo de casa.	Sin tocar los cuadros del pasillo.
6.º	Pasear por la calle.	Sin leer la letra impresa (carteles, anuncios).

sea lo más eficaz posible. Por ejemplo, el ítem 4.º consistía en salir (y entrar) una y otra vez de su habitación hasta que la ansiedad desaparecía sin ceder al impulso ritualista. El ítem 5, andar (y volver) una y otra vez por el pasillo sin tocar los cuadros. Y finalmente, el ítem 6 se abordó eligiendo una calle especialmente llena de letra impresa y andando ininterrumpidamente por la calle sin leer nada.

Fueron necesarias 6 sesiones más con Lorenzo, desde la undécima hasta la decimosexta, más práctica individual de Lorenzo a diario, entre sesiones, para superar estos cuatro ítems.

A partir de este punto, en la sesión decimoctava, iniciamos la fase de mantenimiento de los logros y la prevención de recaídas. Esta última fase del tratamiento incluyó el uso de varias técnicas.

En primer lugar, lo que llamamos *normalización de las intrusiones.* Esto significa ratificar una vez más que tener intrusiones es algo habitual y no problemático. Los problemas empiezan si nos

© Ediciones Pirámide

asustamos por ellas, dándoles crédito, poniéndonos a la defensiva y creando estrategias de neutralización. Así que, de ahora en adelante, cuando tuviera estos pensamientos u otros similares, debía pensar: *«Frena, esto es una intrusión, no significa nada, no tengo que preocuparme ni hacer nada»,* y entonces desaparecerá sola. En nuestra opinión, este concepto es fundamental para reducir las probabilidades de recaer.

La segunda estrategia iba destinada a reducir el concepto de *excesiva responsabilidad, perfeccionismo y altos estándares*. Aunque para cambiar las creencias disfuncionales que sostienen estos conceptos (Sevillá y Pastor, 2002) tenemos diferentes estrategias, en nuestra opinión la mejor forma de cambiarlas es cambiar la conducta que de ellos se desprende, o lo que llamamos *planes de acción contra la creencia* (Sevillá y Pastor, 2002). Para el perfeccionismo, por ejemplo, le solemos pedir al cliente y así lo hicimos con Lorenzo, que cometa errores a propósito. La idea es comprobar que, aunque la ejecución no sea perfecta y el nivel de rendimiento óptimo, no se hunde el mundo. Una vez entendido el concepto, Lorenzo decidió cometer errores en su tenis, perder partidas en los juegos de Internet, e incluso «arriesgarse» a hacer mal algunas de sus tareas para casa.

Finalmente, usamos una tercera estrategia que denominamos *sobreexposición*. La idea es que la persona afronte situaciones mucho más aversivas de las que realmente, en su vida habitual, tendrá ocasión de encarar. El objetivo es crear un endurecimiento emocional, un margen de seguridad que reduzca mucho las probabilidades de recaída. Por ejemplo, a clientes que les da miedo contagiarse de cáncer, podríamos pedirles que pasearan por una unidad de oncología de un hospital; a clientes que les da miedo no cerrar con llave la puerta al salir de casa, les podríamos pedir que se fueran un fin de semana sin cerrarla de esta manera, o a un cliente que le diera miedo agredir a su familia con un cuchillo de cocina, le podríamos pedir que cenara o comiera, con sus familiares, teniendo a mano ese cuchillo.

Por la naturaleza de los ítems de Lorenzo sólo pudimos aplicar el procedimiento en algunas situaciones. Le pedimos que durante unas semanas redujera su ritmo habitual de estudio a la mitad, que no acabase todos los deberes y/o que cometiera errores a propósito. Por otra parte, creamos «la noche del colesterol». Una cena de sus padres a la semana iba a consistir en comer alimentos poco saludables: quesos grasos, embutidos, patés, mantequilla, etc. Lorenzo tenía que cenar con ellos y «aguantar» el impulso compulsivo de advertir los peligros de salud que ello implicaba. Por último, pues el resto de las situaciones en términos prácticos no podía ser abordado de esta manera, pedimos a sus padres que fueran a trabajar a diario en coche, cada uno con el suyo. Así pues, después del desayuno conjunto Lorenzo vería cómo papá y mamá se iban a conducir, controlando el impulso de advertir.

4.10. Resultados y seguimiento

Lorenzo estuvo en tratamiento psicológico durante ocho meses. En total asistió a 20 sesiones de terapia. Las 16 primeras sesiones fueron de una periodicidad semanal, y las últimas 4 cada 15 días. En la tabla 6.7, se describe, sesión a sesión, todo el tratamiento.

Como se puede observar en la figura 6.6, en la que se compara el número de rituales en línea base de las distintas secuencias, tomados en las tres primeras semanas de evaluación, con el estado de los mismos al final del tratamiento, tomados entre las sesiones 18 y 20, los resultados fueron espectaculares. Prácticamente desaparecieron todas las compulsiones y con ellas, obviamente, las obsesiones y el malestar asociado.

A partir de la sesión número 20 iniciamos formalmente el seguimiento. Nuestra primera cita de seguimiento fue un mes después, a finales de julio. La siguiente en octubre, y la última fue en abril del siguiente año. Luego hemos seguido manteniendo contacto telefónico. En todo este largo seguimiento, los resultados se mantenían hasta el punto de que Lorenzo, en nuestra última conversación, comentó que *«le parecía increíble lo que había sucedido».*

© Ediciones Pirámide

TABLA 6.7

Plan de intervención terapéutica por sesiones

Sesiones 1, 2, 3, 4	Evaluación
Sesión 5	Hipótesis
Sesión 6	Presentar la exposición con prevención de respuesta
Sesión 6 y 7	Problema real versus problema de pensamiento
Sesión 7 y 8	Elaboración de la jerarquía
Sesión 9	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 10	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 11	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 12	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 13	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 14	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 15	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 16	Exposición en vivo con prevención de respuesta
Sesión 17	Prevención de recaídas
Sesión 18	Prevención de recaídas
Sesión 19	Prevención de recaídas
Sesión 20	Prevención de recaídas

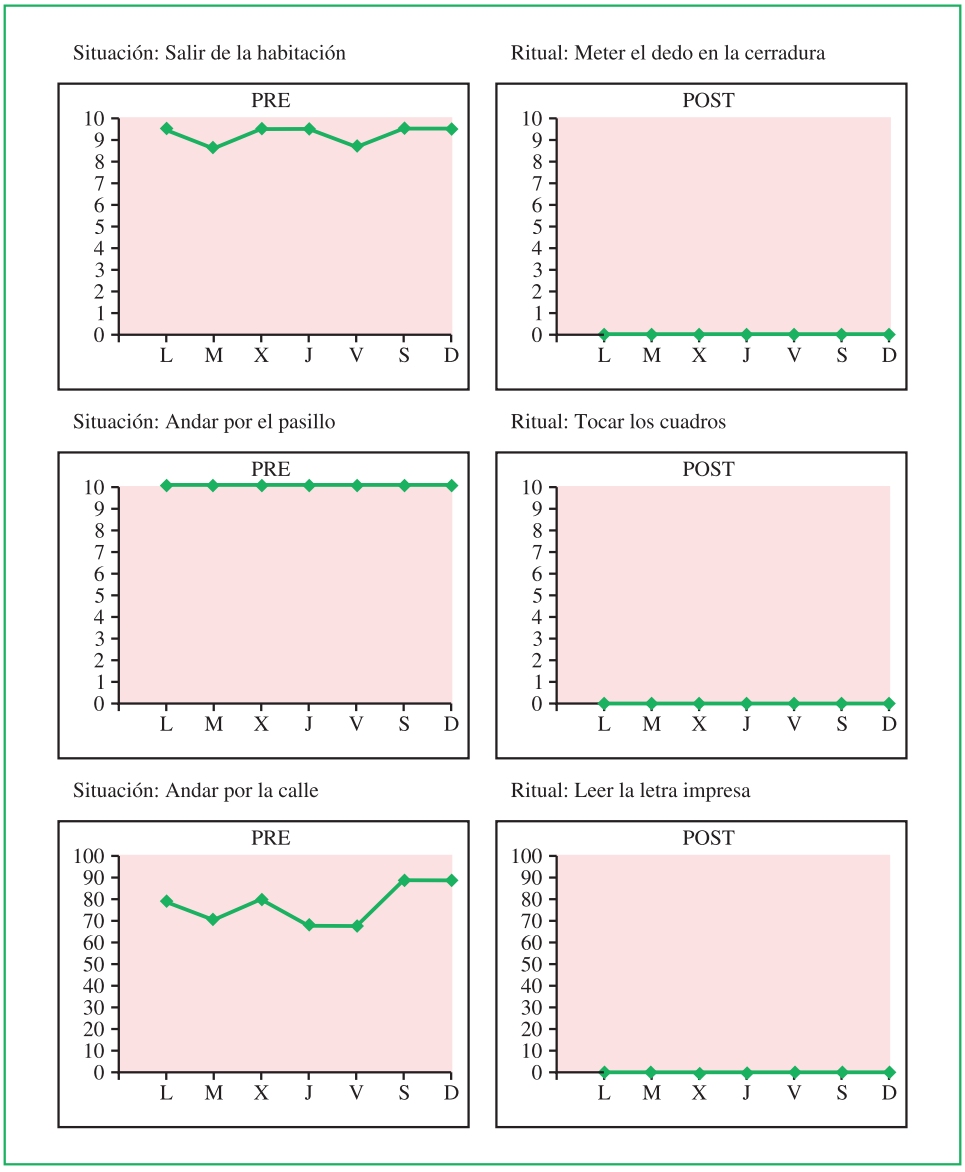
El estado de ánimo se normalizó, pasando a sentirse *«feliz y contento»* en palabras textuales. La relación familiar, tradicionalmente buena, volvió a serlo sin necesidad de hacer ningún tipo de intervención terapéutica. El rendimiento en el colegio volvió a ser el de siempre. Los profesores además comentaron que lo notaban como más *«relajado, más suelto»*.

© Ediciones Pirámide



Figura 6.6.—Línea base en pretratamiento y cambios en postratamiento de los diferentes rituales de Lorenzo.

© Ediciones Pirámide



La línea base fue tomada en las tres primeras semanas. Lo que aparece aquí representado es la media de esos primeros 21 días.

El autorregistro del postratamiento se rellenó entre las sesiones número 18 y 20 y corresponden a la media de esos 15 días.

Algunas tablas cambian la numeración (de 0-10 o de 0-100), en función de la frecuencia de los rituales autorregistrados.

Figura 6.6.—*(continuación)*.

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Piensa en una persona conocida (amigo, familiar) que parezca sufrir un TOC. Describe su comportamiento.
2. Busca un estudio de caso en una revista o libro especializado, en que se presente la descripción de un TOC. A partir de los datos que da el autor, completa un análisis funcional.
3. Realiza un *role-playing* simulando una entrevista con una persona que produzca un TOC. Practica cómo explicarle la conceptualización de este problema psicológicamente.
4. Practica cómo explicar al cliente la «trampa de la ansiedad» y a continuación presenta la técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg, C., Rapoport, J. y Wolff, R. (1989). Behavioral treatment for obsessive-compulsive disorders in childhood. En J. Rapoport (ed.), *Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents,* 169-185. Washington DC: APA.

Emmelkamp, P. M. G. y Kwee, K. G. (1977). Obsessional ruminations: A comparation between thought-stopping and prolonged exposure in imagination. *Behaviour Research and Therapy, 15,* 441-444.

Flament, M. F., Koby, E., Rapoport, J. et al. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder. A prospective follow up study. *Journal of Child Psychol. Psychiatry Allied Disciplines, 31*(3), 363-380.

Foa, E., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). *Behavior therapy with obsessives: From theory to treatment*. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (eds.), *Obsesive-compulsive disorder: Psychological and pharmachological treatment,* 49-129. New York: Plenum Press.

Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. En A. H. Tuma y J. D. Maser (eds.), *Anxiety and the anxiety disorders,* pp 421-432. Hilldale Lawrence Erlbaum.

Freeston, M. H. (2001). Cognitive-behavioral treatment of a 14 years old teenager with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive psychotherapy, 29,* 71-84.

Freeston, M. H., Ladoucer, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhenaume, J., Letarte, H. y Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 405-413.

Harris, C. V. y Wiebe, D. J. (1992). An analysis of response prevention and flooding procedures in the treatment of adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry 23*(2), 107-115.

Kearney, C. A. y Silverman, W. K. (1990). Treatment of an adolescent with obsessive-compulsive disorder by alternating response prevention and cognitive therapy: An empirical analysis. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry 21*(1), 39-47.

Leonard, H. (1989). Childhood rituals and supersticions: developement and cultural perspectives. En J. L. Rapoport (ed.), *Disorders in children and adolescents*. Washington DC: APA.

Leonard, H. L., Goldberger, E. L., Rapport, J. L., Cheslow, D. L. y Swedo, S. E. (1990). Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms. *Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry, 29*(1), 17-23.

Leonard, H., Lenane M. y Swedo, S. (1993). Obsessive-compulsive disorder. En H. L. Leonard (Ed.), *Child Psychiatric Clinics of North America: anxiety disorders, 2,* 655-666. New York: Saunders.

Leonard, H., Swedo, S. E. y Lenane, M.C., et al (1993). A 2 to 7 year follow up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents*, Archives of General Psychiatry 50*(6), 429-439.

© Ediciones Pirámide

McDougle, G. y Goodman, W. (1997). Combination pharmacological treatment strategies. En E. Holland y R. Stein: *Obsessive-Compulsive disorders: diagnosis, etiology and treatment*. New York: Marcel Dekker.

March, J. (1995). Cognitive behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendations for treatment, *Journal of the American Academy of Childhood and Adolescence Psychiatry, 34*(1), 7-18.

March, J. y Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment Manual*. New York: The Guilford Press.

March, J., Mulle, K. y Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*(3), 333-3412.

March, J., Leonard, H. L. y Swedo, S. E. (1995). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. En M. Riddle (ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 4*(1), 217-236.

March, J. y Mulle, K. (1995). Manualized cognitive-behavioral psychotherapy for obsessive-compulsive disorder in childhood: A preliminary single case study. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(2), 175-184.

Metzner, R. (1963). Some experimental analogs of obsession. *Behaviour Research and Therapy*, *1,* 231-236.

Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4,* 273-280.

Piacentini, J. y Grawe, F. (1997). Childhood OCD. En E. Hollander y L. Stein (eds.), *Obsessive-Compulsive disorders: diagnosis, etiology and treatment.* New York: Marcel Dekker, Inc.

Piacentini, J., Gitow, A., Jaffer, M. y Grawe, F. (1994). Outpatient behavioral treatment of child and adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 8*(3), 277-289.

Rachman, S. J. (1973). The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 463-471.

Rachman, S. J. y De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16,* 233-248.

Rachman, S. J., Hodgson, R. y Marks, I. M. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy, 9,* 237-247.

Rachman, S. y Wilson, G. T. (1980). *The Effects of Psychological therapy.* Oxford: Pagamon.

Rapoport, J. L., Swedo, S. E. y Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 56,* 11-16.

Salkovkis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problemas: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 571-583.

Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman y M. A. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Theory, research and treatment,* 33-50. New York: Guilford Press.

Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. En C. Perris, I. M. Blackburn y H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice,* 376-395. Berlin: Springer-Verlag.

Sevillá, J. y Pastor, C. (1991). *¿Podría ayudarme un psicólogo? Una guía hacia la psicoterapia*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Sevillá, J. y Pastor, C. (2002). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Sweed, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H. et al. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases, *Archives of General Psychiatry, 46*(4), 335-341.

Van Oppen, P. y Artnz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 79-87.

Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K. y Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 33,* 379-390.

Wolff, R. P. y Wolff, L. S. (1991). Assessment and treatment of a childhood obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification, 12*(2), 252-266.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy and reciprocal inhibition.* Stanford: University Press.

Yaryuna-Tobias, J. A. y Neziroglu, F. A. (1997). *Biobehavioral treatments of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders.* New York: Norton & Company.

Yaryuna-Tobias, J. A. y Nerziroglu, F. A. (1997b). *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum: pathogenesis, diagnosis and treatment*. Washington DC: APA.

© Ediciones Pirámide

7

Tratamiento psicológico de un caso de estrés postraumático en una adolescente víctima de una guerra y agresión sexual mediante práctica psicológica basada en pruebas

JOAQUIM PUNTÍ I VIDAL
DAVID SÁNCHEZ CARRACEDO
ROSA MARÍA RAICH I ESCURSELL

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Recientemente hemos asistido a una serie de lamentables acontecimientos como el atentado terrorista del 11-S de 2001 en Nueva York y, vivido de forma mucho más cercana, el del 11-M de 2004 en Madrid, que han traído a la actualidad de la esfera pública la problemática vivida por las víctimas de un suceso traumático. Las graves secuelas emocionales experimentadas por las víctimas de estas experiencias traumáticas derivan en algunos casos en el trastorno conocido como trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) describe el TEPT como las consecuencias emocionales de la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror. Los acontecimientos traumáticos pueden ir desde el horror de una guerra a violaciones o agresiones físicas, accidentes, catástrofes naturales, atentados terroristas o incluso la muerte repentina de un ser querido. Con posterioridad al trauma, las víctimas reexperimentan con gran impacto emocional el acontecimiento traumático en forma de recuerdos *(flashbacks)* o pesadillas, evitan situaciones que les recuerden el trauma y pueden experimentar alteraciones emocionales, como embotamiento psíquico o anestesia emocional que perturben de forma importante sus relaciones interpersonales. La ansiedad, irritabilidad, incluso los episodios de ira, son también comunes, así como los sentimientos de intensa culpa. En ocasiones, las personas afectadas por un TEPT pueden ser incapaces de recordar ciertos aspectos del suceso traumático. Los síntomas físicos, tales como dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, vértigo y otros, son también habituales en personas con TEPT. Este conjunto de síntomas se han agrupado en tres grandes grupos entrelazados entre sí; síntomas de reexperimentación, de evitación/embotamiento y de hiperactivación (Báguena, 2003).

En el caso específico de los niños y adolescentes, los síntomas del TEPT pueden variar considerablemente según el estadio de desarrollo, por lo que los criterios DSM-IV pueden no ser lo suficientemente sensibles para detectar adecuadamente impactos postraumáticos, especialmente en niños pequeños (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 1998). Algunas revisiones señalan que tres son los factores principales que predicen el desarrollo de diferentes niveles sintomáticos en niños y adolescentes: la intensidad de la exposición al trauma, la angustia relacionada con el trauma de los padres y la proximidad cronológica con el acontecimiento traumático (AACAP, 1998; Foy, Madvig, Pynoos y Camilleri, 1996). En general, a medida que maduran, los niños tienden a mostrar síntomas del TEPT similares a los de población adulta, llegando a ser muy parecidos en el caso de la adolescencia, con síntomas de reexpe-

© Ediciones Pirámide

rimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación (Cohen, Berliner y March, 2000).

Se estima que en el conjunto de la población cerca de un 8 por 100 ha experimentado el TEPT a lo largo de su vida (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). Las tasas de prevalencia del TEPT en niños y adolescentes han recibido escasa atención empírica hasta la fecha, por lo que resulta difícil aventurar cifras (Keane, Weathers y Foa, 2000). En España, la prevalencia del TEPT se sitúa en torno a un 1-3 por 100 de la población, e incluso entre un 5-15 por 100 si se incluyen formas menos graves (Avia y Vázquez, 1998).

El TEPT tiende a cronificarse en ausencia de tratamiento adecuado (Echeburúa y Corral, 1997). Las víctimas de guerra y de agresión sexual (especialmente las víctimas de abuso sexual en la infancia) son las que presentan mayor riesgo de desarrollar un TEPT (Keane et al., 2000; Kilpatrick, Edmonds y Seymour, 1992; Rothbaum y Foa, 1993).

La vivencia de un episodio traumático es un requisito para el desarrollo de un TEPT, pero, afortunadamente, no todas las personas que han vivido estos episodios acaban desarrollando el trastorno. Un reciente meta-análisis sobre factores de riesgo del TEPT en población adulta señala entre ellos: género femenino, juventud, raza, estatus socioeconómico, carencia de educación, baja inteligencia, traumas previos, otras experiencias infantiles adversas, severidad del trauma, carencia de apoyo social, estrés, historia psiquiátrica, abuso infantil e historia psiquiátrica familiar (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

Tampoco todas las personas que experimentan un trauma requieren de tratamiento especializado para superarlo. Cuando la víctima se siente desbordada por el trauma, causando ello una seria afectación a su vida cotidiana (problemas de sueño y/o apetito, sufrimiento constante, falta de control emocional, aislamiento social, etc.), o bien cuando la víctima se niega a hablar con nadie del trauma y tiene una red de apoyo social pobre, el tratamiento psicológico específico y el farmacológico en algunos casos se hace necesario (Echeburúa, 2004).

A pesar del amplio panorama de tratamientos psicológicos disponibles para el TEPT (véase Foa, Keane y Friedman, 2000, para una revisión), parece haber un acuerdo entre una mayoría de clínicos y de instituciones vinculadas en que las personas que sufren un TEPT deben hacer frente al trauma original para desarrollar formas de afrontamiento eficaces, de forma que esta reexposición actúe de forma terapéutica y no traumática (Barlow y Lehman, 1996; Foa, Davidson y Frances, 1999; Foa y Meadows, 1997; Foa et al., 2000; National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 2005; National Institute of Mental Health, 2001).

Las intervenciones psicológicas que mayor respaldo empírico han encontrado para el tratamiento del TEPT son las terapias cognitivo-conductuales (TCC), aunque hay matices a la hora de definir el grado de eficacia de las diferentes técnicas cognitivo-conductuales cuando se utilizan de forma aislada. En el caso de los adultos, según los criterios de la División 12 de Psicología Clínica del APA, ningún tratamiento para el TEPT ha alcanzado la categoría de «tratamientos bien establecidos», pero sí se consideran como «tratamientos probablemente eficaces» para el TEPT el tratamiento de exposición, la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (DRMO) y el entrenamiento en inoculación de estrés (Chambless et al., 1998). En la reciente revisión llevada a cabo en nuestro país por Báguena (2003) se señala al tratamiento basado en exposición como el más eficaz, seguido por este orden por la terapia cognitiva, el entrenamiento en manejo de ansiedad y en último lugar la hipnoterapia. Con respecto a los niños y adolescentes, también hay un acuerdo generalizado en que la TCC es la que cuenta con mayor evidencia científica a favor de su eficacia, pero permanece sin clarificar el papel aislado de sus diferentes componentes. En cualquier caso, la mayoría de autores consideran que la exposición conductual y narrativa es un componente crítico del tratamiento también con niños y adolescentes, aunque su eficacia como componente aislado de tratamiento no está suficientemente establecida (véase Cohen et al., 2000, para una revisión).

Respecto al rol de la farmacoterapia y del tratamiento psicológico, revisiones como la de Yehuda, Marshall, Penkower y Wong (2002) señalan que

© Ediciones Pirámide

ningún tratamiento psicológico ha demostrado eficacia empírica de primer nivel, frente a varios tipos de medicación antidepresiva, que, según estos autores, sí se encontrarían en una primera línea de tratamientos efectivos para el TEPT (aunque estos mismos autores apuntan que la combinación de ambas formas de tratamiento constituye un campo de investigación futura de máximo interés). Sin embargo, la opinión mayoritaria señala la conveniencia de abordar el TEPT con una terapia psicológica y recurrir al uso de fármacos en los casos donde resulte necesario. Revisiones como la de Báguena (2003), la de Echeburúa (2004) o la de Foa et al. (2000) defienden el tratamiento psicológico como primera línea de actuación, sugiriendo el uso de medicación antidepresiva (especialmente los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina —ISRS—) como el tratamiento complementario más adecuado. El uso de psicofármacos suele recomendarse en casos de afectación grave del funcionamiento diario y presencia de alteraciones clínicas específicas relacionadas con el trauma, tales como depresión severa o diversos trastornos de ansiedad, o de síntomas psicopatológicos intensos como la impulsividad, labilidad afectiva, irritabilidad, ideación suicida o insomnio grave (Friedman, Davidson, Mellman y Southwick, 2000). Desgraciadamente, existen pocos datos que guíen la administración de fármacos en niños y adolescentes en este tipo de problemas (Pfferbaum, 1997).

A continuación presentamos una breve descripción de los tratamientos psicológicos que han encontrado mayor apoyo empírico a favor de su eficacia:

— *Terapia de exposición:* Las formulaciones más recientes defienden que la exposición continuada a los recuerdos traumáticos conducen a un reprocesamiento emocional del trauma y a una habituación de la ansiedad. La DMRO es una variante de la exposición en la imaginación que combina esta última con movimientos oculares sacádicos donde el paciente sigue visualmente los movimientos de la mano del terapeuta, que se desplaza de un lado a otro (Shapiro, 1996). El papel de la DMRO dentro de un programa de exposición no está todavía suficientemente aclarado (véase Báguena, 2003, para una revisión). Hay datos que avalan la eficacia de la terapia de exposición en el tratamiento de niños y adolescentes, aunque su eficacia como técnica aislada está todavía por demostrar. Es de señalar que en el caso de niños y adolescentes, éstos pueden mostrarse muy reacios a hablar sobre el trauma, pudiendo incluso mostrar un incremento transitorio de los síntomas durante las sesiones de exposición, por lo que suele recomendarse en estos casos una exposición gradual.

— *Terapia cognitiva:* Se centra en la detección y corrección de cogniciones desadaptativas y se basa en las ideas desarrolladas por Beck (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El tratamiento de los aspectos cognitivos se ha mostrado beneficioso en el tratamiento del TEPT, aunque no se ha podido esclarecer con claridad la eficacia diferencial con el tratamiento de exposición, que por sí solo podría producir los cambios cognitivos que la terapia cognitiva persigue. La terapia cognitiva también ha mostrado su utilidad en el tratamiento del TEPT pediátrico, centrándose en la mayoría de casos en la falsa atribución de culpabilidad o en la formulación de presagios negativos, aunque los datos empíricos no son tan claros como en el caso de la terapia de exposición (Cohen et al., 2000).

— *Terapia para el manejo de ansiedad:* El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) de Meichenbaum (1974) ha sido utilizado en el tratamiento del TEPT con éxito, aunque con menos respaldo empírico que la terapia de exposición, e incorpora entrenamiento en técnicas para el manejo de ansiedad. En el caso de los niños y adolescentes, las técnicas más habituales que se enseñan son la relajación muscular progresiva, la detención de pensamiento, la elaboración

© Ediciones Pirámide

de imágenes positivas y la respiración controlada (Cohen et al., 2000). Su eficacia como técnica aislada en el tratamiento del TEPT en niños y adolescentes no se ha evaluado empírica y adecuadamente. Es interesante destacar que el EIE se ha utilizado para el control de la ira con cierto éxito, aspecto de gran interés, dado que la ira, bastante habitual en el TEPT, se ha mostrado como un importante obstáculo a la terapia de exposición (Chemtob, Novaco, Hamada y Gross, 1998).

A modo de síntesis, y en función de los datos disponibles, el tratamiento que más apoyo empírico ha recibido para el TEPT en niños y adolescentes consistiría en TCC enfocada al trauma, con un elemento básico de exposición apoyado en otras estrategias como relajación/manejo del estrés y reestructuración cognitiva; en el caso de presencia comórbida de depresión y/o ideación suicida, el tratamiento farmacológico con ISRS también estaría indicado (Cohen et al., 2000).

A continuación se presenta un caso clínico de TEPT en una adolescente de 16 años superviviente de la guerra de Kosovo y la descripción pormenorizada del proceso de intervención llevado a cabo.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. La tragedia de una guerra

Nera, de 16 años, es estudiante de tercer curso de ESO. Es la segunda hija de una unidad familiar formada por sus padres y sus tres hermanos: Nadej, el hermano mayor, de 17 años; Tafmir, de 15 años; y por último Katia, la hermana menor, de 13 años.

Nera llegó a España con su familia en agosto de 2002. Su condición de albanokosovar le obligó a ella y a su familia a exiliarse con motivo de la guerra de los Balcanes.

La madrugada del 30 de abril de 1999, en plena incursión serbia sobre la ciudad, Nera se despertó con los gritos, tiroteos y estruendos procedentes de la calle, que estaba completamente sitiada por innumerables policías y militares serbios. Ella, asustada, junto a sus padres y hermanos, observaba cómo los policías y militares golpeaban e intimidaban a la gente del barrio. Entretanto, los soldados avanzaban desde un extremo de la calle hacia su apartamento, mientras obligaban a la gente a salir de sus casas, sustrayéndoles los objetos de valor, quemándoles sus pertenencias e incluso sus casas. En el asalto, los militares disparaban y mataban a diversas personas, bien porque intentaban defender sus viviendas, o bien porque, presas del pánico, intentaban huir.

En el comedor del apartamento de Nera, junto a la puerta de entrada, todos lloraban. Sólo podían esperar a que los soldados llegaran a su casa. En esas condiciones escapar no era posible.

Los soldados llegaron a su apartamento en pocos minutos. Golpearon la puerta estrepitosamente una y otra vez, mientras desde fuera seis o siete hombres gritaban «abrid y dadnos todo u os matamos». El apartamento se encontraba a oscuras con el objetivo de fingir que estaba deshabitado. Sin embargo, los militares, lejos de desistir, empezaron a disparar hacia la puerta y las ventanas. Los cristales se hacían añicos. El ruido era tan insoportable que Nera se abalanzó hacia la puerta y la abrió. Su familia, con el objetivo de salvaguardar la vida, entregó a los soldados la cantidad de 2.200 antiguos marcos alemanes, todos los ahorros de su vida. También dos anillos de oro. A Nera, además, le pidieron los pendientes que llevaba puestos y se los quitaron a la fuerza.

En el comedor, mientras la madre gritaba e intentaba proteger a sus hijos, uno de los soldados se dirigía al padre y obligándole a abrir la boca, lo encañonaba, pidiéndole más dinero. Otro le golpeaba con un fusil en la espalda al mismo tiempo. Nadej, el hermano mayor de Nera, intentaba prestarle ayuda. El grupo de soldados se lo impedía abalanzándose hacia él, inmovilizándole, mientras uno de ellos le retorcía el brazo y se lo rompía. Nera pensaba que todos morirían.

Tras media hora de forcejeo les dejaron marchar. Les quemaron la casa, sin que pudieran salvar nada. En la calle, corriendo hacia la zona sur de la

© Ediciones Pirámide

ciudad, en la penumbra de las primeras luces del día, diversos cadáveres estaban tendidos en el suelo. Nera, a quien las piernas no le respondían, tropezó y cayó sobre un cuerpo al que le habían arrancado los ojos. Se quedó paralizada. Su padre la tuvo que llevar a cuestas el resto del camino.

Nera y su familia pasaron los siguientes días en casa de unos amigos del padre, en una pequeña aldea cercana. En aquella aldea, como en otras, se producían agresiones sexuales a mujeres kosovares por parte de soldados serbios. Los hombres estaban en las montañas intentando resistir la incursión serbia.

En una de esas noches, hambrienta y sedienta, Nera salió de casa para dirigirse hacia el bosque a un pozo cercano a beber agua. Su madre le tenía prohibido salir sola, y en especial salir de noche. De regreso a casa la sorprendió un joven soldado, que tras unos pocos metros de persecución, riéndose a carcajadas, la tiró al suelo. Le tocó sus pechos y le rompió la blusa. A la mañana siguiente, su madre le preguntó por la ropa. Nera no recordaba nada, pero se puso a llorar porque tenía pequeñas manchas de sangre en sus bragas. Su madre, para tranquilizarla, le explicó que por su edad, 13 años, eso era una señal de la menarquia.

Posteriormente, los militares serbios ocuparon la aldea y, aunque esta vez sin violencia, Nera y su familia fueron de nuevo expulsados, trasladándose a otra ciudad. Allí estuvieron hasta que unos meses después les echaron en dirección al sur de Macedonia, donde vivieron en la ilegalidad hasta que el gobierno de allí les expulsó de nuevo.

Antes de llegar a España, donde también residían como exiliados políticos dos hermanos del padre de Nera, vivieron como refugiados a cargo de la Cruz Roja en Inglaterra, hasta enero de 2002. Llegaron a España, a un municipio medio de la provincia de Barcelona, a primeros de febrero de ese año en condición de asilados temporalmente por razones humanitarias.

Desde su llegada a España, en febrero de 2002, y hasta el motivo de consulta actual (abril de 2003), Nera jamás había hablado de lo sucedido en Kosovo. Informa que antes de llegar a España, pero especialmente en los meses siguientes a lo sucedido, había experimentado recuerdos intrusivos de lo sucedido, sueños casi diarios sobre el asalto de su vivienda, dificultades para conciliar el sueño, temor a que llegara la noche y rápidos cambios de humor. Sin embargo, desde la llegada a España se encontraba mucho mejor y ya casi ni pensaba ni soñaba en lo sucedido. Estaba bien adaptada a su nuevo país, con unas relaciones interpersonales satisfactorias, tanto escolares como sociales, y participaba en las actividades extraescolares propias de la edad. Su rendimiento académico era bajo, pero había mejorado en ese año. Su conocimiento del idioma también era suficiente para comprender y expresarse en un nivel básico. Su relación familiar era buena.

2.2. Antecedentes biográficos

Nera es una adolescente con un buen estado de salud. Sufrió las enfermedades propias de la infancia. No refería antecedentes psicopatológicos personales ni familiares y nunca antes consultó por ningún problema de este tipo. Según la información aportada por ella y su familia, Nera era una niña extravertida, con facilidad para hacer amigos, alegre, jovial, responsable, motivada en sus estudios, de buen temple y bien adaptada en todos los niveles: personal, familiar y social.

Su tiempo libre lo pasaba entre su familia y sus amigas del colegio. Le gustaba practicar todo tipo de deportes y participaba de distintas aficiones, especialmente dibujo. También le gustaba invertir parte de su tiempo jugando en la calle.

La relación con sus padres y hermanos siempre ha sido buena. Nera nunca había referido dificultades de adaptación ni de conducta, más allá de alguna que otra pelea con sus hermanos.

2.3. Motivo de consulta

La paciente acude a la consulta porque desde hace unas semanas se siente triste, desanimada, con rumiaciones circulares en torno a su vida, sentimientos de desesperanza y de falta de futuro. Tam-

© Ediciones Pirámide

bién explica dificultades de concentración, disminución del rendimiento escolar y reducción de la actividad social. En la exploración psicopatológica refiere miedo intenso a que le pueda volver a ocurrir lo pasado y explica de nuevo recuerdos e imágenes que no puede controlar en torno al suceso. Otros síntomas presentes son; labilidad emocional, irritabilidad fácil, insomnio de conciliación y de mantenimiento, pesadillas y/o terrores nocturnos y sentimientos de que la vida no merece la pena ser vivida. La consulta se efectúa a petición del instituto y la familia.

El elemento desencadenante del estado actual parece haber sido el inicio de la guerra en Irak. En concreto, las imágenes televisivas de un informativo donde aparecían casas ardiendo, seguidas de otras donde había gente gritando o llorando junto a unos cuerpos sin vida. Desde aquel día sus recuerdos e imágenes se hicieron nuevamente más intrusivos, aumentaron en frecuencia, intensidad y duración. También se reagudizaron los temores y pesadillas relacionadas con la guerra de Kosovo.

La paciente relata su sintomatología sin ninguna reserva. Sin embargo, se resiste a verbalizar el contenido de sus recuerdos e imágenes referidas al trauma. Se siente incapaz de rehacer su vida y se plantea si no hubiese sido mejor haber muerto que tener que cargar con esto.

La consulta en este momento se sugirió a partir de la preocupación del tutor y otros profesores del instituto que observaron en Nera un cambio de conducta en las semanas previas. Su estado de ánimo bajo, su aislamiento social inusual en ella, así como las reacciones corporales en forma de ruborización, temblor e hiperventilación que experimentaba en clase cuando se abordaba el tema de la reciente guerra de Irak, les condujo a informar a la familia.

La familia, que inicialmente no había detectado estos cambios, también había observado que Nera estaba más irritable, pasaba más horas en su habitación y estaba más huidiza de la gente. La madre pensó que eran cosas de la edad.

Sin embargo, todo empeoró bruscamente cuando dos días previos a efectuar la consulta en este servicio, el padre recibió correspondencia de la Delegación del Gobierno donde se les comunicaba la propuesta de no dar renovación a su permiso temporal de residencia.

Esta situación afectó emocionalmente a toda la familia. No obstante, en el caso de Nera supuso un notable empeoramiento, y desde entonces dormía poco y mal, con imágenes diurnas y pesadillas nocturnas relacionadas con el asalto de su casa y la cara de aquel joven soldado, que riéndose, tal y como lo hizo el día en que la agredió, le rasgaba su blusa. En otras ocasiones se despertaba a media noche, sobresaltada, mientras gritaba que encendieran la luz para ver que allí no había el cuerpo al que le habían arrancado los ojos y con el que tropezó mientras huía. También explicaba imágenes diurnas auditivas en que se le aparecía la imagen del bosque, mientras escuchaba las risas del soldado.

2.4. Instrumentos de evaluación utilizados

El protocolo de evaluación utilizado en este caso incluyó la entrevista clínica y el uso de tres autoinformes. El objetivo de estos autoinformes era contrastar la presencia de las alteraciones psicopatológicas detectadas en la entrevista clínica (trastorno de estrés postraumático y sintomatología depresiva) y su intensidad, así como el grado de interferencia de las mismas en distintos aspectos de la vida cotidiana.

Las dificultades de comprensión y expresión de la paciente en un idioma distinto al suyo obligaron a utilizar un protocolo relativamente sencillo, integrado por un número de instrumentos reducido y por un número de ítems no excesivo. Para facilitar este proceso y asegurar una adecuada comprensión de los ítems se procedió a dar lectura oral de los mismos. Del mismo modo, a falta de instrumentos adaptados en población albanokosovar (su población de origen), se utilizaron instrumentos validados en población española. Esto, si bien es metodológicamente discutible, responde a la necesidad de evaluación y a la transculturalidad del tipo de variables evaluadas. Finalmente, el protocolo incluyó el uso de instrumentos que gozan de una alta

© Ediciones Pirámide

sensibilidad al cambio, para poder comprobar la eficacia del tratamiento una vez finalizado.

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997): Ésta es una escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Está estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Los ítems se distribuyen en tres subescalas: la primera, formada por cinco, refiere a los síntomas de reexperimentación; la segunda, formada por siete, refiere a los síntomas de evitación; y la tercera, formada por cinco, refiere a los síntomas de aumento de la activación. También dispone de una escala complementaria que evalúa la frecuencia e intensidad de las manifestaciones somáticas de la ansiedad. El punto de corte para el total de la escala (suma de las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas) es de 15 puntos. Existen puntos de corte parciales para cada una de las tres subescalas.

Inventario de Depresión BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1978; adaptación española para población con trastornos psicológicos de Vázquez y Sanz, 1999): Éste es un autoinforme en formato inventario constituido por 21 bloques de cuatro ítems cada uno. Mide la intensidad de los síntomas depresivos, en especial de los componentes cognitivos, frente a los físicos o conductuales. El punto de corte para discriminar la población sana de la población aquejada de trastornos psicológicos es de 19 a 21 en la adaptación española.

Escala de inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000): Ésta es una escala de evaluación autoaplicada que consta de seis ítems y mide el grado en que el suceso traumático interfiere en la adaptación global del sujeto, así como en diferentes áreas específicas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, relación social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El punto de corte es de 12 para el total de la escala y de 2 para cada uno de los seis ítems si se consideran por separado. En la medida que la puntuación obtenida es mayor, mayor es el grado de interferencia e inadaptación.

A continuación presentamos los resultados obtenidos con los autoinformes administrados en la evaluación pretratamiento.

Autoinformes administrados	Puntuación obtenida	Punto de corte
Escala de gravedad de síntomas del TEPT (EGS)	35	15
Inventario de depresión BDI	28	19-21
Escala de inadaptación (EI)	23	12

2.5. Diagnóstico clínico y análisis funcional

Tanto los datos recogidos a partir de la entrevista clínica como los resultados obtenidos en los autoinformes administrados, permiten concluir que la paciente sufre un trastorno de estrés postraumático crónico, sintomatología depresiva moderada (cogniciones depresivas) y una notable dificultad de adaptación en las distintas áreas de la vida cotidiana.

El caso expuesto cumple los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático crónico.

A continuación, y en función del resultado de la evaluación realizada, se formula el análisis funcional del caso que pretende explicar el origen, desarrollo y mantenimiento del problema, así como orientar en el diseño de objetivos y de la intervención.

El inicio del problema se sitúa en la vivencia de diversos acontecimientos caracterizados por muer-

© Ediciones Pirámide

tes o amenazas a su integridad física y la de los demás, lo cual condujo a Nera a experimentar un miedo intenso a morir, junto a sentimientos de indefensión y terror. Posteriormente, los acontecimientos traumáticos se han reexperimentado persistentemente en forma de recuerdos recurrentes e intrusivos, *flashbacks,* imágenes, pesadillas y terrores nocturnos. Probablemente estos síntomas son la forma de expresar las consecuencias emocionales de un trauma que no ha sido adecuadamente procesado. Nera experimenta un intenso temor a que todo pueda suceder de nuevo, así como un miedo intenso a enfrentarse a estímulos que recuerdan el suceso traumático.

El visionado de imágenes televisivas sobre la guerra de Irak, así como la negativa a renovar el permiso de residencia familiar y la perspectiva de tener que regresar al escenario del trauma, probablemente intensificó esos temores de Nera, desencadenando la sintomatología definitiva del TEPT, que hasta ese momento parecía haber remitido o estar bajo control.

Una consecuencia muy destacable de esta situación es que Nera desarrolla toda una serie de conductas de evitación en relación a pensamientos, sentimientos y conversaciones sobre el trauma, que juega un papel muy importante en el mantenimiento de la sintomatología, al impedir el reprocesamiento emocional del trauma. Esta evitación la conduce a un alivio temporal que no hace más que reforzar negativamente el mantenimiento de la evitación y dificultar las posibilidades del reprocesamiento emocional. Los síntomas de reexperimentación se acentúan. Como consecuencia de todo ello, Nera presenta un estado de ánimo deprimido, con falta de confianza en el futuro, reduce notablemente su actividad y la capacidad de gratificación de las actividades propias de su edad. Ello no hace más que agravar la situación y repercutir en otros problemas, tales como su rendimiento escolar, relaciones interpersonales, errores de atribución y sentimientos de culpa, que a su vez mantienen su estado de ánimo deprimido. Otra consecuencia importante es el destacable aumento de la activación, que da lugar a dificultades para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad y disminución notable de la capacidad de concentración, lo cual también repercute en el mantenimiento de su estado de ánimo deprimido. En la figura 7.1 puede observarse un gráfico de este análisis funcional. Dentro de los rectángulos se han situado los factores que ayudan a entender el desarrollo y precipitación del TEPT pero sobre los cuales no puede intervenirse. En los rectángulos se sitúan los diversos factores y síntomas que ayudan a entender el mantenimiento y expresión del problema de Nera y sobre los cuales puede situarse el foco de la intervención. Finalmente, dentro del círculo se sitúa lo que los modelos teóricos del trastorno postulan como elemento clave en el desarrollo del TEPT; la falta de procesamiento emocional del trauma.

Nera ha mantenido la sintomatología central desde el inicio del suceso traumático (abril de 1999), con progresiva mejoría de la misma, especialmente desde su llegada a España. Sin embargo, el notable empeoramiento actual (abril de 2003) confirma la cronicidad del trastorno, por lo que se orienta el cuadro clínico como estrés postraumático de tipo crónico.

2.6. Descripción del proceso de intervención

Régimen de tratamiento, motivación y objetivos iniciales.

Nera acudió a consulta a través del servicio de urgencias del centro y por sugerencia del instituto. Debido a que era una paciente adolescente, a la poca capacidad de contención escolar y familiar ante la sintomatología actual, al elevado nivel de interferencia que el trastorno causaba en sus actividades habituales y a la existencia de sintomatología depresiva moderada que no le permitía la realización de las actividades escolares, se propuso ingreso en recurso de hospitalización parcial en salud mental, que tanto ella como la familia aceptaron.

Sin embargo, desde un inicio, Nera expresó múltiples dificultades para reconocer la necesidad de tratamiento de la sintomatología de estrés postraumático, no así de la sintomatología depresiva. De no resolverse este punto, se comprometía cual-

© Ediciones Pirámide

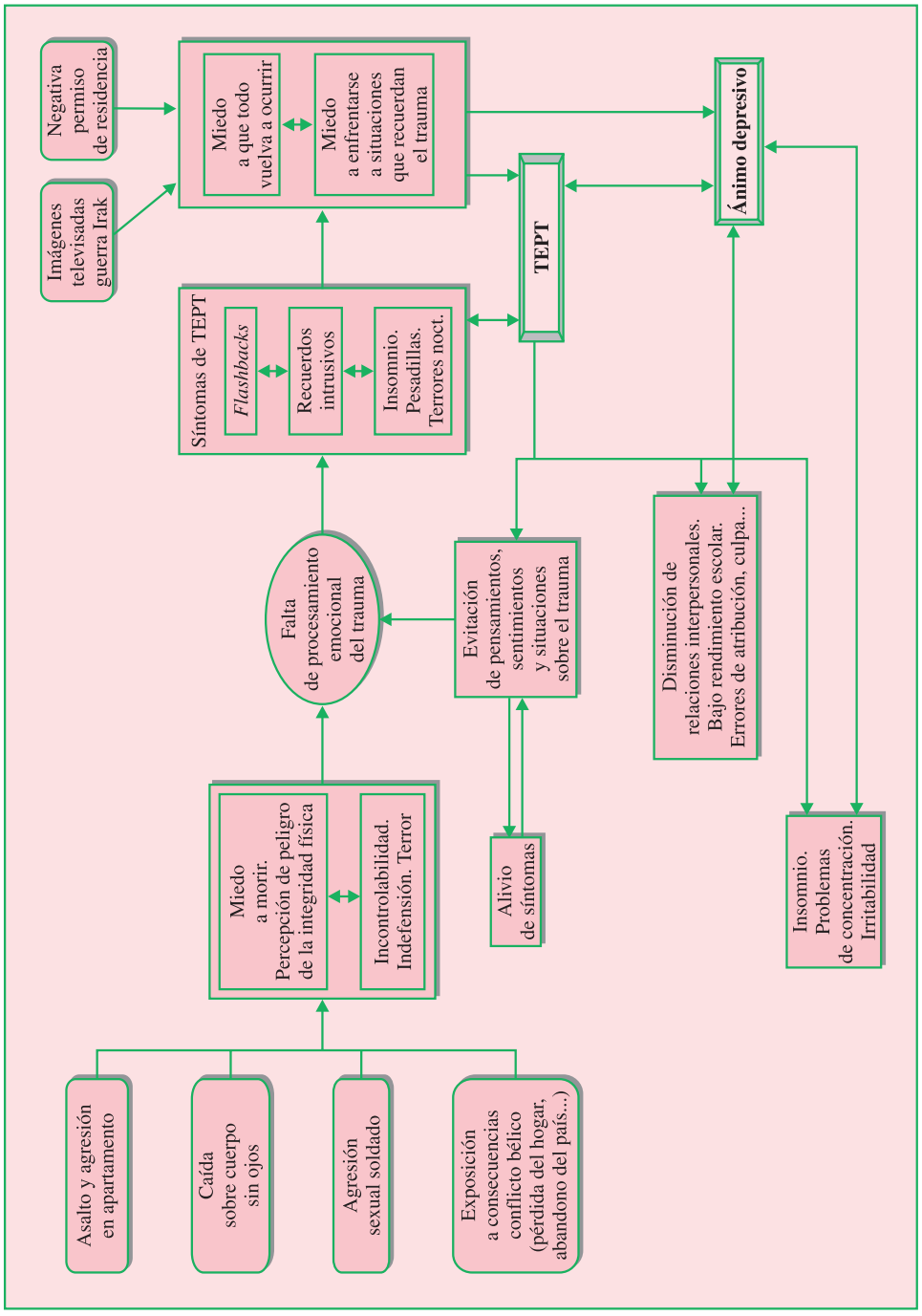


Figura 7.1.—Análisis funcional.

© Ediciones Pirámide

quier intento para abordar el TEPT, más teniendo en cuenta que Nera refería que la solución a su problema pasaba por no hablar ni pensar sobre el trauma, porque sólo en esos momentos se sentía un poco bien. Nera no contemplaba la necesidad de un tratamiento dirigido a abordar el núcleo del trauma. Este escollo obligó a dedicar las primeras sesiones del proceso terapéutico a potenciar la motivación para el tratamiento y explicar las razones del mismo, persiguiendo los siguientes objetivos iniciales:

— Establecer una buena relación terapéutica.
— Motivarla a enfrentarse a sus temores en el ambiente de seguridad que proporciona la relación terapéutica («pasarlo un poco mal para pasarlo bien el resto de la vida»). Se trataba de hacerla entender que enfrentarse a sus recuerdos dolorosos de una forma determinada podría ayudarla a sentirse mejor consigo misma y con los demás.
— Evidenciar la relación coste-beneficio en todo cambio. El beneficio puede ser superior al coste en su caso.
— Hacerla partícipe de los objetivos terapéuticos, justificarle el porqué de los mismos, consensuarlos y estar receptivos a cualquier sugerencia por su parte.
— Reforzar la actitud positiva de querer resolver sus problemas y posteriormente cualquiera de los logros obtenidos.
— Empatizar, proporcionar la escucha y contención necesaria en los momentos de crisis o desánimo.

Paralelamente, se inició tratamiento farmacológico con sertralina (un ISRS) para mejorar la sintomatología depresiva y otros síntomas, como la labilidad emocional o la irritabilidad. La sertralina es un antidepresivo de perfil serotoninérgico indicado en el tratamiento de estos síntomas en pacientes con TEPT.

2.7. Objetivos terapéuticos

Se diseñaron de mutuo acuerdo y fueron básicamente tres, correspondientes a tres etapas diferenciadas de la intervención:

1. En primer lugar, se decidió centrar la intervención en las alteraciones del estado de ánimo y en la normalización del ciclo de sueño. Éste era el objetivo de primer nivel. Dadas las resistencias que Nera mostraba para abordar el núcleo del trauma, el tratamiento se dirigió primero a aspectos de su sintomatología que sí estaba dispuesta a tratar y cuya mejora podía además repercutir de forma muy importante en su motivación.
2. En segundo lugar, se propuso abordar el núcleo del suceso traumático: la reexperimentación del trauma, las conductas de evitación y las reacciones de hiperactivación. Éste era el objetivo nuclear. También se trabajarían de forma paralela los sentimientos de culpa en torno a la actuación de Nera en los sucesos que dieron lugar al trauma.
3. En tercer lugar, se acordó intervenir en lo que podríamos llamar objetivos de excelencia terapéutica, es decir, dirigidos a conseguir la máxima adaptación personal, familiar, escolar y social posible.

Esta propuesta en tres niveles se justificaba en buena parte para motivar a Nera al tratamiento. Se empezó primero por el tratamiento de síntomas ante los cuales Nera se sentía con cierta capacidad de afrontamiento y ante los cuales era previsible obtener una mejoría. La mejoría obtenida en esos síntomas se pudo utilizar en beneficio de la propuesta terapéutica, al poder comprobar ella misma su propia capacidad para realizar cambios. De este modo, se sintió más animada y motivada a abordar el siguiente objetivo, aun siendo reacia.

2.8. Tratamiento y técnicas de intervención

Desde un primer momento se prescribió medicación antidepresiva (sertralina) para normalizar las alteraciones del estado de ánimo y otros síntomas relacionados. La intervención psicológica inicial se dirigió a trabajar las alteraciones del ciclo del sueño.

© Ediciones Pirámide

Previo a establecer las pautas para su caso, se realizó un análisis funcional específico de este problema recogiendo información exhaustiva sobre sus horarios de sueño, si realizaba o no la siesta, el consumo de alcohol, café u otros tóxicos, la alimentación seguida, el mobiliario de la habitación, la práctica de ejercicio físico o no, las rutinas antes de irse a la cama, la conducta seguida cuando estando en la cama no se dormía y/o cuando se despertaba a media noche.

La paciente explicó que su nerviosismo no le permitía mantener horarios de sueño regulares, de tal modo que había días en los que se acostaba a las nueve de la noche y otros en los que lo hacía de madrugada. Últimamente, con menos ganas de salir, estaba en casa toda la tarde, sentada en el sofá sin hacer nada o tumbada sobre la cama medio dormida viendo la televisión (menos los informativos). Por las tardes, algún día que otro su madre le preparaba un té. Cuando llegaba la noche, justo después de cenar se iba a su habitación y se tumbaba de nuevo en la cama. Entonces, por temor a no dormirse y empezar a pensar en el suceso traumático o en la guerra de Irak, se ponía a jugar con una máquina de videojuegos, a escuchar música o a ver alguna serie de la televisión. Cuando estaba cansada se disponía a dormir, pero a menudo se sentía sin sueño y empezaba a dar vueltas en la cama, mientras se angustiaba al comprobar que no se dormía. Cuando lo lograba se mantenía dormida, pero si entonces soñaba con algo referido al trauma, se despertaba y se pasaba el resto de la noche o madrugada ocupando su pensamiento en la televisión, la radio, la máquina de videojuegos o dibujando.

Se propusieron pautas de control de estímulos e higiene del sueño. Las medidas se concretaron en:

- Normalizar de manera progresiva unos horarios similares de sueño para todos los días, no yéndose a dormir antes de lo previsto pero tampoco después.
- Prohibir pasar la tarde en la cama o en el sofá, ya fuese tumbada o dormida. Prohibir hacer siesta.
- Eliminar el consumo de té. Prohibir el consumo de café y bebidas estimulantes. Tomar un vaso de leche templada antes de ir a dormir.
- Dejar pasar un mínimo de una hora entre la cena y el momento de acostarse.
- Prohibir la máquina de videojuegos, la radio y la televisión en la habitación.
- Salir cada día a media tarde a pasear.
- Tomar un baño templado antes de acostarse.
- Si pasados 20 minutos de estar en la cama para dormir no tenía sueño, levantarse e ir al comedor, hasta que reapareciese la somnolencia. Lo mismo en caso de despertarse a media noche.

Un par de semanas después Nera refería una mejoría parcial. Podía dormir un mayor número de horas, no presentaba dificultades para conciliar el sueño, estaba menos cansada durante el día y consideraba que su sueño era más reparador. Sin embargo, persistían las pesadillas y las dificultades para conciliar de nuevo el sueño cuando éstas aparecían.

En esas semanas también se propuso introducir estrategias conductuales y cognitivas dirigidas a mejorar su estado de ánimo. En concreto:

- No quedarse sola en casa pensativa y/o sin hacer nada. No tumbarse en el sofá ni en la cama durante el día.
- Reestablecer un tiempo diario a la práctica de actividades psicológicas gratificantes: salir a pasear, quedar con sus amigos, ir al centro de la ciudad, participar de las actividades de los otros compañeros, etc.
- Prestar importancia a los aspectos positivos de que dispone como persona: para ello se le pidió, en primer lugar, que confeccionara una lista de sus cualidades positivas. En segundo lugar, a demanda del terapeuta, Nera pidió otras dos listas más sobre sus cualidades positivas: una a sus padres y otra a su mejor amiga.
- Parada del pensamiento. Se la instruyó a decirse de manera encubierta la palabra STOP y darse un pellizco en la muñeca cuando se activasen pensamientos negativos respecto a su situación actual. También se

© Ediciones Pirámide

la instruyó para no avanzar acontecimientos respecto a su posible expulsión de España, que estaba en trámites de recurso y nuevas alegaciones.

— Técnicas de distracción cognitiva ante los sentimientos de desesperanza y de imposibilidad de cambio. Se la animó a realizar actividades como jugar al ordenador, hacer un crucigrama, mirar revistas de moda, llamar a una amiga por teléfono, escuchar música y canturrear en voz alta una canción.

— Positivización del pensamiento. Se la instruyó a buscar, por absurdas que parezcan, experiencias agradables presentes en su vida en el día a día en el momento actual. Es decir, valorar como un aspecto positivo cualquier situación o experiencia que le ha hecho sentir bien.

Durante las dos semanas que se inició en la práctica de estas técnicas Nera incrementó su nivel de actividad física y también expresó una discreta mejoría de su estado de ánimo. Sin embargo, su bienestar psicológico seguía estando muy por debajo del deseable, dado que reexperimentaba con frecuencia el suceso traumático y seguía evitando enfrentar cualquier noticia relacionada con guerras, conflictos bélicos y especialmente Irak.

En las siguientes semanas, a diario, se propuso abordar el núcleo del trauma mediante la exposición prolongada en imaginación a los recuerdos traumáticos. El objetivo era exponer a Nera, de manera gradual, y en el contexto de seguridad que ofrece la relación terapéutica, a las situaciones imaginadas temidas, como la calle por donde avanzaban los soldados, los gritos de los soldados cuando entraron en su apartamento, el apartamento ardiendo mientras ellos huían, los cadáveres tendidos en el suelo de la calle, el rostro sin ojos sobre el que cayó, la risa del soldado que la agredió en el bosque, el miedo a que les mataran, etc. Inicialmente se pensó en realizar una exposición narrativa, escrita o grabada. Sin embargo, como sus dificultades idiomáticas no le permitían una exposición suficientemente rica de matices, especialmente en pensamientos y emociones, se optó por proponer una exposición a través de dibujos.

Nera tenía una gran habilidad para el dibujo, por lo que se recogieron hasta 30 dibujos en relación al trauma. En el siguiente cuadro pueden observarse las instrucciones que se dieron para el procedimiento de exposición utilizado.

«Nera, ahora vas a intentar concentrarte lo mejor que puedas y empezarás a dibujar sobre esta lámina y con este lápiz cualquier cosa que recuerdes en relación a lo que te pasó en Kosovo. Intenta dibujarlo todo con el mayor detalle posible, sin dejarte nada, aunque sientas dolor, tristeza, rabia o miedo. Deberás estar frente a esa imagen de 45 a 60 minutos. Al principio puede ser que te sientas tan mal que pienses que no podrás con esto, pero aunque te haga daño, te sientas avergonzada o culpable, no dejes de pensar en la imagen que me estarás dibujando. Pasado un rato observarás que tu malestar disminuye. Tú también me irás hablando de cómo es tu malestar. Si te entran ganas de llorar, insultar o gritar lo puedes hacer. No tengas miedo, yo estoy aquí para ayudarte. En ningún caso te va a pasar nada malo, ni te van a volver a hacer daño, ni te vas a volver loca.»

En las primeras sesiones Nera tan sólo era capaz de dibujar su propia cara. En la mayoría de ellas se dibujaba asustada o llorando. Entonces Nera, ante la insistencia del terapeuta, empezaba a explicar entre sollozos y notable inquietud motora de piernas y brazos relatos fragmentados en relación al asalto de su apartamento. En alguna ocasión se había dibujado sonriendo y cuando hacía esto se solía dibujar con alas de ángel en la espalda; entonces decía «Nera ya no está», «me he ido con los muertos».

En la 8.ª sesión de exposición empezó a dibujar con sutil precisión una garra. El trabajo le llevó más de veinte minutos, pero se negó a hablar de ello y de su significado. Finalizando la sesión tan sólo dijo: «me rompió así (hizo el gesto con su mano de rasgar su blusa)», se levantó del despacho y marchó llorando sin finalizar la exposición. En los días siguientes expresó su incomodidad para contar ciertas cosas a su terapeuta, que era de sexo masculino, por lo que empezó a ser visitada por

© Ediciones Pirámide

otra terapeuta de sexo femenino con la que conectó rápidamente.

En la sesión 18 se puso a gritar después de dibujar la cara de una figura masculina, la empezó a rayar violentamente con el lápiz, rompió el papel en múltiples pedazos y los empezó a pisotear, mientras lloraba y con expresión de rabia y voz entrecortada explicaba: «él me rompió, él me hizo sangre allí abajo (señalando la zona genital) cuando fui a beber agua».

El número total de las sesiones de exposición mediante dibujos fue de 25, con una frecuencia inicial de dos sesiones semanales, y a partir de la sesión 16 de una sesión por semana.

Las primeras sesiones con Nera fueron complicadas, pues hiperventilaba violentamente y se negaba a seguir con ellas. Sin embargo, superadas estas dificultades iniciales las reacciones de ansiedad fueron disminuyendo progresivamente en intensidad, duración y frecuencia. En las cinco últimas sesiones, Nera ya no presentaba tal reactividad emocional y podía hacer un relato relativamente racional del trauma.

Todas las sesiones de exposición se realizaron con el terapeuta y finalizaban con la realización de cinco minutos de respiraciones lentas y profundas, seguidos de un paseo de diez minutos con una de las enfermeras de la unidad de hospitalización parcial. En los siguientes días se continuó el tratamiento de exposición, enfrentando a Nera a otras conductas evitadas, tales como leer noticias sobre la guerra de Irak, mirar las noticias de la televisión y hablar sobre su país de origen. Para ello, primero se la expuso a leer y comentar con el terapeuta diariamente y por un espacio de 45 minutos las noticias del periódico relacionadas con la guerra de Irak. Una vez superó este objetivo, se incorporó la exposición a las noticias e imágenes de televisión sobre este conflicto (miraba diariamente el informativo del mediodía). A priori se esperaba que las imágenes siempre suponían mayor carga emocional que el simple relato periodístico, y así fue. Finalmente, se expuso a Nera a reencontrarse con su país tras la guerra por medio del visionado y comentario de reportajes y monografías sobre los Balcanes.

Con relación a las pesadillas, éstas disminuyeron notablemente su frecuencia conforme fueron avanzando las sesiones de exposición a los recuerdos traumáticos.

Además de la técnica de exposición, también se intervino mediante el uso de la técnica de reestructuración cognitiva para disminuir sus sentimientos de culpa. En concreto, Nera se sentía culpable por haber abierto la puerta del apartamento cuando la incursión de los soldados serbios. También se sentía culpable por la agresión sexual sufrida, al considerar que ella la habría podido evitar quedándose en casa, como le había ordenado su madre. Por último, Nera se sentía culpable de haber sobrevivido porque, según sus propias palabras, «allí murieron buenos». Se identificaron conjuntamente con ella las distorsiones cognitivas presentes en sus juicios y se sometió a contraste cada una de ellas. Nera fue tomando conciencia de que en una situación límite donde peligraba su vida, actuó como todos lo haríamos, por instinto de supervivencia, y que de no haberlo hecho así, hubiese comprometido su vida y la de su familia. Respecto al sentimiento de culpa por haber sobrevivido ella y no otros, se evidenció que su vida no supuso la muerte de la de aquéllos y que ella realmente no podía hacer nada para evitarlo. En las tablas 7.1 y 7.2 pueden observarse dos ejemplos de cómo se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva.

2.9. Resultados y evolución

Nera fue dada de alta del recurso de hospitalización parcial a los seis meses de su ingreso. En las dos semanas previas al alta Nera mantenía un nivel de funcionamiento familiar e interpersonal satisfactorio. Había reiniciado sus actividades de ocio habituales, salía con los amigos, participaba en actividades grupales y se mantenía eutímica. Tenía proyectos de iniciar un ciclo formativo de grado medio de auxiliar de geriatría y, a propuesta del equipo terapéutico, colaboraba semanalmente con una ONG de ayuda a niños en situación de marginación social. Los episodios de reexperimentación habían cedido casi por completo y no informaba de conductas de evitación. Mantenía alguna pesadilla

© Ediciones Pirámide

TABLA 7.1

Situación: asalto a su apartamento

Pensamiento	«... yo abrí la puerta. Si me hubiese quedado quieta, nadie habría sufrido daño».
Credibilidad (0-10)	9
Intervención cognitiva	Evidencias a favor del pensamiento: ninguna. Evidencias en contra del pensamiento: — en el barrio mataban a los que ofrecían resistencia, — estaban en guerra y colaborar era lo más razonable, — les estaban disparando, — los soldados intentaban derribar la puerta, — escapar no era posible, — no abrir no garantizaba que no se produjesen los mismos daños o incluso peores, — quemaban todas las casas, para obligar a la gente a salir de ellas, ...
Reevaluación	Credibilidad (0-10): 2
Pensamiento alternativo	«... yo abrí la puerta, sentía pánico, temía por nuestra vida, disparaban, pensaba que nos matarían a todos».
Credibilidad (0-10)	9

TABLA 7.2

Situación: agresión sexual

Pensamiento	«... no hice caso a mi madre. Si me hubiese quedado en casa, el soldado no me habría hecho daño... yo me lo busqué».
Credibilidad (0-10)	10
Intervención cognitiva	Evidencias a favor del pensamiento: — mi madre me había prohibido salir de noche y la casa era un lugar seguro. Evidencias en contra del pensamiento: — estaba hambrienta y sedienta y no podía aguantar más, — ella (Nera) sólo quería beber agua, — ella (Nera) no salió en busca de ningún soldado, — cuando ella (Nera) se percató empezó a correr para huir, — fue él quien la persiguió, — fue él quien la tiró al suelo, — fue él quien le rompió la blusa,...
Reevaluación	Credibilidad (0-10): 3
Pensamiento alternativo	«... salí de casa y desobedecí a mi madre. No debí hacerlo, pero no podía aguantar más la sed», «... nadie podría imaginar que un soldado me estaría aguardando», «... hice todo lo posible por huir, corrí con todas mis fuerzas, pero él era más fuerte que yo...».
Credibilidad (0-10)	7

© Ediciones Pirámide

ocasional pero que no le interfería en su vida diaria.

Desde su fecha de alta siguió visitas semanales en régimen ambulatorio durante tres meses, que posteriormente fueron quincenales y finalmente mensuales, hasta su fecha de alta en diciembre de 2004. Durante todo ese período se mantuvo asintomática y bien adaptada al medio. El tratamiento farmacológico con sertralina se retiró en junio de 2004.

Tanto ella como su familia consiguieron finalmente su residencia permanente en España. En verano de 2004 Nera, por motivos familiares, pasó tres semanas de sus vacaciones en la exYugoslavia. Para entonces, se había trabajado con Nera la identificación y prevención de recaídas, aprendiendo a detectar situaciones que pudieran actuar como desencadenantes de una nueva reagudización de síntomas residuales y aprendiendo a poner en marcha estrategias dirigidas a neutralizarlos y a hacerles frente. Todo y el temor que le producía no saber cómo respondería a este reencuentro con su pasado, tan sólo se sentía triste cuando observaba en la ciudad los signos de la guerra y pensaba en los que habían perdido su vida allí. Lloró, pero fue capaz de controlar sus emociones y de pensar en positivo o «en futuro», que era como ella le llamaba a pensar en positivo. En sus propias palabras: «... en Kosovo había también buenos recuerdos de cuando era pequeña… mi vida es más cosas que una guerra...».

A continuación pueden observarse los resultados obtenidos al comparar las evaluaciones pre y postratamiento (alta) en los diferentes autoinformes administrados, los cuales confirman la mejora clínica observada.

Autoinformes administrados	Puntuación pre	Punto de corte	Puntuación post (alta)
Escala de gravedad de síntomas del TEPT (EGS)	35	15	10
Inventario de depresión BDI	28	19-21	13
Escala de inadaptación (EI)	23	12	07

2.10. Cuestiones clínicas de interés

El caso presentado tiene una serie de características especiales que nos gustaría comentar. Con respecto al trauma de origen, se trata de una situación que podríamos catalogar de politraumática, pues se trata de una víctima de una guerra que además fue víctima de una agresión sexual en el contexto del mismo conflicto bélico, las dos situaciones descritas en la literatura como las que presentan mayor riesgo de desarrollar un TEPT en las personas que las sufren. A ello hay que añadir que conflicto bélico constituye en sí mismo un conjunto de situaciones traumáticas complejas y variadas (vivencia de peligro de la integridad física de uno mismo y de las personas queridas en varias ocasiones, atestiguación repetida de muertes violentas, persecuciones, pérdida del hogar, necesidad de huida del país de origen, etc.) que pueden tener un impacto emocional mayor en la víctima que episodios aislados. De hecho, la literatura señala que la mayoría de niños y adolescentes con TEPT no complicado muestran una mejoría sustancial con 12-20 sesiones de tratamiento, mientras que los niños expuestos a violencia masiva, homicidio o suicidio intrafamiliar, abuso prolongado o sucesos angustiosos repetidos pueden requerir de un tratamiento más largo (Cohen et al., 2000). Los buenos resultados de este tratamiento alcanzados, con 25 sesiones de exposición más las sesiones introductorias donde se trabajaron los problemas de sueño y del estado de ánimo y las sesiones finales donde se incorporaron las técnicas de prevención de recaída, son especialmente destacables en este contexto.

© Ediciones Pirámide

También es destacable la fuerte huella que el episodio del soldado y la agresión sexual dejó en Nera, apoyando este caso la literatura que señala la agresión sexual en la infancia como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo del TEPT.

Como hemos señalado en el apartado introductorio de este trabajo, la literatura especializada alerta sobre las dificultades de abordar directamente el TEPT con terapia de exposición con niños y adolescentes que se resisten a hablar o no recuerdan el acontecimiento traumático, a pesar de mostrar sintomatología postraumática clara. El caso de Nera es un claro ejemplo en el que se observaba una clara negativa a hablar sobre los aspectos relacionados con el trauma. La forma en que los terapeutas diseñaron los objetivos y la secuencia del tratamiento, no abordando el núcleo del trauma en las semanas iniciales de terapia, ayudó a crear un clima de confianza en la relación terapéutica que ayudó claramente a sortear este escollo.

Consideramos interesante comentar también la forma en que se llevaron a cabo tanto la selección como la administración de instrumentos de evaluación, así como las sesiones de exposición mediante el uso de dibujos. Se habrá observado que se renunció a administrar más autoinformes que podrían haber aportado información adicional o confirmatoria de las hipótesis diagnósticas y funcionales. Tampoco se elaboró una jerarquía de situaciones de exposición sistematizada, recurriendo a la expresión libre que Nera realizaba mediante dibujos. No creemos que ello deba contemplarse como una falta de rigor en la actuación profesional, sino más bien como un ejemplo de competencia profesional y de capacidad de aprovechamiento y adaptación a los recursos personales de Nera. Sus dificultades de comunicación y su negativa inicial a hablar de los sucesos traumáticos hacían muy difícil otra forma de actuación. Los terapeutas aprovecharon la habilidad e interés de Nera por el dibujo como recurso terapéutico, recurso que se mostró finalmente muy eficaz. La expresión plástica en forma de dibujos de sus emociones y recuerdos traumáticos le permitió un acercamiento progresivo y no forzado al núcleo traumático, lo cual dio muy buenos resultados. Esta forma de proceder, lejos de alejarse de lo que podría considerarse como una práctica ortodoxa, encaja perfectamente con la reivindicación que últimamente comienza a hacerse desde los sistemas sanitarios a la hora de definir las buenas prácticas profesionales. En este sentido, recientemente se ha comenzado a reivindicar una redefinición de la denominada medicina basada en pruebas *(Evidence-based medicine).* Adaptando la definición de Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg y Haynes (2000), el Institute of Medicine (2001) en los Estados Unidos, en su informe *Cruzando la brecha de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI,* la define así: «la práctica basada en la evidencia es la integración de las mejores pruebas de investigación disponibles con la competencia clínica *(clinical expertise)* y los valores del paciente» (p. 147). Muy recientemente, bajo la dirección del recientemente elegido nuevo presidente del APA, Ronald F. Levant, un grupo de expertos ha elaborado un borrador en fase de discusión donde se asume esta definición y se sugiere que tal forma de contemplar las buenas prácticas sea la base para construir una política común y oficial del APA de práctica basada en pruebas en psicología (APA, 2005). Como habrá podido observarse, los terapeutas de Nera combinaron las mejores pruebas disponibles sobre la eficacia del tratamiento que debían utilizar con su competencia y experiencia clínica, adaptándolo a las especiales características que presentaba Nera.

En la misma línea de adaptación del tratamiento a las características específicas del caso, se tomó la decisión de cambiar el terapeuta, de sexo masculino, que inició la terapia, por otro de sexo femenino, al observar las dificultades que Nera tenía para expresar los sucesos relacionados con la agresión sexual del soldado de la que fue objeto. Aunque en las investigaciones realizadas sobre este punto no está claro el papel del género del terapeuta en el resultado de la terapia (véase Gavino, 2004, para una revisión), en este caso se mostró como un factor de gran importancia.

Hay un último comentario que consideramos de gran interés. Con motivo de los tristes y recientes atentados del 11 M de 2004 en Madrid, los medios

© Ediciones Pirámide

de comunicación se han hecho eco de la reiterada petición de las víctimas respecto a la no emisión reiterada de imágenes relacionadas con el atentado. Las víctimas denunciaban la aparición de síntomas de reexperimentación y un retroceso en la evolución de su proceso de superación del trauma con el visionado de las mismas. Este tema ha despertado cierta polémica entre la defensa del derecho a la información y la protección emocional y derechos morales de las víctimas (véase por ejemplo la posición de la Asociación 11-M de Afectados por el Terrorismo en su comunicado del 29-12-2004). En el caso de Nera se ha puesto de evidencia cómo el visionado de imágenes televisivas sobre la guerra de Irak fue un determinante clave en el desencadenamiento de la sintomatología del TEPT que se había atenuado de forma importante en los últimos meses. Podría pensarse erróneamente que el visionado de imágenes relacionadas con el trauma por televisión actuaría a modo de exposición con las víctimas. Habría que recordar que para que la exposición sea efectiva debe administrarse de una determinada forma; la víctima debe estar preparada para ello, así como previamente informada, mientras que las imágenes emitidas por los medios sobre los acontecimientos suelen aparecen de forma brusca y no anunciada; la exposición debe ser gradual y prolongada, para facilitar la habituación y el reprocesamiento emocional, mientras que las imágenes emitidas por los medios son breves y normalmente centradas en los aspectos más traumáticos del suceso; las sesiones de exposición iniciales son conducidas por terapeutas expertos que saben manejar este tipo de situaciones, mientras que en el caso de imágenes mediáticas la víctima puede encontrarse sola o en presencia de personas sin formación ni habilidades para ayudar a afrontar la situación. Por todo ello, no es de extrañar que la emisión y publicación de imágenes en los medios de comunicación produzca efectos de sensibilización y de reexperimentación de síntomas en las víctimas afectadas. Es un tema que debería contemplarse y en el que los profesionales tenemos que jugar una tarea importante a la hora de informar, asesorar y prevenir sobre la actuación de los medios de comunicación ante tal tipo de sucesos.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Éste es un caso de situación extrema que provoca un TEPT. ¿Puedes citar 5 ejemplos de otras situaciones que puedan provocarlo en niños y jóvenes?
2. Consulta los criterios del DSM-IV para el TEPT y detalla qué criterios pueden presentar problemas a la hora de diagnosticar un TEPT con niños y adolescentes.
3. En este caso no se ha utilizado autorregistro en las primeras sesiones de la evaluación. Da razones por las que no fue incluido.
4. Elabora un autorregistro que hubiera podido utilizarse caso de resultar factible.
5. ¿Qué criterios han seguido los terapeutas a la hora de seleccionar los objetivos y las prioridades y secuencia de la intervención?
6. Fíjate en la figura 7.1 de análisis funcional del caso y señala sobre qué elementos específicos y relaciones entre elementos pretende actuar cada una de las técnicas utilizadas en el tratamiento.
7. ¿Dentro de qué técnicas se pueden incluir los consejos que se dan para la mejora del sueño?
8. En este caso se optó por una exposición basada en dibujos y sin elaboración de jerarquía previa. Elabora una posible jerarquía de exposición que hubiera podido utilizarse caso de resultar factible.
9. Graba en un casete una exposición en imaginación a uno de los acontecimientos traumáticos expuestos en este caso. Ten en cuenta cuántas veces se ha de repetir, el tiempo medio de exposición, y programa un registro de evaluación del resultado y evolución de las diferentes prácticas de exposición.

© Ediciones Pirámide

10. Localiza en Internet o en las hemerotecas noticias relacionadas con el posicionamiento de las víctimas y los medios de comunicación respecto al tratamiento informativo de los atentados del 11-M y extrae conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(9), 997-1001.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4.ª ed. texto revisado). Washington, DC: Author.

American Psychological Association (2005). *Draft Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*. 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychological Statement. Disponible en Internet en http://forms.apa.org/members/ebp/ebp.pdf.

Asociación 11-M (2004). Emisión de imágenes sobre el 11-M. Comunicado emitido el 29-12-2004. Disponible en Internet: *http://www.asociacion11m.org/comunicados/20041229comunicadoprensa.pdf*.

Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.

Báguena, M. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.) (2003), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos.* Madrid: Pirámide. pp. 311-335.

Barlow, D. H y Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry, 53,* 727-735.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 748-766.

Cohen, J. A., Berliner, L. y March, J. S. (2000). Child and adolescent treatment. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3-16. Disponible en Internet: *http://pantheon.yale.edu/~tat22/est_docs/ValidatedTx.pdf*.

Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S. y Gross, D. M. (1998). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 184-189.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.* Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Ansiedad y estrés, 3,* 249-264.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta, 23,* 503-526.

Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta, 26,* 325-340.

Foa, E. B., Davidson, J. R. T. y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of

© Ediciones Pirámide

posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60,* 1-76.

Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (eds.) (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.

Foa, E. B. y Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48,* 449-480.

Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S. y Camilleri, A. J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology, 34,* 133-145.

Friedman, M. J., Davidson, J. R., Mellman, T. A. y Southwick, S. M. (2000). Pharmacotherapy. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.

Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century.* Washington, DC: National Academy Press.

Keane, T. M., Weathers, F. W. y Foa, E. B. (2000). Diagnostic and evaluation. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1048-1060.

Kilpatrick, D., Edmonds, C. N. y Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victims Center.

Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional methods. En F. K. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change,* 357-391. New York: Pergamon Press

National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (2005). *What is Posttraumatic Stress Disorder?* Department of Veteran Affairs. Disponible en Internet: *http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs_what_is_ptsd.html* (actualizado el 8 de febrero de 2005).

National Institute of Mental Health (2001). *Relieving Trauma. Post-Traumatic Stress Disorder*. Bethseda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of health and Human Services (NIH Publication Number 01-4597). Disponible en Internet: *http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm*.

Pfferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the last ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(11), 1503-1511.

Rothbaum, O. y Foa, E. B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. En J. R. T. Davison y E. B. Foa (dirs.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond,* 25-42. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. y Haynes, R. B (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*(3), 209-218.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez en la versión española del Inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud, 10,* 59-81.

Yehuda, R., Marshall, R., Penkower, A. y Wong, C. M. (2002). Pharmacological Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. En P. E. Nathan y Jack. M. Gorman (eds.), *A Guide to treatments that work*. 2nd Edition. New York: Oxford University Press.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso de celos infantiles

8

ANA ISABEL ROSA ALCÁZAR
JOSÉ OLIVARES RODRÍGUEZ
RAQUEL SÁNCHEZ GARCÍA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

1.1. Caracterización clínica

Los celos (del latín *zelus:* envidia) se definen como un estado afectivo o emoción que tienen su origen en un deseo desmedido, en un miedo a perder o ver reducidos el cariño y la atención de alguien querido. En un sentido estricto, se entiende, como el sentimiento producido por el temor de que la persona amada prefiera a otra. Frecuentemente, este sentimiento va acompañado de envidia - resentimiento hacia quien se percibe como rival (Polaino-Lorente, 1991). En los celos infantiles la relación que se ve amenazada es la establecida por el niño y sus progenitores. Los niños responden con miedo e inseguridad ante la amenaza, real o no, de perder el cariño, atención y privilegios, hasta ahora exclusivos, que le dan sus padres. Los celos se traducen en una respuesta compleja que se manifiesta en sentimientos de dolor, rabia, tristeza, humillación, desesperanza, etc.; en pensamientos, preocupaciones e imágenes y en diferentes comportamientos. Las manifestaciones conductuales más frecuentes descritas por la literatura científica que actúan como indicadores de celotipia son: la búsqueda de atención mediante el llanto, rabietas, agresividad manifiesta hacia el bebé (quita los juguetes, tapa la nariz, le pega, etc.); la desobediencia o excesiva obediencia y colaboración con los progenitores; la presencia de conductas ya superadas en etapas anteriores, así como enuresis, alteraciones en el lenguaje imitando el lenguaje del pequeño, repetición de palabras y frases, tartamudeo; sueño irregular, pedir ir a la cama de los padres, o solicitar compañía en la suya, llamar frecuentemente a un adulto; cambio en los hábitos alimenticios, suele comer menos y se niega a comer alimentos que antes pedía. En casos extremos pueden aparecer manifestaciones de tipo orgánico: vómitos, anorexia, mareos, terrores nocturnos, insomnio, etc. En ocasiones, adoptan conductas desafiantes hacia los padres/madres, familiares y profesores, menosprecian a los compañeros, se aíslan socialmente o muestran pruebas de afecto exageradas.

Los celos infantiles suelen considerarse normales y evolucionar favorablemente en un plazo más o menos largo de tiempo. Cuando los celos ante los hermanos u otras personas se hacen permanentes, pueden convertirse en patológicos y requieren un tratamiento especial. El proceso de adaptación es más sencillo si el niño tiene una relación firme con ambos progenitores antes de que llegue el bebé y si continúa manteniendo lazos estrechos después (Dunn y Kendrick, 1986; Volling y Belsky, 1992). Se les aconseja a los padres que sigan proporcionando amor y atención a sus hijos mayores y que mantengan las rutinas normales en la medida de lo posible. También ayuda animar a los hijos mayores a ser conscientes de las necesidades del bebé y a contribuir en

© Ediciones Pirámide

su cuidado (Howe y Ross, 1990). Sin embargo, Dunn y Kendrick (1986) han hallado que los padres deben caminar entre dos trampas: la de prestar tanta atención al bebé que priven al hijo mayor de la misma y la de ser tan indulgentes con el primogénito que se convierta en un niño consentido que sienta celos de la competencia del hermano menor.

El manual diagnóstico DSM-IV-TR no contempla los celos infantiles, únicamente indica el problema de relación entre hermanos, definiéndola como un patrón de interacción que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o en la aparición de síntomas en uno o más hermanos (American Psychiatric Association, 2002).

En la tabla 8.1 se enumeran algunos criterios orientativos para considerar los celos como una manifestación no evolutiva en el niño o adolescente (Ortigosa, 1999).

TABLA 8.1

Criterios orientativos para el diagnóstico de celos

Edad	Más allá de los seis años.
Cronicidad	La prolongación en el tiempo.
Actividad	Interferencia en actividades y relaciones interpersonales. Generalización a distintas áreas.
Sintomatología	Reacción emocional y conductual exacerbada e injustificada frente al estímulo provocador (exceptuando el período inicial de los celos).
Trastornos asociados	Trastornos que son consecuencia de los celos o bien están asociados a su presencia: encopresis y enuresis funcional; trastornos del lenguaje; disomnias y parasomnias; trastornos específicos del aprendizaje; depresión; trastornos de ansiedad; trastorno negativista desafiante y trastorno de somatización.
Funcionamiento familiar	Estructura y funcionamiento familiar que fomente los celos.

1.2. Etiología

Reducir la causalidad de los celos infantiles al nacimiento de un hermano es simplificar este problema. Si bien es cierto que este hecho es la causa principal, será más bien el comportamiento que a partir del nacimiento del bebé comienzan a manifestar los padres (mayor atención al pequeño y cambio de actitud hacia el hijo mayor) lo que lleva a que el hermano «mayor» empiece a sentir celos.

Por tanto, los *factores desencadenantes* de los celos podrían ser los cambios producidos en el sistema familiar, provocando un aumento de las conductas de apego del hijo mayor hacia los padres y conductas de rivalidad hacia el recién nacido. De entre ellos, podemos destacar las modificaciones en la interacción madre-hijo de modo que la madre dedica menos atenciones al, hasta entonces, niño pequeño, pasando a creerlo mayor, le exige y castiga más, etc. La atención, sobre todo de la madre, deja de ser exclusiva para el hijo mayor, por lo que se ve reducida la atención y dedicación de los progenitores hacia el mismo. A su vez el nacimiento del hermano conlleva el aumento de responsabilidades hacia el hermano mayor. Éste, ante estos cambios, reacciona aumentando sus conductas de apego y comportamientos negativos para con la madre, aparecen sentimientos y conductas de celos hacia el hermano junto a otros síntomas sustitutivos para protestar por la nueva situación: rechazo de

© Ediciones Pirámide

comida o del colegio, vómitos o somatizaciones. Las conductas hacia el nuevo hermano son ambivalentes (aceptación-rechazo, cariño-agresiones, etc.). Este carácter ambivalente refleja los celos, por un lado, y la vinculación afectiva con el hermano, por otro. Los celos suelen agudizarse nuevamente cuando el hermano comienza a hablar, tanto porque de nuevo vuelve a captar una atención especial de los padres y el entorno, como porque comienza a intervenir en las actividades interrumpiéndolas o no respetando las reglas de los juegos.

Junto a estos factores desencadenantes se han estudiado otros factores predisponentes y de mantenimiento de los celos (Ortigosa, 1999). De entre los *factores predisponentes* destacamos la edad (existe mayor vulnerabilidad cuando la llegada del hermano se produce antes de los cinco años), la diferencia de edad entre los hermanos (cuando la diferencia en edad es superior a tres años es más difícil que surjan celos), la composición familiar (en el caso de parejas separadas, la preferencia del padre/madre ausente por algún hijo acentúa los celos), el temperamento del niño y la calidad de la relación previa establecida con los padres (las excesivas prohibiciones y limitaciones anteriores incrementan la probabilidad de un conflicto posterior). De entre los *factores de mantenimiento* que perpetúan los celos se incluyen la excesiva comparación entre los hermanos, la mayor atención dispensada al hermano pequeño por parte de los padres y familiares próximos, el aumento de órdenes y exigencias y el refuerzo de conductas celotípicas.

1.3. Epidemiología

Actualmente no existe ningún estudio epidemiológico riguroso acerca de los celos infantiles contando tan sólo con los datos aportados por estudios evolutivos orientativos sobre la prevalencia de los mismos. Bien es cierto que esta falta de datos también está motivada por la escasez de padres que acuden a un profesional para resolver los problemas desencadenados por este problema. En cuanto a los datos existentes, destacamos el estudio llevado a cabo por Dunn, Kendrick y McNamee (1981), donde se encontró que la tercera parte de los niños de la muestra presentaron conductas regresivas como consecuencia del nacimiento de un hermano, lo que lleva a considerar que existe una alta prevalencia de los celos en la infancia. Confirmando este dato, Ortigosa (1999) encontró una prevalencia superior del 90 por 100 de los niños estudiados.

Respecto del género, estos mismos autores (Dunn y Kendrick, 1986) observaron que la probabilidad de presentar celos manifiestos aumentaba si el recién nacido es del mismo género que el hermano.

A pesar de que los celos se dan en todas las culturas, existen diferencias intraculturales que potencian o minimizan los celos (Polaino-Lorente, 1991).

1.4. Evaluación

La evaluación de los celos infantiles debe contemplar la valoración del niño, de la familia y del entorno. En relación al niño se debe evaluar su nivel intelectual, temperamento y estado emocional, nivel de adaptación, además de sus conductas en relación con sus padres, hermanos, amigos; y su comportamiento en el ámbito escolar. A su vez, la evaluación debe ir dirigida a explorar posibles trastornos asociados y/o consecuencias de los celos, haciendo especial hincapié en la conducta alimenticia, control de esfínteres y sueño.

Los instrumentos de evaluación más utilizados son, por un lado, *la entrevista*. La entrevista es quizá el instrumento de evaluación psicológica más importante, tanto por la frecuencia de su uso como por el papel central y directivo que desempeña dentro del proceso de evaluación. Mediante ésta conseguimos un primer contacto con la familia y el niño y gran cantidad de información para evaluar la situación y el problema que se está generando. Además, a través de ella podemos valorar qué instrumentos de evaluación utilizaremos posteriormente o a qué aspectos debemos prestarles mayor atención. La entrevista se realizará con los progenitores, con el niño y con personas implicadas en el problema (por ejemplo, profesores).

© Ediciones Pirámide

Un ejemplo de entrevista a utilizar puede ser el siguiente: «Pautas de una entrevista conductual para niños y adolescentes» (Olivares y Rosa, 2002). Se trata de unas pautas estructuradas para llevar a cabo una entrevista clínica en problemas como los que se presentan en este capítulo donde los elementos clave del análisis funcional quedan recogidos. Está dividida en las siguientes áreas: sociodemográfica, situación problema, motivación, desarrollo evolutivo, autocontrol, relaciones familiares, habilidades de crianza de los padres, relaciones sociales, ambiente sociocultural y físico y modelo funcional.

Por otro lado, en la evaluación de los celos infantiles, el *registro observacional* se suele utilizar con mucha frecuencia. Los registros de observación de las conductas pretenden: (i) Analizar aquellos comportamientos de los niños que parecen agruparse conjuntamente en el tiempo y pueden constituir una sola categoría o comportamientos separados. (ii) Determinar las conductas infantiles o adolescentes relacionadas con un determinado comportamiento producido por otro miembro de la familia. (iii) Evaluar las actitudes y los valores de los padres que pueden estar influyendo en la ocurrencia de una conducta problemática. (iv) Obtener una medida de la percepción de los padres sobre el niño/adolescente, para conocer los posibles sesgos perceptivos en la evaluación del comportamiento del niño. (v) Evaluar cambios en las variables dependientes atribuidos al tratamiento. Con el fin de obtener datos fiables que nos permitan diseñar un buen tratamiento se aconseja que la codificación sólo atienda a una medida de observación (por ejemplo, frecuencia) y a una o dos conductas como máximo (por ejemplo, tirarse al suelo o pegar). El registro de las conductas a evaluar debe hacerse en el ambiente natural. Algunos de estos registros son:

— El «Procedimiento rápido para evaluar interacciones madre-hijo en situaciones artificiales» (Toub, 1978). Recoge diferentes categorías conductuales de la madre (órdenes, órdenes-pregunta, preguntas, alabanzas, negación, interacción, no respuesta) y del niño (obediencia, conductas competitivas, juego independiente, negativa, interacción, preguntas, no respuesta).
— «Observación del hogar para la medición del ambiente, HOME» (Caldwell y Bradley, 1984). Analiza la organización del ambiente físico y temporal, provisión de materiales de juego, evitación de restricciones y castigos y responsividad emocional y verbal de la madre.

Los *cuestionarios* e *inventarios* tienen una función importante a la hora de plantear y realizar el análisis de la conducta problemática. El cuestionario presenta determinadas ventajas frente al resto de instrumentos, destacando el hecho de tratarse de una prueba sistemática, de aplicación fácil y económica, que permite explorar cualquier tipo de contenido. Existen pocos autoinformes que midan los celos en la infancia y adolescencia. No obstante, podemos indicar algunos atendiendo a la evaluación de distintas áreas:

1) *Evaluación de las variables familiares que pueden influir y mantener el problema* contestadas por los padres del niño/a que presenta celos:

— «Cuestionario de intercambio de conductas» (Serrat, 1985). Evalúa las áreas de comidas, tareas domésticas, sexo y afecto, cuidado de los hijos, economía y finanzas, trabajo y hábitos personales.
— «Perfil de estilos educativos» (Magaz y García, 1998). Analiza las actitudes y valores de alguno de los estilos educativos: sobreprotector, inhibidor, punitivo y asertivo.
— «Escala de clima social en la familia» (Moos y Moos, 1981). Evalúa relaciones (cohesión, expresividad y conflicto), desarrollo (autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad) y estabilidad familiar (organización y control).

2) *Evaluación de conductas problemáticas presentadas por el niño:*

— «El inventario Eyberg de conductas en niños» (Eyberg y Ross, 1978) construido para

© Ediciones Pirámide

evaluar la conducta del niño entre 2 y 6 años, pero centrado únicamente en las conductas problema. Consta de 36 ítems que describen conductas problemáticas específicas (fundamentalmente manifiestas), que los padres deben evaluar sobre una escala de frecuencia de ocurrencia del problema («nunca», «rara vez», «a veces», «a menudo» y «siempre»), para posteriormente indicar si esa conducta es o no problemática para ellos.

— «Escala de apreciación de conducta en niños. Formulario para padres, CBCL» (Achenback y Edelbrock, 1981). Pretende reflejar el punto de vista de los padres sobre las conductas de su hijo (2 a 16 años), teniendo en cuenta si dichas conductas suceden en la actualidad o ya se manifestaban en los dos últimos meses. El listado se compone de 100 ítems y los padres deben puntuar con un baremo de 0 a 2, según la conducta descrita suceda «nunca» (puntuando 0), «algunas veces» (puntuando con un 1) o «casi siempre/muy a menudo» (puntuando con un 2).

— «Escala de apreciación de conducta en niños. Formulario para profesores CBCL-TRF» (Achenback y Edelbrock, 1981). Es muy similar a la de los padres, aunque las preguntas hacen referencia a conductas y situaciones relacionadas con la actualidad escolar. Evalúa los hábitos de trabajo, el nivel académico, la familiaridad de trato con los profesores y el estado de bienestar del niño.

— «Inventario de conductas en niños» (Olivares y Rosa, 2001). Elaborado a partir de las escalas anteriormente descritas. Incluye aquellas conductas problema de los niños más frecuentemente presentadas en el hogar. Indica la frecuencia de ocurrencia y la percepción del problema por parte de los padres.

3) *Evaluación de la conducta problema:* Aunque son muy escasos los autoinformes que se ocupan de los celos infantiles, existen algunos de gran importancia. De entre ellos, destacamos:

— «Escala de afrontamiento de los celos» (McIntosh, 1985), formada por 12 ítems y 4 factores: resolución, redefinición/alivio, venganza/represalia y manipulación.

— «Cuestionario sobre celos infantiles» (DelGiudice, 1986), formado por 8 ítems y 2 preguntas abiertas acerca de la reacción del niño hacia el pequeño y la preparación que los padres han dispensado a aquel sobre el nacimiento del hermano.

— «Cuestionario para el diagnóstico de los celos» (Polaino-Lorente, 1991). Consta de 39 preguntas que evalúan las áreas referidas a la interacción con los hermanos más pequeños, con los iguales y con los padres; el comportamiento en el hogar y en la escuela y trastornos psicosomáticos.

— «Inventario sobre la relación entre hermanos» (Stocker y McHale, 1992), formado por 17 ítems agrupados en 3 factores: afección, hostilidad y rivalidad.

4) *Evaluación de otros problemas relacionados*. Otros cuestionarios que, en ocasiones, pueden servir para evaluar aspectos relacionados con los celos son: «El inventario de adaptación conductual, IAC», «El test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil, TAMAI», que evalúan la adaptación personal, familiar, escolar y social del niño. «El cuestionario de factorial de personalidad, ESPQ», que analiza las dimensiones de la personalidad. «El cuestionario de ansiedad infantil, CAS», «El inventario de depresión infantil, CDI», que valoran la ansiedad y depresión.

Finalmente, hay que indicar que las técnicas proyectivas se han visto como los instrumentos de gran interés y utilidad en la evaluación de los celos infantiles, dado que permiten investigar acerca de la dinámica del niño y sus relaciones, así como acceder a los niños más pequeños. La técnica más utilizada es el «Test de la familia» (Corman, 1967), que manifiesta las reacciones agresivas, depresivas, regresivas y de identificación del niño. Además de esta técnica se utilizan otras, tales como: «Las fábulas de Düss» (Düss, 1980) o «El test del árbol» (Stora, 1980).

© Ediciones Pirámide

1.5. Tratamientos

Existe escasa evidencia empírica que nos permita determinar qué tratamiento es mejor para intervenir en el caso de los celos infantiles, lo que conlleva que, en muchos casos, las terapias se fundamenten en la experiencia e intuición clínica del terapeuta aplicando métodos eficaces en otras patologías infantiles. Según indica Ortigosa (1999), hasta los 7 años es conveniente intervenir únicamente con los padres; a partir de los 8 años se involucra activamente al niño en el tratamiento, siendo la participación de los padres totalmente imprescindible. El trabajo con padres está fundamentado en la premisa de que algún déficit en las habilidades propias del papel parental es, al menos parcialmente, responsable del desarrollo y mantenimiento de patrones de interacción familiar perturbadores y, consecuentemente, problemas de comportamiento (McMahon, 1993; Marinho, 2001). En general, el tratamiento de los celos infantiles va encaminado principalmente a orientar, dar pautas de actuación y enseñar habilidades a los padres que, en este caso al igual que en cualquier otro trastorno, su colaboración como coterapeutas es crucial para la eficacia de la intervención. El entrenamiento de los padres puede definirse como un enfoque de la intervención cuyos fines son tanto prevenir como tratar problemas de la conducta infantil y adolescente. Se persigue cambiar las modalidades de relación padres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y disminuir/eliminar la conducta desadaptada, restablecer el equilibrio de la familia creada por la llegada del nuevo hermano, facilitar el aprendizaje positivo del niño que le ayude a evolucionar en su crecimiento emocional, modificar el estilo educativo de los padres, en caso de ser necesario. El entrenamiento de los padres incluye: *a*) *Un componente teórico:* conocimiento del desarrollo normal de los hijos y de los modelos que mejor explican la génesis, factores de vulnerabilidad y protección, el desarrollo y el mantenimiento de los celos y problemas de conducta que más frecuentemente presentan los hijos. Y *b*) *Un componente práctico:* entrenamiento en el manejo y cuidado de los niños y los adolescentes; el dominio de estrategias, habilidades y destrezas básicas que les pueden ayudar al cambio de la conducta de los hijos. Este apartado generalmente incluye técnicas operantes, habilidades sociales, con especial hincapié en la expresión de emociones y habilidades de comunicación y estrategias de solución de problemas junto al aprendizaje de diseños y aplicaciones de intervenciones, tanto preventivas como psicoeducativas, centradas en el problema específico y los derivados del mismo. Por otro lado, y dado que la autoestima del niño puede estar dañada debido a los celos, también se instruye a los padres en cómo mejorar la autoestima de los niños.

La terapia sistémica también proporciona importantes contribuciones sobre el tratamiento de la relación fraterna. Wagner, Hunter y Boelter (1988) presentan dos tipos de intervención sistémica: 1) *La intervención educativa,* que tiene por objeto ayudar a los padres a entender la dinámica normal de la relación fraterna, 2) *La intervención estratégica,* con el fin, sobre todo, de incrementar la flexibilidad de los padres en las áreas en que las soluciones familiares pueden tener problemas exacerbados.

Para concluir, indicamos que son escasos los trabajos que realizan una valoración metodológicamente aceptable que permita llegar a conclusiones acerca de la superioridad de una u otra intervención.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Carlos, de 7 años y 3 meses, es llevado a consulta por los padres debido a la aparición de una serie de comportamientos disruptivos y desadaptativos que vienen presentándose desde hace aproximadamente 6 meses. Es el mayor de dos hermanos, siendo la menor una niña de 1 año. El niño cursa 1.º de Primaria en un centro escolar concertado de la ciudad de Murcia, ubicado a dos kilómetros de donde la familia habita.

El estatus socioeconómico y cultural de los padres es alto. Los padres tienen en el momento de la intervención 33 años (la madre) y 35 (el padre).

© Ediciones Pirámide

2.2. Motivo de la consulta

Los padres acuden a consulta debido a que Carlos muestra un comportamiento que les preocupa mucho, ya que antes de aparecer el mismo era un niño cariñoso, tranquilo y buen estudiante. Actualmente presenta problemas en casa y en el colegio. En casa se comporta de forma agresiva con la madre, le pega, le grita y le dice que es una «mamá mala». Las rabietas, más frecuentes cuando está con la madre, ante cualquier negativa de sus demandas es continua, tirándose al suelo, llorando, gritando y rompiendo todo cuanto tiene a su alcance. Cuando está el padre, que suele pasar poco tiempo en casa debido al horario de trabajo, este comportamiento también se presenta pero en menor frecuencia e intensidad. Han observado que, en ocasiones, coge a su hermana y le da puñetazos y le insulta diciéndole que es una «niña tonta y mala». A ello se une el comportamiento agresivo (pegar y quitar los materiales escolares) que manifiesta con sus compañeros en el colegio y el menor rendimiento en las tareas escolares debido a que, según la profesora, no está centrado y se niega a seguir sus indicaciones. En la actualidad, según informan los padres, el único modo de controlar a Carlos es mediante castigos (pegar un azote, impedirle ver un programa de la televisión o enviarlo a su cuarto), aunque la madre, aun utilizando estos procedimientos, no consigue calmarle, por lo que se muestra «incapaz de controlar al niño y desbordada». La profesora suele dejarlo sin recreo para que finalice las tareas escolares y «piense si ese comportamiento con sus compañeros es el correcto». Hasta este momento, los padres habían consultado con amigos y con la profesora pero no habían podido modificar la conducta de Carlos.

2.3. Historia del problema

Carlos comienza a presentar problemas hace aproximadamente 6 meses, momento en que la hermana es hospitalizada durante una semana por un problema intestinal estando la madre en el hospital la mayor parte del tiempo, quedando el niño al cuidado del padre y de una tía de aquélla. El primer intento de pegar a la madre ocurrió después de llegar ésta del hospital cuando Carlos regresó del colegio a mediodía y le pidió a la madre que le diera ella de comer. La madre le indicó que «él ya era mayor y debía hacerlo solo». Hacía dos días que la madre y la niña habían regresado del hospital. El niño comenzó a dar patadas a la madre que estaba dando de comer a la hija pequeña. Tras las patadas y gritos, tiró los cubiertos al suelo y no quiso comer, aun intentando la madre darle ella, pero no cedió pues estaba muy enfadado. Ese día se marchó al colegio sin comer. Anteriormente, había sido un niño muy autónomo, comía solo, se vestía casi sin ayuda de la madre, le gustaba peinarse y ayudaba a la madre a bañar a la niña y darle el biberón. No se había apreciado ningún signo de celos. A raíz de este suceso, las rabietas y enfados con la madre fueron aumentando, presentándose no sólo a la hora de comer, sino ante cualquier situación en la que se le negara algo; por ejemplo, comer chocolatinas antes de la comida, hacer los deberes, acostarse con los padres, beberse una coca-cola, quitarle un juguete a la hermana pequeña, etc. En una ocasión, recuerda el padre, que cuando llegó de trabajar estaba tirado en el suelo gritando y diciendo que se iba a ir de casa porque su «mamá era mala y le pegaba». El padre intentó consolarlo pero él se puso más nervioso y hubo que enviarlo a su cuarto sin cenar. Allí estuvo largo rato llorando y dando patadas a la puerta pero sin hacer ademán de salir de la habitación. Después de este episodio, la madre intentó acercarse y acariciar al niño indicándole que le quería mucho y no entendía por qué actuaba así. Él solo dijo que: «ella (la madre) ya no lo quería» y que «ojalá nunca hubiera venido a esta casa la hermana porque se portaba mal, lloraba y era muy fea». Los padres comenzaron a pensar que Carlos estaba teniendo celos a la pequeña e intentaron no hacer tanto caso a ésta, diciéndole que era menos guapa que él, que era un bebé que había que cuidar y que él les podía ayudar y no tomándola en aquellas ocasiones en las que el niño volvía del colegio más nervioso. A pesar de ello, Carlos siguió con sus rabietas, cada vez más frecuentes, haciendo una «guerra» entre la madre y el niño, implicando

© Ediciones Pirámide

a la pequeña en algunos momentos, pegándole patadas si la tenía cerca. Hemos de indicar que la madre estaba demasiado preocupada por la pequeña, manifestando excesivo temor a que ésta volviese a ponerse enferma.

En cuanto a su comportamiento en el colegio, comenzó a cambiar su actitud hace cinco meses y medio, siendo anteriormente un niño muy aplicado y responsable que le encantaba jugar con sus compañeros. Su principal pelea surgió cuando quitó los lápices a un compañero y no quiso dárselos aunque la profesora se lo indicó. Ésta tuvo que quitárselos a la fuerza y cuando salió al recreo pegó a este niño, siendo castigado por la profesora a no salir al día siguiente al patio. Antes de este suceso, Carlos había empezado a presentar problemas en el aprendizaje, traía los deberes sin hacer, se negaba a realizar algunas tareas que le indicaba la profesora, aunque siempre estaba diciéndole que le diera la mano o que lo tomara un rato. Actualmente, la profesora informa que el niño apenas hace nada y pierde el tiempo buscando continuas llamadas de atención; en el recreo, se pasa el tiempo pegado a ella, sin querer jugar con otros compañeros y, en ocasiones, pega a los niños más pequeños.

2.4. Análisis topográfico

En el momento de la intervención, y a través de los datos aportados en las entrevistas a los padres y la profesora junto a los autorregistros y autoinformes enviados a los mismos, pudimos realizar el siguiente análisis:

La principal preocupación de los padres eran las rabietas de Carlos que conllevaban sobre todo llanto, gritos, dar patadas, tirarse al suelo y romper cosas. Tanto con el informe verbal como con los datos del registro de observación permitieron comprobar que la frecuencia de las mismas era casi diaria (6/7 veces por semana) y su duración se extendía desde 15 a 35 minutos, siendo la duración menor cuando el padre estaba presente y cortaba rápidamente esta actitud enviándolo al cuarto de dormir. La hora de la merienda, al llegar del colegio por la tarde, era el momento en el que con mayor frecuencia aparecía esta conducta, aunque también durante la comida podía actuar de igual modo. No era así por la noche, que estaba más tranquilo y relajado.

El segundo problema analizado fue el pegar y gritar a la madre, que ocurría con gran frecuencia, una media de 2/3 veces diarias tanto al mediodía como por la tarde; no así por la noche y por la mañana temprano. Pegar a la hermana y quitarle los juguetes era poco frecuente debido a que ésta estaba protegida por la madre y nunca los dejaba solos.

Respecto de su comportamiento en el colegio, la profesora destacó como más importante la agresión que manifestaba hacia sus compañeros (pegarles y quitarles las cosas) y las continuas llamadas de atención (quejarse, decir que le han pegado siendo mentira, hacer gracias, etc.), que aun siendo éstas muy frecuentes (una media de 8/9 llamadas de atención al día y 2/3 agresiones a sus compañeros) durante todo el día, aumentaban la frecuencia en la última hora de la mañana y la tarde, perjudicando este comportamiento en la correcta realización de sus tareas escolares.

2.5. Análisis funcional

Los diferentes problemas previamente señalados estaban vinculados funcionalmente. El estudio del análisis funcional nos permitió identificar las variables antecedentes y consecuentes que controlaban y mantenían las conductas problema. En la tabla 8.2 se presenta un cuadro resumen del mismo. Los estímulos antecedentes inmediatos que provocaban las respuestas-problema de Carlos eran sobre todo externos: la madre y en menor frecuencia el padre y la hermana. De igual modo, la agresión a los compañeros se producía cuando estaba presente la profesora-tutora. Los lugares de mayor aparición del problema eran en casa y en clase, pero también se presentaba en casa de algunos amigos y familiares, en el supermercado, y en el parque, siempre que estuviera la madre presente. De igual modo, en el parque de recreo, cuando estaba la profesora-tutora también podía presentar estos comportamientos. En cuanto antecedentes históricos indicamos el nacimiento de la niña y el padeci-

© Ediciones Pirámide

TABLA 8.2

Análisis funcional del caso clínico de Carlos

Antecedentes	Respuesta-problema	Consecuentes
Remotos: — Nacimiento de la hermana. — Separación de la madre durante una semana debido a la hospitalización de la hermana. *Próximos:* — Externos personales (en el hogar): • Presencia de la madre. • Presencia de la hermana. • Presencia del padre. — Externos personales (en la escuela): • Presencia de la profesora. — Externos contextuales: • Lugares: – Hogar familiar. – Casa de familiares y amigos. – Supermercado. – Parque. – Clase (colegio). – Parque de recreo (colegio). • Horas: – Mediodía y tarde (en casa). – Última hora de la mañana y tarde (colegio).	*Psicofisiológicas:* — Sudoración. — Aumento de la tasa cardíaca. — Aumento de la frecuencia respiratoria. *Motoras:* — Llorar. — Gritar. — Tirarse al suelo. — Pegar. — Insultar. — Quitar cosas. *Cognitivas:* — «Mi mamá no me quiere. Es mala». — «Mi hermana es mala y fea».	— Llamar la atención de los padres (R+). — Llanto de la madre y discusión con el padre por el comportamiento del niño (R+). — Caricias de la madre y palabras de cariño tras pegarle (R+). — Conseguir los juguetes, chucherías que pide (R+). — Quedarse con la profesora durante el recreo (R+). — Llamar la atención de la profesora y los compañeros de clase (R+). — No realizar las tareas escolares (R–).

miento por parte de ésta de una enfermedad que le llevó a estar hospitalizada siete días estando la madre la mayor parte del tiempo en el hospital.

En cuanto a las respuestas psicofisiológicas del niño se observa sudoración y aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la frecuencia respiratoria. Las respuestas motoras son las mencionadas en otros apartados (llanto, gritos, pegar, insultos, quitar cosas, etc.). Las respuestas cognitivas apenas podemos analizarlas, ya que el niño es pequeño, pero a través de las expresiones dichas a los padres piensa que «la madre no lo quiere», «la mamá es mala», «la hermana es mala y fea». Por lo que respecta a los consecuentes, los padres, ante la situación de rabietas actuaban de la siguiente forma: la madre intentaba ignorarle pero cuando «ya no podía aguantar más» le daba un azote, algo que le producía a la madre un gran malestar, y después lo abrazaba y le decía que era su niño preferido, cediendo, en muchas ocasiones a las demandas que el niño había hecho. Otras veces, lo enviaba a la habitación pero el niño no le obedecía y le indicaba que ya se

© Ediciones Pirámide

lo diría a su padre cuando volviese del trabajo. Cuando esta situación ocurría estando el padre, éste se ocupaba de la situación quedando la madre al margen. Le solía indicar que se callara y se portara bien y terminaba por darle un azote y enviarlo a su cuarto. En ocasiones, la madre, ante el comportamiento del padre, le decía a éste «por favor, no le pegues fuerte que es muy pequeño. Déjalo que ya lo calmo yo». Esta actitud de la madre indignaba al padre, llegando a decirle: «Sí, ocúpate tú pero no me calientes la cabeza con problemas del niño cuando vengo del trabajo». Estas discusiones ocurrían en presencia de Carlos, el cual, a veces se callaba y otras veces, tras callarse un momento, lloraba con mayor intensidad. Como podemos comprobar, la respuesta-problema del niño se mantenía sobre todo por refuerzo positivo (llamadas de atención de los padres, caricias de la madre, llanto de la madre, y consecución de lo que pedía cuando la madre estaba agotada).

La actuación de la profesora era la siguiente: comenzaba con «estate quieto Carlos, voy a llamar a la directora» y terminaba castigándolo dejándolo sin recreo, quedándose ella con el niño para que no se portara mal e hiciera las tareas atrasadas. Otras veces, lo sentaba en una silla para que pensara en si su actuación había sido o no la correcta. Recientemente, una semana antes de acudir a la consulta, la profesora había comenzado con la aplicación de una economía de fichas con el niño, pareciendo, según indica ésta, que iba un poco mejor. No obstante, consideramos que la respuesta-problema del niño en el colegio se mantenía por refuerzo positivo (llamadas de atención de la profesora, quedarse con la profesora él solo, sentirse importante ante los compañeros) y negativo (no hacer las tareas de clase que, aunque en otros momentos habían sido motivantes, actualmente no le gustaban).

2.6. Repercusiones negativas

A los efectos negativos mencionados (castigos, discusiones entre los padres), hay que sumar la interferencia que este problema ha generado en las relaciones con los amigos, impidiéndole quedarse en casa de alguno de ellos por la tarde, algo habitual anteriormente, ir a kárate, ya que los padres creen que puede volverse más agresivo y hacer un daño mayor a algún compañero. En el ámbito escolar, hemos de destacar la importancia en el retraso en la realización de las tareas escolares. En casa no quiere hacer los deberes y en el colegio pasa la mayor parte del tiempo sin hacer nada. Este aspecto preocupa tanto a la profesora como a los padres. En el ámbito familiar, los padres están más disgustados con el niño, siendo el clima familiar tenso, predominando los castigos (azote, tiempo fuera, gritos, etc.) frente a los refuerzos. Por otro lado, los padres se reúnen menos con familiares y amigos, ya que no les gusta «montar números fuera de casa». La realización de tareas de colaboración con la madre en el cuidado de la hermana ha sido reducida (por miedo a que se ponga peor) y las situaciones de juego entre los hermanos también han disminuido por miedo a que Carlos pegue a la niña, estando Carlos mucho más aburrido.

2.7. Selección de instrumentos de evaluación

Se dedicaron un total de dos sesiones de evaluación clínica. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

a) *La entrevista* (al niño, a los padres y a la profesora). Se recogió información detallada sobre la biografía del niño (edad, número de hermanos, curso escolar, género, nombre del colegio, etc.) y de los padres (edad, relación de pareja, etc.), sobre las conductas problema más importantes y su evolución a lo largo del tiempo, además de las variables que influyen en la aparición y desarrollo de cada conducta problemática, los parámetros de las mismas y sus consecuentes. También se informó sobre el rendimiento escolar, los problemas de salud, hábitos de higiene, alimentación, sueño, desarrollo del lenguaje, etc., del niño, tratamientos anteriores utilizados y/o posibles alternativas para solucionar estas conductas. Tanto los padres como la profesora se mostraron colaboradores durante toda la en-

© Ediciones Pirámide

trevista, aunque la madre se siente desbordada por el problema. Durante la entrevista con el niño, éste se comporta con normalidad, interactuando bien y comprendiendo las preguntas que se le hacen.

b) *La observación.* Se pidió a los padres y a la profesora que anotaran la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problema que más les preocupaban, siendo éstas las siguientes: rabietas y pegar a la hermana (a los padres) y pegar y quitar las cosas a los niños de clase y llamar la atención (a la profesora). También se registró en qué momento y lugar ocurrían, quién/es estaban presentes y qué hacían. La frecuencia de las rabietas en casa fue de 6/7 veces por semana y su duración se extendía desde 15 a 35 minutos. La frecuencia de pegar a la hermana fue muy baja (2 veces por semana) debido a que la madre no solía dejar a la niña sola con su hermano. Respecto de las conductas problema presentadas en el colegio, la frecuencia de llamadas de atención al día fue muy alta, una media de 8/9 llamadas de atención. En cuanto a pegar o quitar cosas a sus compañeros, también ocurría de 2 a 3 veces al día. También utilizamos el «Procedimiento rápido para evaluar interacciones madre-hijo en situaciones artificiales» (Toub, 1978). Se creó una situación en la que se observó el patrón de interacción madre-niño. Se colocó a la madre en una sala donde pudo ser observada con el niño diciéndoles que tenían que quedarse allí durante 30 minutos. Dejamos varios juguetes, revistas y periódicos. Se le indicó a la madre que iban a ser grabados para cumplir con las exigencias éticas. Mediante la grabación observamos que el niño provocaba a la madre con continuas negaciones, tocaba todo lo de alrededor mientras que la madre tendía a dar excesivas órdenes al niño ante las que éste respondía con negaciones y gritos.

c) *Los cuestionarios*. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

— «Inventario de conductas en niños» (Olivares y Rosa, 2001) contestado tanto por los padres como por la profesora (véase apéndice 1). Los resultados indicaron que los padres consideraban las siguientes conductas como muy problemáticas: desafía, contesta mal, reclama mucha atención, destruye las cosas de los demás, es desobediente, es celoso, rehúsa hacer lo que se le dice, no obedece a las normas de casa, contesta a los adultos y pega a su madre y hermana. La profesora indicó como conductas más problemáticas: reclama mucha atención, destruye las cosas de los demás y pega a los compañeros.
— «Perfil de estilos educativos» (Magaz y García, 1998) contestado tanto por el padre como por la madre, cuyas puntuaciones indicaron que el estilo educativo de la madre era sobreproteccionista y el del padre tendía a la sobreprotección pero, en ocasiones, también al castigo.
— «Cuestionario para valorar los conocimientos de los padres respecto de los principios que rigen el comportamiento de sus hijos» (Olivares, Méndez y Macià, 1993) (véase apéndice 2). Destacamos los siguientes ítems: «Mi hijo se comporta del mismo modo, reciba premios o castigos», «Mi hijo se porta muy mal; por mucho que lo intente no puedo lograr que se porte mejor».
— «Cuestionario para el diagnóstico de los celos» (Polaino-Lorente, 1991) alcanzando la puntuación de 120 que indica cierta tendencia hacia el comportamiento celoso.

d) *Tests proyectivos.* El niño realizó el dibujo de la familia a través del cual el niño presentó reacciones agresivas indirectas (el niño dibujó a su madre, a su padre y a él mismo) y regresivas (él era un bebé en brazos de su madre). No existían más miembros familiares.

2.8. Técnicas de tratamiento

Después de analizar los datos resultantes del proceso de evaluación, se propusieron los objetivos terapéuticos a conseguir y el plan de intervención.

Los objetivos en el hogar fueron los siguientes: 1) eliminar las rabietas de Carlos; 2) mejorar la

© Ediciones Pirámide

interacción de Carlos con sus padres, sobre todo con su madre; 3) eliminar las conductas agresivas de Carlos hacia su hermana y favorecer la relación positiva con ella; 4) modificar las variables que predisponen al problema (falta de atención por parte de las figuras relevantes para el niño) y las que influyen en el desarrollo y mantenimiento del mismo; 5) mejorar el rendimiento escolar de Carlos, y 6) disminuir el nivel de ansiedad de la madre ante el comportamiento de Carlos mediante la adquisición de habilidades de enfrentamiento.

Los objetivos en el colegio fueron: 1) eliminar el comportamiento agresivo de Carlos con sus compañeros y niños más pequeños; 2) eliminar las llamadas de atención de Carlos a la profesora, y 3) fomentar la colaboración y realización de las tareas escolares.

La duración total del tratamiento fue de 13 sesiones a razón de una sesión semanal de 1,5 horas como media. El esquema seguido para la intervención fue el siguiente.

Evaluación

Sesiones 1 y 2. Se realizaron las entrevistas a los padres, profesora y niño y la observación artificial de la madre con el niño. Se entregó a los padres y profesora los registros de observación de las conductas más problemáticas y el resto de cuestionarios, indicados en el apartado de evaluación, para que los cumplimentaran en casa.

Tratamiento

Sesión 3. Se realizó la devolución de información a los padres y profesora y explicación a los primeros de las variables que han facilitado, desencadenado y mantenido el problema, indicándoles la importancia de su colaboración como coterapeutas en el tratamiento del niño. Además se decidió sobre qué conductas y en qué orden de prioridad centraríamos nuestra actuación (ya comentado en el apartado referente a la evaluación). Se elaboró el análisis funcional y topográfico y la línea base de las respuestas seleccionadas.

Sesión 4. Continuamos con la fase educativa, en la que comentamos a los padres los objetivos propuestos, las actividades que se van a llevar a cabo y los recursos que se utilizarían. También procedimos a la reconceptualización del modo de entender los celos y los problemas derivados de los mismos, intentando empatizar con las emociones del pequeño y analizar los errores cometidos que habían favorecido la aparición de este problema. Los padres trajeron los registros que habían seguido cumplimentando durante la semana. En este momento, comentamos la importancia que tenía la evaluación continua, tanto para el profesional como para los padres, como medio de control de los efectos que genera en la conducta del niño la aplicación del entrenamiento que los padres están recibiendo.

Sesión 5. Continuamos con la enseñanza de algunos conocimientos psicológicos básicos y corrección de errores cognitivos sobre el comportamiento humano. Para ello, utilizamos el cuestionario que habían contestado anteriormente sobre los conocimientos de los padres respecto de los principios que rigen el comportamiento de sus hijos, de Olivares, Méndez y Macià (1993). Nos detuvimos de un modo especial en los miedos que experimentaba la madre respecto de su hija pequeña, impidiéndole al hijo estar junto a ella, de modo que fomentaba los celos del niño. También enseñamos a la madre algunas estrategias de control de pensamiento que impidieran seguir creyéndose incapaz de educar a Carlos junto a técnicas de control de la ansiedad (relajación progresiva).

Sesión 6. Dedicamos esta sesión a enseñar tanto a los padres como a la profesora cómo se deben proporcionar *instrucciones* acerca de la conducta deseada. Para poder exigirle a Carlos que se comporte de un modo determinado, debíamos indicarle cuál es ese modo, mostrándole claramente cómo esperamos que actúe mediante instrucciones claras, concretas, específicas y referidas tanto a acciones (qué se ha de hacer) como a cantidades (cuántas veces se ha de hacer). Continuamos con el *entrenamiento en discriminación o control estimular;* en concreto, comentamos las situaciones antecedentes que llevan a que Carlos actúe de forma inadecuada,

© Ediciones Pirámide

entendiendo los padres que los estímulos antecedentes aumentaban la probabilidad de que se iniciaran las conductas problema. Continuamos la sesión con la enseñanza de una de las técnicas para reducir o eliminar conductas; en concreto la *retirada de la atención, extinción* prestada a las conductas inadecuadas (las recogidas en el análisis funcional). Insistimos a los padres en que no debían olvidar que se debían controlar las expresiones faciales que dieran al niño información de que estamos prestando atención a lo que hace. Por tanto, si decidíamos ignorar una conducta, debíamos desviar y mantener la mirada en otra persona o lugar. La tarea intersesiones era aplicar lo aprendido, en concreto ignorar conductas inadecuadas y seguir midiendo las conductas.

Sesión 7. Procedimos a entrenar a los padres en cómo *identificar y seleccionar los reforzadores*; es decir, aquellos sucesos o eventos que han de servir y sirven para aumentar o disminuir la probabilidad de las conductas. Para Carlos era reforzante ver la televisión, jugar con su madre a la videoconsola, montar en bicicleta, jugar al fútbol en el colegio y ser alabado, besado, tomado por los padres. En el colegio, la profesora consideró, tras observar al niño, que le encantaba estar cerca de ella, ayudarle en el reparto de los trabajos a otros niños y jugar con unas fichas de colores. Indicamos lo importante que era disponer de un número variado de reforzadores para impedir la saciación y hacer más poderoso el control de la conducta. Continuamos enseñando cómo se debían administrar los reforzadores según distintos programas de administración. Con Carlos se comenzó con un programa de razón fija tanto en el colegio como en casa. Enviamos como tarea intercesiones aplicar lo aprendido y seguir registrando las conductas seleccionadas como más problemáticas.

Sesión 8. Enseñamos a los padres y profesora el *reforzamiento diferencial de conductas incompatibles,* de modo que se reforzaría al niño cuando trabajara en casa y en el colegio, cuando estuviera tranquilo jugando con su hermana, cuando dejara sus cosas a los compañeros, etc. La segunda técnica enseñada en esta sesión fue el *tiempo fuera de reforzamiento social* o *aislamiento* para aquellos casos en que no era posible ignorar la conducta del niño. Esta técnica se indicó junto a un programa de reforzamiento positivo de las conductas alternativas, con el fin de dejar claro al niño con nuestro comportamiento, sin mediar palabras, qué es lo que no estamos dispuestos a consentirle, pero también, al mismo tiempo qué es lo que valoramos de él. El mensaje debe ser claro y en paralelo. Este procedimiento fue utilizado tanto por los padres, indicándole que se sentara en una silla aparte cuando se comportaba de forma inadecuada, como por la profesora, sentándolo en una silla lejos de ella, intentando que el niño se aburriera y nadie le prestara atención. Como tarea intersesiones se llevó a la práctica lo aprendido y se continuó el registro de las conductas inadecuadas.

Sesión 9. Finalmente, dentro de este bloque, introdujimos la *economía de fichas,* siendo utilizada tanto en casa como en el colegio. La profesora seleccionó como reforzador diario el ayudarle a repartir los trabajos de los niños y ser su secretario, ya que observó que era un reforzador muy potente. Los padres, igualmente, utilizaron principalmente el refuerzo social (besos, alabanzas, etc.) y el juego del niño con la madre y, en ocasiones, con el padre. Los padres iban aplicando los procedimientos aprendidos recogiendo los datos en un registro, siendo trasladados los mismos durante la sesión de entrenamiento a un gráfico, viendo así el proceso del tratamiento.

Sesión 10. Esta sesión estuvo destinada a enseñar a los padres cómo deben expresarse las emociones de forma adecuada, tanto para que ellos mismos se aplicaran el procedimiento como para que lo llevaran a cabo con el niño. Destacamos la importancia del modelado en cualquier tipo de actuación intentando ser ellos modelos adecuados para el comportamiento del niño. La tarea enviada fue intentar expresar emociones y enseñar al hijo a hacerlo.

Sesiones 11-13. Consolidación de los logros y prevención de recaídas. Estas sesiones se dedicaron a consolidar los logros obtenidos y seguir resolviendo posibles situaciones de riesgo futuras que podrían presentarse a los padres. También indicamos cómo ir eliminando los reforzadores sin que la

© Ediciones Pirámide

conducta de Carlos se viera afectada. Procedimos también a recordar algunos consejos a los padres (véase la tabla 8.3).

TABLA 8.3

Consejos para padres de niños con celos

- Darle al niño la oportunidad de expresar su malestar.
- Atender con interés sus éxitos.
- Transmitirle que se le quiere.
- Ofrecer situaciones sobre las ventajas de ser mayor.
- Favorecer el contacto con niños de su edad.
- Pedir la colaboración del niño en tareas de cuidado de su hermano.
- Decirle que sus celos desaparecerán.
- No exigirle demasiado al niño.
- No hacer comparaciones entre hijos.
- No manifestar preferencias por alguno o intervenir prematuramente en las peleas.
- No ponerse rígidos o intolerantes con las regresiones.
- No regañarle o enfadarse con frecuencia.
- No hacer elogios muy efusivos cuando se muestre cariñoso con el hermano.

2.9. Resultados de la intervención y seguimiento

A medida que los padres y la profesora fueron aplicando las técnicas aprendidas a las conductas de Carlos que se habían verificado como desadaptativas o problemáticas pudimos ir comprobando la eficacia de la intervención. Dichas mejoras no sólo se produjeron tras la finalización del tratamiento, sino en las medidas tomadas a lo largo de todo el proceso (durante su aplicación y una vez finalizada la intervención, al mes, a los tres meses y a los seis meses).

Los padres y la profesora afirmaron haber conseguido los objetivos planteados, además de sentirse mejor consigo mismos y con el niño. Para comprobar la eficacia del tratamiento, se volvieron a ofrecer a los padres y a la profesora algunas de las pruebas completadas en la evaluación inicial. Los resultados fueron los siguientes.

Los registros observacionales realizados por la profesora y los padres mostraron una disminución de la frecuencia de rabietas de 6/7 a 1/0 a la semana y de llamadas de atención en clase de 8/9 diarias a 1/0. En los seguimientos, la frecuencia en ambas fue 0. La profesora también nos indicó que el niño realizaba con agrado las tareas escolares y que había mejorado mucho su comportamiento y actitud con los compañeros.

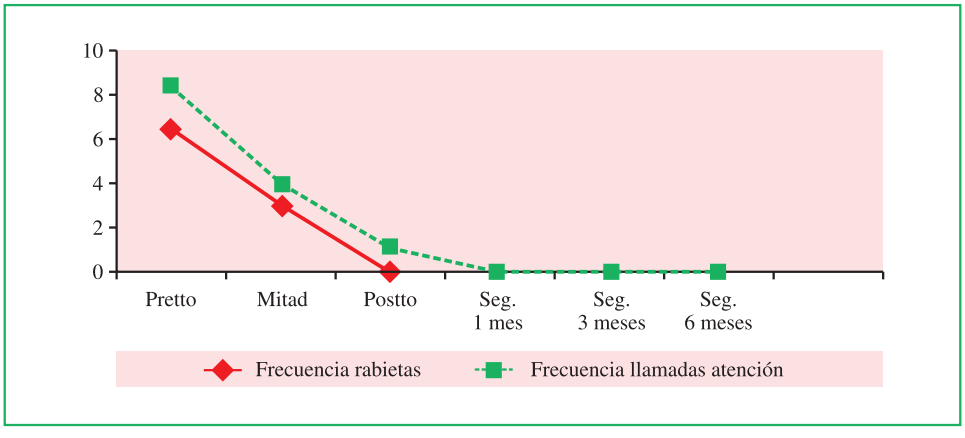


Figura 8.1.—Evolución de la frecuencia de rabietas y llamadas de atención de Carlos.

© Ediciones Pirámide

Los resultados del *Inventario de conductas en niños* indicaron que los padres y la profesora habían dejado de observar conductas problemáticas importantes en el niño. Mediante el *Cuestionario para valorar los conocimientos de los padres respecto de los principios que rigen el comportamiento de sus hijos* pudimos comprobar que los padres habían modificado sus creencias sobre la educación y aprendizaje de las conductas de los niños. En el *Cuestionario para el diagnóstico de los celos* la puntuación alcanzada fue de 40 puntos, eliminándose, por tanto, el comportamiento celoso.

Además procedimos a la realización del *Test de la Familia* por parte del niño, el cual dibujó a su hermana en un carrito llevado por él junto a su madre y su padre. Él ya no era bebé, sino un niño más mayor.

Junto a estas pruebas, durante la entrevista, la madre nos comunicó que actualmente se sentía más segura en el manejo del comportamiento tanto de Carlos como de la niña pequeña, y que su nivel de ansiedad era menor. Además podían salir fuera de casa sin temor a conflictos con el niño y dejar a éste con algunos amigos y familiares. El padre confirmó lo que la madre iba comentando e indicó que también el niño estaba motivado en la realización de las tareas escolares.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Realiza, mediante *role-playing,* la entrevista de devolución a los padres de Carlos explicándoles las variables que pueden haber favorecido la aparición de la conducta problemática y el mantenimiento de la misma.
2. Elabora un registro de observación sobre alguna de las respuestas problemáticas de Carlos que ayuden a identificar las variables antecedentes y consecuentes del problema.
3. Explica, mediante *role-playing,* el procedimiento de extinción a los padres de Carlos y el modo de llevarlo a cabo.
4. Analiza las ventajas e inconvenientes del procedimiento de extinción.
5. ¿En qué momento y ante qué conductas utilizarías el tiempo fuera de reforzamiento social en el caso de Carlos?
6. Elabora un programa de economía de fichas concretando los reforzadores y el modo de canjeo de los puntos.
7. Busca alternativas de tratamiento al problema presentado por los padres de Carlos.
8. Realiza un programa de autocontrol para la madre de Carlos, señalando las conductas más importantes que debe modificar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1981). *Observación directa de la conducta infantil.* Universidad de Vermont (adaptación española experimental, Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid).

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original publicado en el año 2000).

Caldwell, B. y Bradley, R. (1984). *Home Observation for Measurement of the Environment*. Little Rock, Arkansas: University of Arkansas al Little Rock.

Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.

DelGiudice, T. (1986). The relationship between sicling jealousy and presence at sibling's birth. *Birth Issues in Perinatal Care and Education, 13,* 250-254.

© Ediciones Pirámide

Dunn, J. y Kendrick, C. (1986). *Hermanos y hermanas.* Madrid: Alianza.

Dunn, J., Kendrick, C. y McNamee, R. (1981). The reaction of first-born children to the birth of a sibling: Mother's report. *Journal of Child Development, 50,* 306-318.

Düss, L. (1980). *El método de las fábulas en psicoanálisis infantil*. Madrid: TEA.

Eyberg, S. y Ross, M. (1978). Assessment of child behavior problems. *Journal of Clinical Psychology, 3,* 11-116. [Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, en R. Fernández-Ballesteros (dir.) (1983).

Gelfand, D. M. y Hartmann, D. P. (1975). *Child Behavior Anaysis and Therapy.* New York: Pergamon Press.

Howe, N. y Ross, H. S. (1990). Socialization, perspective-taking and the sibling relationship. *Developmental Psychology, 26,* 160-165.

Magaz, A. y García, E. (1998). *Perfil de estilos educativos.* Madrid: Grupo Albor-COHS.

Marinho, M. L. (2001). Subsidios ao terapeuta para análise e tratamento de problemas de comportamento em crianzas: quebrando mitos. En M. L. Marinho y V. E. Caballo (dirs.), *Psicología clínica e da saúde*. Londrina: UEL/APICSA.

McIntosh, E. G. (1985). Development of a scale to assess jealousy behaviours. *Perceptive and Motor Skills, 67,* 554.

McMahon, R. J. (1993). El entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-471). Madrid: Siglo XXI.

Moos, R. y Moos, B. (1981). *Family Environment Scale Manual.* California: Consulting Psychologists Press.

Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento,* 115-145. Madrid: Pirámide.

Olivares, J. y Rosa, A. I. (2001). *Inventario de conductas en niños*. Documento mimeografiado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.

Olivares, J. y Rosa, A. I. (2002). *Pautas de una entrevista clínica conductual para niños y adolescentes*. Documento mimeografiado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.

Ortigosa, J. M. (1999). *El niño celoso*. Madrid: Pirámide.

Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria.* Valencia: Alfaplús.

Polaino-Lorente, A. (1991). *Hijos celosos*. Barcelona: CEAC.

Serrat, C. (1985). Cuestionario de Intercambio de Conductas. En M. Costa y C. Serrat (eds.), *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza.

Stocker, C. M. y McHale, S. M. (1992). The nature and family correlates of preadolescent's perceptions of their sibling relationship. *Journal of Social and Personal Relationships, 9, 179-195.*

Stora, R. (1980). *El test del árbol*. Barcelona: Paidós.

Toub, G. S. (1978). A rapid assessment procedure for mother-child interventions. *Journal of Clinical Child Psychology, 4,* 342-352. [Adaptación española experimental, Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, en R. Fernández-Ballesteros (dir.) (1983).]

Volling, B. L. y Belsky, J. (1992). The contribution of mother-child and father-child relationships to the quality of sibling interactions: A longitudinal study. *Child Development, 63,* 1209-1222.

Wagner, V. S., Hunter, S. y Boelter, D. (1988). Sibling rivalry and the systemic perspective: Implications for treatment. *Journal of Strategic and Systemic Therapies, 7,* 67-71.

© Ediciones Pirámide

APÉNDICES

Escala de valoración de la conducta en niños (Olivares y Rosa, 2001)

A continuación encontrará una lista de conductas o formas de comportarse de los niños. Marque de acuerdo a la frecuencia en que aparezcan actualmente o en los últimos 2 meses

	1 (Nunca)	2 (Rara vez)	3 (A veces)	4 (A menudo)	5 (Siempre)	¿Es para usted una conducta problema?	
						Sí	No
Actúa como si fuese más pequeño de su edad							
Discute mucho							
No finaliza las tareas que comienza							
Se comporta como el sexo opuesto							
Desafía, contesta mal							
No puede concentrarse, ni prestar atención							
Llora mucho							
Es inquieto, nervioso							
Sueña despierto							
Reclama mucha atención							
Destruye sus cosas							
Destruye las cosas de los demás							
Es desobediente							
Es solitario							
Tras comportarse mal, no parece mostrarse culpable							
Es celoso							

© Ediciones Pirámide

	1 (Nunca)	2 (Rara vez)	3 (A veces)	4 (A menudo)	5 (Siempre)	¿Es para usted una conducta problema?	
						Sí	No
Tiene miedos							
Se queja de que nadie le quiere							
Expresa que le tienen manía							
Participa mucho en peleas							
Es propenso a los accidentes							
Se junta con niños que tienen problemas							
Es muy impulsivo							
Miente							
Tiene tics							
Es excesivamente conformista con las normas							
Tiene dificultades en el aprendizaje							
Se siente inseguro							
Se siente excesivamente culpable							
Tiene problemas físicos sin causa médica. Especificar							
Se autoagrede							
Prefiere estar con niños mayores de su edad							
Prefiere estar con niños menores de su edad							
Rehúsa hablar							
Presenta compulsiones							
Se siente fácilmente avergonzado o molesto							
Se comporta irresponsablemente							
Es tímido							

© Ediciones Pirámide

	1 (Nunca)	**2 (Rara vez)**	**3 (A veces)**	**4 (A menudo)**	**5 (Siempre)**	**¿Es para usted una conducta problema?**	
						Sí	**No**
Es colérico							
Presenta rápidos cambios en el humor							
Está falto de energía							
Está triste, infeliz							
Se preocupa en exceso por agradar							
Le da miedo cometer errores							
No le gusta asearse							
Pierde tiempo en vestirse							
Pierde tiempo en la comida							
Rehúsa hacer lo que se le pide							
Crea problemas al acostarse							
No obedece las normas de casa							
Contesta a los adultos							
Pega a sus padres							
Pega a sus hermanos							
Moja la cama							
Utiliza alcohol o drogas							
Rehúsa ir a la escuela							
No le gusta asearse							
Habla de matarse							
Tiene ideas extrañas							
Come demasiado							
Dice groserías							
Otras							

© Ediciones Pirámide

Cuestionario para valorar los conocimientos de los padres respecto de los principios que rigen el comportamiento de sus hijos[1]

Conteste a las siguientes cuestiones, atendiendo a lo que usted considere más adecuado

	Sí	No lo sé	No
1. Cuando un niño se porta mal es ¿porque ha nacido así?, ¿lo ha heredado?			
2. Si un niño se porta mal, hay que llevarlo al médico porque los padres no pueden hacer nada para que se porte bien.			
3. Mi hijo se comporta del mismo modo, reciba premios o castigos.			
4. Si le mando a mi hijo que haga algo y no lo hace, ¿le he de castigar?			
5. Mi tarea como padre o madre consiste en dejar que mi hijo/a desarrolle todo lo que lleva dentro			
6. Debo premiar mucho a mi hijo porque ya bastante lo castigan fuera de casa.			
7. Si su hijo se porta muy mal, ¿por mucho que se intente no puede lograrse que se porte mejor?			
8. Si en una casa los padres gritan y castigan, ¿los hijos gritarán y castigarán?			
9. A veces, sin querer, le he enseñado cosas a mi hijo que no están bien, como pegar o tener miedo.			
10. Una persona se porta mal porque se le ha enseñado a portarse así.			
11. Si cuando un niño hace algo bien, nosotros le damos un premio o una alabanza. ¿Cree que esa acción que ha hecho la volverá a hacer en el futuro?			
12. Cuando un niño llora y usted lo coge, ¿cree que le está enseñando a llorar al niño?			
13. Si su hijo/a llora y usted no le hace caso, ¿cree que terminará por no llorar?			
14. Los hijos deben portarse bien. Por ello, hay que dejarlos estar cuando se porten bien y llamarles la atención o castigarles cuando se porten mal.			
15. Si un niño/a hace mal una cosa, lo mejor es darle un cachete. Un cachete a tiempo evita muchos disgustos.			

[1] Olivares, Méndez y Macià (1993).

© Ediciones Pirámide

	Sí	No lo sé	No
16. La mayoría de los miedos que tenemos son miedos que hemos aprendido, o que nos han enseñado a tener a lo largo de nuestra vida.			
17. Un premio es más valioso cuanto más pronto se recibe.			
18. Si su hijo realiza por primera vez una acción que usted desea que haga, pero no la hace muy bien, ¿tiene que decirle que no lo ha hecho bien y que debe esforzarse?			
19. Si su hijo hace algo bien y yo no le premio, ¿lo hará menos veces?			
20. Si la madre dice al niño: ¡Calla!, y el niño no hace caso, el niño está enseñando a la madre a decir ¡Calla!			
21. Si un hijo le dice que le duele la cabeza y usted le cuida y le mima, ¿usted le está enseñando a que diga que le duele la cabeza?			
22. ¿Las conductas indeseables que realiza mi hijo son imposibles de modificar?			
23. ¿Un niño puede enseñar a su padre a gritar o chillar?			
24. Un niño debe portarse bien, por eso cuando se porta mal hay que recriminarle y hacerle ver su mala conducta.			
25. Castigar a los niños es la forma más efectiva de ayudarles a conseguir un control duradero de su forma de comportarse.			
26. Si un niño es muy inquieto, se le debe llamar la atención cada vez que se levante, para recordárselo.			

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso infantil de depresión mayor

9

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ CARRILLO
JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ
MIREIA ORGILÉS AMORÓS

1. LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1.1. Caracterización clínica

La depresión infantil es un trastorno psicológico complejo, con dos características principales: estado de ánimo irritable y/o disfórico y desmotivación y disminución de la conducta adaptativa. Otros síntomas son las alteraciones del apetito (hiperfagia o disminución del apetito, pérdida/ganancia de peso, o detención del crecimiento normal para la edad del niño), del sueño (insomnio o, con menos frecuencia, hipersomnia), disminución de actividades, bajo autoconcepto, dificultades de concentración, ideas de muerte, etc.

Los criterios más utilizados para el diagnóstico de depresión infantil son los propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2000). Los criterios propuestos por Weinberg et al. (1973) (tabla 9.1) tratan de operativizar específicamente el diagnóstico de depresión en la infancia. Según el DSM-IV-TR, para su diagnóstico se requiere una duración mínima de los síntomas principales, que deben presentarse con frecuencia prácticamente diaria al menos durante catorce días. Los síntomas provocan cambios respecto al nivel de actividad que previamente tenía el niño, malestar significativo, tanto en lo social o en el ámbito escolar u otras áreas de la vida del menor. La información por parte del niño suele ser suficiente para identificar el síntoma, salvo el enlentecimiento o agitación motora, en los que se requiere la verificación por parte de observadores adultos. Conforme varía la edad, también lo hacen los sistemas de respuesta predominantes y las repercusiones (Méndez, 1999). Así, durante la infancia la depresión afecta a nivel personal (malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro de las relaciones padre-hijo), escolar (descenso del rendimiento académico) y social (aislamiento); y predominan las alteraciones psicofisiológicas y motoras. Según pasan los años adquiere más relevancia el sistema cognitivo y surgen dificultades en nuevos ámbitos, como el sexual o el legal.

TABLA 9.1

Síntomas de depresión infantil (Weinberg et al., 1973)

Síntomas principales
I. Estado de ánimo disfórico (melancolía)
a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
b) Cambios en el estado de ánimo, malhumor.
c) Irritabilidad, se enfada fácilmente.
d) Hipersensibilidad, llora fácilmente.
e) Negativismo, resulta díficil de complacer.

© Ediciones Pirámide

TABLA 9.1 *(continuación)*

Síntomas principales
II. Ideación autodespreciativa
a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).
b) Ideas de persecución.
c) Deseos de muerte.
d) Deseos de huir, de escaparse de casa.
e) Tentativas de suicidio.
Síntomas secundarios
III. Conducta agresiva (agitación)
a) Dificultades en las relaciones interpersonales.
b) Facilidad para riñas y pendencias.
c) Poco respeto a la autoridad.
d) Beligerancia, hostilidad, agitación.
e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.
IV. Alteraciones del sueño
a) Insomnio inicial.
b) Sueño inquieto.
c) Insomnio tardío.
d) Difícil despertar por la mañana.
V. Cambios en el rendimiento escolar
a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, pobre concentración, escasa memoria.
b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
c) Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares.
VI. Socialización disminuida
a) Menor participación en grupo.
b) Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable.
c) Retraimiento social.
d) Pérdida de intereses sociales habituales.
VII. Cambio de actitud hacia la escuela
a) Pérdida de placer en actividades escolares.
b) Negativa o rechazo a ir a la escuela.
VIII. Quejas somáticas
a) Cefalalgias no migrañosas.
b) Algias abdominales.
c) Mialgias.
d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.
IX. Pérdida de la energía habitual
a) Pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares.
b) Disminución de la energía, fatiga física y/o mental.
X. Cambios en el apetito y/o peso habituales

1.2. Etiología

Según el modelo socioambiental (Skinner, 1953), la depresión se conceptualiza como un proceso de extinción operante. Cuando los reforzadores ambientales son escasos o sufren una disminución, el sujeto reduce las conductas previamente reforzadas. Asimismo, también suele darse una pérdida de la eficacia de los reforzadores disponibles. Según Lewinshon (1974), las razones de que disminuya la tasa de refuerzo positivo son: *a*) la reducción (en cantidad o variedad) de los eventos reforzantes; *b*) la escasa disponibilidad en el ambiente de dichos refuerzos, y *c*) la existencia de déficits por parte del niño para obtener refuerzos de su entorno, especialmente de tipo social.

Según el modelo de la indefensión aprendida (Seligman, 1975), el niño con depresión se encuentra expuesto a situaciones incontrolables que producen expectativas negativas que interfieren con un aprendizaje de otras conductas adaptativas. Aunque existen diferencias individuales según los distintos estilos atribucionales, los déficits que provoca esta situación son de tipo motivacional (reducción de conductas operantes), cognitivo (dificultad para aprender nuevos comportamientos susceptibles de obtener refuerzo) y emocionales (sentimientos de desesperanza).

El modelo cognitivo de la depresión destaca el papel de los esquemas cognitivos inadecuados, o tendencias determinadas durante la infancia que condicionan la forma de interpretar las situaciones a las que se va enfrentando el sujeto. Estos esquemas se activan de forma cotidiana, generando distorsiones cognitivas, Algunas de ellas son la generalización, el pensamiento dicotómico, la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva o la personalización. Todo ello da lugar a la conocida como tríada cognitiva de la depresión, o la valoración negativa del niño sobre sí mismo («no me sale nada bien»), sobre el mundo («nadie me comprende») y sobre el futuro («nunca volveré a ser feliz»).

1.3. Epidemiología

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en población infantil se estima en torno al

© Ediciones Pirámide

2 por 100 de depresión mayor y entre el 4 y el 7 por 100 de distimia (Doménech y Polaino-Lorente, 1990). La frecuencia de la depresión aumenta con la edad (Doménech, Subirà y Cuxart, 1996). En población adolescente la depresión es más común, cifrándose alrededor del 5 por 100.

Según la APA (2000), el trastorno depresivo mayor afecta por igual a varones y mujeres antes de la pubertad; sin embargo, en la adolescencia es hasta dos veces más frecuente en chicas que en chicos.

La comorbilidad en la depresión infantil es elevada. Los diagnósticos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad, trastornos externalizados (agresividad, conducta antisocial, etc.) y consumo de sustancias (Méndez, 1999).

1.4. Evaluación y tratamientos recomendados

Según la evidencia empírica, la terapia de conducta es un tratamiento bien establecido para la depresión infantil. Dos de los procedimientos terapéuticos incluidos en esta modalidad, como son el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva, han demostrado ser más eficaces que la atención placebo (Butler et al., 1980). En cuanto a la depresión adolescente, la terapia de conducta y la psicoterapia interpersonal son tratamientos bien establecidos. Por ejemplo, el tratamiento cognitivo-conductual de Brent et al. (1997) o el entrenamiento en habilidades sociales (véase Reed, 1994).

Por otro lado, la psicoterapia interpersonal se ha mostrado más eficaz que la atención placebo (Mufson et al., 1999) y al menos tan eficaz como la terapia de conducta (Fine et al., 1991; Rosselló y Bernal, 1999). Sin embargo, no se dispone de suficientes datos que muestren la eficacia de la terapia familiar sistémica para el tratamiento de este problema.

Méndez et al. (2000) analizaron 20 estudios independientes sobre tratamiento psicológico de la depresión con un total de 704 niños y adolescentes de 9 a 19 años. Se observó que la eficacia del tratamiento era alta en el postest y media-alta en el seguimiento. En un trabajo posterior, Méndez et al. (2002) revisaron 24 estudios con 863 participantes de 7 a 19 años, encontrando una eficacia media del tratamiento psicológico tanto al concluir la intervención como en los seguimientos.

La reestructuración cognitiva con niños mayores de diez años es una técnica probablemente eficaz (Butler et al., 1980), al igual que el entrenamiento en habilidades sociales, más eficaz que la atención placebo tanto en depresión infantil (Butler et al., 1980) como en depresión adolescente (Reed, 1994).

Con el objetivo de examinar las variables predictoras de la mayor eficacia del tratamiento, Reinecke, Ryan y Dubois (1998) integraron en un meta-análisis los resultados de 8 estudios que comparaban tratamientos cognitivo-conductuales con un grupo de control. Se comprobó cómo la eficacia del tratamiento al finalizar era elevada, decreciendo a un nivel medio tras seis meses de seguimiento.

Otros datos interesantes derivados de las investigaciones meta-analíticas resaltan que ni la edad ni el tipo de trastorno del estado de ánimo predice la respuesta al tratamiento. Sin embargo, la gravedad del trastorno es un predictor relevante, encontrándose que el tratamiento es menos eficaz con muestras clínicas (Clarke et al., 1999; Reed, 1994). Los tratamientos intensivos y breves son más eficaces. El ensayo de Clarke et al. (1999) sugiere, por el contrario, que a mayor cantidad de tratamiento, mayor recuperación. Respecto al formato de aplicación del tratamiento, la intervención grupal es tan eficaz como la individual, aunque los resultados son mejores si la terapia se realiza con grupos pequeños.

Existen varios tratamientos protocolizados basados en técnicas eficaces (Espada, Méndez y Orgilés, 2004). Uno de ellos es el curso *Adolescent coping with depression course (Curso de afrontamiento de depresión para adolescentes)* de Clarke, Lewinsohn y Hops (1990), y otro es el programa *Action (Acción),* basado en el autocontrol, de Stark y colaboradores, para la depresión infantil (Stark y Kendall, 1996; Stark et al., 1996). Ambos protocolos se consideran tratamientos probablemente eficaces para la depresión y la distimia, según los

© Ediciones Pirámide

criterios de la *Task Force*. La terapia interpersonal también es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión adolescente; sin embargo, el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-conductual, puesto que se dispone de más evidencia sobre su eficacia (Méndez y Espada, 2001; 2002; Méndez et al., 2002; 2003).

El programa emoción-acción-cognición, de Méndez (2002) es un tratamiento cognitivo-conductual basado en los protocolos de Stark y de Lewinshon. Consta de tres componentes: *a*) educación emocional, con el fin de enseñar a reconocer y discriminar las emociones. Se realiza mediante fichas y juegos terapéuticos; *b*) actividades agradables, donde se seleccionan menús de actividades reforzantes y se planifica su realización, y *c*) reestructuración cognitiva, dedicada a detectar pensamientos depresógenos y a combatirlos sustituyéndolos por interpretaciones más racionales. La detección se realiza mediante autorregistros sencillos y el cuestionamiento o puesta en duda mediante narraciones y grabaciones didácticas (Méndez, 2002, pp. 230-231).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Pedro tiene 11 años y 10 meses de edad y cursa primero de ESO en un centro público. Es hijo único, su padre es propietario de una pequeña empresa de calzado y su madre es ama de casa. La familia reside en una casa de campo a las afueras de una pequeña población de la provincia de Alicante. Tienen un nivel sociocultural medio-bajo.

2.2. Motivo de consulta

Los padres de Pedro lo traen a consulta por recomendación de su pediatra. Se queja de dolores de cabeza y de estómago, está más irritable y desobediente que nunca, llora con frecuencia y está empezando a tener malos resultados escolares. Tras consultar con su médico, se descartaron problemas físicos que pudieran causar esos síntomas, por lo que se decidieron a consultar con un psicólogo.

2.3. Evaluación

Para la evaluación del caso se emplearon distintas modalidades de entrevista, instrumentos de autoinforme, observación y autoobservación.

2.3.1. *Entrevistas*

a) Entrevista a los padres

En la primera sesión se administró a los padres la «Entrevista general para niños», del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Miguel Hernández. La anamnesis no arrojó problemas de desarrollo de significación. El parto fue complicado, porque el niño «tragaba sangre» y le tuvieron que hacer cesárea a la madre. No presentó problemas de psicomotricidad, lenguaje ni retención de esfínteres. Tampoco sufrió accidentes ni intervenciones quirúrgicas de importancia, salvo una hospitalización a los cuatro años a causa de una gastroenteritis.

Pedro ha recibido tratamiento médico (actualmente Lexatín; en el pasado, Neurotín y Diazepam). Su madre considera que sigue una dieta alimenticia equilibrada, aunque no en la actualidad. Suele dormir entre 9 y 10 horas, y levantarse descansado.

Sus relaciones sociales se centran en los primos. No tiene actualmente un grupo estable de amigos. Inició la escolarización a los 4 años. Esa etapa fue problemática porque Pedro se negaba a ir al colegio. Sus padres lo consideran un buen estudiante. Ellos se muestran exigentes respecto a las calificaciones, sin que esto llegue a provocar ninguna situación desagradable. Dicen que Pedro «es de notables y sobresalientes, y sin tocar mucho los libros». Mantienen que el niño pierde mucho tiempo con los trabajos de clase, y por ello no le queda tiempo para las actividades de ocio.

Según cuentan los padres, el problema se originó seis años antes, cuando Pedro cursaba primero de Primaria. En aquella época Pedro empezó a quejarse de que le pegaban algunos compañeros de

© Ediciones Pirámide

colegio. Llegaba llorando a casa con frecuencia quejándose de ello, pero tanto sus padres como la profesora no le dieron importancia, pensando que «eran cosas de críos». Con el tiempo los padres descubrieron que realmente «algunos gamberros» se dedicaban a amenazar y a acosar a Pedro en el colegio. Esta situación se mantuvo durante toda la etapa de Educación Primaria. En todo ese tiempo, los padres habían intentado por todos los medios detener esa situación. Cuando hablaron con el director del colegio hubo un cambio y en el resto de curso ya no volvieron a tener queja por parte de Pedro. Los años siguientes la situación se tranquilizó; sin embargo, durante el curso presente volvió a agudizarse la situación. Un día Pedro llegó llorando a casa diciendo que «entre dos o tres me quieren tirar por las escaleras del colegio». Otro día la profesora presenció cómo al acudir Pedro a su mesa, un compañero le pegó un empujón, haciendo que tropezara con el escritorio de la maestra.

Los padres llegaron a denunciar ante la Guardia Civil las amenazas y agresiones recibidas por su hijo, pero los padres de los presuntos agresores no sólo no buscaron ningún cambio, sino que se encararon con ellos. Ante esa situación, la madre de Pedro decidió llevar y recoger a su hijo al colegio. Esa situación provocó también las burlas de los compañeros, que les seguían a ambos insultándoles, y tiraban piedras contra las ventanas de su casa una vez se encontraban dentro.

Este año, Pedro cambió de colegio, al pasar de ciclo. El nuevo instituto generó optimismo en el niño, que comenzó el curso ilusionado. Sin embargo, aunque los «matones» no iban al nuevo instituto, Pedro coincidió en clase con una niña que iba al otro colegio, que advirtió a sus compañeros de que «si alguien se mete con Pedro enseguida viene su madre» y que contaba cómo en el colegio era objeto de las burlas. Esto volvió a generar en el niño rechazo a ir a clase y aparecieron de nuevo los sentimientos de tristeza. Desde hacía tres semanas Pedro se negaba a comer, se mostraba agresivo en casa, insultando y pegando a sus padres cuando se enfadaba por algo. Se quejaba de dolor de cabeza, lloraba desconsolado y decía que se iba a morir. Sus padres también observan que ha descuidado sus tareas escolares, apenas estudia y parece haber perdido toda motivación. En los últimos días se resistía a ir a clase, y aunque sus padres le han insistido mucho, algunos días les había resultado imposible que entrara al centro.

b) Entrevista a Pedro

Pedro nos confirmó en la entrevista toda la información aportada por sus padres. Aunque tiene una actitud colaboradora en todo momento, se muestra tímido, cabizbajo y habla en voz muy baja. En ocasiones también bosteza, frotándose los ojos y suspirando. Se dedicó la primera parte de la entrevista a ganarnos su confianza, dejándole tiempo para habituarse a la situación terapéutica. Tras conversar sobre unos dibujos que había estado haciendo y bromear con él, conseguimos arrancarle una media sonrisa. Llamaba la atención su inexpresividad y enlentecimiento motor. Le explicamos en qué consistía el trabajo de un psicólogo, resaltando que nuestro objetivo era ayudarle a solucionar sus problemas. Él los centra en que se encuentra muy preocupado por si en el instituto se repite la misma situación que vivió el curso anterior. Le vienen recuerdos de sus compañeros insultándole y eso le hace no tener ganas de ir a clase. Piensa que de un momento a otro puede darse la situación. Se queja especialmente de molestias estomacales, cefaleas y cansancio. Cuando le preguntamos por los motivos por los que ha faltado al instituto, nos cuenta cómo su compañera del antiguo colegio le había amenazado con contar a todos que era un «gallina» y que tenía que defenderlo su madre. Reconoce que cuando alguna vez le han invitado a un cumpleaños o a salir en bici por el pueblo lo ha evitado «porque no quiero encontrarme a aquéllos y que me peguen». Luego se enfurece y dice que «a ésos les tengo que pegar yo porque me han amargado la vida».

c) Entrevista al tutor

Mantuvimos una primera entrevista telefónica con el tutor de Pedro, con el fin de completar la información sobre su comportamiento y acordar pautas de actuación con él. Su tutor nos confirma

© Ediciones Pirámide

lo relatado por el niño. Al principio de curso comenzó motivado, pero en la actualidad había bajado notablemente su rendimiento y concentración en clase. Señala que se trata de un niño con pocas amistades. Según ha observado, se muestra «puntilloso» con los demás, no le gusta que le contradigan y no tolera bien las bromas aunque sean bienintencionadas. Según el tutor se trata de un niño algo sobreprotegido, lo que le dificulta una buena integración con sus compañeros.

2.3.2. *Autoinformes*

a) Escala de autoconcepto forma A (AFA; Musitu, García y Gutiérrez, 1991)

Este test ofrece una estimación total del autoconcepto, proporcionando además puntuaciones en las subescalas de autoconcepto académico, social, emocional y familiar. Se aplicó la versión íntegra de la escala, compuesta por 36 elementos con tres alternativas de respuesta.

La puntuación total en la prueba fue de un centil 60, destacando por ser más bajas la puntuaciones en la escala social (centil 40), y emocional (centil 50). El análisis cualitativo de las respuestas resulta también de interés. Así, Pedro respondía «Siempre» a los ítems «La gente me tiene manía», o «Soy violento con mis amigos y familiares, y «Nunca» a los ítems «Consigo fácilmente amigos», o «Me gusta mi forma de ser».

b) Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAI-C; Spielberger, 1973)

El STAI-C se dirige a niños de 9 a 15 años, y niños menores con una capacidad de lectura y comprensión suficientes. El tiempo de aplicación oscila entre los 15 y los 20 minutos. Está compuesto por 40 elementos con tres alternativas de respuesta, 20 para la escala ansiedad-rasgo y otros 20 para la ansiedad-estado. La versión española del STAI-C tiene un elevado coeficiente de fiabilidad (0,85-0,89) y de validez concurrente (0,75). Las puntuaciones de Pedro en la evaluación pretest fueron de 70 en ansiedad estado y 80 en ansiedad rasgo.

c) Inventario de depresión para niños (CDI; Kovacs, 1992)

El CDI es un inventario que mide la sintomatología depresiva en niños de 7 a 15 años de edad. Se dirige tanto a población general como clínica. Está compuesto por 27 elementos con tres alternativas de respuesta y puede aplicarse de forma individual o colectiva. La duración de la aplicación oscila entre los 10 y 20 minutos. El rango oscila de 0 a 54 puntos y el punto de corte es de 19, aunque se puede bajar hasta 11. Su consistencia interna es de hasta 0,94, y una validez convergente de 0,84. En la evaluación previa al tratamiento Pedro alcanzó una puntuación directa de 24 puntos.

d) Escala de áreas de conductas problema (EACP; García y Magaz, 2000)

Esta escala está diseñada para identificar niños con problemas en cuatro áreas: adaptación social (agresividad o retraimiento), rendimiento escolar, atención y ansiedad. Contiene dos instrumentos según respondan los padres o los maestros del niño evaluado. Tiene un total de 55 elementos con cuatro opciones de respuesta. En el manual de referencia se aportan los datos sobre su fiabilidad, consistencia interna, validez de contenido y validez discriminante.

Administramos a los padres la versión de la prueba centrada en el ámbito familiar. En la evaluación pretest se observa cómo Pedro alcanza puntuaciones altas en retraimiento (centil 90), ansiedad (centil 90) y agresividad (centil 80), y bajas en atención (centil 10) y rendimiento escolar (centil 20).

2.3.3. *Observación y autoobservación*

Se pidió a los padres que realizaran un seguimiento de diferentes variables de la conducta de Pedro. Registraban diariamente el estado anímico que observaban en su hijo, anotando si lo veían llorar, si se quejaba y su grado de motivación. También registraban los episodios de desobediencia, indicando la situación, la intensidad y la duración de la rabieta. Apuntaban el tiempo de estudio y el

© Ediciones Pirámide

dedicado a practicar actividades agradables. Por último, registraban cada día las horas de sueño y alimentación de su hijo.

En la evaluación pretest se observó que Pedro lloraba prácticamente a diario, se quejaba con la misma frecuencia, protestaba por la comida, pasaba dos horas estudiando, pero según su madre «mirando al techo», y dormía las mismas horas que siempre, aunque con ayuda de medicación.

Por otro lado, pedimos a Pedro que escribiera un autorregistro de pensamientos, distinguiendo la situación desencadenante, la cognición y las emociones resultantes. En el curso de la terapia se añadieron otros autorregistros, como el de actividades agradables, o una gráfica de su propio rendimiento escolar.

Análisis topográfico

Las manifestaciones de un bajo estado de ánimo se daban de forma continuada, con una inhibición conductual y desmotivación permanentes. Solía llorar diariamente, además de protestar por casi todo. Las quejas somáticas se daban también a diario, al igual que el rechazo a ir a clase. En la última semana había faltado tres días al instituto. Los episodios de desobediencia pasiva o activa en casa eran igualmente muy frecuentes, dándose hasta seis rabietas al día de intensidad muy alta (véase la figura 9.3). Las entrevistas clínicas pusieron de manifiesto que Pedro reunía los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR de depresión mayor.

Análisis funcional

Como antecedente histórico del problema, durante varios cursos académicos Pedro había sido víctima de una situación de acoso escolar que le hizo aislarse socialmente, asociar negativamente el colegio al malestar que le originaba el acoso, provocando una disminución de su autoestima. Aunque en el momento actual la situación ya no persistía, había una serie de variables estimulares que elicitaban la respuesta problema. Los estímulos (E) generadores de dichos comportamientos son de tipo social (agresores, situaciones sociales conflictivas, bromas de los compañeros, etc.), físico (ambiente escolar) y también surgen mediante pensamientos de tipo anticipatorio (imaginar que ese día van a burlarse de él) o recuerdos de situaciones pasadas.

Las conductas problema (R) podemos definirlas, a nivel cognitivo, como preocupación a ser agredido física o verbalmente, ideas negativas sobre sí mismo y el futuro. En el sistema motor, las respuestas son conductas de evitación de situaciones escolares, inhibición conductual, rabietas con sus padres y verbalizaciones negativas. A nivel psicofisiológico, las respuestas son: dolor de cabeza, molestias abdominales, fatiga, llanto, pérdida de apetito, falta de concentración.

Las consecuencias (C) inmediatas de las respuestas problemáticas son el cese de la ansiedad escolar cuando evita asistir a clase, o de las preocupaciones sobre posibles agresiones cuando se queda en casa en lugar de salir en su tiempo libre. Las

TABLA 9.2

Análisis funcional

Estímulos desencadenantes
- Instituto.
- Situaciones sociales.
- Recuerdos de episodios negativos.
- Tareas escolares.

Variables de respuesta
- Sentimiento de tristeza.
- Conductas agresivas: insulta y pega a sus padres.
- Pesadillas.
- Pensamientos de ira: «a ésos los mato».
- Pensamientos de tristeza: «la tienen tomada conmigo», «no tengo amigos».
- Cefaleas.
- Llanto.
- Verbalizaciones negativas: «me voy a morir».
- Pérdida de apetito.
- Temor de nuevos abusos por parte de compañeros.
- Temor a quedar en ridículo ante sus compañeros.
- Rechazo activo y pasivo a ir al instituto.

Consecuencia
- Inhibición conductual.
- Inasistencia a clase.
- Aislamiento social.

© Ediciones Pirámide

conductas de desobediencia y las rabietas se refuerzan positivamente por la atención social de sus padres y por las contingencias en forma de evitar tareas caseras o conseguir ganancias (videojuegos, televisión, etc.). La inhibición conductual proporciona la pérdida de oportunidades de obtener refuerzo de tipo social, académico o de posibles actividades gratificantes.

A medio y largo plazo, el problema tenía importantes repercusiones negativas para Pedro: a nivel escolar estaba retrasando su aprendizaje y aumentaba el riesgo de suspender, a nivel familiar se habían deteriorado las relaciones con sus padres, creándose un ambiente en casa de tensión y enfados a diario. A nivel personal aumentaba el aislamiento social de Pedro, y se intensificaban sus sentimientos de tristeza y baja autoestima.

2.4. Tratamiento

2.4.1. *Objetivos del tratamiento*

Establecimos los objetivos de la intervención agrupados en cinco áreas problemáticas:

a) Estado de ánimo: sustituir los sentimientos de tristeza y otras manifestaciones de la depresión (llanto, quejas somáticas, problemas del sueño y de la alimentación, inhibición conductual) por sentimientos de alegría, autoeficacia y activación de conductas gratificantes.
b) Rechazo escolar: recuperar la asistencia diaria a clase sin malestar ni resistencia.
c) Problemas de conducta: reducir/eliminar las rabietas, conductas agresivas y desobedientes.
d) Relaciones sociales: mejorar las habilidades sociales de Pedro y aumentar su círculo de relaciones.
e) Rendimiento escolar: aumentar el tiempo de estudio y su aprovechamiento, y mejorar las calificaciones escolares.

Según la prioridad que otorgamos a cada objetivo, se decidió que la primera meta sería la reincorporación a clase, reduciendo la ansiedad que causaba la situación escolar sobre Pedro. Un siguiente paso sería la intervención sobre el estado de ánimo negativo, o los síntomas propios de la depresión. En tercer lugar, se intervendría sobre los problemas de conducta en el hogar.

La intervención consistió en un tratamiento a cuatro niveles:

a) Estado de ánimo: Aplicación del programa PEAC (emoción-acción-cognición) de Méndez (2002), un tratamiento cognitivo-conductual para la depresión infantil y adolescente, basado en los protocolos de Stark y de Lewinshon. Los principales objetivos del programa son: *a*) reconocer diferentes emociones; *b*) identificar las situaciones que provocan emociones; *c*) autoevaluar la intensidad de las emociones; *d*) seleccionar actividades reforzantes potentes; *e*) promover la realización de actividades agradables; *f*) concienciar de la relación entre actividades agradables y estado de ánimo; *g*) detectar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos, y *h*) cuestionar las cogniciones depresógenas y sustituirlas por cogniciones saludables y productivas. Los tres componentes principales del programa son la educación emocional, la planificación de actividades agradables y la terapia cognitiva.
b) Relaciones sociales: Lo complementamos con programa de entrenamiento en habilidades sociales, dado que Pedro presentaba un déficit en cuanto a sus relaciones amistosas, y necesitaba aprender a solventar adecuadamente situaciones conflictivas con los demás.
c) Problemas de conducta: Se incluyó también un componente de entrenamiento a padres para la administración de contingencias de cara al control de los problemas de conducta en casa.
d) Ansiedad escolar: Entrenamiento en el control de la ansiedad.

© Ediciones Pirámide

2.4.2. *Aplicación de las técnicas de intervención*

Se utilizó un diseño A-B con dos momentos de medida, estableciendo una línea base retrospectiva, con el fin de observar la evolución del tratamiento. En la tabla 9.3 se presenta un resumen de las sesiones de tratamiento y la programación de cada una de ellas.

Exposición a la situación escolar

El primer paso de la intervención propiamente dicha consistió en negociar con Pedro su reincorporación al ritmo habitual de clases. Se le hizo entender que los problemas físicos que sentía eran principalmente síntomas de la ansiedad que le producía asistir al instituto. El terapeuta le explicó el funcionamiento de la respuesta de ansiedad, de

TABLA 9.3

Resumen del tratamiento y técnicas utilizadas en cada sesión

Sesión	Objetivos	Programa de la sesión
1.	Realizar la evaluación inicial del caso.	Entrevista inicial con los padres. Recogida de los datos de la anamnesis.
2.	Realizar la evaluación del caso.	Entrevista con Pedro. Administración de pruebas de evaluación.
3.	Devolver la información y discutir el análisis funcional. Mejorar el control de la activación excesiva. Programar el afrontamiento de la situación escolar.	Entrevista con Pedro y sus padres. Entrenamiento en respiración. Entrenamiento en relajación. Exposición en vivo. Entrenamiento de los padres.
4.	(Sesión con los padres) Reducir las conductas disruptivas de Pedro. Incrementar los comportamientos de colaboración.	Entrenamiento de padres. Economía de fichas.
5.	Enseñar a Pedro el mecanismo de la depresión. Enseñar a identificar emociones y valorar su intensidad.	Educación emocional: entrevista y realización de fichas de actividad.
6.	Enseñar a valorar situaciones generadoras de distintas emociones. Incrementar la tasa de refuerzo ambiental.	Educación emocional: entrevista y realización de fichas de actividad. Planificación de actividades agradables.
7.	Incrementar la tasa de refuerzo ambiental. Cuestionar creencias irracionales sobre sí mismo y el futuro. Enseñar a Pedro a identificar pensamientos negativos.	Planificación de actividades agradables. Terapia cognitiva: entrevista sobre pensamientos irracionales y búsqueda de otros alternativos.
8.	Incrementar la tasa de refuerzo ambiental. Enseñar a Pedro a cuestionar sus propios pensamientos negativos.	Planificación de actividades agradables. Reestructuración cognitiva.

© Ediciones Pirámide

TABLA 9.3 *(continuación)*

Sesión	Objetivos	Programa de la sesión
9.	Incrementar la tasa de refuerzo ambiental. Continuar la práctica de cuestionamiento de pensamientos negativos.	Planificación de actividades agradables. Reestructuración cognitiva.
10.	Mejorar las habilidades sociales: conversar.	Planificación de actividades agradables. Entrenamiento en habilidades sociales.
11.	Mejorar las habilidades sociales: opinar a favor.	Planificación de actividades agradables. Entrenamiento en habilidades sociales.
12.	Mejorar las habilidades sociales: opinar en contra.	Planificación de actividades agradables. Entrenamiento en habilidades sociales.
13.	Mejorar las habilidades sociales: expresar sentimientos positivos y negativos.	Planificación de actividades agradables. Entrenamiento en habilidades sociales.
14.	Mejorar las habilidades sociales: defensa de derechos personales.	Planificación de actividades agradables. Entrenamiento en habilidades sociales.
15.	Mejorar las habilidades sociales: defensa de derechos personales.	Planificación de actividades agradables. Entrenamiento en habilidades sociales.
16.	Realizar evaluación postest. Prevenir posibles recaídas. Prescribir pautas de mantenimiento.	Administración de pruebas de evaluación. Pautas de mantenimiento de los logros.

forma que Pedro comprendiera cómo sus pensamientos anticipatorios cuando se dirigía al instituto le hacían ponerse cada vez más nervioso. Le indicamos que si aprendía a controlar la intensidad de su activación y sus pensamientos negativos sería capaz de asistir a clase sin pasarlo mal.

Practicamos la respiración profunda, marcando el terapeuta los ritmos de cada inspiración y espiración. Tras unos minutos, Pedro reconoció sentirse más calmado que al inicio. Le pedimos que como tarea en casa practicara los ejercicios respiratorios a diario, para lo que se le entregó una ficha de registro.

Para el control de los pensamientos negativos relacionados con la escuela tuvimos previamente que presentar una síntesis del modelo «ABC» para que Pedro comprendiera el papel de las cogniciones en el estado emocional. Aunque este objetivo se trataría más adelante para abordar la sintomatología depresiva, se inició el entrenamiento en esta sesión, con el fin de controlar los pensamientos negativos sobre el colegio y ayudar a la reincorporación. Le expusimos mediante un ejemplo futbolístico (Pedro era un gran aficionado) el modelo «ABC» (tabla 9.4).

A continuación negociamos con sus padres que la incorporación a las clases debía ser inmediata, y les pedimos que extinguieran las quejas somáticas de Pedro cuando fueran de camino al instituto y evitaran regañarle sobre ese tema. La madre quedó encargada de registrar cada día las conductas de Pedro a la hora de ir a clase.

© Ediciones Pirámide

TABLA 9.4

Explicación a Pedro del modelo A-B-C

Imagina esta situación (A): Queda un minuto para el final del partido del Real Madrid y el árbitro pita penalti. Raúl debe lanzar a puerta. Imagina que piensa (B): «Seguro que el portero detiene el balón», o «Estoy poco entrenado y puede que el balón no vaya con la suficiente fuerza»... ¿Cómo crees que se sentirá? Probablemente esos pensamientos le hagan ponerse más nervioso aún, su pierna temblará y en el momento de chutar puede fastidiarla por haber pensado así (C). Bien, pues ¿cómo crees que podría él haber lanzado con más confianza y sentirse seguro de sí mismo? ¡Pensando diferente! Él no podía elegir la situación (A), pero su sentimiento de inseguridad (C) dependía de algo que sí que era capaz de elegir: sus pensamientos (B). ¿Qué crees que habría pasado si hubiera pensado «Soy el mejor, he metido muchos penaltis como éste?», o «Voy a lanzar fuerte por la escuadra y engañaré al portero»? Esos pensamientos (B) sobre sí mismo y sobre la situación le ayudarán a sentirse seguro (C) y posiblemente así disparará un buen penalti.

Educación emocional

Este componente tiene el objetivo de enseñar al niño que existen diferentes emociones, como la alegría, que son positivas, y otras como la ansiedad o la tristeza que son desagradables. Se pretende también que el niño identifique las situaciones que pueden provocar cada emoción, y aprenda a analizar las emociones que en ocasiones pueden solaparse, siendo también capaz de discriminar su intensidad en cada situación. Para ello, realizamos con Pedro en primer lugar la i*dentificación emocional,* o el reconocimiento y discriminación de emociones. Se pone en práctica mediante entrevistas, fichas y juegos terapéuticos. En esta sesión cumplimentamos la ficha «Los cestos de manzanas», que enseña a diferenciar emociones y a graduar cualitativamente la intensidad, cómo estar triste es menos que estar deprimido. Al mismo tiempo, facilita la comunicación sobre emociones entre el niño y el terapeuta. En segundo lugar, pedimos a Pedro que probara a *autoevaluar sus emociones,* mediante la tasación de la intensidad de las emociones, que se efectúa mediante escalas de estimación numéricas (véase como ejemplo la figura 9.1, que muestra la ficha «Ésta es tu vida»).

Planificación de actividades agradables

Elaboración del plan de actividades

El terapeuta explicó a Pedro la lógica de esta estrategia, destacando el efecto positivo de las actividades agradables sobre el comportamiento, el pensamiento y el sentimiento. En esta sesión, y a partir de las respuestas de Pedro en la «Lista de eventos placenteros», elaboramos con él un plan de actividades agradables. Se completó la información sobre posibles actividades gratificantes mediante la entrevista, el informe de los padres y la observación. El plan incluyó actividades sociales, como quedar con un amigo; productivas, como ayudar a su padre a limpiar la moto; físicas, como pasear en bicicleta, y de éxito, realizando actividades en la que pudiera destacar, como dibujar.

Aplicación del plan de actividades agradables

Partimos de un nivel base de actividades agradables, que en el momento inicial era muy bajo. Pedro había dejado la mayoría de ocupaciones que antes realizaba, por lo que la variable *tiempo dedicado a actividades gratificantes* era, como promedio, de 40 minutos al día. Los sábados solía ayudar durante un rato a su padre a revisar la motocicleta (grado de placer = 7) y media hora al día viendo la televisión (grado de placer = 6).

En la aplicación del plan de actividades se pretende que el niño aumente progresivamente en número (variedad) y tiempo (duración), más que en resultados (por ejemplo, pasear en bici quince minutos, treinta minutos, una hora, en lugar de un kilómetro, dos, etc.).

Proponemos la realización de actividades como tareas para casa, dándole a Pedro una plantilla de autorregistro para que anotara el cumplimiento del plan (véase la tabla 9.5). Para tratar de garantizar

© Ediciones Pirámide

Ésta es tu vida

Nuestros aciertos los escribimos en la arena. Sopla el viento y los borra. Nuestros errores los grabamos a fuego sobre una placa de acero inoxidable. Su recuerdo nos persigue y atormenta.

Cuando te dices a ti mismo «soy un fracaso», reconoces implícitamente que toda tu vida ha sido un cúmulo de errores sin ningún acierto. FALSO.

Perfecto, un muchacho de catorce años (la edad del niño), pensaba que era una calamidad. Compuso dos listas, una con los aciertos y otra con los errores de su vida. El resultado fue sorprendente.

Aciertos

— Me eligieron delegado de curso varios años.
— Salí como uno de los más populares de mi clase en un test que nos pasaron.
— He aprobado siempre en junio.
— Me he sacado el carné de moto.
— Ganamos un concurso escolar de mi comunidad autónoma.
— Fui de la selección de voleibol de mi clase.
— Siempre he tenido buenos amigos.
— Me llevo bien con mis padres.

Errores

— A veces me peleo con mi hermano.
— Una vez suspendí química.
— Nos quedamos los décimos en el campeonato provincial de balonvolea (sólo participaron diez equipos).
— Soy despistado.

Ejercicio: Haz tu lo mismo que Perfecto. Sé imparcial. Recuerda que cuando estamos deprimidos tendemos a destacar los errores y a olvidar los aciertos. Un acierto no significa ser perfecto. Si en tu clase sois 30 y tú eres del equipo de baloncesto eso es un logro, aunque no seas el mejor lanzador a canasta de todos.

Recuerda: Todos hemos realizado multitud de cosas buenas en nuestra vida. Más de las que creemos.

Reproducido de Méndez (2002).

Figura 9.1.—Ficha de reestructuración cognitiva.

una buena adherencia al plan de actividades, pedimos la colaboración de los padres de Pedro, quedando encargados de recordarle las tareas para ese día, facilitarle el cumplimiento y reforzarle cuando las pusiera en práctica.

En las siguientes sesiones se revisaban los siguientes aspectos de esa tarea para casa: *a*) el grado de cumplimiento de las actividades agradables; *b*) el grado de placer experimentado practicando cada actividad, y *c*) el estado anímico al final del día. En las sucesivas entrevistas con Pedro se le reforzaba la realización del plan de actividades y se incrementaba la cantidad y variedad de las mismas. El terapeuta incidía en la relación entre el tiempo dedicado a las actividades reforzantes y el bienestar del día, haciéndole notar a Pedro cómo generalmente éste era mayor los días que había realizado sus actividades. Aunque en las primeras semanas Pedro cumplía «a medias» su compromiso, paulatinamente se consiguió un cumplimiento mayor. Por ejemplo, había retrasado su inicio de las clases de guitarra porque, según él, no le habían podido llevar a la academia a inscribirse, pero tras tratarlo con su madre, inició las clases la semana siguiente.

Reestructuración cognitiva

En esta parte de la terapia, el terapeuta amplió la exposición del modelo A-B-C que ya se había iniciado para abordar la ansiedad al ir a clase. En esta ocasión describimos el funcionamiento de la depresión, detallando la forma y contenido de los pensamientos depresivos. Para ello se utilizan explicaciones verbales, cómics y fichas terapéuticas como «*Un picasso de sentimientos*» (véase Méndez, 2002). En esta ficha, Pedro debía anotar adversidades y contratiempos cotidianos, señalando los pensamientos y emociones que le suscitan. En otras

© Ediciones Pirámide

TABLA 9.5

Registro diario del plan de actividades agradables

Fase 1: Implantación del plan de actividades					
0 = No lo hice **1 = Lo hice, pero no lo pasé bien** **2 = Lo hice y lo pasé bien**					
Actividad	**Número de veces diarias que realizo la actividad**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Leer cómics	1	2	2	2	
Practicar con la guitarra	1	1	1		
Quedar con mi amigo a jugar con la videoconsola	2				

Fase 2: Consolidación del plan de actividades						
Día	**Actividad**	**Tiempo dedicado (minutos)**	**Dificultad (0-10)**	**Estado de ánimo después de la actividad (0-10)**	**Estado de ánimo al final del día (0-10)**	**Observaciones**
Lunes	— Dibujar.	30	4	7	7	
Martes	— Clase de guitarra.	60	6	6	5	
Miércoles	— Dibujar.	15	3		4	Hoy tenía muchos deberes y no tuve tiempo de hacer nada más.
Jueves	— Clase de guitarra. — Escuchar música en mi cuarto.	60 30	6 1	6 6	6	
Viernes	— Ver una película en el cine con mis padres.	120	3	6	7	
Sábado	— Pasear en bici. — Leer cómics. — Jugar con mi amigo a la videoconsola.	20 30 90	3 2 0	6 6 8	8	
Domingo	— Pasear en moto con mi padre. — Pasear en bici con mi primo.	30 30	0 2	8 7	8	

© Ediciones Pirámide

sesiones se trataron con Pedro algunos de los pensamientos negativos, como «todos me tienen manía», «haga lo que haga se meterán conmigo» o «no tengo amigos».

Entrenamiento en habilidades sociales

Se dedicaron seis sesiones de 60 a 90 minutos a la mejora de las habilidades sociales de Pedro. Seleccionamos las habilidades específicas que podían resultar más necesarias para él, abarcando distintos tipos de conversación, hacer amigos, expresión de opiniones y sentimientos (positivos y negativos) y defensa de los propios derechos, incluyendo la defensa asertiva ante posibles provocaciones. Las sesiones de entrenamiento fueron desarrolladas por dos terapeutas que actuaban como modelos, en una sala anexa a la consulta, con espacio para representar las escenas.

Durante las primeras sesiones de entrenamiento en habilidades sociales Pedro se mostraba completamente tímido, apenas decía alguna palabra, solamente cuando el terapeuta se lo pedía para hacer alguna actividad, y solía responder con monosílabos o moviendo la cabeza hacia los lados. Su conducta social presentaba déficit tanto a nivel verbal (por ejemplo, uso de monosílabos) como no verbal (por ejemplo, tono de voz bajo, mirada hacia el suelo, poca expresividad). El primer objetivo marcado en cuanto a su conducta no verbal fue que mantuviera el contacto visual. Para ello, antes de cada ejercicio, le avisamos que debía mirar a los ojos y se le reforzaba cuando lo hacía.

Cada sesión seguía la misma estructura: *a*) explicación y diálogo sobre la habilidad a entrenar (fase educativa); *b*) práctica mediante representación de papeles, y *c*) tareas para casa.

En la parte dedicada a la discusión sobre la habilidad a mejorar se utilizaban explicaciones y ejemplos para ilustrar diferentes maneras de realizar esa conducta social. En la parte de representación de papeles se seguía el siguiente proceso: modelado de la habilidad por parte del terapeuta, instrucciones para que Pedro realizara correctamente la escena, representación de la escena, refuerzo positivo de los aspectos adecuados de su representación y retroalimentación para mejorar. Por ejemplo, en la primera sesión del entrenamiento, dedicada a la habilidad para conversar, se practicó: *a*) distintas formas de presentarse; *b*) empezar, mantener y terminar una conversación, y *c*) hacer preguntas.

Durante la realización de las escenas, Pedro se mostraba preocupado por si no decía bien su papel o si se equivocaba. Se le notaba tenso y en ocasiones se quedaba en blanco. El terapeuta le quitaba importancia a ese hecho y le aclaraba que podía decir cualquier otra cosa sin ceñirse al guión necesariamente. La tarea para casa que le mandamos fue que para la siguiente sesión debía mantener una conversación con una persona que no fuera de su familia. Se le recalcó la importancia de realizar cada actividad que se le mandara y aceptó realizarla.

Las siguientes sesiones se dedicaron a mejorar la habilidad de dar opiniones, tanto a favor (elogiar a alguien por algo) como en contra (realizar críticas constructivas). Primero conversamos con él sobre distintas formas de opinar. Le dijimos que se puede negociar con la persona, se puede pedir perdón si pensamos que no hemos hecho algo bien, se puede pedir «por favor», se pueden dar las «gracias» y, muy importante, si algo no nos parece bien de otra persona y queremos decírselo, la mejor manera es utilizando la primera persona del singular, «yo», en vez de la segunda, «tú», es decir, «yo no me siento bien de esta forma», en vez de decir, «tú me haces sentir mal». De esta manera no echamos la culpa de nada a la otra persona y damos nuestra opinión de mejor forma. Al explicarle todo esto le pusimos ejemplos y a continuación realizamos *role-playing* de las siguientes situaciones:

— Conoces a alguien que te cae muy bien y se lo dices.
— Te encuentras a un amigo en una fiesta que va muy bien vestido y se lo dices.
— Un amigo tuyo saca la nota más alta de la clase en un examen y tú le felicitas.

Como tarea para casa le pedimos que probara a hacer un cumplido a alguien de clase prestando atención a cómo se sintió él en ese momento y que

© Ediciones Pirámide

pensara cómo se habría podido sentir su compañero al hacerle el cumplido.

Las sesiones posteriores se dedicaron a la expresión de sentimientos. A fin de trabajar la expresión facial de las emociones, empezamos realizando un juego de expresión corporal. Cada uno pensaba una figura (por ejemplo, una bailarina), una acción (por ejemplo, leer un libro), un animal (por ejemplo, un león), un objeto (por ejemplo, una botella), etc., y hacía los gestos y sonidos que lo representara.

En el siguiente juego, los terapeutas escribían en varios papeles distintas emociones (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, ira, vergüenza, etc.). Los terapeutas modelaban primero la expresión gestual de las emociones, y a continuación se jugaba a sacar un papel con el nombre de una emoción. Unas veces Pedro tenía que adivinarlo y otras lo representaba. En la fase de *role-playing* se plantearon diferentes situaciones en las que Pedro tenía que poner caras y hacer gestos ya aprendidos en las actividades anteriores. Como tarea para el día siguiente, Pedro tenía que practicar los gestos y las emociones frente al espejo de su casa para ir familiarizándose con ellas y acumularlas en su repertorio conductual.

Las últimas sesiones se dedicaron a la defensa de los derechos personales. Nos centramos especialmente en las situaciones de acoso que había experimentado Pedro en el pasado y que estaba comenzando a sufrir en el momento actual. Comenzamos conversando con Pedro sobre las ventajas y los inconvenientes de mostrar disconformidad. También se analizaron con él diferentes maneras de responder a una provocación y a agresiones físicas y verbales. Algunas de las situaciones entrenadas fueron las siguientes:

— Alguien ha cogido tu chaqueta confundiéndola con la suya, y le dices que se ha equivocado.
— Estás viendo la televisión y viene tu madre y cambia de canal. Dile que te gusta mucho el programa que estás viendo.
— Se equivocan al darte el cambio de una carpeta que has comprado y se lo dices al dependiente.
— Un compañero quiere que le prestes dinero y tú no quieres.
— Un amigo quiere que le prestes tu bicicleta y tú prefieres no hacerlo.
— A un compañero de clase le han mandado la tarea de recoger papeles del patio, tú has recogido otra cosa y has terminado antes, te pide que le ayudes con lo suyo, tú le dices que ya has hecho lo que tenías que hacer.
— Tus amigos proponen robar caramelos de una tienda, a ver quién roba más, tú les dices que pasas de líos.
— Un compañero de clase quiere ir a tu casa y jugar contigo después del colegio, tú tienes deberes y le dices que no puedes quedar.

Entrenamiento a padres: pautas para la mejora del comportamiento

Durante el curso del tratamiento se mantuvieron diversas entrevistas con los padres con varios objetivos. En primer lugar, la colaboración era precisa para la evaluación continuada de las conductas problema. En segundo lugar, era necesario informarles de la situación del tratamiento para contar con apoyo permanente en el hogar (por ejemplo, facilitando la realización de actividades y animando a Pedro cuando estuviera desmotivado para realizarlas). En tercer lugar, algunas conductas problema se mantenían por las contingencias ambientales (es el caso de las rabietas y conductas de desobediencia), por lo que era conveniente modificar dichas contingencias. Por último, era preciso modificar las pautas de relación en casa, ya que se habían deteriorado como consecuencia del problema de Pedro.

Se proporcionó bibliografía para que los padres aprendieran a poner en práctica las técnicas de manejo de contingencias[1]. Así, se les instruyó para que reforzaran diferencialmente las conductas po-

[1] En este caso recomendamos a los padres la lectura de la monografía de Martin Herbert (2002), *Padres e hijos. Problemas cotidianos en la infancia*. Madrid: Pirámide.

© Ediciones Pirámide

sitivas de Pedro y que extinguieran las disruptivas. Planificamos conjuntamente una economía de fichas para disminuir las rabietas y mejorar las conductas de colaboración[2]. Los padres confeccionaron una lista donde concretaron las conductas de Pedro a reducir: «desobedecer cuando se le pide algo» y «decir palabrotas e insultar»; y otras conductas de baja aparición que deseaban incrementar: «hacer los deberes sin perder tiempo», «cuidar su ropa, dejándola en la percha o en el cesto», «tomar correctamente su medicación» y «terminar su plato de comida». Se operativizaron dichas conductas de forma precisa y pedimos a los padres que administraran contingentemente el reforzador cuando Pedro las realizara, o lo retiraran en caso contrario.

La lista de reforzadores a intercambiar se elaboró quedando como sigue:

— 100 puntos: Nuevo juego de la videoconsola.
— 70 puntos: Mandos para jugar a la videoconsola.
— 50 puntos: Ir juntos al cine, con palomitas, eligiendo él la película.
— 30 puntos: Pasear en la moto
— 15 puntos: Ver su serie favorita.

Una vez establecido el sistema de ganancias y pérdidas por cada conducta y la forma de registro de puntos, se acordó un plazo de un mes de duración del sistema. En las sesiones sucesivas se iba supervisando el cumplimiento del tratamiento.

2.4.3. *Resultados y discusión*

Al término de la intervención se habían alcanzado todos los objetivos terapéuticos propuestos. En la tabla 9.6 se muestran las puntuaciones en el postest y seguimiento a los seis meses en las pruebas de evaluación del estado de ánimo, ansiedad y autoconcepto, en los que se observa que había remitido la sintomatología depresiva. La mejoría clínica era significativa también desde el punto de vista del propio niño y de sus padres, según nos informaron. En la entrevista final la madre de Pedro nos informó que mostraba un buen estado anímico, no lloraba, comía bien y no se quejaba de dolores de cabeza. De hecho, en el momento del seguimiento su pediatra le había retirado la medicación. Tampoco había vuelto a protestar ni a mostrarse nervioso a la hora de ir al instituto. El rendimiento escolar había mejorado muchísimo desde principio de curso, habiendo recibido felicitaciones por parte de su tutor. En la figura 9.2 se observa la evolución de la nota media en cada evaluación y la reducción del número de suspensos, que había pasado de 6 a 0.

TABLA 9.6

Evolución de las variables relacionadas con el estado de ánimo y la ansiedad

	Pretest	Postest	Seguimiento
CDI	24	11	7
STAI-C			
Estado	70	40	40
Rasgo	70	60	60
AFA	60	70	70
Social	40	60	60
Académico	50	70	75
Emocional	50	65	65
Familiar	60	80	75

Según nos informó telefónicamente su tutor, Pedro estaba más integrado socialmente, prácticamente no sufría conflictos con sus compañeros. Hay que decir que desde el centro escolar se procuró erradicar la situación de acoso que estaba sufriendo Pedro, manteniendo entrevistas con los padres de la compañera de Pedro en el anterior colegio, que al parecer habían dado resultados.

Los problemas de conducta en casa y en la escuela se habían erradicado casi por completo. Se mostraba mucho menos irritable y sólo de forma ocasional Pedro tenía alguna rabieta, y de intensidad mucho menor. Tanto los registros de sus padres como la puntuación en las escalas de evaluación de Áreas de Conductas Problema coincidían en esta mejoría (figuras 9.3-9.5).

[2] Para mayor información sobre la aplicación de la economía de fichas a los problemas de conducta infantil, véase en esta misma obra el capítulo 16, dedicado a un caso clínico de conductas disruptivas.

© Ediciones Pirámide

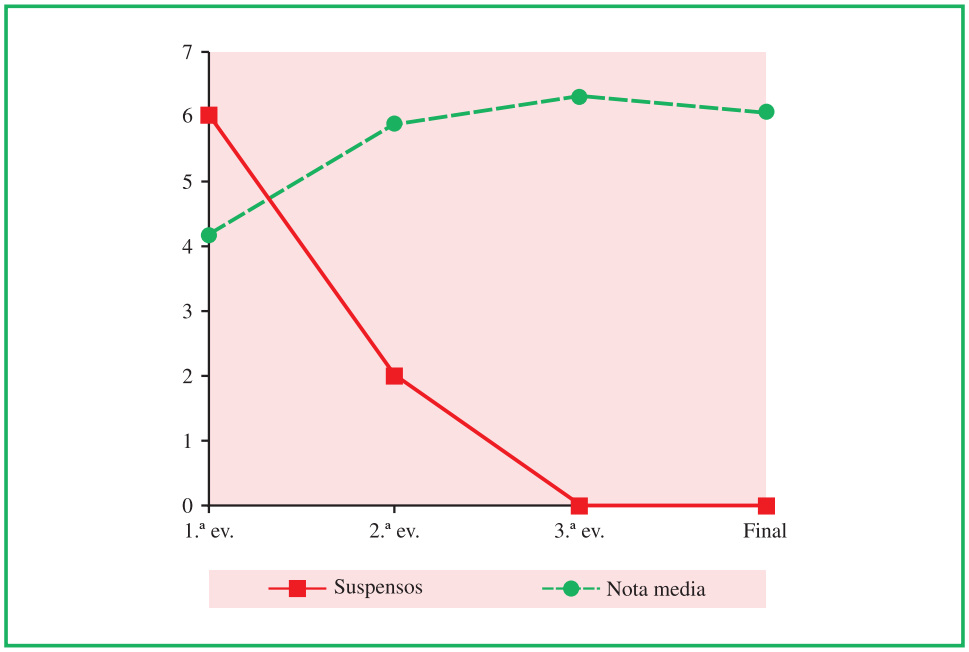


Figura 9.2.—Evolución del rendimiento académico.

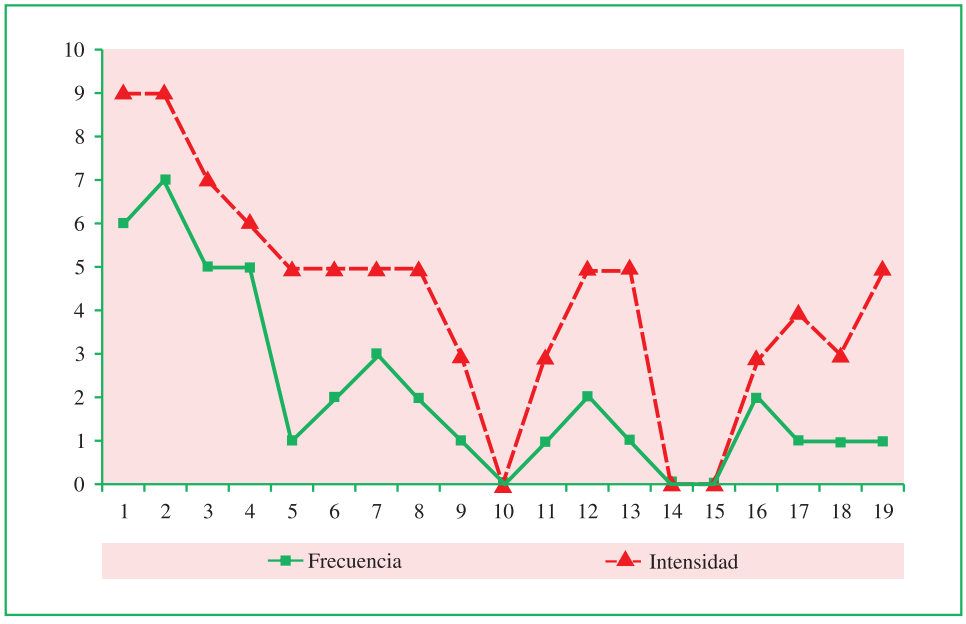


Figura 9.3.—Evolución de las rabietas.

© Ediciones Pirámide

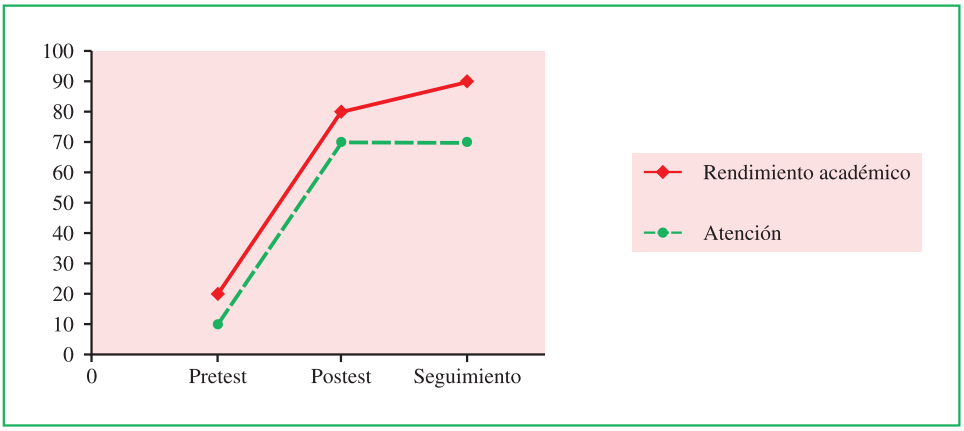


Figura 9.4.—Mejora en conductas escolares según la escala EACP.

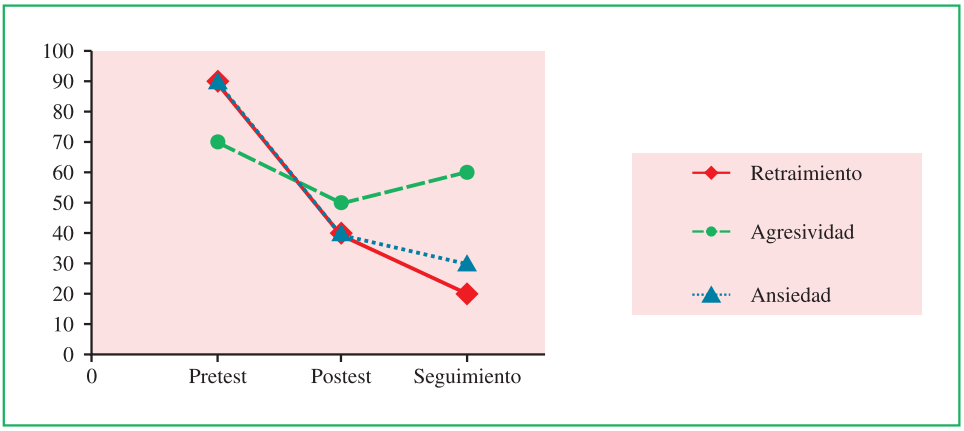


Figura 9.5.—Disminución de conductas problemáticas según la escala EACP.

En el caso presentado, a la sintomatología propia de la depresión se habían sumado otras conductas problema, como el rechazo escolar, consecuencia de la situación prolongada de acoso escolar. También aparecía un deterioro de las relaciones familiares y un bajo rendimiento escolar, por lo que el diseño de la intervención se hizo más complejo, tratando de abordar paulatinamente todas las áreas afectadas.

El protocolo EACP para el tratamiento de la depresión infantil recomienda iniciar el tratamiento con el componente conductual, como la planificación de actividades gratificantes, dado que cuando aparece un estado de ánimo negativo la conducta motora es el área en la que se pueden producir cambios de forma más sencilla. Posteriormente, se recomienda aplicar en la última fase la terapia cognitiva. En este caso consideramos necesario introducir desde las primeras sesiones de tratamiento estrategias cognitivas, como la detección de pensamientos distorsionados, con el fin de ayudar a Pedro a afrontar su preocupación y comprender cómo se ponía más nervioso al acudir a clase.

© Ediciones Pirámide

Un aspecto a destacar de esta intervención fue el alto grado de colaboración entre los padres y terapeutas. Si esta coordinación resulta siempre necesaria, en este caso la implicación de los padres a la hora de fomentar la adherencia terapéutica del niño y modificar adecuadamente las variables del ambiente que ayudaban a mantener el problema fue crucial.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Realiza una representación gráfica del análisis funcional de este caso. Identifica las variables de adquisición y mantenimiento. Utiliza signos diferentes para distinguir los tipos de variables y la relación entre ellas.
2. Elabora un guión para la representación de papeles a desarrollar dentro de un programa de mejora de las habilidades sociales. Selecciona una habilidad indicada para este caso clínico.
3. Revisa los instrumentos de evaluación de la depresión infantil y adolescente. Elabora un cuadro comparativo donde se recojan las características de cada prueba, así como las ventajas y limitaciones.
4. En la aplicación de los programas de actividades placenteras es frecuente que el niño muestre resistencias a realizar las tareas programadas. Alguna de las posibles razones para negarse a dedicar tiempo de actividad reforzante puede ser: «para qué lo voy a hacer, si no lo voy a pasar bien», «si no tengo ganas, lo mejor es no hacer nada». Busca otras posibles excusas y rebátelas con argumentos en contra.
5. Basándote como modelo en la ficha «Ésta es tu vida», elabora nuevas fichas de trabajo para tratar las distorsiones cognitivas propias de la depresión. Elabora una ficha dirigida a un niño de 8 años y otra para un adolescente de 15.
6. Realiza una búsqueda sobre las tasas de suicidio infantil y juvenil a nivel nacional y en tu zona geográfica. Identifica las circunstancias del suceso, diferencias de género, edad, etc.
7. Elabora un modelo de contrato conductual para aplicar en el tratamiento de un adolescente con depresión, con el fin de mejorar su adherencia a un plan de actividades gratificantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson (original publicado en el año 2000).

Brent, D. A., Holder, D. P., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. y Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry, 54,* 877-885.

Butler, L., Miezitis, S., Friedman, R. y Cole, E. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal, 17,* 111-119.

Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H. y Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 272-279.

Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course.* Eugene, OR: Castalia Press.

© Ediciones Pirámide

Domènech, E. y Polaino-Lorente, A. (eds.) (1990). *Epidemiología de la depresión infantil.* Barcelona: Expaxs.

Domènech, E., Subirà, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales.* Madrid: Pirámide.

Espada J. P., Méndez, F. X. y Orgilés, M. (2004). Detección e intervención temprana en salud mental infantil y juvenil. En A. González, J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (coords.), *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo* (pp. 179-224). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Fine, S., Forth, A., Gilbert, M. y Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 79-85.

García, E. M. y Magaz, A. (2000). *Escala de Áreas de Conductas - Problema (EACP).* Madrid: Grupo Albor-COHS.

Kovacs, M. (1992). *Children´s Depression Inventory (CDI).* Toronto: Multi-Health Systems, Inc.

Lewinsohn, P. M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. En K. S. Calhoun, H. E. Adams y K. M. Mitchell (dirs.), *Innovative treatment methods in psychopathology.* New York: Wiley.

Méndez, F. X. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia.* Madrid: Klínic.

Méndez, F. X. (2002). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil* (3.ª ed). Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X. y Espada, J. P. (2001). Tratamiento psicosocial de la depresión infantil. *Informació Psicológica, 76,* 24-35.

Méndez, F. X. y Espada, J. P. (2002). Intervención psicológica en los trastornos emocionales. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 19* (número especial)*,* 78-87.

Méndez, F. X., Moreno, P., Sánchez, J., Olivares, J. y Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: Una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas. *Psicología Conductual, 8,* 487-510.

Méndez, F. X., Rosa, A. I., Montoya, M, Espada J. P. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez, J. M. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (vol. 3). Infancia y adolescencia* (pp. 57-85). Madrid: Pirámide.

Méndez, X., Rosa, A. I., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual, 10,* 563-580.

Mufson, L., Weissman, M. N., Moreau, D. y Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56,* 573-579.

Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1991). *Autoconcepto Forma A (AFA).* Madrid: TEA Ediciones.

Reed, M. K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence, 29,* 293-302.

Reinecke, M. A., Ryan, N. E. y DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depresión and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 26-34.

Roselló, J. y Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 734-745.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness.* San Francisco: Freeman.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* New York: McMillan Company.

Stark, K. D. y Kendall, P. C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for «Action»*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Stark, K. D., Kendall, P. C., McCarthy, M., Stafford, M., Barron, R. y Thomeer, M. (1996). *ACTION: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Woorkbook Publishing.

Silva, F. y Martorell, M. C. (eds.) (1993). *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ).* Madrid: MEPSA.

Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E. C. y Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educaron diagnostic center. *Journal of Pediatrics, 83,* 1065-1072.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico en un caso de pesadillas

10

ANA ISABEL SÁNCHEZ GÓMEZ
M.ª PILAR MARTÍNEZ NARVÁEZ-CABEZA DE VACA
ELENA MIRÓ MORALES

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

1.1. Caracterización clínica

Las pesadillas son sueños terroríficos que despiertan a la persona desde la fase de sueño REM *(Rapid Eye Movement),* llevándola a un estado de plena vigilia en el que puede recordar con detalle la ensoñación. Por lo general, adoptan la forma de un sueño largo y elaborado que se va haciendo más angustioso hasta que el sujeto se despierta. Las temáticas más comunes de las pesadillas versan sobre las amenazas a la integridad física (por ejemplo, un ataque) o a la autoestima (por ejemplo, un fracaso personal), pudiendo ser tal contenido reflejo de experiencias reales, fantaseadas, o una combinación de ambas. Esta parasomnia puede acontecer en cualquier momento de la noche, pero resulta más frecuente en la segunda mitad de la noche, cuando los períodos de sueño REM son más prolongados. En la tabla 10.1 se recogen los criterios diagnósticos de las pesadillas según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Las pesadillas tienen un impacto considerable en la persona que las sufre, si bien suscitan más malestar subjetivo que deterioro social o laboral (DSM-IV-TR, APA, 2000). Los recurrentes despertares provocados por estos sueños se acompañan de intensa y prolongada sensación de miedo y, en ocasiones, de activación vegetativa. Además, la alteración del descanso nocturno debido a los continuos despertares o al miedo a dormirse ante la expectativa de sufrir una pesadilla, provoca a menudo somnolencia, fatiga, dificultades de concen-

TABLA 10.1

Criterios diagnósticos de las pesadillas (DSM-IV-TR)

A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.
B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y vigil (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).
C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, delírium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

© Ediciones Pirámide

tración, irritabilidad, preocupación, o sensación de indefensión, que pueden, a su vez, afectar el funcionamiento normal de la persona durante el día. En los niños las pesadillas frecuentes e intensas pueden provocarles miedo a dormir o a la oscuridad, resistencia a irse a la cama, dificultades para conciliar el sueño, sueño insuficiente, y malestar durante el día (Sierra, Sánchez, Miró y Buela-Casal, 2004). En muchos casos el problema acaba repercutiendo a la familia. El reclamo de atención del niño tras una pesadilla puede hacer que los padres tengan alterado su propio sueño.

1.2. Etiología

No se conoce con precisión la etiología de las pesadillas. Según Leung y Robson (1993) en los niños este fenómeno puede obedecer a cuatro tipos de causas: genéticas, orgánicas, psicológicas y evolutivas. Centrándonos en los factores psicológicos, cabe señalar que las pesadillas infantiles suelen estar vinculadas a estados de ansiedad o preocupación suscitados por experiencias nuevas o de tensión psicosocial. Los sentimientos de angustia provocados por las demandas que se plantean al niño en determinadas etapas evolutivas (por ejemplo, destete, entrenamiento en el uso del WC) pueden ser responsables del incremento de las pesadillas (Terr, 1987). Asimismo, las fobias típicas de estas edades, tales como el miedo a la oscuridad, los animales, los seres imaginarios, etc., pueden verse reflejados en sus ensoñaciones. Otras situaciones características de estas edades, como volver al colegio, los celos entre hermanos, la separación de los padres, etc., pueden perturbar el estado emocional del niño y facilitar el surgimiento del problema. Se ha señalado que la falta de maduración cognitiva y de habilidades verbales necesarias para comprender y comentar estas situaciones o los sueños asociados a ellas, también pueden suscitar en el niño ansiedad y conflicto (Maurer y Schaefer, 1998). Una vez instaurado el problema, otros factores pueden participar en su mantenimiento. Así, por ejemplo, las pesadillas en los niños pueden verse reforzadas por un exceso de atención de los padres, o la evitación de obligaciones que no les agradan, tales como ir a la escuela.

1.3. Epidemiología

Aunque es escasa la información disponible sobre la prevalencia de las pesadillas, diversos estudios señalan que entre el 4 y el 8 por 100 de la población general sufre este tipo de parasomnia (Nielsen y Zadra, 2000). En los niños y adolescentes las pesadillas son más frecuentes que en la población adulta, especialmente si están sometidos a fuentes de estrés psicosocial. El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que entre el 10 y el 50 por 100 de los niños de 3 a 5 años sufren pesadillas de suficiente intensidad como para preocupar a sus padres. Según el meta-análisis de Sandoval et al. (1997) la prevalencia de pesadillas en la población infantil y adolescente va desde una tasa máxima del 42,2 por 100 a la edad de 2,5 años, seguido de un descenso hacia la adolescencia, hasta una prevalencia final del 7,3 por 100 a los 16 años.

En niños y adolescentes jóvenes esta parasomnia forma parte del proceso evolutivo y suele desaparecer de forma natural sin necesidad de tratamiento. No obstante, si las pesadillas tienen una presencia recurrente, alcanzan una elevada intensidad y vienen acompañadas de otros síntomas clínicos, puede hacerse aconsejable la intervención (Maurer y Schaefer, 1998). En ocasiones a estas edades los problemas de sueño pueden estar asociados a otras alteraciones psicológicas. De hecho, como señalan Smedje, Broman y Hetta (2001), en los niños de entre 6 y 8 años las pesadillas frecuentes (al menos una a la semana) se dan en aquellos con hiperactividad (9,8 por 100), síntomas emocionales (11,3 por 100), problemas de conducta (11,3 por 100), problemas con sus iguales (8,2 por 100), y dificultades prosociales (11,8 por 100).

1.4. Evaluación

Como hemos indicado, las pesadillas esporádicas son muy comunes en la infancia y, normalmen-

© Ediciones Pirámide

te, no requieren una evaluación psicológica. Sin embargo, según recogen Maurer y Schafer (1998), ésta puede hacerse necesaria cuando: 1) las pesadillas aparecen dos o más veces a la semana durante un período de seis meses, o sean frecuentes después de los seis años (Leung y Robson, 1993); o 2) el comportamiento durante el día esté alterado y las pesadillas sean graves (Vela-Bueno, Soltados y Julius, 1987).

La evaluación del niño con pesadillas requiere la elaboración de una historia del sueño que incluya una exhaustiva descripción de los episodios, con qué frecuencia se producen, sobre qué temáticas versan, cuándo empezaron por primera vez, y las circunstancias que rodeaban la vida del niño en aquel momento. Hay que indagar también las características de la actividad diurna, y el nivel de funcionamiento en diversas áreas de vida.

Además de una entrevista con los padres y con el niño si tiene edad suficiente, es importante observar ciertos aspectos del sueño y de la conducta del niño a la hora de irse a dormir mediante diarios de sueño. Estos diarios, que ha de cumplimentar el propio niño o los padres (en caso de los niños pequeños) cada mañana al levantarse, permiten obtener información acerca de la hora de acostarse y levantarse, el tiempo tardado en dormirse, las horas que ha permanecido dormido, la presencia de pesadillas, lo que hacen los padres cuando el niño se despierta de una pesadilla, etc.

También puede ser de utilidad recurrir a algunos cuestionarios que examinan la frecuencia, malestar e interferencia producida por las pesadillas. Estas medidas pueden contribuir a una mejor identificación del problema, así como a valorar su magnitud y establecer los cambios producidos con la intervención. De los instrumentos centrados en estos parámetros de las pesadillas, los que cuentan con más respaldo empírico son: el *Cuestionario de malestar de las pesadillas* (Belicki, 1992), la *Escala de ansiedad del sueño de Van* (Aargün et al., 1999), el *Cuestionario de frecuencia de las pesadillas* y la *Escala de efectos de las pesadillas* (Krakow et al., 2000). Aunque estas medidas no han sido diseñadas para su utilización en población infantil, pueden ser aplicables en niños mayores y adolescentes.

En la evaluación de los pacientes con problemas de pesadillas es importante descartar la presencia de una enfermedad médica subyacente, así como la toxicidad o los efectos asociados a medicamentos. En aquellos casos más complicados puede requerirse una evaluación polisomnográfica. Asimismo, es importante evaluar otras alteraciones del sueño que pueden estar presentes en estos pacientes, tales como insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo, o somniloquia.

1.5. Tratamiento

El tratamiento de las pesadillas se encuentra escasamente desarrollado. La mayoría de los estudios constituyen informes de caso único, existiendo pocas investigaciones realizadas con una metodología rigurosa. Los tratamientos que han recibido mayor atención han sido las técnicas de exposición y las de modificación del contenido del sueño.

Asumiendo que las pesadillas comparten con las fobias el temor a los estímulos ansiógenos y la evitación de los mismos, se ha considerado que las estrategias basadas en la exposición podían resultar de utilidad en el tratamiento de este trastorno del sueño. Varios estudios de caso único han informado del tratamiento con éxito de las pesadillas mediante desensibilización sistemática (DS) o inundación. Roberts y Gordon (1979) utilizaron la DS en una niña de 5 años con pesadillas y terrores tras un incendio, logrando la desaparición completa de tales ensoñaciones tras la intervención. Handler (1972), en un niño de 11 años con pesadillas recurrentes sobre monstruos, utilizó la terapia de inundación consiguiendo una completa recuperación. Algunos estudios controlados posteriores han apoyado la eficacia de la DS (por ejemplo, Miller y Dipilato, 1983) y la autoexposición (por ejemplo, Burgess, Gill y Marks, 1998).

Las técnicas de modificación del contenido del sueño alteran conscientemente las pesadillas a través del ensayo de un final diferente, la modificación de algún detalle, o la confrontación con aspectos adversos del sueño. De entre estas técnicas destaca la *imagery rehearsal therapy,* IRT (terapia

© Ediciones Pirámide

de ensayo en imaginación). Diversos informes de caso único (por ejemplo, Marks, 1978) y estudios controlados (por ejemplo, Krakow, Kellner, Pathak y Lambert, 1995) han demostrado que esta técnica es eficaz en el tratamiento de las pesadillas crónicas, logrando mejorías importantes que se mantienen a largo plazo. Krakow et al. (2001), utilizando una muestra de 19 adolescentes con pesadillas, insomnio y síntomas del trastorno de estrés postraumático, examinaron la eficacia de un *workshop* de seis horas de IRT, frente a una condición control, observando en el postratamiento y en el seguimiento a los tres meses un descenso de la frecuencia de las pesadillas (71 por 100) y del malestar asociado.

No se conoce con precisión cuál es el mecanismo de acción de la IRT, si bien Marks (1978) sugería que los tres elementos clave son la exposición, la abreacción y la maestría. Krakow y colaboradores consideran que el *proceso* de cambiar el sueño es el factor terapéutico principal, mientras que la exposición al contenido ansiógeno de las pesadillas no es esencial. En relación a esta cuestión, en un reciente estudio, Germain et al. (2004) han examinado los informes de pesadillas y de sueños modificados de 44 mujeres víctimas de agresiones sexuales tratadas con IRT, constatando que los sueños modificados contenían significativamente menos elementos negativos y más elementos positivos y de maestría que las pesadillas originales. Según estos autores, el incremento de la maestría es un proceso nuclear implicado en la reducción de las pesadillas.

Atendiendo a los criterios de valoración de las terapias de la *American Psychological Association* (Chambless et al., 1998), la DS y la IRT recibirían la mención de tratamientos bien establecidos, y la exposición sería considerada como tratamiento probablemente eficaz para las pesadillas. Cabría mencionar otras estrategias que, aunque prometedoras, al no contar hasta la fecha con suficiente investigación ha de considerarse que están en fase experimental. Nos estamos refiriendo a la DS de autocontrol (por ejemplo, Palace y Johnston, 1989), la DS mediante movimientos oculares (por ejemplo, Pellicer, 1993), el *art therapy* (por ejemplo, Morgan y Johnson, 1995), el *sandplay* (por ejemplo, Daniels y McGuire, 1998), el entrenamiento en sueños lúcidos (por ejemplo, Abramovitch, 1995), y la hipnosis (por ejemplo, Ford, 1995). Para una revisión de la eficacia de los tratamientos psicológicos para las pesadillas, consúltese Miró, Sánchez y Buela-Casal (2003) y Miró y Martínez (2004).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

La paciente, a la que llamaremos Estefanía, es una niña de 10 años que vive con sus padres y sus hermanos (una niña de 5 años y un niño de año y medio) en una localidad cercana a Granada. Es una familia de clase socioeconómica media-baja, la madre se dedica a las tareas domésticas y el padre tiene un pequeño comercio. El ambiente familiar es bueno, existiendo entre sus miembros un adecuado nivel de comunicación y cohesión. El padre tiene un hijo de 15 años de una relación anterior que vive con su madre. La relación de Estefanía con su hermanastro es buena, aunque no se ven mucho por vivir en ciudades distintas. La paciente cursa 4.º de Primaria con excelente rendimiento académico y satisfactoria adaptación psicosocial.

No se observaron datos significativos en la historia personal de la paciente. Parto a término sin complicaciones, y desarrollo psicomotriz y cognoscitivo normal. Su estado de salud general es bueno, habiendo sufrido sólo una operación de amigdalitis hace dos años y las habituales enfermedades de la infancia. Tampoco se detectaron antecedentes familiares de problemas de salud mental, ni dificultades actuales a nivel económico o laboral.

2.2. Motivo de consulta

Los padres de Estefanía solicitaron asistencia psicológica para su hija, ya que desde hacía algún tiempo sufría un miedo intenso a dormirse y se negaba a dormir sola debido al temor de sufrir pe-

© Ediciones Pirámide

sadillas. Inicialmente pensaban que el problema se resolvería por sí solo a medida que la niña creciera, pero no ha sido así, sino que se ha ido agravando hasta tal extremo que empiezan a estar preocupados por la posibilidad de que acabe repercutiéndole de alguna otra forma. Además, la situación es muy perturbadora para ellos, ya que no pueden dormir bien por los continuos reclamos de la niña por la noche tras una pesadilla. Tanto Estefanía como sus padres se muestran muy confiados en que el tratamiento psicológico permita la resolución del problema, y dispuestos a colaborar en todo lo que sea necesario.

2.3. Historia del problema

Las dificultades para dormir sola y el miedo a dormirse se iniciaron hace unos seis años. Hasta ese momento siempre se había dormido enseguida, sola, y sin manifestar miedos. Los padres no identificaron ninguna circunstancia especial que pudiera haber desencadenado el problema, si bien recuerdan que aproximadamente por esa época coincidió que durante una semana la madre tuvo que ocuparse del cuidado de un familiar hospitalizado y el padre tuvo que realizar un viaje de negocios, período en el que la niña se quedó en casa de sus tíos. Sugieren que tal vez les echara mucho de menos o algún primo pudiera haberle asustado o gastado alguna broma. Sin embargo, la niña niega que eso tenga algo que ver con sus pesadillas, e insiste en que ya las tenía de antes.

El nacimiento de su hermana alivió un poco el problema, ya que los padres pasaron muy pronto la cuna de la pequeña al dormitorio de Estefanía para que se sintiera acompañada en un intento de solucionar su miedo. Como su hermana era un bebé y lloraba de vez en cuando, los padres con frecuencia tenían que acudir a la habitación, y su presencia resultaba tranquilizadora para ella. Al ir creciendo su hermana el temor de la niña se fue acentuando, ya que los padres no tenían que ir tanto a la habitación. El nacimiento de su hermano, que sigue durmiendo actualmente en la habitación de los padres, no parece haber repercutido en el problema.

Hace un año, Estefanía pasó unas breves vacaciones en la casa de campo de una amiga. La niña cuenta que al principio se divirtió mucho jugando con su amiga, bañándose en la piscina, cultivando el huerto, dándole de comer a los pollitos, etc. Pero la segunda noche se desató una tormenta que la asustó sobremanera. Cayó un rayo muy próximo a la casa, se fue la luz, el viento movía con fuerza las hojas de los árboles y hacía rechinar las ventanas, con los relámpagos le parecía ver sombras, etc. Desde esa noche volvió a tener pesadillas. Relata que durante el día se sentía bien pero que por las noches pasaba miedo pensando en que se volviera a repetir la tormenta. Al cuarto día los padres tienen que ir a buscarla, ya que tras una llamada telefónica la niña se muestra desconsolada, y llorando les dice que no quiere seguir allí.

Actualmente, cuando llega la hora de dormir Estefanía busca excusas para retrasar el momento de irse a la cama, y cuando al fin los padres consiguen que se acueste ella les demanda que dejen la televisión puesta, hagan el ruido suficiente para notar su presencia, y dejen la luz del pasillo y la de la mesita de noche de su habitación encendidas. Asimismo, exige que alguien permanezca con ella hasta que se quede dormida, de lo contrario empieza a quejarse (por ejemplo, dice que le duele el estómago, que tiene náuseas). La niña sufre aproximadamente una o dos pesadillas a la semana, y su ocurrencia parece estar asociada a alguna película que la haya impresionado (por ejemplo, un documental sobre animales salvajes, «El exorcista»), o a algún acontecimiento desagradable durante el día (por ejemplo, pelearse con una amiga, perder un bolígrafo que le gustaba mucho).

Asimismo, a la niña le asusta la oscuridad, tanto en momentos asociados al dormir como en situaciones diurnas. Por ejemplo, le resulta muy molesto acercarse a la despensa de la cocina, a las escaleras a oscuras del edificio donde vive, o al sótano de la casa de su abuela. Este temor se ha ido acrecentando hasta el punto de mostrarse reticente a ir a un lugar nuevo (por ejemplo, si la familia va a visitar a unos amigos) si antes los padres no le han dado detalles de cómo es la casa, las habitaciones que tiene, etc.

© Ediciones Pirámide

A Estefanía también le asusta estar sola en casa, resultándole incómodo permanecer en una habitación sin la compañía de sus padres o hermanos. Esta situación se hace especialmente patente cuando tiene que estudiar, ya que únicamente permanece en su dormitorio ante su mesa de trabajo haciendo los deberes si hay alguien con ella. Tiene dificultades para concentrarse en esa situación, ya que piensa que alguien puede venir por detrás y asustarla, como ya ocurrió en una ocasión con una broma que le gastó un primo suyo. Por ello, la mayor parte de los días se pone a hacer los deberes en el salón, con la televisión encendida, mientras el resto de la familia permanece allí. En estas condiciones es habitual que le cueste mucho finalizar sus tareas y, cuando ya lleva intentándolo un buen rato sin avances, se pone muy nerviosa pensando en lo que pueda ocurrir al día siguiente en el colegio.

Hasta la consulta actual, la niña no ha recibido atención especializada para su problema. Los padres han intentado solventar el problema leyéndole cuentos, poniéndole música relajante, o sugiriéndole que cierre los ojos y se concentre en algo bonito antes de dormir, pero ninguna de estas tácticas ha funcionado.

2.4. Áreas de vida: familiar, escolar, social y ocio

La relación de Estefanía con sus padres es muy buena, como se constata en la interacción entre ellos durante las entrevistas. La niña dice de su madre que es «cariñosa, buena, le ayuda a hacer los deberes, le compra ropa bonita», y describe a su padre como «divertido, simpático, amable». Los padres utilizan con sus hijos pautas educativas basadas en los refuerzos afectivos y verbales para premiarlos, y las reprimendas y la retirada del acceso a las actividades deseadas para corregir sus conductas inadecuadas.

Estefanía se lleva bastante bien con su hermana. Comparten juegos y aficiones, existiendo bastante complicidad entre ellas. Al ser la mayor, la niña es un modelo de referencia importante para su hermana, que la imita en muchas de sus conductas y actitudes. Estefanía define a su hermana como «traviesa, juguetona y besucona». La relación con el hermano también es buena, de hecho la niña adopta una actitud de protección hacia él, ayudando a la madre en su cuidado.

Estefanía es una niña inteligente, cariñosa y comunicativa. Le gusta ir al colegio, jugar con sus compañeras de clase, y siempre obtiene buenas calificaciones. Es muy responsable y cumple con todas las tareas que se le encargan (en el colegio y en casa). Sin embargo, se autoexige en exceso, poniéndose muy nerviosa cuando las cosas no le salen como desea. Por ejemplo, se siente insatisfecha si saca en un examen un 8, se disgusta si al realizar un trabajo manual queda alguna pequeña deficiencia, etc., quejándose en estos casos de que la profesora la trata injustamente o de tener mala suerte.

Es una niña sociable, tiene muchos amigos/as, la mayoría de los cuales los conoce desde preescolar. Le encanta escuchar música, dibujar y hacer deporte. Desde hace dos años recibe clases de danza, actividad por la que siente un creciente entusiasmo. Su mayor ilusión actual es ir a Disneyland (París). Los padres manifiestan estar dispuestos a complacer a su hija si supera sus problemas.

2.5. Análisis funcional

Los principales factores involucrados en el desarrollo del problema de pesadillas de la paciente son de índole emocional. Los antecedentes identificados se refieren a situaciones de la vida cotidiana que hayan podido generarle malestar (por ejemplo, ver una película que le haya asustado, autoexigencias escolares). Este estado emocional negativo es fuente propiciatoria de sueños angustiosos que, a su vez, suscitan otra serie de problemas: 1) dificultades para conciliar el sueño por la expectativa de sentir miedo; y 2) reticencias a estar en lugares oscuros y negativa a permanecer sola, situaciones que evocan el temor y la sensación de desprotección que experimenta con las pesadillas. La aprensión ansiosa y el *arousal* fisiológico, junto a la sensación de falta de control del problema, la conducen a evitar las situaciones temidas o afrontarlas con hábitos inade-

© Ediciones Pirámide

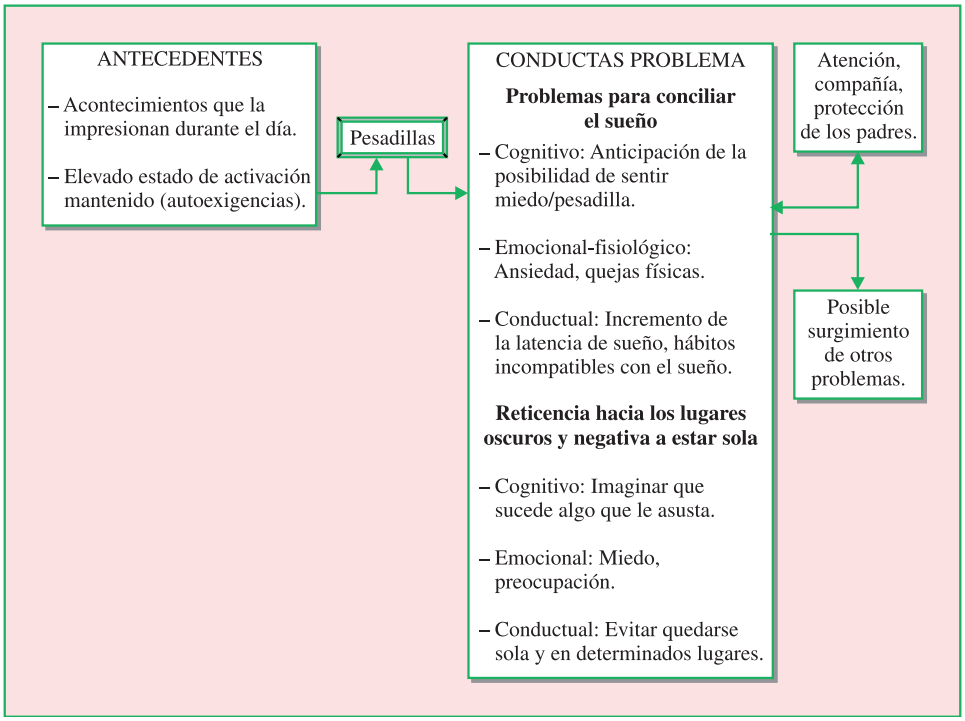


Figura 10.1.—Análisis funcional de las conductas problema.

cuados de sueño (por ejemplo, dejar las luces encendidas), o de estudio (por ejemplo, hacer los deberes en el salón con la televisión puesta y en presencia de la familia). Estas pautas de evitación y de afrontamiento inadecuadas, así como el hecho de que los padres consientan tales conductas y accedan a los reclamos de atención y compañía de la niña, estarían a corto plazo aliviando el malestar pero, a largo plazo, contribuyendo a su mantenimiento.

En la figura 10.1 se presenta el análisis funcional que se elaboró del problema de la paciente. Este esquema sirvió de base para el establecimiento de los objetivos y las estrategias terapéuticas.

2.6. Repercusiones negativas

El problema tiene importantes consecuencias para la niña y su familia. A continuación se señalan las más destacadas.

— Las noches que tiene pesadillas su sueño se ve interrumpido, lo que al día siguiente se traduce en cansancio y distracción de las tareas escolares.
— Durante el día se muestra ansiosa y preocupada, recordando escenas de las pesadillas y pensando en la posibilidad de que lo soñado pueda realmente ocurrirle.
— El miedo a dormir ante la previsión de una pesadilla hace que exhiba conductas de resistencia a irse a la cama (lo que altera la dinámica familiar), y que solicite estímulos que le infundan seguridad (oír la televisión mientras está en la cama, luces encendidas, etc.), pero que son incompatibles con el sueño.
— Asociado al problema de las pesadillas, se ha desarrollado un temor a la oscuridad y a permanecer sola.
— El sueño de los padres se ha visto alterado, ya que cuando la niña se despierta asustada

© Ediciones Pirámide

tras una pesadilla los llama, solicitando que alguno de ellos permanezca en su habitación hasta que vuelva a dormirse, o que le permitan dormir con ellos en su cama.
— Los padres están preocupados por la posibilidad de que el problema de las pesadillas de la niña acabe afectando otras facetas de su vida, y que pueda «contagiar» sus miedos a sus hermanos.

2.7. Selección de los instrumentos de evaluación

2.7.1. *Entrevista*

Se llevaron a cabo un total de tres sesiones de evaluación, las dos primeras estando la niña acompañada de su madre, y la tercera de su padre. En la primera entrevista se profundizó en el motivo de consulta tratando de identificar los antecedentes y consecuentes de la conducta problema. En la segunda entrevista se continuó precisando las características del problema, se exploró el área de relaciones familiares, y se cumplimentaron el *Cuestionario de malestar de las pesadillas* (NDQ, Belicki, 1992), y el *Cuestionario de frecuencia de las pesadillas* (NFQ, Krakow et al., 2000). La tercera entrevista se dedicó a completar aspectos de la conducta problema y se evaluaron el área escolar, social y los intereses y aficiones de la niña. Asimismo se cumplimentaron el *Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños* (STAIC, Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1990) y el *Cuestionario de depresión para niños* (CDS, Lang y Tisher, 1990). Tras cada una de las sesiones de evaluación la paciente se llevó como tarea para casa un autorregistro de sueño y otro de pesadillas.

2.7.2. *Autorregistros*

Se estableció una línea base de dos semanas a lo largo de la cual se identificaron por medio de registros diarios las pautas de sueño y las características de los episodios de pesadillas/sueños angustiosos.

Diario de sueño. Cada mañana al levantarse la paciente cumplimentaba un registro que incluía las siguientes preguntas: ¿a qué hora te has acostado?, ¿qué grado de «nerviosismo» tenías en el momento de acostarte? (de 0 a 10), ¿en qué pensabas mientras esperabas a quedarte dormida?, ¿cuánto tiempo tardaste en quedarte dormida?, ¿cuántas veces te has despertado durante la noche?, ¿has tenido alguna pesadilla, sueño angustioso o terror nocturno?, ¿a qué hora te has despertado por la mañana?, ¿a qué hora te has levantado por la mañana?, ¿qué grado de «nerviosismo» tenías en el momento de despertarte? (de 0 a 10). No se incluyó en el diario preguntas sobre siesta, puesto que no tenía costumbre de hacerla. Los datos más relevantes recogidos a través de los diarios de sueño se presentan en la tabla 10.2.

TABLA 10.2

Datos del diario de sueño (línea base de dos semanas)

— Hora de acostarse: 22:00 h-22:30 h (entre semana) y 23:00 h-00:00 h (fin de semana).
— Nivel de «nerviosismo» al acostarse: entre 6 (moderado) y 8 (alto).
— Pensamientos previos a dormirse: pensar en cosas inquietantes (p. ej., recordar que había presenciado en la calle una fuerte discusión entre dos hombres).
— Latencia de sueño: de 10 minutos a hora y media (9 de los 14 días fue superior a media hora o una hora).
— Número de despertares: 3 despertares (1 asociado a una llamada de teléfono).
— Frecuencia de pesadillas: 2 pesadillas y 1 sueño angustioso.
— Hora de despertarse y levantarse: 8:00 h-8:05 h (entre semana) y 9:30 h-10:00 h (fin de semana).
— Nivel de «nerviosismo» al despertarse: entre 6 (moderado) y 8 (alto).

Diario de pesadillas. Los días en los que tenía pesadillas o sueños angustiosos, la paciente cumplimentaba un registro sobre las características del episodio nocturno. Las pesadillas y sueños angustiosos identificados generaban en la paciente un

© Ediciones Pirámide

TABLA 10.3

Diario de pesadillas

Fecha	Tipo de episodio nocturno	Hora	Contenido	Miedo 0-10	Influencia durante el día
12-3-2003	Pesadilla	03:20	Estoy en el centro comercial con mi familia y de momento llega la policía. Ha pasado algo pero no sé que es. Nos llevan a todos a un castillo. Me encierran en una mazmorra con serpientes venenosas. Yo quiero escaparme pero no puedo. Lloro y llamo a mis padres pero no vienen a ayudarme. No sé dónde están.	10	Cuando me tomaba la merienda me acordé del sueño y me entró miedo.
15-3-2003	Sueño angustioso		Me voy de excursión al campo con mis amigas. Entramos en una granja y vemos unos animalitos muy bonitos. Nos acercamos y los acariciamos. Los animalitos empiezan a hablar y decir cosas raras. Se convierten en monstruos que nos persiguen. Mis amigas salen corriendo pero yo no puedo.	8	

nivel medio de temor de 8. Las temáticas de estas ensoñaciones eran variadas, si bien muchas de ellas giraban en torno a historias de persecución y desamparo. No se produjo ningún episodio de terror nocturno. En la tabla 10.3 se presenta un ejemplo de los episodios registrados.

Para la adecuada cumplimentación de estas medidas se explicó a la paciente la diferencia entre pesadilla (sueño terrorífico que te despierta por la noche), sueño angustioso (sueño desagradable que recuerdas a la mañana siguiente pero que no te despierta por la noche), y terror nocturno (despertarse atemorizado por la noche sin que puedas recordar ningún sueño), tomando como ejemplo de los dos primeros algunos de los episodios relatados por ella durante las entrevistas de evaluación.

2.7.3. *Cuestionarios de autoinforme*

Se administraron diversos instrumentos estandarizados para valorar parámetros relacionados directamente con el problema, así como otros índices de relevancia clínica, como la ansiedad y la depresión. A continuación se indican los cuestionarios utilizados y los resultados obtenidos en la fase de pretest.

Cuestionario de malestar de las pesadillas (*Nightmare Distress Questionnaire,* NDQ, Belicki, 1992; adaptación española de Martínez, Miró y Arriaza, en prensa). Este instrumento evalúa el grado de malestar emocional producido por las pesadillas a través de 13 ítems que se puntúan en una escala comprendida entre 0 (nunca) y 4 (siempre) (con la excepción de 3 ítems en los que el contenido de las alternativas de respuesta varía). La paciente obtuvo una puntuación de 17. De forma específica se constató que: siempre tenía miedo a dormirse por miedo a tener pesadillas; a menudo sentía que tenía un problema con las pesadillas; algunas veces al despertarse de un mal sueño tenía dificultad para apartarlo de su mente, convencerse de que «sólo es un sueño» y volver a dormirse; y creía que sus pesadillas interferían en la calidad de su sueño ligeramente.

Cuestionario de frecuencia de las pesadillas (*Nightmare Frequency Questionnaire,* NFQ, Kra-

© Ediciones Pirámide

kow et al., 2000). Este instrumento identifica retrospectivamente la frecuencia anual, mensual y semanal de pesadillas/sueños angustiosos y de noches con pesadillas/sueños angustiosos. En el caso de la paciente, y con objetivo de simplificar este aspecto de la evaluación, se solicitó que informara sólo de las noches con pesadillas/sueños angustiosos. Así, se constató que en los tres últimos meses la frecuencia de noches con pesadillas había sido de 2 a la semana.

Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC, Spielberger et al., 1990). Esta medida consta de dos escalas independientes que evalúan dos aspectos de ansiedad: la *ansiedad-estado* y la *ansiedad-rasgo.* Cada escala incluye 20 ítems que son valorados según tres alternativas de respuesta: 1 (nada), 2 (algo) y 3 (mucho) en el STAIC-estado; y 1 (casi nunca), 2 (a veces) y 3 (a menudo) en el STAIC-rasgo. La paciente obtuvo en la escala de ansiedad-estado una puntuación directa de 35 (centil 90) y en la de ansiedad-rasgo una puntuación directa de 43 (centil 85).

Cuestionario de depresión para niños (*Childrens Depression Scale,* CDS, Lang y Tisher, 1990). Este instrumento consta de 66 ítems agrupados en dos subescalas generales independientes: *total depresivo* (48 ítems) y *total positivo* (18 ítems). Los elementos vienen recogidos en tarjetas separadas que el niño ha de clasificar en lugares diferentes en función del grado de aceptación: desde «muy de acuerdo» (5) hasta «muy en desacuerdo» (1). La paciente obtuvo en la escala total depresivo una puntuación directa de 134 (centil 45).

Estas medidas se administraron en el pretest, en el postest y en los seguimientos realizados a los tres y seis meses tras la finalización del tratamiento.

2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento

El programa de tratamiento aplicado a Estefanía se estructuró en tres fases que vamos a presentar en el orden en el que se sucedieron: 1) fase educativa; 2) fase de intervención; y 3) fase de prevención de recaídas. En la tabla 10.4 puede

TABLA 10.4

Resumen del tratamiento aplicado

Problema	Técnicas de tratamiento	Objetivos terapéuticos
Niveles elevados de ansiedad	— Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. — Respiración abdominal.	— Reducir la ansiedad y/o preocupación mostrada durante el día. — Facilitar la posterior exposición a los estímulos temidos.
Pesadillas recurrentes	— Terapia de ensayo en imaginación.	— Reducir y/o eliminar las pesadillas mediante la modificación del contenido del sueño.
Conductas de resistencia a irse a la cama	— Reforzamiento social de la conducta adecuada.	— Que la niña se duerma sola, sin ningún estímulo de apoyo (oír la televisión, luz encendida) y sin mostrar ninguna queja.
Miedo a dormir, a la oscuridad y a permanecer sola	— Exposición gradual en vivo. — Estrategias de afrontamiento.	— Lograr que Estefanía deje de experimentar ansiedad ante las situaciones temidas. — Lograr que se exponga a las situaciones evitadas. — Sustituir los pensamientos e imágenes negativos por otros más positivos que ayuden a afrontar la situación.

© Ediciones Pirámide

verse un resumen de las diferentes técnicas de tratamiento aplicadas, así como los objetivos terapéuticos planteados. La intervención se extendió a lo largo de 16 sesiones de aproximadamente una hora de duración y de periodicidad semanal, salvo las últimas 3 sesiones, que fueron más espaciadas (entre 15-20 días).

2.8.1. *Fase educativa*

En esta fase se discutió con los padres el análisis funcional del problema, subrayando los componentes situacionales, cognitivos, emocionales y conductuales de la ansiedad asociada a dormir, a la oscuridad y a permanecer sola, así como la relación entre estos componentes. Se explicó el papel que las expectativas negativas y la activación fisiológica desempeñan en las conductas de evitación/escape, y el modo en que tales conductas refuerzan el temor ante los estímulos ansiógenos. Se analizó la forma en que las conductas de los padres podían estar influyendo en el mantenimiento del problema. Asimismo, se trabajó la idea del malestar emocional diurno como fuente propiciatoria de los sueños desagradables durante la noche. A la niña se le planteó una versión del análisis funcional simplificada y adaptada a su nivel de comprensión.

Una vez examinada y discutida la propuesta explicativa del problema, se proporcionó a los padres mediante instrucciones verbales y escritas información básica sobre el sueño, las pesadillas y cómo debían responder ante las mismas (véase la tabla 10.5). Los contenidos de la fase educativa se desarrollaron a lo largo de una sesión.

TABLA 10.5

Consejos sobre cómo deben actuar los padres ante las pesadillas (basado en Sierra et al., 2004)

1. Motivar a la niña a que realice durante el día alguna actividad divertida que le permita relajarse (por ejemplo, deporte, dibujar, escuchar música).
2. Establecer unos hábitos de sueño regulares que ayuden a la niña a identificar el momento de irse a dormir. Para ello, los padres deben realizar una serie de actividades positivas y tranquilas que anuncien el momento de irse a la cama (por ejemplo, cenar, bañarse, ponerse el pijama, leer un cuento). Realizar estas pautas cada noche.
3. Si la niña se levanta de noche y acude al dormitorio de los padres deben mandarla de vuelta a su cama. Repetir esta maniobra tantas veces como sea necesario hasta que la niña tenga claro que no va a conseguir nada y que debe permanecer en su cama.
4. En el momento de la pesadilla, no es muy recomendable comentar con la niña en detalle el contenido del sueño, ya que podría activarse aún más y eso dificultar que volviera a conciliar el sueño. Sin embargo, al día siguiente se puede hablar del tema, ya que muchas veces hablar de sus temores ayuda a los niños a sentirse mejor y permite a los padres saber qué puede estar afectando a su hijo y cómo de serio es el problema.
5. Reforzar el progreso. Establecer una serie de objetivos a cumplir y las recompensas que la niña va a obtener si se alcanzan las metas marcadas. Para ello puede utilizarse un calendario de sueño. Por ejemplo, puede ponerse en un gráfico los días de la semana y colocar una pegatina por cada día sin despertarse con pesadillas. Canjear después los puntos por una recompensa. Al principio puede darse una recompensa cada noche y después ir incrementando el esfuerzo para ganarse premios.
6. Si la niña se despierta por la noche asustada por la pesadilla no entren en el dormitorio encendiendo toda la luz. Enciendan alguna luz suave (por ejemplo, la lamparilla de la mesita de noche, la luz del pasillo). Cuando esté más tranquila, debe volver a dormirse a oscuras.
7. No se queden en la cama de la niña ni la dejen dormir en su cuarto cuando ocurran las pesadillas.

© Ediciones Pirámide

TABLA 10.5 *(continuación)*

8. No es conveniente registrar con la niña la habitación, mirar bajo la cama, etc., para hacerle ver que no hay ningún monstruo o fantasma.
9. Ofrecerle alguna explicación adecuada a su edad sobre las pesadillas: que fue *«un mal sueño», «algo malo que le sucedió mientras dormía»* que le pasa a toda la gente y que no puede hacerle ningún daño.
10. No dar demasiada importancia o mostrar excesiva preocupación por las pesadillas, puesto que, de otro modo, la niña podría aprender a utilizarlas como un mecanismo para atraer la atención de sus padres.

2.8.2. *Fase de intervención*

A continuación pasamos a describir las estrategias de intervención utilizadas. Por razones de claridad expositiva se presentan de forma secuencial, si bien algunas de las agendas terapéuticas incluyeron componentes de las diversas estrategias.

Entrenamiento en relajación y respiración

Con el objetivo de enseñar a Estefanía a disminuir su activación fisiológica en las situaciones que le generaban malestar, realizamos un entrenamiento en *relajación muscular progresiva de Jacobson* así como un entrenamiento en *respiración abdominal,* que se convirtieron en tareas para casa diarias que la paciente tenía que realizar, sobre todo, antes de dormir. Para la implementación de estas técnicas se tomaron como referencia los procedimientos descritos por Cautela y Groden (1985) y Davis, McKay y Eshelman (1985).

Para la aplicación de la relajación muscular progresiva se le explicó a la niña que el procedimiento iba a consistir en realizar una serie de ejercicios a través de los cuales aprendería a tensar y relajar diferentes partes del cuerpo. Para cada uno de los 16 grupos musculares que se trabajaron se siguió la siguiente secuencia: *a*) debes tensar los músculos como yo te voy a indicar; *b*) cuando tenses los músculos debes concentrarte al mismo tiempo en la sensación de tensión que experimenta el músculo al contraerlo (5 segundos); *c*) relaja el grupo muscular, y *d*) concéntrate ahora en la sensación agradable que estás experimentando comparándola con la sensación anterior (10 segundos). Las indicaciones para cada grupo muscular adoptaron la siguiente fórmula (ejemplificado para el primer grupo muscular): *«Vamos a comenzar entrenando primero la mano y el antebrazo derecho. Presta mucha atención y cuando yo te lo diga debes tensar los músculos de la mano y del antebrazo derecho, apretando con fuerza el puño derecho».* Para facilitar el aprendizaje el terapeuta actúa al principio de modelo. *«¿Puedes sentir cómo tus músculos están tirantes? Dirige toda tu atención a ese grupo muscular. Ahora vas a relajar los músculos de tu mano y antebrazo derecho. Suelta la tensión y relaja la mano; compara ahora esta nueva sensación con la que experimentabas hace unos segundos».* Una vez aprendidos los 16 grupos musculares se resumieron en cuatro: 1) extremidades superiores; 2) cara y cuello; 3) tronco, y 4) extremidades inferiores.

El entrenamiento en respiración abdominal se presentó como un método complementario de incrementar el estado de relajación general. La secuencia planteada fue la siguiente: *«Ahora vas a inspirar lenta y profundamente por la nariz. Coloca una mano en tu abdomen y observa cómo la mano sube a medida que entra el aire en los pulmones. Mantén el aire durante 2 o 3 segundos y después expúlsalo suave y lentamente por la boca. Repite el procedimiento varias veces, practicando de 10 a 15 minutos diarios».*

El entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración abdominal se extendió a lo largo de cinco sesiones. Una vez aprendidas estas estrategias, se animó a la niña a que las utilizara

© Ediciones Pirámide

cuando sintiera que empezaba a ponerse nerviosa o cuando anticipara que iba a exponerse a una situación incómoda o temida.

Terapia de ensayo en imaginación (IRT)

La IRT es una técnica que consiste en cambiar mentalmente el argumento de la pesadilla en estado de vigilia. Esta técnica se aplicó en tres sesiones siguiendo el procedimiento sugerido por el grupo de Krakow (Neidhardt, Krakow, Kellner y Pathak, 1992; Krakow et al., 1995, 2000).

1.ª sesión: Características de las pesadillas. En primer lugar se le dieron a Estefanía algunas explicaciones sencillas sobre el fenómeno de las pesadillas. Se subrayó la idea de que las pesadillas son una forma de imaginación negativa que aparece cuando dormimos y que, aunque pueden haberse iniciado por la ocurrencia de alguna situación desagradable que haya afectado mucho a la persona, se mantienen por el «hábito» de tener malos sueños. Por tanto, trabajando con las imágenes de las pesadillas mientras estamos despiertos (cambiando los contenidos negativos por otros más positivos), podemos influir en las pesadillas que se tienen durante la noche.

Tras estas explicaciones, se llevó a cabo un entrenamiento en visualización de imágenes placenteras. Se planteó a Estefanía que íbamos a trabajar con unos ejercicios que le ayudarían a generar imágenes similares a las que se producen en el sueño, pero sobre las que tendría mucho mayor control. Se realizaron ensayos con escenas neutras y agradables, en los que se dieron instrucciones para que la niña se las imaginara de forma vívida, detallada y viéndose a ella misma como participante activo. Para controlar las imágenes desagradables que podían presentarse durante el transcurso de la imaginación placentera se indicó a Estefanía que utilizase las técnicas que había aprendido (relajación muscular progresiva y respiración abdominal), así como la detención del pensamiento. Respecto de este último procedimiento se le planteó que cuando en mitad de una escena agradable que estuviese recreando en su mente apareciese algún elemento no deseado, que se dijera a sí misma en voz bajita «para» y que se concentrase durante algunos instantes en una escena neutra, por ejemplo, imaginar una pared de color blanco, el cielo azul, etc., y que después volviera a recrear la escena agradable.

Para la práctica en imaginación se planteó a la niña que trabajara con escenarios agradables ficticios, así como con situaciones amenas que le hubiesen ocurrido a lo largo del día.

2.ª sesión: Aplicación de la IRT propiamente dicha. La sesión comenzó discutiendo con la niña los resultados de la práctica con imaginación y las posibles dificultades encontradas. El resto de la sesión se dedicó al aprendizaje de la IRT en tres pasos:

1. Selecciona una pesadilla determinada y escríbela. Una de las pesadillas seleccionadas por Estefanía fue la siguiente: *Estoy en el centro comercial con mi familia y de momento llega la policía. Ha pasado algo pero no sé que es. Nos llevan a todos a un castillo. Me encierran en una mazmorra con serpientes venenosas. Yo quiero escaparme pero no puedo. Lloro y llamo a mis padres pero no vienen a ayudarme. No sé dónde están.*
2. Cambia la pesadilla a tu gusto (p. ej., eliminando algún detalle molesto, introduciendo alguna persona o cosa que te agrade, imaginando que te enfrentas y vences a los personajes desagradables del sueño), anotando por escrito en detalle la nueva versión. Los cambios introducidos por Estefanía en la pesadilla anteriormente mencionada fueron: *Hoy es domingo a mediodía. Estoy con mi familia en el centro comercial. Hemos comido en un bonito restaurante y lo hemos pasado genial. Después de comer he jugado con otros niños en un parque infantil cercano al centro comercial. Mis padres han pensado que para finalizar la tarde podríamos ver todos juntos la última película de Disney. La película ha sido fantástica y me he reído mucho.*

© Ediciones Pirámide

3. Repasa mentalmente la nueva secuencia de imágenes cuando estés despierta por un tiempo de 5 a 20 minutos cada día. Se trabaja un máximo de dos o tres pesadillas a la vez.

3.ª sesión: Evaluación del progreso. En esta sesión se evaluaron los logros así como las posibles dificultades encontradas por Estefanía. Asimismo, se revisaron los autorregistros de pesadillas efectuados por la niña en las sesiones anteriores.

Exposición gradual en vivo

Para superar la ansiedad a las situaciones temidas se recurrió a la exposición gradual en vivo, tomando como referencia general el procedimiento descrito en diversos textos (por ejemplo, Olivares, Méndez y Beléndez, 1999; Turner, 1995).

Se explicó a la niña los mecanismos por los que se adquieren y mantienen las conductas de ansiedad, y cómo el miedo puede superarse si uno se enfrenta a las situaciones temidas comprobando que realmente no pasa nada. Exponerse a lo que uno teme puede provocar al principio un cierto grado de malestar, pero si uno se mantiene firme en la situación y practica las habilidades de relajación aprendidas, a los pocos minutos comprobará que el miedo empieza a descender poco a poco hasta desaparecer.

Una vez explicada la técnica se procedió a la construcción de la jerarquía de exposición al miedo a dormir sola y a oscuras. Para ello se elaboró en colaboración con la niña una lista inicial de 20 situaciones que combinaban distintos parámetros moduladores del malestar (dormir sola o acompañada, intensidad de la luz, posición de la puerta de la habitación, etc.), y que fueron valoradas utilizando una escala subjetiva de ansiedad (0-100). Tras varias revisiones, la jerarquía quedó finalmente integrada por 12 ítems (véase la tabla 10.6). La exposición se llevó a cabo en el cuarto de la niña al anochecer durante 2 meses.

TABLA 10.6

Jerarquía de exposición al miedo a dormir sola, a oscuras y sin ruidos

1. Dormir en mi habitación con mi hermana, la puerta abierta, y la luz de la lamparilla de la mesa de noche y del cuarto de baño encendidas. (10)
2. Dormir en mi habitación con mi hermana, la puerta abierta, y la luz de la lamparilla de la mesa de noche y la del pasillo encendidas. (20)
3. Dormir en mi habitación con mi hermana, la puerta abierta, y sólo con la luz de la lamparilla de la mesa de noche encendida. (30)
4. Dormir en mi habitación con mi hermana, con la luz de la lamparilla de la mesa de noche encendida y la puerta de la habitación cerrada. (35)
5. Dormir en mi habitación con mi hermana, con todas las luces apagadas y la puerta del dormitorio abierta. (40).
6. Dormir en mi habitación con mi hermana, con todas las luces apagadas y la puerta del dormitorio entornada, casi cerrada. (45)
7. Dormir en mi habitación con mi hermana, con todas las luces apagadas y la puerta cerrada. (50)
8. Dormir sola en mi habitación con la puerta abierta y la luz del cuarto de baño encendida. (60)
9. Dormir sola en mi habitación con la puerta abierta y la luz del pasillo encendida. (70)
10. Dormir sola en mi habitación con la puerta abierta y las luces apagadas. (85)
11. Dormir sola en mi habitación con la puerta entornada y las luces apagadas. (95)
12. Dormir sola en mi habitación con todas las luces apagadas y la puerta cerrada. (100)

Nota: Para cada ítem se indica entre paréntesis el nivel de ansiedad estimado por la niña.

© Ediciones Pirámide

Se instruyó a los padres para que reforzaran socialmente a Estefanía (por ejemplo, elogios, sonrisas, caricias) por su valentía al superar cada ítem de la jerarquía. Para cada escena el procedimiento fue el siguiente:

— Se le pedía a la niña que al acostarse practicase la relajación, así como otras estrategias de afrontamiento seleccionadas (por ejemplo, imaginar escenas agradables).
— Comenzaba la exposición con la primera escena de la jerarquía. Durante la exposición la niña debía poner en práctica algunas autoinstrucciones sencillas aprendidas (por ejemplo, *«No tengo miedo, sólo es oscuridad. Mis papás están en la otra habitación»,* etc., que la ayudaban a tranquilizarse y fortalecían la confianza en sí misma), así como las estrategias de afrontamiento aprendidas. Se recomendó a los padres efectuar varias sesiones de práctica para cada ítem (p. ej., varios días para cada uno). También se les indicó que si en la práctica el paso de un ítem a otro generaba resistencia o bastante miedo se podían elaborar ítem intermedios que sirviesen de mediadores. De hecho, en el paso del ítem 4 al 5 fue necesario construir un escalón que consistió en introducir una luz de intensidad intermedia entre la luz de la mesita de noche y el estar las luces completamente apagadas. Una vez superado el ítem se pasaría al siguiente, y así sucesivamente. Si en algún momento durante la exposición la niña sentía ansiedad o mostraba alguna señal de miedo, el padre o la madre podían entrar en la habitación para tranquilizarla y animarla a que permaneciera en la situación utilizando las tácticas que había aprendido.
— Dado que el nivel de ruido externo de la habitación era una importante variable moduladora del miedo de la niña, se informó a los padres que debían mantenerlo estable, dentro de los límites normales y razonables y ajustado a sus rutinas diarias.
— También se recomendó a los padres el no introducir en el dormitorio otras señales sutiles de seguridad que limitaran la verdadera extinción del miedo (por ejemplo, que se tapara más de la cuenta, que se pasara a la cama de la hermana).

En la tabla 10.7 se presenta un ejemplo con los datos del autorregistro de evaluación de la exposición en vivo.

TABLA 10.7

Autorregistro de evaluación de la exposición en vivo

Fecha	Ítem de exposición	Número de práctica	Ansiedad máxima	Estrategias de afrontamiento utilizadas
19-5-2003	N.º 1	1.er día	3	Tensión-distensión, respiración abdominal
20-5-2003	N.º 1	2.º día	1	Tensión-distensión, respiración abdominal
21-5-2003	N.º 1	3.er día	0	Tensión-distensión, respiración abdominal
22-5-2003	N.º 2	1.er día	5	Tensión-distensión, respiración abdominal
23-5-2003	N.º 2	2.º día	3	Cantar canciones
24-5-2003	N.º 2	3.er día	0	Pensar en cosas agradables

© Ediciones Pirámide

TABLA 10.7 *(continuación)*

Fecha	Ítem de exposición	Número de práctica	Ansiedad máxima	Estrategias de afrontamiento utilizadas
25-5-2003	N.º 3	1.er día	3	Pensar en cosas agradables
26-5-2003	N.º 3	2.º día	5	Pensar en cosas agradables
27-5-2003	N.º 3	3.er día	1	Pensar en cosas agradables
28-5-2003	N.º 3	4.º día	0	Pensar en cosas agradables
29-5-2003	N.º 4	1.er día	2	Tensión-distensión, respiración abdominal
30-5-2003	N.º 4	2.º día	1	Tensión-distensión, respiración abdominal
31-5-2003	N.º 4	3.er día	0	Tensión-distensión, respiración abdominal
1-6-2003	N.º 4	4.º día	0	Tensión-distensión, respiración abdominal

A medida que la niña fue superando con éxito los ítems de la jerarquía, se fue trabajando con el miedo a los lugares oscuros y a estar sola. Aunque inicialmente se había programado trabajar una jerarquía de exposición para cada uno de estos temores, el éxito en la superación del miedo a dormir sola y a oscuras reforzó la confianza de la niña y facilitó la superación de sus restantes dificultades, por lo que no fueron necesarias tareas de exposición tan sistemáticas como en el caso anterior.

El proceso de elaboración de las jerarquías de miedo, exposición a los ítems y la resolución de las eventuales dificultades requirió un total de 6 sesiones.

2.8.3. *Prevención de recaídas*

Se dedicó una sesión con la niña y con los padres a revisar las mejorías obtenidas con la intervención, a examinar las estrategias aprendidas y las que habían resultado de mayor utilidad, y a subrayar la conveniencia de tener como referencia las líneas de actuación planteadas con el fin de mantener y consolidar los cambios logrados.

2.9. Resultados

En la tabla 10.8 se presenta un resumen de las puntuaciones correspondientes a los índices clínicos estimados en el pretratamiento, en el postratamiento y en los dos seguimientos.

Como puede observarse en la figura 10.2, las pesadillas de Estefanía desaparecieron tras la intervención, manteniéndose estos resultados en los dos momentos de seguimiento. De la misma forma, los datos del NDQ muestran que el tratamiento redujo de forma significativa el malestar emocional producido por las pesadillas. La niña informaba que las pesadillas habían dejado de ser un problema para ella, y que ya no tenía miedo a dormirse por temor a tenerlas.

La ansiedad, así como las preocupaciones informadas por Estefanía, también se redujeron sensible-

© Ediciones Pirámide

TABLA 10.8

Puntuaciones obtenidas en las medidas clínicas a lo largo de los distintos momentos de evaluación

	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento 1	Seguimiento 2
NDQ	17	8	9	6
NFQ (noches con pesadillas a la semana en los últimos tres meses)	2	—	0	0
STAIC (estado)	35	31	29	29
STAIC (rasgo)	43	38	36	35

Nota: NDQ: Cuestionario de malestar de las pesadillas; NFQ: Cuestionario de frecuencia de las pesadillas; STAIC: Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños.

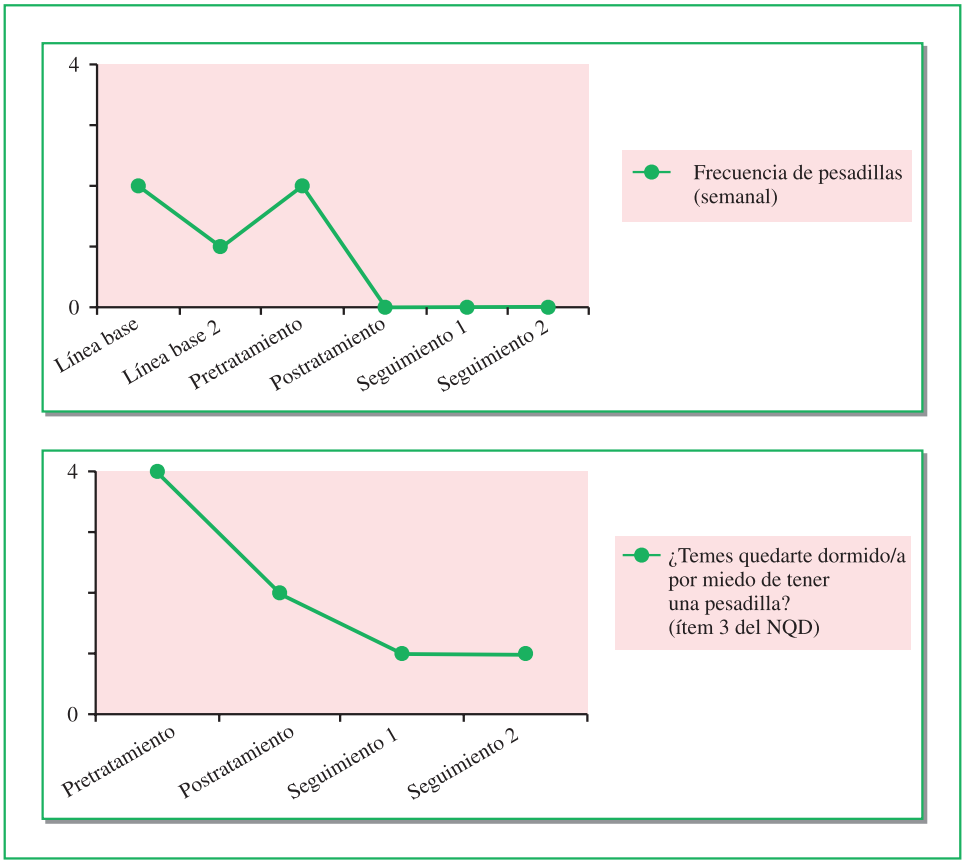
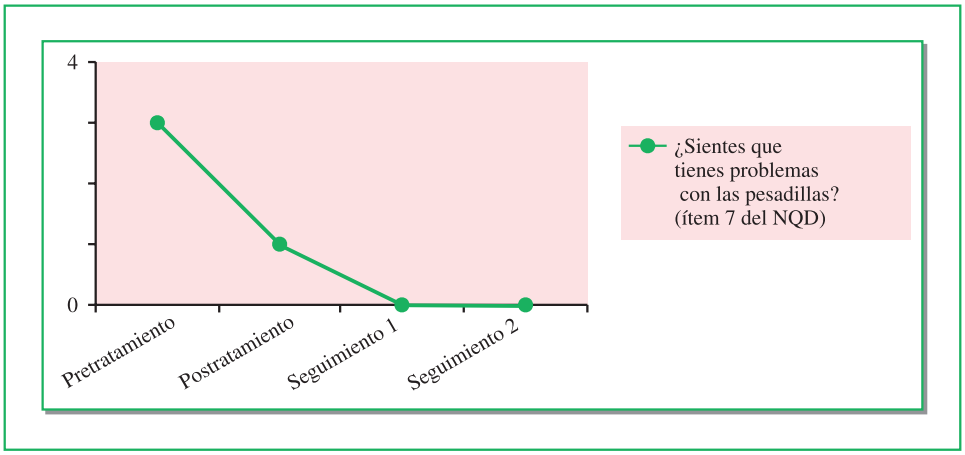


Figura 10.2.—Evolución de la frecuencia semanal de pesadillas (diario) y del malestar producido por las mismas (NDQ) a lo largo de los distintos momentos de evaluación.

© Ediciones Pirámide



Nota: NDQ: Cuestionario de malestar de las pesadillas.

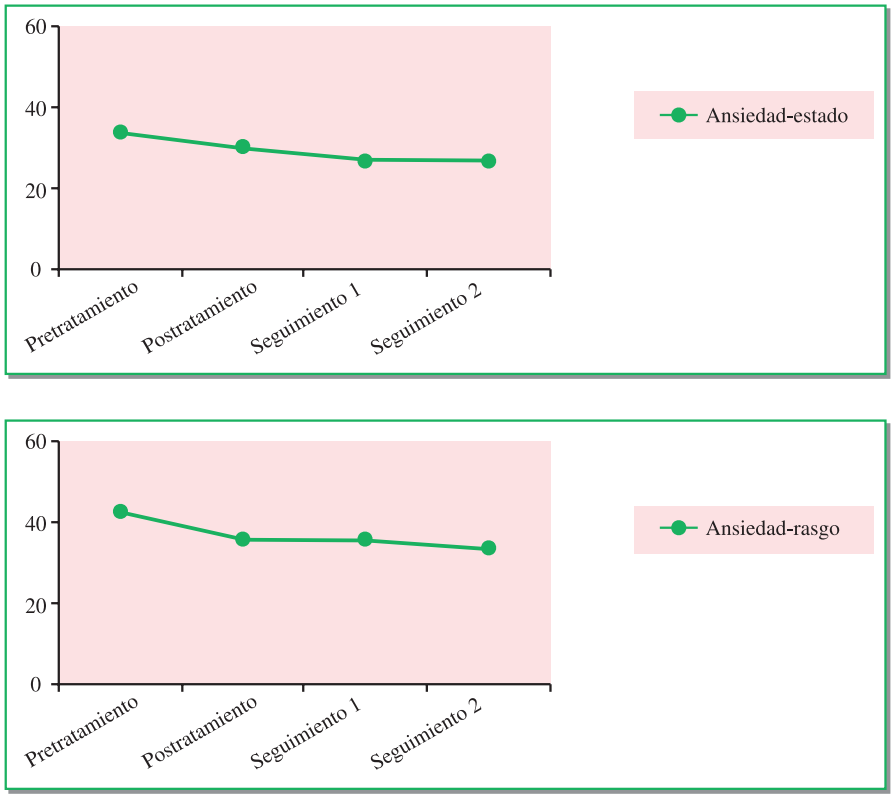
Figura 10.2.—*(continuación).*

mente (véase la figura 10.3). Después del tratamiento, la paciente obtuvo en la escala de ansiedad-estado una puntuación directa de 31 (centil 70), y de 38 (centil 70) en la escala de ansiedad-rasgo. En los seguimientos este descenso también fue apreciable, tanto en el índice de ansiedad-estado (puntuación directa 29 —centil 50—, en ambos seguimientos) como en el de ansiedad-rasgo (puntuación directa 36 —centil 60—; y puntuación directa 35 —centil 55—, en el primer y segundo seguimiento, respectivamente). En la medida de depresión las puntuaciones del postratamiento y de los seguimientos permanecieron en el rango de valores normales.

Durante la evaluación postratamiento así como en los dos momentos de seguimiento, los padres informaron que las conductas de resistencia que mostraba Estefanía habían desaparecido, reduciéndose su latencia de sueño a 10-15 minutos. El temor a dormirse por presentar una pesadilla había desparecido, por lo que ya no necesitaba de estímulos de apoyo (luz encendida, presencia de los padres, etc.) para conciliar el sueño. Asimismo, podía permanecer sola en cualquier lugar de la casa sin sentir miedo. En concreto, se logró que pudiera realizar las tareas académicas en su cuarto sola y sin experimentar ningún tipo de malestar. A este respecto, señaló que había observado que se podía concentrar mejor ahora y que acababa las tareas mucho antes, pudiendo disponer de más tiempo para jugar y ver la televisión. Asimismo, Estefanía perdió el temor a entrar en determinadas estancias seguras que estuvieran a oscuras. Por ejemplo, cuando la familia comía en casa de la abuela, Estefanía podía bajar al sótano para recoger las latas de refrescos, sin experimentar malestar.

Como eventualidad, señalar que en el primer seguimiento y como una cuestión menor, la madre comentó que había observado que la niña estaba siendo excesivamente selectiva respecto del tipo de información que permitía que le llegara, evitando las conversaciones, cuentos o películas que creía que le podían provocar miedo. Con el fin de que este tipo de conductas de evitación no se consolidaran se animó a trabajar con los cuentos y películas de miedo del modo en que se había trabajado con el temor a dormir sola y a oscuras, es decir, exponiéndose a ellos de modo gradual. Además, se animó a la niña a que cuando viera una película de miedo tratara de identificar los errores de argumento, o de filmación, o a entresacar el matiz gracioso de las situaciones, con el fin de modular la intensidad emocional que podían suscitar las imágenes, y desdramatizar su contenido. Estas sencillas pautas fueron suficientes para que Estefanía pudiera manejar sin dificultad los contenidos cinematográficos de este tipo.

© Ediciones Pirámide



Nota: STAIC: Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños.

Figura 10.3.—Evolución de los niveles de ansiedad estado y rasgo (STAIC) a lo largo de los distintos momentos de evaluación.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Preguntas de autocomprobación.

1. *Una de las técnicas utilizadas en el tratamiento del caso descrito consistía en cambiar mentalmente el argumento de la pesadilla en estado de vigilia. ¿A qué técnica estamos haciendo referencia?:*

   a) Inundación.
   b) Terapia de ensayo en imaginación.
   c) Desensibilización sistemática.
   d) Entrenamiento en sueños lúcidos.

2. *Según el DSM-IV-TR, las pesadillas se caracterizan por:*

   a) Despertares repetidos durante el período de sueño, provocados por sueños extremadamente terroríficos que la persona recuerda.
   b) Sueños desagradables que se recuerdan a la mañana siguiente pero que no producen despertares nocturnos.
   c) Despertares bruscos que suelen estar precedidos por gritos o lloros de angus-

© Ediciones Pirámide

tia sin que el sujeto pueda recordar ningún sueño.
d) Episodios caracterizados por la expresión del habla o sonidos durante el sueño.

3. *Según los criterios de valoración de las terapias de la American Psychological Association, la desensibilización sistemática y la terapia de ensayo en imaginación son consideradas:*

a) Tratamientos bien establecidos.
b) Tratamientos probablemente eficaces.
c) Tratamientos en fase experimental.
d) Ninguna es correcta.

4. *¿Qué cuestionario se utilizó para evaluar el número de noches que Estefanía presentaba pesadillas/sueños angustiosos?:*

a) Cuestionario de malestar de las pesadillas.
b) Escala de ansiedad del sueño de Van.
c) Escala de efectos de las pesadillas.
d) Cuestionario de frecuencia de las pesadillas.

5. *La relajación progresiva es una técnica utilizada en modificación de conducta que consiste en:*

a) Enseñar al sujeto a relajarse mediante ejercicios de respiración adecuados.
b) Enseñar al sujeto a relajarse por medio de la imaginación de escenas que evocan tranquilidad y quietud.
c) Enseñar al sujeto a relajarse por medio de una serie de ejercicios de tensión y relajación muscular.
d) Enseñar al sujeto a relajarse a través de una serie de frases sobre sensaciones de calor, frío, peso, etc.

6. *¿Qué técnicas de tratamiento de las que se especifican a continuación se utilizaron para extinguir el miedo a la oscuridad y/o a permanecer sola?:*

a) Intención paradójica.
b) Exposición gradual en vivo y estrategias de afrontamiento.
c) Desensibilización sistemática de autocontrol.
d) *Art therapy.*

7. *¿Qué autoinforme de los que se especifican a continuación se utilizó para evaluar los niveles de ansiedad?:*

a) Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC).
b) Cuestionario de ansiedad infantil (CAS).
c) Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC).
d) Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA).

8. *Asociado al problema de las pesadillas, Estefanía había desarrollado:*

a) Temor a la escuela.
b) Temor a la oscuridad y a permanecer sola.
c) Fobia social.
d) Trastorno de ansiedad generalizada.

9. *Indica cuál de las siguientes afirmaciones sobre cómo actuar en el caso de las pesadillas es correcta (Sierra et al., 2004):*

a) Es recomendable dejar que la niña pueda dormir en el dormitorio de los padres las noches en las que se presenten las pesadillas.
b) En el momento de la pesadilla, se recomienda comentar con el sujeto en detalle el contenido del sueño.
c) Es conveniente registrar con la niña la habitación, mirar bajo la cama, etc., para hacerle ver que no hay ningún monstruo o fantasma y se quede más tranquila.
d) No dar demasiada importancia o mostrar excesiva preocupación por las pesadillas, ya que la niña podría aprender a utilizarlas como un mecanismo para atraer la atención de sus padres.

© Ediciones Pirámide

2. Elabora un modelo de entrevista para realizar la evaluación de un caso de pesadillas. Las preguntas que selecciones han de permitir la obtención de un conocimiento detallado de las características del problema, y el establecimiento del diagnóstico diferencial respecto de otros trastornos del sueño.
3. Indica qué otros cuestionarios de autoinforme y autorregistros se podrían haber administrado en el caso descrito. Justifica tu respuesta.
4. Ensaya a modo de *role-playing* la sesión en la que se explica a la paciente del caso descrito la formulación clínica de su problema, y las estrategias que se van a utilizar para ayudarla a superarlo.
5. Indica qué otras estrategias de intervención psicológica se podrían haber utilizado en el caso expuesto, y describe cómo llevarías a cabo su implementación (considera las referencias bibliográficas recogidas en el apartado 1.5).
6. Describe las pautas de actuación complementarias que habría que incorporar al tratamiento del caso escrito si la paciente también hubiese presentado terrores nocturnos.

Respuestas correctas a la actividad 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
b	**a**	**a**	**d**	**c**	**b**	**a**	**b**	**d**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aargün, M. Y., Kara, H., Bilici, M., Çilli, A. S., Telci, M., Semiz, U. B. y Basoglu, C. (1999). The Van Dream Anxiety Scale: a subjective measure of dream anxiety in nightmare sufferers. *Sleep and Hypnosis, 14,* 204-211.

Abramovitch, H. (1995). The nightmare of returning home: a case of acute onset nightmare disorder treated by lucid dreaming. *Israelite Journal of Psychiatry and Related Sciences, 32,* 140-145.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed. rev.). Washington, DC: APA (Barcelona, Masson, 2002).

Belicki, K. (1992). The relationship of nightmare frequency to nightmare suffering with implications for treatment and research. *Dreaming, 2,* 143-148.

Burgess, M., Gill, M. y Marks, I. (1998). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. *British Journal of Psychiatry, 172,* 257-262.

Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación.* Barcelona: Martínez Roca.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist, 51,* 3-16.

Daniels, L. R. y McGuire, T. (1998). Dreamcatchers: healing traumatic nightmares using group dreamwork, sandplay and other techniques of intervention. *Group, 22,* 205-226.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

Ford, R. (1995). Hypnotic treatment of a sleeping problem in an 11-year-old boy. *Contemporary Hypnosis, 12,* 201-206.

© Ediciones Pirámide

Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., Warner, T. D. y Koss, M. (2004). Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming, 14* (4), 195-206.

Handler, L. (1972). The amelioration of nightmares in children. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 9,* 54-56.

Krakow, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Warner, T. D., Cheng, D., Edmond, T. y Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *Journal of Traumatic Stress, 13,* 589-609.

Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 837-843.

Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L. y Tandberg, D. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health, 29,* 94-100.

Lang, M. y Tisher, M (1990). CDS. Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA Ediciones (original en inglés, 1978).

Leung, A. K. y Robson, W. L. (1993). Nightmares. *Journal of the National Medical Association, 85* (3), 233-235.

Marks, I. (1978). Rehearsal relief of a nightmare. *British Journal of Psychiatry, 133,* 461-465.

Martínez, M. P., Miró, E. y Arriaza, R. (en prensa). Evaluation of the distress and effects caused by nightmares: a study of the psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire and the Nightmare Effects Survey. *Sleep and Hypnosis.*

Maurer, K. E. y Schaefer, Ch. E. (1998). Assessment and treatment of children's nightmares: a review. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 35* (1), 30-36.

Miller, W. R. y DiPilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 870-877.

Miró, E. y Martínez, P. (2004). Tratamientos psicológicos de las pesadillas: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4* (1), 11-36.

Miró, E., Sánchez, A. I. y Buela-Casal, G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud.* Madrid: Pirámide.

Morgan III, C. A. y Johnson, D. R. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related post-traumatic stress disorder. *Art Therapy, 12,* 244-247.

Neidhardt, J., Krakow, B., Kellner, R. y Pathak, D. (1992). The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep, 15,* 470-473.

Nielsen, T. A. y Zadra, A. (2000). Dreaming disorders in principles and practices of sleep medicine. En M. H. Kryger, T. Roth y W. C. Dement (eds.), *Principles and practices of sleep medicine.* Philadelphia: Saunders.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Beléndez, M. (1999). La desensibilización sistemática. En J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Palace, E. M. y Johnston, C. (1989). Treatment of recurrent nightmares by the dream reorganization approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3,* 219-226.

Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitisation treatment of a child' nightmares: a case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1,* 73-75.

Roberts, R. N. y Gordon, S. B. (1979). Reducing childhood nightmares subsequent to a burn trauma. *Child Behaviour Therapy, 1,* 373-381.

Sandoval, D., Krakow, B., Schrader, R. et al. (1997). Adult nightmares sufferers: can they be identified and treated in childhood? *Sleep Research,* 26:256.

Sierra, J. C., Sánchez, A. I., Miró, E. y Buela-Casal. G. (2004). *El niño con problemas de sueño.* Madrid: Pirámide.

Smedje, H., Broman, J. E. y Hetta, J. (2001). Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10,* 1-9.

Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J. y Platzek, D. (1990). *STAIC. Cuestio-*

© Ediciones Pirámide

nario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños. Madrid: TEA Ediciones (original en inglés, 1973).

Terr, L. C. (1987). Nightmares in children. En C. Guilleminault (ed.), *Sleep and its disorders in children.* New York: Raven Press.

Turner, R. M. (1995). La desensibilización sistemática. En V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Vela-Bueno, A., Soldatos, C. R. y Julius, D. A. (1987). Parasomnias: sleepwalking night terrors and nightmares. *Psychiatric Annals, 17* (7), 465-469.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un problema de alimentación en la infancia

11

PILAR COBOS ÁLVAREZ
AURORA GAVINO LÁZARO
PABLO ROMERO SANCHIZ

1. LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

Tragar sin masticar la comida, negarse a comer, vomitar la comida o masticar con excesiva lentitud son algunos de los problemas con los que se encuentran muchos padres a la hora de alimentar a sus hijos. Problemas que les angustian, les desesperan y les preocupan, en ocasiones, de manera desmesurada. Además, con cierta frecuencia no saben cómo abordar el problema, con lo que intentan múltiples maneras de solucionarlo. Cuando no saben qué más hacer, y como «última tentativa», los padres suelen acudir al psicólogo. Las soluciones que éste propone son vistas a menudo con escepticismo por los padres porque, de una u otra manera, lo han intentado ya en casa. El psicólogo se ve obligado en la mayoría de los casos a explicar la importancia de seguir sus instrucciones tal y como se les indica, porque la diferencia entre lo que han intentado anteriormente los padres y lo que él les pide que hagan no está en muchas ocasiones en el contenido, sino en la sistematicidad de su conducta, en la frecuencia de su intervención, en la duración de la atención a la situación y en su comportamiento diario con el niño.

En definitiva, para solucionar este tipo de problemas se precisa la instalación de hábitos y su mantenimiento. Para ello es necesario que padres (al menos uno de ellos) y el psicólogo colaboren estrechamente. El cómo se realiza la intervención, cuándo y dónde hay que actuar y quién se ocupa de ejecutar las instrucciones son parte importante de la labor que realizan conjuntamente psicólogo y padres.

En otras ocasiones, el objetivo de la intervención son las creencias de los padres acerca de la alimentación del niño (Blisset, Meyer, Farrow, Bryant-Waugh y Nicholls. 2005). La mayoría de las madres quieren que sus hijos coman mucho y bien. Sin embargo, esto es muy subjetivo y, en algunas ocasiones, llegan a la consulta del psicólogo madres preocupadas porque el niño «no come lo suficiente», o que «está muy delgado», a pesar de que la cantidad de comida o el peso del niño están dentro de los parámetros normales.

Este tipo de problemas no son graves, son preocupantes. En muchos hogares son motivo de discusiones entre los padres, riñas a los hijos y desacuerdos entre todos que generan tensiones y un mal ambiente familiar. Así pues, en ocasiones se convierten en detonantes de otros problemas y de discusiones que enrarecen la relación de pareja y la relación familiar padres-hijos.

1.1. Epidemiología

Los problemas de alimentación son bastante frecuentes en la infancia. Manikam y Perman (2000) afirman que más del 25 por 100 de los niños presentan algún problema en la alimentación, lle-

© Ediciones Pirámide

gando hasta el 80 por 100 en niños con dificultades ambientales. En un estudio llevado a cabo en Londres (Herbert, 2002) con niños de tres años de edad, se encontró que el 16 por 100 mostraba, poco apetito y el 12 por 100 eran caprichosos con los alimentos. No se encontraron diferencias entre sexos. Los problemas se mantuvieron en dos tercios de los niños al año siguiente y en un tercio tres años después.

1.2. Evaluación

Antes de realizar cualquier tipo de intervención con un niño es necesario tener un conocimiento detallado del problema que presenta. Este conocimiento incluye una definición precisa de los comportamientos del niño, cuáles son problemáticos y la gravedad de los mismos. Además, es necesario saber por qué se presenta ese comportamiento o por qué no se presenta el que se consideraría normal.

Para recoger este tipo de información es necesario realizar una observación sistemática del comportamiento del niño. Es necesario saber qué conductas realiza y con qué frecuencia, intensidad y duración los lleva a cabo.

Es muy común utilizar los registros de conducta como apoyo a la observación sistemática, ya que con ellos se consigue que los datos recogidos sean más objetivos. Puede verse un ejemplo de este tipo de registros en la tabla 11.1 tomada del libro *Problemas de alimentación en el niño* de Gavino (2002).

TABLA 11.1

Corrección objetiva de la alimentación

	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Otros
Hora a la que come.					
Cantidad.					
Alimentos que toma:					
— Lácteos.					
— Cereales y féculas.					
— Frutas.					
— Verduras.					
— Carnes.					
— Pescados.					
— Huevos.					
— Legumbres.					
— Dulces y golosinas.					
— Refrescos.					
— Otros.					

También es fundamental recoger datos mediante registros, tanto de las conductas de los padres como de las circunstancias ambientales que pueden ser relevantes en el problema del niño, ya que cuando se trabaja con niños son especialmente importantes.

© Ediciones Pirámide

Un comportamiento problemático en el niño puede mantenerse por la atención que le prestan sus padres durante el mismo. En muchos casos, la atención de los padres es mucho mayor durante el problema que en el resto del día, con lo que al niño le compensa realizar esa conducta.

En otras ocasiones, la conducta problemática del niño surge y/o se mantiene por imitación de un modelo adulto. La imitación es uno de los mecanismos de aprendizaje más importante en estas edades. Es bastante común que la comida que no le gusta al niño tampoco le guste a uno de sus padres, o que los hábitos o creencias acerca de las comidas pasen de una generación a otra.

En otras ocasiones, el lugar en el que come el niño es, al menos, parte del problema. Si el niño está acostumbrado a comer viendo la televisión o con juguetes alrededor, puede distraerse con facilidad o negarse a comer en otros lugares en los que no reciba esos refuerzos.

1.3. Tratamientos recomendados

Chambless y Ollendick (2001) recogen los tratamientos psicológicos empíricamente validados establecidos por los grupos de trabajo de la Task Force de la APA. Dentro de los problemas pediátricos, y más concretamente de los alimentarios, Kerwin (1999) establece que el único tratamiento empíricamente validado para los problemas severos de alimentación[1] es la terapia de conducta.

En los problemas de alimentación infantil se utilizan fundamentalmente las técnicas conductuales que se emplean de forma habitual con los niños, como aproximaciones sucesivas, exposición, programa de contingencias, control de estímulos, modelado y moldeamiento, e intervenciones orientadas a los cuidadores, como el entrenamiento a padres.

2. EL NIÑO QUE SE NIEGA A MASTICAR

Álvaro, un niño de 5 años y 7 meses que llega a consulta acompañado de su madre porque no mastica la comida, por lo que la ingiere siempre triturada. La preocupación de la madre no la secunda el padre, quien mantiene que «no conoce a ninguna persona mayor que no mastique», por lo que considera que el problema se solucionará con el tiempo. No obstante, no se niega a que la madre consulte a un psicólogo y acepta seguir las pautas que se le indiquen.

La familia es de clase media y la madre no trabaja fuera del hogar. Álvaro es el primer hijo de la pareja y va a la guardería desde los dos años y medio. Cuando lo llevan a la consulta de la terapeuta está en Preescolar y su rendimiento es regular, ya que, según les comenta la profesora a los padres, le cuesta aprender.

2.1. Motivo de la consulta

La madre realiza la consulta porque está muy preocupada con el comportamiento de Álvaro respecto a la comida. Según informa, se niega a masticar y hay que triturar todos los alimentos que ingiere. Este comportamiento ha sido constante en el niño.

Una entrevista evolutiva no indica ningún otro problema a tener en cuenta. Los datos más relevantes que se obtienen con dicha entrevista se pueden resumir en los siguientes:

— El embarazo fue deseado y no hubo ningún tipo de problemas. El parto fue normal.
— La lactancia natural duró siete meses. El biberón empezaron a dárselo cuando se le daba agua y manzanilla. No hubo ningún problema.

[1] Kerwin (1999) se refiere a los problemas severos de alimentación como dificultades de crecimiento no orgánicas. Lo único que diferencia este tipo de problemas de los tratados en este capítulo es la gravedad de las consecuencias. Este autor, en ese mismo artículo, recomienda para los problemas de severidad media o baja, como los que nos ocupan, el mismo tipo de tratamiento.

© Ediciones Pirámide

— El bebé tomaba tanto el pecho como el biberón dormido en muchas ocasiones.
— La madre es la que se ha ocupado hasta ahora del cuidado del niño. Nunca ha habido ninguna situación problemática que le pudiera preocupar, como vómitos o situación de asfixia durante la comida.
— El sueño no ha supuesto ningún problema. Prácticamente desde el principio lo dormían en el cochecito y luego lo pasaban a la cuna.
— Consiguió el control de esfínteres a los cuatro años. En la actualidad se levanta sin problemas de la cama cuando quiere hacer pis a mitad de la noche, y vuelve a su cama para seguir durmiendo.
— La dentición, la locomoción y el lenguaje son normales.
— No se recoge ninguna enfermedad importante ni hospitalización.

2.2. Historia del problema

Es la primera vez que los padres solicitan ayuda profesional. Previamente, la madre había intentado diversas formas de conseguir que Álvaro masticara la comida. Las estrategias que ponía en marcha las improvisaba en cada momento, seguía consejos de otras personas, familiares, amigas, o profesoras de la guardería. Hasta el momento en que acude a la consulta, no había logrado ningún cambio. A veces, se desesperaba con la actitud del niño y acababa gritándole o riñéndole.

Progresión de la conducta de alimentación

En torno a los tres meses la madre introduce en la dieta del niño una papilla de frutas sin ningún problema. Posteriormente pasó a la papilla de cereales siguiendo las instrucciones del pediatra. No presentó problemas para tomarlas con cuchara. Poco a poco introduce el resto de alimentos triturados: carne, pescado y verduras. El niño acepta bien los diferentes sabores.

Es llamativo para la madre el que nunca haya alargado la mano para coger ningún alimento (de ningún tipo) y el que siempre haya rechazado el pan, los colines y las galletas, además de caramelos, chocolates, helados y chucherías.

Desde los cuatro años la madre, cada vez que le da la comida, sea el desayuno, la merienda o la cena, le repite: «tienes que masticar», sin conseguirlo. Si le insiste, el niño dice que no. Por otra parte, si le machacan la comida con el tenedor tampoco se la come.

La semana anterior a la consulta la madre había intentado que comiera cosas diferentes sin éxito (véase la tabla 11.2).

2.3. Análisis topográfico y funcional

Se le pidió a la madre que recogiera datos sobre las comidas a lo largo de la semana. También se le pidió que observara algunas conductas del niño que pudieran suponer un intento de masticar, chupar, llevarse algún alimento a la boca voluntariamente. La información que aportó la madre se recoge en la tabla 11.3.

De los datos que aparecen en la tabla se puede ver en qué consiste la alimentación de Álvaro en el momento de ir a la consulta. La observación sistemática de la conducta alimentaria del niño revela la siguiente información:

Características de los alimentos

— Los ingiere mezclados y pasados (triturados). Consistencia de papilla.
— Acepta el sabor dulce y los sabores mezclados. El sabor dulce en el desayuno, la merienda y la cena y el salado en el almuerzo. De color blanco, blanquecino y marrón rojizo.
— El cocinado siempre es cocido cuando no mezclado (leche y galletas).
— Los alimentos que le gustan son: leche, galletas, quesitos en porciones, coca-cola y zumo de naranja.
— Los alimentos que toma son: leche con cereales o con galletas, papillas de fruta, papillas de verduras con carne y/o pescado, quesitos en porciones y yogures.

© Ediciones Pirámide

TABLA 11.2

Intentos de la madre para que Álvaro pruebe alimentos diferentes que pueda masticar

Primer día		
Desayuno	Vaso de leche con galletas migadas.	Lo toma.
Almuerzo	Emblanco con patatas.	No lo prueba. Toma un yogur.
Merienda	Zumo de naranja.	Lo toma.
Cena	Salchichas.	No las prueba.
Día siguiente		
Desayuno	Leche con galletas migadas.	Lo toma.
Almuerzo	Paella (una cucharada).	Lo escupe.
Merienda	Zumo.	Lo toma.
Cena	Tortilla francesa.	No la toma.
Día siguiente		
Desayuno	Leche con galletas migadas.	Lo toma.
Almuerzo	Patatas fritas.	No las prueba. Coge 3 yogures a escondidas.
Comidas fuera del hogar		
Restaurante: Comida triturada en un termo. Casa de los tíos: Comida triturada en un termo. Vacaciones con la abuela: Le llevan la comida triturada.		

— Se puede observar que el problema no sólo es el tomar los alimentos «pasados», sino el rechazo de algunos, incluso los que le gustan, si nota algún granito en la cuchara.
— La comida tiene que estar muy triturada porque no la acepta cuando la madre la machaca con el tenedor.
— La insistencia en masticar sólo produce el efecto de rechazo a la comida.

2.4. Repercusiones negativas

El problema de alimentación que presenta Álvaro tiene repercusiones en su entorno. Los padres han discutido diversas veces por mantener posiciones contrarias ante la situación. La madre está angustiada y muy preocupada por la negativa del niño a comer de acuerdo a su edad. Por otra parte, no le puede dejar en el comedor de la guardería porque se niega a comer cualquier cosa que no esté muy pasada, aunque le guste y no tenga ningún «tropezón».

Además, se ha convertido en el tema principal de conversación entre los padres, con los amigos y con la familia. Todo ello ha repercutido en la relación de la pareja y ha favorecido una atención excesiva a la conducta alimentaria del niño, reforzando, sin pretenderlo, su afianzamiento en ella.

La madre ha acudido al psicólogo con la esperanza de resolver el problema. De hecho, manifies-

© Ediciones Pirámide

TABLA 11.3

Ejemplo de registro de comidas y de conductas relacionadas

Un día normal de comida	
Desayuno	Leche con galletas migadas.
Almuerzo	Plato de cazuela/potaje/puchero + queso, jamón (todo triturado).
Merienda	Papilla de frutas + galletas.
Cena	Papilla cereales + 1 yogur, siempre blanco, con azúcar.
Sólo quería yogur azucarado. Al que no lleva azúcar no quería añadírsela porque «notaba los granitos». Uno de los días que no quiso comer se tomó un primer yogur azucarado. Como quería otro y no había más azucarados lo tomó sin azúcar. Al día siguiente le obligan a tomarlo sin azúcar. A partir de ahí le añade azúcar cuando lo necesita.	
Otras conductas relacionadas: — Amago de masticar. Nada. — Amago de chupar. Foie-gras, sobrasada. — Nunca se ha llevado nada a la boca. — No ha probado caramelos, helado, bombones. — Come solo.	

ta en consulta que es la única alternativa que le queda. Está muy motivada y afirma que está dispuesta a hacer lo que sea con tal de que su hijo coma con normalidad.

2.5. Selección de los instrumentos de evaluación

La recogida de información sobre la historia del problema, su implicación en el ámbito familiar y todos los antecedentes que pueden haber influido en el inicio del mismo así como en su mantenimiento, se realizó mediante una entrevista en la primera sesión que tuvo la madre con la terapeuta.

Posteriormente, en cada una de las sesiones restantes se fue completando la información que permitía intervenir de manera específica sobre conductas concretas de alimentación.

Los registros fueron continuos a lo largo de la intervención terapéutica. Los realizaba la madre al rellenar las tablas que le daba la terapeuta en cada sesión. Estos registros permitieron conocer con detalle el problema, ver la respuesta del niño a los cambios que se establecían, comprobar la evolución del tratamiento.

La tabla 11.4 recoge los instrumentos de evaluación utilizados y el tipo de registro que se le daba a la madre para cumplimentar de una sesión a otra de acuerdo a los objetivos terapéuticos a conseguir[2].

2.6. Aplicación de las técnicas de tratamiento

La duración de tratamiento fue de 19 sesiones. Uno de evaluación, 17 de tratamiento y uno de

[2] Las tablas a las que se hace referencia en la tabla 11.4 son del libro *Problemas de alimentación en el niño* de Gavino (2002). En el anexo de este capítulo también se hace referencia a las tablas de esa misma fuente.

© Ediciones Pirámide

TABLA 11.4

Instrumentos de evaluación

— Entrevista evolutiva y específica a la madre sobre la conducta alimentaria del niño.
— Observación y registro de la conducta alimentaria:
  - Corrección objetiva alimentos (tabla 2.1).
  - Duración y forma (tabla 2.2).
  - Estímulos agradables y desagradables de los alimentos (tabla 2.3).
  - Jerarquía de alimentos (tabla 2.4).
  - Comportamiento del niño mientras come (tabla 2.7).
  - Evaluación de refuerzos potenciales (tabla 4.3).

seguimiento. Estuvo enfocado a unos objetivos concretos.

Los objetivos

Los objetivos planteados en la intervención psicológica se establecieron conjuntamente entre la madre y la terapeuta y fueron los siguientes:

— Conseguir que Álvaro mastique los alimentos con normalidad y de acuerdo a su edad.
— Introducir en la alimentación de Álvaro alimentos propios de su edad.
— Favorecer las conductas de acercamiento voluntario hacia alimentos que anteriormente nunca ha mostrado interés.

Los datos que se obtuvieron con la observación sistemática de la conducta alimentaria de Álvaro, llevaron a proponer un cambio del menú que comprendiera alimentos de fácil ingesta, apetecibles para el niño y que permitiera cambios en su conducta que fuera aproximándose a la adecuada a su edad. Efectivamente, para conseguir que el niño aceptara masticar los pasos debían ser pequeños, tanto en dificultad como en esfuerzo requerido. La terapeuta consideró, pues, que era necesario combinar los movimientos de masticar con el tipo de alimentos, con el fin de evitar un rechazo del niño a seguir el plan terapéutico. La tabla 11.5 presenta las dos propuestas de menú que se hicieron y que iban de menor a mayor dificultad en la ingesta.

TABLA 11.5

Propuestas de menú en las comidas de Álvaro

Primera propuesta de cambio de menú
Desayuno: — 1 vaso de leche (sin cereales). — 5 galletas masticadas o una magdalena. Almuerzo: — Jamón cocido. — Comida triturada. — Postre: yogur. Merienda: — Hacer marcas en la sara (tira similar a las de regaliz). — 1 zumo de naranja. Cena: — Introducir el salado en la cena empezando por 2 veces/semana. Ejemplo, un puré de patata (clarito) con yema. — Postre: alternar yogur, zumo, fruta.
Segunda propuesta de cambio de menú
Desayuno: — Leche. — Pan tostado con foie-gras o sobrasada, al gusto. Almuerzo: — Comida menos triturada. — Quesito o mortadela o bacon o salchichón, al gusto. — Un trozo de fruta. Merienda: — Zumo. — Galletas/pan. Cena: — Tortilla o salchichas o puré de patatas. — Zumo o yogur o fruta, al gusto.

© Ediciones Pirámide

El tratamiento

El tratamiento en sí tuvo una duración de 17 sesiones.

Si bien se dedicó una primera sesión, de unas dos horas, a la recogida de información del problema, hay que señalar que la evaluación se fue aplicando a lo largo de varias sesiones, combinándola con el uso de técnicas terapéuticas de acuerdo a los datos que se iban obteniendo.

Las sesiones tuvieron una periodicidad semanal y de aproximadamente una hora de duración, a excepción de la primera, que fue de dos horas.

El contenido de cada sesión aparece en el Anexo de este capítulo. En él aparece todo el trabajo terapéutico realizado por sesiones, las técnicas que se utilizaron y sobre qué comportamientos se intervino. También se puede ver el contenido de las sesiones, las tareas concretas que se le pedían a la madre y la evolución del tratamiento sesión a sesión. Además, se incluyen las conductas voluntarias que iba realizando el niño. Por último, en algunas sesiones se puede observar pequeños retrocesos o la no realización de la tarea solicitada. Este tipo de situaciones son habituales en las intervenciones terapéuticas y se han incluido porque, junto con todo lo demás, son parte importante de todo tratamiento. De hecho, en muchas ocasiones, si la terapeuta no interviene con prontitud y eficacia, pueden llevar al fracaso terapéutico.

En el anexo se observa que fue la madre quien se ocupó de llevar a cabo todo el tratamiento. El padre no colaboraba debido a la poca importancia que daba al problema y a que generalmente nunca se ocupaba de la comida del niño. No obstante, estaba al corriente del tratamiento, de sus objetivos y de las técnicas a utilizar. En las ocasiones puntuales que se requirió su colaboración no puso ninguna objeción.

La terapeuta enseñó a la madre en qué consistían las técnicas y cómo aplicarlas. De hecho, cada sesión se dividía en cuatro apartados:

a) Revisión de las tareas realizadas en casa:
   — Objetivos conseguidos.
   — Inconvenientes o problemas que han surgido.
   — Soluciones a esos problemas.

b) Ejercicios de movimiento de músculos relacionados con la acción de masticar y ejercicios de relajación de esas partes implicadas.

c) Introducción de técnicas, explicación y puesta en marcha por parte de la terapeuta que servía como modelo a la madre. La explicación de la terapeuta comprendía:
   — Explicación oral de la técnica, de sus pasos y de sus objetivos.
   — Ejemplificación. La terapeuta aplicaba la técnica al niño en presencia de la madre.
   — Respuestas a dudas que planteaba la madre o a problemas que veía en su uso.
   — Ensayo de la técnica por parte de la madre en presencia de la terapeuta.
   — Modificaciones de la intervención de la madre.

d) Elaboración de tareas para la sesión siguiente. En este apartado la terapeuta seguía los siguientes pasos:
   — Registros a cumplimentar. Explicación detallada del registro. Ejemplos. Solución de inconvenientes o dudas que comenta la madre.
   — Técnicas a utilizar esa semana. Estas técnicas se han tratado en el apartado anterior de la sesión.

Las técnicas

Las técnicas que se utilizaron para conseguir los objetivos propuestos fueron de tres tipos:

a) Por una parte, se realizaron ejercicios con la lengua y los labios que facilitaran al niño los movimientos de masticar y ejercicios de respiración abdómino-torácico-diafragmática con el mismo fin.

b) Se utilizaron técnicas dirigidas directamente a la conducta de masticar. En concreto se usaron la exposición gradual y el mode-

© Ediciones Pirámide

lado. Estas dos técnicas se acompañaron de estímulos de ayuda y de práctica positiva.

c) Finalmente, todo lo anterior se combinó con una serie de técnicas encaminadas a favorecer el éxito de las técnicas del grupo b. Se aplicó refuerzo positivo (social, de actividades y material), control de estímulos, extinción, coste de respuesta y un programa de economía de fichas.

Todas las técnicas se aplicaron a lo largo de las sesiones de tratamiento.

Las técnicas de **grupo a,** es decir, los ejercicios para enseñar a masticar a Álvaro se fueron complicando conforme aprendía a realizarlos. Así, en las primeras sesiones se realizaron ejercicios básicos que consistían en repetir los movimientos de lengua y labios que hacía la terapeuta y observarse en un espejo mientras los repetía. Posteriormente, esos movimientos los tenía que acoplar a los de la respiración. Más adelante, realizaba ejercicios en los que introducía movimientos concretos de la mandíbula al mismo tiempo que repetía los ya aprendidos en los que combinaba lengua, labios y respiración.

Las técnicas del **grupo b,** *exposición gradual y modelado,* se aplicaron tanto en la consulta como en casa. La terapeuta pedía a la madre que llevara a las sesiones determinadas cantidades de alimentos específicos (jamón cocido, yogur, magdalenas, piruletas, fruta...) y ponía en marcha las técnicas delante de ella para que aprendiera cómo aplicarlas en casa. La terapeuta servía en esas sesiones de modelo a la madre. Además, para que el niño realizara la conducta que generaba la técnica en cuestión, la terapeuta se la aplicaba a sí misma para servir de modelo al niño y que éste supiera qué hacer y cómo hacer lo que se le pedía.

Durante las primeras sesiones la exposición fue muy básica. Por ejemplo, se empezó pidiéndole que se introdujera un dedo en la boca e hiciera los movimientos como si lo masticara. Se le decía que mordiera suavemente con caninos y premolares presionando en diferentes partes del dedo. Luego se le daba un trocito de jamón cocido y se le pedía que esperara hasta tragar la saliva, luego que lo masticara tres veces y a continuación que lo escupiera.

En otra sesión se le pedía oler y morder una sara (tira similar a las de regaliz) de fresa. Al morder tenía que dejar marcas pequeñas en la sara.

En cada sesión Álvaro se iba exponiendo a situaciones más complejas hasta alcanzar la conducta adecuada de masticar sin problemas.

Las técnicas del **grupo c** se utilizaron para animar a Álvaro a realizar las tareas y para afianzar los progresos que se iban consiguiendo.

— *El refuerzo positivo* se utilizaba cada vez que seguía las instrucciones. El listado de refuerzos se había realizado previamente tras consultar tanto a la madre como al niño. Se asociaron a las conductas que se pretendían conseguir en el niño, de acuerdo a la dificultad de la conducta y al interés del refuerzo del niño. Los refuerzos eran de distinta clase. Por ejemplo, sonrisas de la madre y expresión de alegría, o comentarios del tipo «muy bien» o «eres un campeón». También se usaban juegos, como el juego de la Oca. Otros refuerzos eran materiales, como conseguir una estampa de «El Rey León» cuando se acercaba la comida a la boca, posteriormente dos estampas por ponerse la comida en la boca, y tres estampas por morder la comida y hacer marcas.

— *El control de estímulos* se realizaba en las sesiones con la terapeuta y fundamentalmente se centraban en la presencia o ausencia de la madre.

— *La extinción* sólo se utilizaba cuando Álvaro realizaba alguna conducta disruptiva o negativa relacionada con el momento de la comida; por ejemplo, ponerse a llorar o tirar el plátano al suelo. En esas situaciones la madre dejaba de prestarle atención y de mirarlo, realizando otra actividad.

— *El coste de respuesta* se aplicó en casa. Se entrenó a la madre en esta técnica y se le pidió que la utilizara si Álvaro se negaba a tomar el alimento.

— *Programa de economía de fichas*. Este programa se elaboró conjuntamente entre la madre, el niño y la terapeuta. Se establecie-

© Ediciones Pirámide

ron todas las conductas alimentarias a conseguir, se relacionó cada conducta con fichas de colores que tenían distintos valores de acuerdo al esfuerzo que le suponía a Álvaro realizar la conducta. Madre y niño compraron los materiales y confeccionaron las fichas con los colores que previamente habían elegido. La consecución de los puntos era contingente a la conducta exigida. Los puntos suponían tanto actividades (por ejemplo, jugar con la madre un ratito, ver un vídeo que le guste) como materiales (un balón de fútbol, un lapicero, una libreta con el dibujo del Rey León, una camiseta de fútbol de su equipo favorito). Cada semana la madre debía llevar a las sesiones el registro de las conductas realizadas y los puntos conseguidos.

A lo largo de todo el tratamiento se aplicaron *estímulos de ayuda (pronting)* y *práctica positiva*.

La aplicación de *estímulos de ayuda* fue disminuyendo a medida que avanzaba el tratamiento. Consistía básicamente en facilitarle al niño el acercamiento de algún alimento a la boca, el introducirlo y finalmente el masticarlo. Para ello se le abría la boca, o con un dedo se introducía un trocito muy pequeño del alimento seleccionado (por ejemplo, jamón cocido).

La *práctica positiva* se acompañaba sistemáticamente de refuerzo. Era una aproximación sucesiva a la conducta de masticar y tragar. Por ejemplo, morder una galleta, dejar marcas con los dientes en un alimento, o sencillamente tragar un trocito de magdalena.

2.7. Resultados

Los objetivos terapéuticos que se plantearon en un principio se cumplieron. Álvaro finalizó las sesiones de tratamiento comiendo un menú normalizado, adecuado a su edad. La comida no se le trituraba y masticaba con normalidad. Comía solo y sin necesidad de atención especial por parte de la madre. De todas formas, la terapeuta pidió a la madre que siguiera manteniendo las pautas de intervención que había aprendido en la terapia y que mediante el uso de las técnicas utilizadas cortara cualquier amago de la conducta anterior del niño.

Se le dieron diversas instrucciones:

— Instrucciones generales para aumentar la cantidad.
— Instrucciones para comer solo.
— Otras instrucciones:
  - No volver a triturar nunca la comida.
  - Si se niega a comer: retirarle el plato y no darle ningún alimento complementario ni ningún otro hasta la próxima comida.
— Reforzarle siempre que esté comiendo solo y bien (refuerzo social sistemático y material o de actividad asistemático).

Seguimiento

La terapeuta volvió a ver a la madre y al niño a las seis semanas de haber finalizado el tratamiento. Los resultados alcanzados no sólo se mantenían, sino que se habían generalizado a otras situaciones y ambientes.

Álvaro comía todos los días fruta. La madre fue introduciendo alimentos nuevos sin rechazo por parte del niño. La conducta de éste era espontánea y natural, cogía por propia iniciativa diversos alimentos como palomitas o pinchitos.

Posteriormente hubo diversos contactos telefónicos entre la terapeuta y la madre y los resultados se mantenían. Se le dio instrucciones a la madre para que contactara si observaba en algún momento un retroceso o una conducta de alimentación inadecuada.

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. ¿Qué información hay que recoger para diseñar una buena intervención en un problema de alimentación?
2. ¿Qué estrategias e instrumentos se utilizan para la evaluación de los problemas de alimentación?
3. ¿Qué variables contextuales pueden iniciar o mantener un problema de alimentación?
4. ¿Cuál es el tratamiento empíricamente validado para los problemas de alimentación?
5. ¿Qué problemas crees que han podido surgir en la aplicación de las técnicas utilizadas, y que no vienen reflejados en el caso (por ejemplo, olvidarse de traer tablas, de traer lo conseguido en la economía de fichas, etc.)? ¿Cómo se podían haber evitado desde el principio?
6. ¿Qué ventajas y qué inconvenientes tiene la presencia del niño en la consulta? ¿Se podría haber realizado el tratamiento con igual resultado trabajando sólo con la madre?
7. ¿Qué inconvenientes surgen cuando, una vez instaurada una conducta, se pretende retirar la técnica que se ha utilizado (por ejemplo, refuerzos, economía de fichas, etc.)?
8. ¿Qué otras técnicas se podían haber utilizado en este caso? ¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?
9. El padre no percibía la conducta del niño como un problema. ¿Qué medidas se han tomado a este respecto que han permitido llevar a cabo el tratamiento con éxito? ¿Qué otras cosas se podían haber hecho?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blisset, J., Meyer, C., Farrow, C., Bryant-Waugh, R. y Nicholls, D. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems. *International Journal of Eating Disorders, 37,* 127-134.

Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-756.

Gavino, A. (2002). *Problemas de alimentación en el niño.* Madrid: Pirámide.

Herbert, M. (2002). *Padres e hijos. Problemas cotidianos en la infancia.* Madrid: Pirámide.

Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology, 24,* 193-214.

Manikam R. y Perman J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology. 30,* 34-46.

© Ediciones Pirámide

APÉNDICES

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
1	Sesión de evaluación: — Historia evolutiva. — Desarrollo de la conducta de alimentación. — Alimentación actual. — Intentos recientes.		— Cumplimentar tabla 2.7*: comportamiento del niño mientras come. — Probar cambio de sabor: una cucharada de yogur de piña, inmediatamente un yogur blanco azucarado. — Reforzar social y materialmente por los logros (jugar con la pelota).	
2	Se le ofrece un puzzle, que realiza atenta y gustosamente. — Inspección de garganta y dientes: sin anomalías evidentes. Premolares y caninos con superficie menos desgastada. Músculos masticadores poco desarrollados. — Ejercicios básicos de lengua y labios ante el espejo. — Respiración integral o abdómino-torácico-diafragmática. — Exposición gradual: masticarse dedo y un trozo de jamón. Colocar su dedo en la boca, morder suavemente con caninos y premolares, presionar sobre diferentes superficies. Se coloca un trocito de jamón cocido en la boca. Esperar hasta segregar saliva. Masticar 3 veces y escupir. — Refuerzo positivo social. — Modelado: para la exposición. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting)*. — Se administran varias cucharadas de yogur de piña. — Refuerzo positivo: juego. — Se administra un trozo de jamón más pequeño. Se mantiene en la boca. Intento de triturar, un lado, otro y tragar.	— Jamón york (un trozo). — Un yogur de piña. (Había aceptado en casa cinco días un yogur completo de piña.)	— Cumplimentar tabla 4.3: refuerzos potenciales. — Un yogur de coco (en almuerzo) y uno de limón (en cena) cada día. — Un trocito de magdalena cada día (seguir instrucciones según tabla 4.2). — Un trocito de jamón cada día. — Reforzar social y materialmente por los logros.	

* Todas las tablas corresponden al libro de A. Gavino (2002). *Problemas de alimentación en el niño.* Madrid: Pirámide.

© Ediciones Pirámide

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
2	— Refuerzo positivo: Juego de la Oca.			
3	— Ejercicios de labios, lengua/respiración: sonrisa/relax, soplar bolitas, apagar velas, intentar expulsar el aire pero impidiéndolo con los labios, etc. — Se presenta el olor de la piruleta con los ojos cerrados. Le gusta. — Alargar la lengua hasta una piruleta. Dar golpecitos. — Ejercicio de masticación con jamón york. — Se presenta el olor de las gominolas y del chicle con los ojos cerrados. Le gusta. — Se le da a probar gominolas y chicle pero lo rechaza. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Traga un trozo de jamón. — Técnicas: las mismas de la sesión anterior. Además se inicia. — Programa de economía de fichas	— Piruleta. — Jamón york.	— Registrar: corrección objetiva alimentos (tabla 2.1); duración y forma (tabla 2.2); estímulos agradables y desagradables de los alimentos (tabla 2.3); jerarquía de alimentos (tablas 2.4). — Incorporar sabores nuevos: yogur de piña, coco, fresa y macedonia. — Aplicar economía de fichas.	
4	— Entrenamiento básico lengua, labios/respiración. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Masticar un depresor con premolares de ambos lados. — Alargar la lengua hasta la piruleta. — Sostener la piruleta entre los dientes. — Permite que le pase la piruleta por los labios. — Lame labios untados de piruleta. — Traga un trozo de jamón. — Exposición gradual: masticar y tragar trocitos de magdalena. Se niega a tragar la magdalena, gritos, llanto, puñetazos, etc. — Técnicas: control de estímulos (la madre sale de la habitación), ex-	— Piruleta. — Jamón york. — 2 trocitos pequeños de magdalena.	— Tomar 2 yogures de sabor variado cada día. — Incorporar en la merienda una magdalena. — Aplicar economía de fichas.	

© Ediciones Pirámide

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
4	tinción (hasta que cesa el llanto), práctica positiva (lo traga), refuerzo positivo. — 2 trocitos pequeños de magdalena (ojo → varios eructos grandes después de tragar esos trozos tan pequeños).			
5	— Entrenamiento básico lengua, labios/respiración. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Exposición gradual: aproximación al olor de plátano; tocar los labios con plátano; colocar entre los labios y escupir. — Cortar con los dientes un trozo de plátano. Triturar con premolares y tragar. Repetir.	— Plátano	— Seguir tabla 4.2 para incorporar alimentos sólidos. — Una pieza de fruta cada día (variada). — Aplicar economía de fichas.	
6	— Ejercicios lengua / labios / respiración. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Mastica con premolares 3 trozos de magdalena. — Exposición gradual: oler y morder una sara (tira similar a las de regaliz) de fresa. Llega a masticar con los premolares (izquierdos/derechos) hasta hacer marquitas. — Refuerzo positivo → una estampa de «El Rey León» por aproximación = 3 estampas (oler-tocar boca-entre los labios-poner entre molares y morder hasta hacer marquitas).	— 3 trozos de magdalena. — Sara de fresa.	— 3 trozos de magdalena/día. — 2 trozos de jamón/ día. — Un yogur variado/día. — Hacer marcas en una sara todos los días. — Aplicar economía de fichas.	
7	— Ejercicios lengua / labios / respiración. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Morder magdalena directamente con la boca (4 bocaditos). — Hacer marcas en la sara. — 3 trozos de jamón. — Llevar atrás el bolo ayudándose con la lengua.	— 4 bocaditos de magdalena. — Sara de fresa (marquitas). — 3 trozos de jamón.	— Jamón. — Un yogur variado/día. — Merienda: un cuarto de magdalena (mordiendo) + medio plato de papilla. Si no toma magdalena, aplicar coste de respuesta (no papilla). — Aplicar economía de fichas de forma adecuada.	

© Ediciones Pirámide

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
7	— Se entrena a la madre para que aplique coste de respuesta contingentemente a la negativa a tomar el alimento señalado. — Se detecta una incorrecta aplicación de la economía de fichas (retraso en el registro de puntos en el panel y en la adjudicación de los premios obtenidos). Se reentrena.			
8	— Ejercicios lengua/mandíbula/ labios/respiración. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Masticar sin cortar un trozo de sara. — Práctica positiva: masticar y tragar: magdalena (mordiendo la pieza), jamón york (mordiendo el trozo), galletas cookies. — Olvidan traer registros de la economía de fichas.	— Trozo de sara. — Magdalena. — Jamón york. — Galleta.	— Propuesta de cambio en el menú: véase la tabla 11.5 la primera propuesta. — Aplicar economía de fichas.	
9	— Ejercicios preparatorios lengua/ mandíbula/labios/respiración. — Práctica positiva: jamón york, magdalena, galleta. — Exposición gradual: oler, morder, tragar medianoche (un bocadito), sorber un batido de fresa con pajita. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).*	— Jamón york. — Magdalena. — Galleta completa. — Batido de fresa con pajita. — Medianoche (un bocadito).	— Una medianoche con sobrasada. — Desayuno: cambiar la leche por batido + una galleta. — Merienda: añadir media magdalena. — Aplicar economía de fichas.	
10	— Ejercicios lengua / mandíbula / labios/respiración. — Exposición gradual: oler, sorber ½ batido de chocolate → no le gusta. Signos de asco, ansia, arcadas. — Respiración integral o abdómino-torácico-diafragmática. — Exposición gradual: un bocadito de bollycao (sin chocolate) → mucho trabajo, deja en la boca, mastica y traga. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).*	— ½ batido de chocolate. — Un bocadito de bollycao sin chocolate. — 2 galletas. — 3 trozos de jamón.	— Desayuno: batido + 2-5 galletas. — Papilla de medio día menos triturada. — Resto menú igual. — Aplicar economía de fichas.	

© Ediciones Pirámide

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
10	— Práctica positiva: 2 galletas bien mordidas, masticadas y tragadas, 3 trozos de jamón, mejor triturados que antes.			
11	— Ejercicios lengua / mandíbula / labios/respiración. — Exposición gradual: oler, sorber batido de vainilla, masticar y tragar patatas fritas de bolsa. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting)*. — Práctica positiva: jamón york y galletas.	— Patatas fritas de bolsa. — Jamón york. — Batido de vainilla. — Galletas.	— Desayuno: leche y galletas. — Almuerzo: jamón y comida menos triturada. — Merienda: magdalena y yogur. — Cena: medio puré, media salchicha o media tortilla francesa. — Aplicar economía de fichas.	Antes de la papilla de la cena probaba estos alimentos: — Patatas de bolsa. — Mortadela (una rueda). — Salami (una rueda). — Bacon. — Montadito de lomo adobado. — Chicharrones (un poquito). — 2 piquitos. — Gusanitos.
12	— Exposición gradual: biscotes con sobrasada, queso y foie-gras (los unta el niño), una rosquilla, nectarina y picotas. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting)*. — Los padres no dan los puntos/premios sistemáticamente	— Biscotes con sobrasada. — Foie-gras. — Queso. — Nectarina. — Picotas. — Una rosquilla.	— Propuesta de cambio en el menú: Véase la tabla 11.5 segunda propuesta. — Aplicar economía de fichas.	— Salchichón. — Pan normal y Bimbo. — Chicharrones. — Bocadillo de mortadela. — Bocadillo de foie-gras.
13	— Revisión de alimentos en la semana: • Desayuno: pan de molde (2) con foie-gras. • Almuerzos: papilla cada vez menos triturada. • Meriendas: bocadillo, sobrasada, salchichón. • Cenas: montadito, media tortilla francesa, salchichas, un bocadillo.	— ½ sandwich de jamón. — Patatas fritas inglesas. — Un batido de fresas naturales.	— Iniciar arroz, lentejas, emblanco y cazuela de patatas sin triturar. — No volver a salir a la calle con papilla. — Aplicar economía de fichas.	— Patatas fritas caseras (un puñadito) en el almuerzo. — Un flamenquín en la cena.

© Ediciones Pirámide

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
13	— Refuerzo positivo: el niño sale con la terapeuta a merendar a la calle, a una cafetería céntrica y animada.			
14	— Exposición gradual: frutos secos. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).* — Práctica positiva: bocadillo de salchichón.	— Frutos secos: garbanzos, cacahuetes y pipas. — Medio bocadillo de salchichón.	— Normalizar el menú al completo. — Almuerzo: conceder como máximo y de forma transitoria el prensado con tenedor o troceado. — Aplicar economía de fichas.	— Bocadillo de mortadela. — Bocadillo de salchichón. — Hamburguesas en la calle. — Pescado frito: merluza, lenguado y rosada.
15	— Práctica positiva: toma fruta troceada en la consulta. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).*	Frutas: — Nectarina. — Melocotón. — Manzana. — Melón. — Plátano.	— Introducir espaguetis y tortilla de patatas. — Resto de comida sin chafar, sólo partir. — Introducir tortilla de patatas. — Tomar todos los días fruta en trocitos. — Aplicar economía de fichas.	— Revuelto de espárragos. — Revuelto de ajetes, gambas y jamón. — Cazuela de patatas y pescado. — Emblanco de pescado.
16	— Álvaro ya no quiere comida triturada. — Exposición gradual: helado. Se le ofrece en consulta un helado de cucurucho. No consigue comerlo. Se le pasa a un vasito. Se lo acerco a los dedos (que retira) hasta que consigue tocar el vasito. Cuando se derrite un poco toma 3-4 cucharadas. — Aplicación de estímulos de ayuda *(pronting).*	— Helado de chocolate.	— Menú normalizado. — Desvanecer economía de fichas.	— Espinacas. — Torta de albóndiga.
17	— Sesión de recapitulación con los padres sobre todo el proceso y el desvanecimiento de la terapia. — Práctica positiva: helado de fresa (vasito pequeño). Se le saca a la calle. Lo empieza a comer a cucharaditas sin llenar. Se le propone ir	— Helado de fresa.	— Menú normalizado. — Desvanecer economía de fichas.	

© Ediciones Pirámide

	Tratamiento/técnicas	Alimentos tomados en consulta	Tareas para casa	Alimentos tomados «espontáneamente»
17	al parque cercano a tomar el helado y después a jugar. Lo toma. La segunda parte ya estaba casi derretida. — Aplicación y retirada de estímulos de ayuda *(pronting-fading).* — Refuerzo positivo: juega en el parque, un lapicero y un bloc del Rey León.			
18	— Revisión de alimentos en la semana. Menú normalizado: comida sin triturar, pescados fritos, carne, bocadillos, etc. Sólo ha rechazado un trozo de pizza y un helado. — Se dan instrucciones para el mantenimiento (véase tareas). — Se planifica seguimiento.		— Menú normalizado. — Instrucciones generales para aumentar la cantidad (tabla 4.6). — Instrucciones para comer solo (tabla 4.8). — Otras instrucciones: • No volver a triturar nunca la comida. • Si se niega a comer: retirar el plato y no dar ningún alimento complementario ni ningún otro hasta la próxima comida. • Reforzar siempre que esté comiendo solo y bien (refuerzo social sistemático y material o de actividad asistemático).	
19	— Sesión de seguimiento: se mantiene adecuada la conducta tratada: come todos los alimentos sin pasar ni machacar como el resto de su familia. Toma carne, pescado, hidratos de carbono, lácteos, fruta, etc. *Práctica positiva:* toma en la consulta una pasta de té y una nectarina y toma un helado en el parque.	— Una pasta de té. — Nectarina. — Helado.	— Todos los días fruta. — Introducir alimentos nuevos siguiendo las instrucciones. — Mantenimiento por reforzamiento natural, espontáneo, asistemático.	— Pera (un trocito). — Palomitas. — Atún en conserva. — Pinchitos.

© Ediciones Pirámide

12

Los trastornos alimentarios y las nuevas tecnologías: la utilidad de abordar la imagen corporal utilizando técnicas de realidad virtual*

JOSÉ HELIODORO MARCO SALVADOR
CRISTINA BOTELLA ARBONA
CONXA PERPIÑÁ TORDERA

Adquirir el hábito de alimentarse autónomamente y hacerlo de manera saludable forma parte del hecho de crecer y desarrollarse física y psicológicamente. Al igual que cualquier otro, este proceso puede verse sometido a complicaciones y problemas. De hecho, los llamados trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones que en una edición anterior del manual DSM de la APA, esto es, el DSM-III-R (APA, 1987), se encontraban ubicados en el apartado de «Inicio en la infancia y adolescencia», junto con otros trastornos relacionados con la alimentación, como la pica o la rumiación. En el DSM-IV (APA, 1994), estos trastornos cambian de apartado porque, ciertamente, poco tienen que ver con, por ejemplo, comerse trozos de pared, y van mucho más allá de una mera alteración de la conducta alimentaria. Sin embargo, sí que es cierto que estas alteraciones, fundamentalmente la anorexia nerviosa, empiezan a manifestarse en edades tempranas en las que, entre otras confluencias, coexisten una total autonomía del acto de comer y de la elección de lo que se come, junto a una enorme presión por agradar al grupo de referencia empezando por el propio aspecto. Esta perspectiva se sigue manteniendo en el DSM-IVTR (APA, 2002). Por otra parte, aunque la edad media de inicio de este trastorno suele oscilar entre los 14 y los 18 años, cada vez es más frecuente atender a casos por debajo de la edad indicada.

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente diagnosticada de un trastorno alimentario, en concreto una anorexia nerviosa tipo purgativo, que se inició a los 12 años de edad y que fue atendida en el Hospital de Día PREVI de Valencia. Se trata de un estudio de caso en el que se aplicó el protocolo general estándar para el tratamiento de la anorexia nerviosa basado en técnicas cognitivo-comportamentales (Vitousek, 2002), al cual se le añadió un componente de tratamiento para la imagen corporal aplicado mediante técnicas de realidad virtual (Perpiñá, Botella y Baños 2000). En el capítulo se presentan datos tras finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA. LA ANOREXIA NERVIOSA

La característica principal de la anorexia nerviosa (AN) es la negativa de la persona a permanecer en un peso saludable. Estas pacientes presentan un conjunto de comportamientos dirigidos a cambiar y controlar un cuerpo con el que no se sienten a gusto y que es fuente de toda insatisfacción y frustración. Las tablas 12.1 y 12.2 muestran los

* Este trabajo ha sido posible en parte gracias a las ayudas concedidas por la Generalitat Valenciana (GV-04B-038) y por el Ministerio de Educación y Ciencia (BS02002-03425).

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.1

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 por 100 del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 por 100 del peso esperable).

B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Subtipos:

Tipo restrictivo: Caracterizado por cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No se recurre a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

TABLA 12.2

Criterios diagnósticos del CIE-10

A) Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos un 15 por 100 por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.

B) La pérdida de peso es autoinducida mediante:

La evitación de alimentos «que engordan».
Vómitos autoprovocados.
Purgas intestinales autoprovocadas.
Ejercicio físico excesivo.
Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras anticonceptivas).

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso se detiene el crecimiento.

F) No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa.

© Ediciones Pirámide

criterios diagnósticos de la AN de las últimas ediciones del DSM y la CIE.

La persona que sufre de AN persiste en su deseo de mantenerse en un peso muy bajo sin importarle las consecuencias. Generalmente, la pérdida de peso llega tras haber disminuido la ingesta, pero también puede utilizar otras «estrategias» como son las purgas (vómitos, laxantes o diuréticos) o el ejercicio físico excesivo. Aún estando en un peso muy bajo, la persona manifiesta un miedo intenso a convertirse en una persona gorda. Por lo general, siente y «percibe» su cuerpo más grande de lo que realmente es. Estas distorsiones ponen de manifiesto la importancia de la alteraciones de la imagen corporal (IC) en la AN, lo cual no sólo se evidencia por estos aspectos «pictóricos» y de tamaño, sino también, y más relevante, por el significado que se otorga al cuerpo, alcanzando estatus, en términos psicopatológicos, de idea sobrevalorada. Es tal la importancia que la persona otorga a la delgadez y al aspecto esbelto en su valía personal, que la consecución de este propósito acaba por articular todos sus esfuerzos y actividades. El estado de ánimo de la persona, su autoestima, su implicación en los estudios, sus relaciones, etc., están en función de cómo se siente en torno a la comida y el peso. Las personas que padecen este trastorno van aislándose, perdiendo el interés por cosas de las que antes disfrutaban, o realizando sus tareas de una manera rígida. Por otra parte, y completando el círculo, el propio estado de inanición contribuye a consolidar esta rigidez, a perpetuar la omnipresencia de estos pensamientos, que cada vez se hacen más intrusos, y a que su estado de ánimo empeore cada vez más (tristeza, ansiedad, irritabilidad y labilidad emocional).

Pese a todo, las pacientes que sufren de AN no son un grupo homogéneo, y prueba de ello es la necesidad de especificar en el diagnóstico la pertenencia a uno de los dos subtipos: el restrictivo y el purgativo, según la ausencia (en el primero), o la presencia (en el segundo) de atracones o vómitos. Aunque la existencia de episodios de ingesta excesiva (normalmente con alimentos de alto contenido calórico), seguidos de prácticas purgativas que compensen las posibles consecuencias de aumento de peso, son dos características que también se encuentran en el otro trastorno alimentario (TA), la bulimia nerviosa, nunca hay que olvidar que este ciclo ayuno-(atracón)-purga también puede darse igualmente en el caso de la AN.

La comorbilidad de estos trastornos es muy frecuente. Los trastornos de ansiedad están presentes en un 60 por 100, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente (36,8 por 100), seguido del trastorno de pánico (20 por 100) y el trastorno obsesivo-compulsivo (16 por 100) (Bulick, Sullivan, Fear, y Pickering, 1997). Por lo que se refiere a la comorbilidad con los trastornos del eje II, se considera que entre el 23 y el 80 por 100 presentan alteraciones de personalidad, siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad de evitación, dependiente, y obsesivo-compulsivo.

La AN, al igual que el resto de TA, afecta fundamentalmente a mujeres (95 por 100). Los estudios sobre prevalencia de la AN entre chicas adolescentes y jóvenes adultas indican un porcentaje del 0,5-1 por 100. La edad media de inicio de la AN es de 17 años, aunque los datos sugieren la existencia de picos a los 14 y 18 años (APA, 1994). En estudios españoles se han encontrado tasas de prevalencia del 0,45 por 100 (Rojo, Livianos, Conesa, García, Domínguez, Rodrigo, Sanjuán y Vila, 2003).

Es habitual que el inicio del trastorno coincida con algún acontecimiento que signifique que el entorno se ha vuelto más demandante (estudios, traslado de domicilio, problemas familiares, etc.), no siendo extraño que la paciente relate en ese contexto, y hacia atrás en el pasado, anécdotas de burlas y rechazos por parte de los demás debido a su aspecto físico.

La AN tiene un curso crónico y se acompaña de graves complicaciones físicas. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas es aproximadamente del 10 por 100; es decir, es uno de los trastornos mentales con tasas de mortalidad más altas (Walsh y Devlin, 1998). La muerte se produce fundamentalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (APA 1994).

© Ediciones Pirámide

La manera más comprehensiva de entender la etiología de este trastorno es desde una perspectiva bio-psico-social, marco general que da cabida a explicaciones multifactoriales, tal y como señala, por ejemplo, Garner (1993), para quien los trastornos alimentarios son alteraciones multideterminadas en las que la presentación de los síntomas son el resultado final de diversos factores (biológicos, constitucionales, sociales, culturales, familiares, etc.) predisponentes, precipitantes y perpetuantes, tal y como se expone en la figura 12.1.

Las áreas centrales a explorar en la evaluación y diagnóstico de la AN son los patrones de ingesta, las conductas compensatorias, las alteraciones en

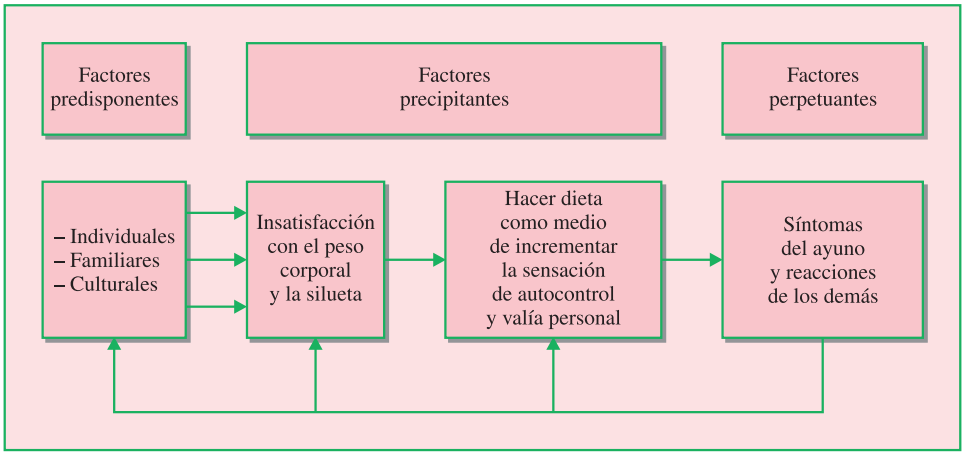


Figura 12.1.—Los TA como alteraciones multideterminadas (Garner, 1993).

la IC y, desde luego, una buena exploración física. Pero para una evaluación comprehensiva del caso individual, hay que evaluar los factores precipitantes y mantenedores para diseñar su abordaje terapéutico. Las principales dificultades en la evaluación son, por un lado, la ausencia de conciencia del problema por parte de la paciente, o su nula motivación para el cambio (no siendo extraño encontrarse con la ocultación o claro engaño de lo que hay que evaluar), y por otro, el hacer un buen diagnóstico diferencial y no confundirse con otras psicopatologías. Además, la simple presencia de la dieta en los hábitos de una persona no es criterio suficiente para cumplir un diagnóstico. La sintomatología central de estos cuadros se confunde con muchas creencias y comportamientos que, actualmente, se consideran «normativos» (es bueno estar delgada, hacer dieta y practicar ejercicio). Lo importante para el clínico es delimitar la centralidad de estas creencias en la vida de las personas, qué implicaciones comportamentales están teniendo y cómo está afectando eso a sus vidas.

El tratamiento de la AN se puede llevar a cabo en distintos dispositivos asistenciales (en consulta ambulatoria, y en hospitalización parcial o total) en función de la gravedad del cuadro (APA, 2000; Yager, Devlin, Halmi et al., 2005), y en cada uno de ellos se pueden contemplar intervenciones farmacológicas, psicológicas o una combinación de ambas. Sin embargo, Fairburn (2005), en su reciente revisión indica que, hoy por hoy, no contamos con el suficiente apoyo empírico (debido a la escasez de estudios controlados) como para contestar a la pregunta de cuál de ellas es la más eficaz. Lo contrario sucede en el caso de la bulimia nerviosa, cuyo tratamiento sí que ha recibido apoyo empírico sobre la superioridad de la terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Wilson y Fairburn, 1998; Saldaña, 2001). Con todo, se suele aceptar que este tipo de intervención también es útil para la AN,

© Ediciones Pirámide

dadas las similitudes entre ambos trastornos, y la moderada evidencia existente con respecto a eficacia en el trastorno que nos ocupa (Pike, Walsh, Vitousek et al., 2003; Vitousek, 2002). Por otra parte, cada vez hay más acuerdo en atender y tratar específicamente a la sintomatología asociada, bien por lo que respecta a otros trastornos del Eje I o Eje II, bien a otros componentes que, más allá de la restauración del peso y de los patrones de ingesta, están en el origen y en el mantenimiento de la AN. Así, incluso en el caso de la bulimia nerviosa, se propone que el programa de tratamiento básico de TCC se extienda a otros aspectos, tales como auto-estima o relaciones interpersonales, hasta ahora sólo trabajados tangencialmente (Fairburn, 2002).

En esta misma línea, nosotros consideramos que hay que trabajar específicamente la IC, un componente de tratamiento al que, sorprendentemente, tampoco se le ha prestado mucha atención desde un punto de vista terapéutico (con o sin apoyo empírico). La restauración del peso y la reducción de la patología alimentaria no garantizan por sí mismas la eliminación de la disforia corporal (Rosen, 1996). La persistencia de la insatisfacción corporal después del tratamiento es un predictor fiable de recaída (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993). Sin embargo, tal y como señalan Cash y Hrabosky (2004), hasta el momento ningún estudio había comprobado si añadir un componente de tratamiento para la IC a la TCC para los trastorno, alimentarios repercutiría en potenciar sus resultados (ya de por sí buenos). En este sentido, ya contamos con datos, provenientes de estudios controlados, no sólo sobre la eficacia de trabajar específicamente el componente de IC dentro del marco general de la TCC (Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero, 1999), sino también sobre la eficacia diferencial del programa TCC al que se le añade un componente de IC. Los datos indican que cuando la TCC se refuerza con el componente de IC esta condición es más eficaz al finalizar el tratamiento que la aplicación de sólo TCC, y que esta mejoría seguía persistiendo al año de seguimiento (Marco, 2004; Perpiñá, Marco, Botella, Baños, 2004).

Una parte importante de los elementos terapéuticos que hemos desarrollado para el trabajo de la IC la hemos estructurado a través de la realidad virtual (RV), técnica que se ha mostrado muy útil y eficaz en otros problemas psicológicos (por ejemplo, Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000; Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, De Vries, Schuemie y Van der Mast, 2002). La IC es un constructo mental difícilmente objetivable y apresable, y la gran aportación de la RV es su versatilidad en concretar y mostrar, tanto al paciente como al terapeuta, esa representación mental. La RV es capaz de crear una figura corporal en tres dimensiones en un sistema inmersivo; ello significa que la persona, aunque está manipulando un ordenador, siente que «está ahí» modelando su propio cuerpo y enfrentándose a él. Este método, además, es capaz de combinar varias de las dimensiones de la IC: se puede evaluar los sesgos en la estimación del tamaño corporal; combinar distintos índices de discrepancia con respecto al peso y a la silueta (real, subjetivo, deseado, saludable, etc.); el cuerpo se puede ubicar en diferentes contextos (por ejemplo, en la cocina, antes de comer, después de comer, frente a personas atractivas, etc.), suscitando, por tanto, situaciones significativas y relevantes para el tratamiento de la IC en el contexto de los trastornos alimentarios en general y de la AN en particular (Perpiñá Botella y Baños, 2003). En definitiva, la RV permite integrar distintos elementos terapéuticos (psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de respuesta, comprobación de realidad, etc.) al servicio de un elemento clave en la AN, la IC, elemento que contribuye enormemente a la resistencia al cambio en estas pacientes y a su ausencia de conciencia de enfermedad.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación de la paciente

La paciente se llama Ana. Es una mujer española de 13 años de edad. En el momento de la evaluación estaba realizando la Educación Secundaria Obligatoria en Valencia. Pertenece a una familia de un nivel sociocultural medio-alto. Los padres están divorciados. Actualmente vive con su

© Ediciones Pirámide

padre y con la familia de la pareja de su padre, que son dos hermanastros de 14 y 16 años. En el momento de la evaluación la paciente pesa 40 kg y mide 1,58 m, lo que resulta un índice de masa corporal —IMC— (kg/m^2) de 16,1. Ana cumple los criterios diagnósticos de AN tipo purgativo según DSM-IV (APA, 1994).

2.2. Motivo de la consulta

Ana viene a consulta acompañada de su padre porque según éste *«hace mucha actividad física, no quiere comer y lo poco que come lo vomita», «está hiperactiva, no para de moverse»*. En el momento de acudir a consulta la paciente acaba de salir de un ingreso hospitalario de dos meses de duración que fue motivado por un diagnóstico de AN tipo purgativo (ingresa con un IMC de 14 y es dada de alta con un IMC de 18). Sin embargo, persiste en el patrón de restricción y de pérdida de peso, por lo que, dos meses después del alta hospitalaria, el padre decide volver a pedir ayuda.

Durante las primeras visitas el padre la acompaña e insiste en hablar con el terapeuta. El padre, durante la entrevista, se siente desbordado al hablar del problema de su hija.

La paciente presenta en este momento un intenso deseo de bajar de peso, y la firme creencia de que la solución a sus problemas en casa, en el colegio, con sus padres es bajar de peso, *«la única forma de ser feliz y sentirme bien es bajar de peso»*. Tiene un gran temor a perder el control con la alimentación y llegar a convertirse en una persona obesa. Su peso deseado es el actual.

A pesar de que dada su edad no es posible diagnosticar un trastorno de la personalidad, Ana presenta un patrón generalizado de necesidad de control, búsqueda de perfección, metas muy rígidas y perfeccionistas, así como un control extremo de las emociones. Este patrón de comportamientos lo aplica a todas las áreas de su vida.

2.3. Historia del problema

Antes de que se inicie el trastorno alimentario, Ana era una persona muy aplicada y perfeccionista en todas las áreas de funcionamiento, destacando en el rendimiento escolar. Tuvo la primera menstruación a los 12 años. El IMC de la paciente antes de empezar el problema alimentario era de 20. A los 12 años, coincidiendo pues con las primeras menstruaciones, empezó a realizar conductas restrictivas con el objetivo de perder peso. Este inicio de restricción fue la respuesta a una gran insatisfacción corporal; en ese momento su cuerpo empezó a desarrollarse siendo en este sentido una de las chicas más precoces de su clase. La paciente recuerda chistes y burlas de los compañeros sobre su cuerpo; además, tuvo que cambiar de talla de ropa, lo que produjo una gran interferencia. Otro factor a destacar es que, después del divorcio, su padre se volvió a casar, y esto generó continuas discusiones con las nuevas personas con las que empezaba a convivir (sobre todo con dos hijos de la pareja de su padre). Debido al importante patrón de restricción alimentaria y a una gran hiperactividad física, Ana llegó a perder 13 kg en 3 meses, alcanzando un IMC de 14, momento en el que la paciente requiere un ingreso hospitalario. La duración del ingreso hospitalario es de 2 meses; durante este ingreso la paciente recibe un tratamiento centrado en el incremento de peso. Ana es dada de alta con un IMC de 18; sin embargo, prosigue el patrón de restricción alimentaria, de insatisfacción corporal y sigue manteniendo las creencias y actitudes negativas hacia su cuerpo, lo que se traduce en una progresiva pérdida de peso hasta el momento actual.

2.4. Análisis topográfico

Presenta un patrón de alimentación restrictivo, tanto en cuanto a tipo de comidas como a cantidades, que le lleva a ingerir alrededor de 1.000 kcal/día. Un día promedio, en el momento en el que se llevó a cabo la entrevista, consistía en lo siguiente: se salta el desayuno y el tentempié de media mañana. A la hora de comer su menú suele consistir en un hervido acompañado a veces de algo (un poco de carne o pescado), pero siempre a la plancha. Se salta la merienda y su cena consiste en ensalada, a veces acompañada de algo de fruta. Si el padre la obliga a comer más de lo que ella tenía en mente,

© Ediciones Pirámide

lo vomita. Evita ingerir alimentos como fritos, bollería, chocolates, helados, frutos secos, etc. Cuando ingiere estos alimentos prohibidos se siente culpable, sucia y los vomita. Aunque no presenta atracones objetivos (pérdida de control e ingestión de grandes cantidades de comida), sí que se detectan atracones subjetivos (sentir que se pierde el control —aunque sea en poca cantidad—, normalmente de aquello que se prohíbe).

De la misma forma, Ana presenta un control mental de todos los alimentos que ingiere, contando sus calorías. Si en algún momento excede el límite de calorías que se permite ingerir lo vomita. Esto ocurre con una frecuencia de dos vómitos a la semana.

Además presenta hábitos alimentarios alterados, como es comer muy lento, corta en muchos trozos la comida, esconde la comida, etc. Evita comer con su familia, de manera que no pueden saber si come o no. Cuando está comiendo la inundan pensamientos de culpabilidad. La paciente presenta episodios de mucha actividad física (3 horas al día) en los que el objetivo es «quemar calorías» (como por ejemplo ir a correr con un chubasquero puesto para sudar mucho más o hacer decenas de abdominales al día). Este patrón de conductas le lleva a una progresiva pérdida de peso.

La paciente es consciente de su problema; sin embargo, no quiere cambiar las conductas, ya que teme «llegar a perder el control» y «convertirse en una persona gorda».

Ana presenta una gran insatisfacción y malestar con el cuerpo, lo que le produce emociones de asco, rabia, rechazo y ansiedad ante el mismo. Se siente y se «ve» con mucho más volumen del que tiene objetivamente. También mantiene un patrón constante de pensamientos negativos hacia el cuerpo, continuos autorreproches y críticas muy duras sobre su cuerpo: se define como *«tengo todo el cuerpo lleno de grasa», «si no soy la más delgada, no valgo nada», «con este cuerpo nadie me va a querer nunca», «soy asquerosa»*. Presenta mucha ansiedad ante la báscula y ante el peso.

Debido a este malestar con el cuerpo, evita las situaciones en las que su cuerpo puede ser objeto de crítica, como son mostrar su cuerpo, vestida o desnuda, mirarse al espejo, ir a lugares donde hay mucha gente (discotecas), estar con gente más delgada, ir a gimnasios, piscinas, playas, comprarse ropa, comer delante de gente, que la toquen, etc. Por otra parte presenta conductas de comparación de su cuerpo con los de otras chicas más delgadas que ella, principalmente con modelos de la televisión (durante horas se compara con modelos de la televisión). También realiza conductas de comprobación como medirse los muslos, probarse ropa de tallas menores, etc.

El estado de ánimo es irritable y disfórico. A pesar de su buen rendimiento académico, tiene una gran sensación de inutilidad, de incapacidad, de no valer para nada. Ana es consciente de su problema; sin embargo, no quiere cambiar las conductas, ya que teme perder el control con la comida y el cuerpo.

2.5. Análisis funcional

En el problema que presenta la paciente se puede ver que existen varias variables mantenedoras del problema: Ana está atrapada por toda la sintomatología propia del TA, potenciada por su marcado bajo peso y por los hábitos alimentarios tan alterados como, por ejemplo, el círculo atracón/dieta, la dependencia de la hiperactividad fomentada por la desnutrición, la influencia de la desnutrición en las alteraciones del estado de ánimo, etc. Ante este malestar intenta controlar todo lo que come *«para no descontrolarse»,* lo que hace que esté, sin darse cuenta, atrapada en varios círculos viciosos sin salida.

El malestar y la insatisfacción corporal le impiden normalizar su alimentación y alcanzar su peso saludable. Existen muchos miedos asociados al aumento de peso y a recuperar su cuerpo. Otras características, dentro de los factores mantenedores, son las conductas de comparación que realiza con su cuerpo, ya que son conductas que siempre le llevan a la misma conclusión: *«estás gorda»*.

El aislamiento social al que la ha conducido la AN hace que no tenga una red social adecuada, lo que le impide encontrar reforzadores y contrastar esos temores sociales que experimenta con respecto al rechazo y su forma corporal.

Por otra parte, el patrón perfeccionista y rígido que aplica a todas las áreas de su vida le lleva a

© Ediciones Pirámide

mantener un patrón de pensamiento muy duro y castigador consigo misma, lo cual hace que su autoestima esté todavía más dañada y le lleve al fracaso en las metas que se plantea (estudios, pareja, amigos, etc.).

Finalmente, indicar que Ana puede estar obteniendo ganancias secundarias relacionadas con la atención de los padres en un momento en el que hay otros *«dos nuevos hermanos»,* los cuales son objeto de atención del padre.

2.6. Repercusiones negativas

El patrón actual de restricción y los vómitos han llevado a Ana a una rápida pérdida de peso, encontrándose en la actualidad en un peso extremadamente bajo (IMC de 16), y ocasionándole, de nuevo, la pérdida de la menstruación.

El estado de ánimo bajo interfiere en muchas áreas de su vida, principalmente en los estudios, ya que no puede concentrarse y se ha reducido el rendimiento académico. Por otra parte, ha perdido el interés por cosas que antes le gustaban y se está aislando de sus compañeras.

El problema ha generado un ambiente familiar muy negativo. La familia vigila en todo momento a la paciente, tienen toda la comida de la casa escondida, están siempre controlando a la paciente, lo que genera una tensión continua entre los miembros de la familia.

2.7. Selección de los instrumentos de evaluación

Antes del tratamiento, se llevaron a cabo tres sesiones de evaluación de forma individual por parte del psicólogo, dos por parte del servicio de endocrinología y una por el psiquiatra. A continuación se describen los instrumentos utilizados en la evaluación psicológica. Las medidas utilizadas se dividen en tres tipos:

A) *Medidas que evalúan el trastorno alimentario*

1. *The Eating Attitudes Test-EAT* (Test de actitudes alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Versión española adapatada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Este instrumento evalúa la presencia de actitudes y conductas asociadas con la anorexia nerviosa, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso a adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos. La puntuación de corte que identifica actitudes y comportamientos alimentarios alterados y que es de 30. Presenta una consistencia interna de 0,79 en muestras clínicas, de 0,94 para la población general, y de 0,94 al agruparse ambas muestras (33 pacientes con anorexia y 59 controles) (Garner y Garfinkel, 1979). La fiabilidad test-retest para un intervalo de 2-3 semanas es de 0,84 (Carter y Moss, 1984).

2. *The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh.* BITE (Test de investigación bulímica, de Edimburgo) (Henderson y Freeman, 1987). Es un instrumento que evalúa las características cognitivas y conductuales del trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. La fiabilidad test-retest para pacientes bulímicas es de 0,68. Una puntuación global de 25 indica un patrón alimentario severamente alterado y se puede considerar la posibilidad de un diagnóstico de bulimia nerviosa. Se compone de dos subescalas, la de síntomas y la de gravedad.

3. *Evaluación semanal.* Registro de evaluación semanal que cumplimenta la paciente para ir valorando la evolución durante la terapia. Todas las semanas, la persona ha de indicar, en relación con la semana anterior, aspectos considerados centrales en el proceso de cambio de su problema, tales como:

a) Frecuencia de atracones: es el número de atracones que ha tenido la paciente en la última semana.
b) Frecuencia de conductas purgativas: el número de conductas purgativas (provocarse el vómito, ingesta de laxante, ingesta de diuréticos, utilización de enemas, etc., que ha tenido la paciente en la última semana).
c) Grado de temor a los alimentos prohibidos.
d) Grado de evitación de los alimentos prohibidos.

© Ediciones Pirámide

e) Grado en el que se van consiguiendo las conductas objetivo. En este caso eran:

1. Eliminación de vómitos.
2. Hacer 5 comidas al día.
3. Aprender a mantener mi peso saludable.
4. Recuperar la menstruación.
5. Tomar alimentos dulces sin vomitar.
6. Comprarme ropa de una talla mayor.
7. Comer delante de chicos y chicas más delgados que yo.
8. Ponerme el bikini.
9. Normalizar la actividad física.
10. Normalizar conductas de comprobación (modelos de la televisión, chicas más delgadas).
11. Control de las explosiones de ira.
12. Eliminar las discusiones con los hermanos.

B) *Medidas que evalúan la imagen corporal*

1. *Body Attitud Test (BAT)* (Test de las actitudes corporales) (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995). Es una escala que evalúa distintos aspectos de la insatisfacción con el cuerpo, como son pensamientos, emociones y las actitudes hacia determinadas características corporales. El punto de corte que distingue entre población general y población clínica en la versión original realizada por Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden (1995) es de 36. En estudios con población española el coeficiente de consistencia interna es de 0,92 y la fiabilidad test-retest de 0,91 (Gila, Castro, Gómez, Toro y Salamero, 1999). Nuestro grupo (Salvador, Quero, Baños, Perpiñá y Botella, 2004) ha trabajado recientemente en la validación de este cuestionario en población española, obteniendo una consistencia interna de 0,92 y la fiabilidad test-retest 0,87. También se han obtenido muy buenas correlaciones con el ASI (0,67), BASS (0,71), BIATQ (0,78), SIBID (0,77) (Salvador, 2004).

2. *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire. BIATQ* (Cuestionario sobre los pensamientos automáticos acerca de la imagen corporal) (Cash, Lewis, Keeton, 1987). Es un cuestionario que evalúa el componente cognitivo de la IC. Evalúa la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos acerca del cuerpo o de su aspecto. Se han obtenido coeficientes de consistencia interna de 0,90 tanto para población normal como en población de pacientes con bulimia, una fiabilidad test-retest es de 0,90 en la escala negativa y de 0,71 en la escala positiva (Cash et al., 1987). Nuestro grupo (Perpiñá, Borra, Baños, Botella, Quero y Jonquera, 2003) ha validado este instrumento en población española, obteniendo una muy buena consistencia interna (0,91 la escala general, 0,97 la escala negativa, 0,91 la escala positiva). Lo mismo se ha encontrado con la fiabilidad test-retest (0,91 para la general, 0,88 para la negativa, 0,76 para la positiva). Respecto a la validez predictiva, el BIATQ discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica. También presenta una validez convergente con el BAT (0,86), BASS (0,80), con el SIBID (0,78), ASI (0,63) (Borra, 2002).

3. *Body Areas Satisfaccion Scale. BASS* (Escala de satisfacción de zonas corporales) (Cash, 1991). En esta escala se mide el grado de satisfacción e insatisfacción que una persona tiene respecto a 10 características del cuerpo y al cuerpo en su globalidad. Ha demostrado tener una consistencia interna de 0,79 y 0,78 para varones y mujeres, respectivamente (Cash, 1991).

4. *Situational Inventory of Body-Image Dysphoria. SIBID* (Inventario del malestar provocado por las situaciones relacionadas con la IC) (Cash, 1994). Es un instrumento que recoge las reacciones de malestar e insatisfacción con el cuerpo desencadenados por determinadas conductas, situaciones o contextos. Tiene una consistencia interna de 0,96 y fiabilidad test-retest de 0,86. La validación española (Gallego, 2004) halló una consistencia interna (0,97) y fiabilidad test-retest (0,86). BIATQ discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica y posee una buena validez convergente con el BAT (0,75),

© Ediciones Pirámide

BASS (0,67), BIATQ (0,75), ASI (0,74) (Gallego, 2004).

5. *Appearance Schemas Inventory. ASI* (Inventario sobre los esquemas acerca de la apariencia) (Cash y Labarge, 1996). Evalúa creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que ésta tiene en la vida de una persona. Tiene una consistencia interna de 0,84 y una fiabilidad test-retest de 0,71 (Cash y Lagarge, 1996).

6. *Grado de ansiedad/malestar que presentan las pacientes con su cuerpo cuando lo ven reflejado en un espejo.* Es un test de evitación conductual, en el que se evalúan las emociones que produce ver la imagen del cuerpo en un espejo, a un metro de distancia y durante 30 segundos.

7. *Grado de ansiedad/malestar que presentan las pacientes cuando están encima de la báscula.* Es un test de evitación conductual de carácter subjetivo, en el que se evalúan las emociones que produce su cuerpo en el momento de enfrentarse a la báscula durante 30 segundos.

C) Medidas que evalúan la psicopatología secundaria

1. *Inventario Breve de Síntomas (IBS)* (Derogatis y Melisaratos, 1983) (Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro, Ortet, 2001). Se pueden obtener puntuaciones específicas de cada escala y también un indicador general de gravedad (IGG). En el instrumento original la fiabilidad test-retest es de 0,90, con una consistencia interna que oscila entre 0,71 y 0,85.

2. *Inventario de Depresión de Beck. BDI* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Este cuestionario sirve para evaluar la posible presencia de un episodio de depresión en el sujeto. Presenta una consistencia interna de 0,86 y una fiabilidad test-retest de 0,75. Mide sobre todo aspectos cognitivos, aunque también fisiológicos y conductuales, de la depresión. La puntuación total posibilita establecer diversos rangos cuantitativos de depresión (Beck, Steer y Harbin, 1988): depresión ausente o mínima (<10), depresión entre leve y moderada (10-18), depresión entre moderada y grave (19-29), y depresión grave (30-63).

2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento

Una vez realizada la evaluación, estructuramos un plan de intervención atendiendo a las directrices de la APA que actualmente se recomiendan para el tratamiento de los TA. En concreto, nos basamos en las *«Practice guidelines for the treatment of patients with exating disorders»* (APA, 2000). En cuanto al lugar y modalidad de intervención, decidimos llevar a cabo el tratamiento de forma ambulatoria, siempre y cuando no se produjera algún tipo de deterioro o circunstancia que aconsejara otro tipo de actuación. Por ello, explicamos a la paciente y a la familia que íbamos a iniciar el tratamiento de esta forma, eso sí, previamente pactando con Ana que esta condición se mantendría si la paciente era capaz de incrementar el peso por ella misma en su casa. A lo largo de todo el proceso terapéutico el tratamiento se realizó de forma ambulatoria, no siendo necesario el ingreso.

El programa de tratamiento específico consistió en la adaptación que hemos realizado de la terapia cognitiva conductual para la anorexia nerviosa (Garner, Vitousek y Pike, 1997) ampliada con el componente de tratamiento de la IC utilizando técnicas de realidad virtual (Perpiñá, Botella, Baños, 2000). Paralelamente, la familia recibió tres sesiones de psicoeducación sobre el TA, con el objetivo de crear el clima familiar adecuado para el tratamiento. La paciente se encontraba en tratamiento farmacológico con benzodiacepinas (Bromocepan 1,5 mg) y durante el tratamiento esta dosis se mantuvo. A continuación se describen las fases de tratamiento y posteriormente se detallan las sesiones de tratamiento. El programa de tratamiento se compone de tres fases.

Fase I

En esta fase el objetivo general es crear el marco adecuado para el tratamiento, esto es, formar una fuerte alianza terapéutica y conseguir la motivación óptima de la paciente. Esto es un aspecto central que será la base para las posteriores intervenciones terapéuticas. Durante esta fase se dedi-

© Ediciones Pirámide

can las primeras sesiones a trabajar la motivación y la conciencia de enfermedad, también se explican los principios básicos de funcionamiento del peso corporal, el mantenimiento del peso a corto y largo plazo, las consecuencias físicas y psicológicas de la desnutrición y de los trastornos alimentarios, los métodos ineficaces de control de peso (laxantes, vómitos, etc.), las consecuencias de los atracones y las purgas. También se trabajan los principios básicos de la nutrición, las consecuencias de las dietas, etc. Al principio de la fase se establece el peso meta y los objetivos terapéuticos de normalización del estado físico de la paciente, y en función de éstos se plantea el tipo de tratamiento que necesita. Como ya se ha señalado, en el caso de Ana se pactó, mediante un contrato terapéutico, un tratamiento de carácter ambulatorio con el compromiso de mantener un incremento progresivo de peso (500 g semanales) por parte de la paciente. Para ello se le proporcionó a la familia un patrón de alimentación específico para el aumento de peso hasta alcanzar un IMC = 22. En el caso de incumplimiento durante dos semanas consecutivas, Ana hubiera ingresado en el Hospital de Día PREVI. Durante esta fase se prescribe un patrón de alimentación regular, tres comidas junto con dos tentempiés al día, comer en lugares adecuados. La paciente tiene que monitorizar su alimentación y se normaliza el patrón de pesado (una vez a la semana). Durante esta fase las sesiones son semanales y de una hora de duración. En la tabla 12.3 se presentan los objetivos y los componentes de la fase I.

TABLA 12.3

Objetivos y componentes de tratamiento de la fase I

— Objetivos:

a) Establecer una fuerte alianza terapéutica e incrementar la motivación para el cambio y la conciencia de enfermedad.
b) Conocimiento de las consecuencias de tener un TA.
c) Eliminación de las conductas purgativas.
d) Establecimiento del peso meta (IMC = 22).
e) Normalización del patrón de comidas (realización 5 comidas).
f) Normalización del estado físico de la paciente.

— Componentes:

a) Motivación:
Ejercicio de querida anorexia.
Ejercicio de odiada anorexia.
Proyectándonos en el tiempo.
Explicación de la funcionalidad de la AN.

b) Psicoeducación:
Consecuencias físicas y psicológicas del TA y de la desnutrición.
Principios básicos de funcionamiento del peso corporal, el mantenimiento del peso.
Cómo establecer un patrón de alimentación regular.
Métodos ineficaces de control de peso (laxantes, vómitos, etc.).
Consecuencias de los atracones y las purgas.
Principios básicos de la nutrición y las consecuencias de las dietas, etc.

Fase II

El objetivo general de esta fase es proseguir con el aumento de peso hasta alcanzar el peso meta ampliando los contenidos de la terapia hacia el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo, el peso y el fortalecimiento y mejora del autoconcepto de la paciente.

© Ediciones Pirámide

Durante la fase II se explican los principios fundamentales de la terapia cognitiva. Se revisa el autoconcepto y los patrones perfeccionistas que aplica la paciente a los juicios sobre sí misma y se le enseña la forma adaptativa de autovalorarse. La normalización del peso viene precedida por la normalización alimentaria en los tipos y cantidades de comida. También se trabaja en esta fase la forma que tiene Ana de resolver los problemas interpersonales y de otros posibles mantenedores de la enfermedad, así como las actitudes y patrones de pensamientos distorsionados sobre la comida y el cuerpo. Es, pues, en esta fase cuando empezamos a trabajar la IC. En el caso de Ana, pensamos que era conveniente introducir el componente de IC cuando estuviera alcanzado el peso meta, ya que es el momento en el que más insatisfacción tiene y en el que enfrenta a todos los temores y miedos asociados a alcanzar su peso meta. Uno de los objetivos de esta fase es que las pacientes sean conscientes de que tienen un problema de IC, que diferencien entre cuerpo e imagen corporal y aprendan que el malestar con el cuerpo no se puede eliminar cambiándolo, sino que hay que incidir en cambiar la IC. Para ello, comentamos los principios psicoeducativos sobre qué son las alteraciones de la IC, consecuencias de la IC negativa, cómo se forma la IC. También se trabaja para generar un espíritu crítico hacia la presión social existente sobre el «cuerpo perfecto» y la delgadez, etc. Siguiendo el modelo de cómo se forma la IC se aplican los principios de la terapia cognitiva al cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo y la apariencia y el cambio de las conductas de evitación y seguridad que están manteniendo el problema de IC. El objetivo es que la paciente deje de evitar las situaciones sociales relacionadas con el cuerpo que teme y que aprenda a afrontarlas de una forma adaptativa. Un aspecto muy importante es aprender a mantener una relación positiva con el cuerpo, produciéndose un incremento de actividades reforzantes con el mismo. Por último se trabaja el autoconcepto de uno mismo y la autoestima. En la tabla 12.4 de la página siguiente, se presentan los objetivos de tratamiento y los componentes. Las sesiones en esta fase fueron quincenales.

El componente de tratamiento sobre la IC se apoya en sesiones individuales en las que se trabaja con un programa de realidad virtual que consta de 6 entornos de tratamiento. Estos escenarios son recorridos durante las 8 sesiones en las que se aplica este componente.

Zona 1. Aprendizaje del sistema: El principal objetivo es que la paciente se familiarice con lo que es un escenario de RV, sepa utilizar el ratón, se habitúe al casco y aprenda a moverse e interaccionar con los objetos presentes en el escenario.

Zona 2. Balanza y cocina virtual: Este escenario se encuentra formado por una báscula digital y un banco de cocina. En la báscula digital aparece el peso real y el peso saludable de la paciente. La paciente puede introducir el peso subjetivo y deseado, respondiendo la báscula en función de la exactitud de estos pesos. Esto se puede hacer antes y después de ingerir los alimentos que se encuentran en el banco de cocina. El objetivo es contrastar y aprender a distinguir el peso real, el peso subjetivo, el peso deseado y el saludable y que la paciente se dé cuenta de las reglas erróneas que utiliza a la hora de obtener su peso subjetivo. Hacerla consciente de que sobrestima su peso y que esto ocurre, sobre todo después de comer. Ver la asociación entre sobrestimación de peso y malestar corporal.

Zona 3. Zona de las fotografías: Este escenario consiste en una sala de exposiciones en la que se exhiben fotos con cuerpos de diferentes constituciones de ambos sexos: modelos, personas normales, personas obesas y personas con trastornos alimentarios. En cada foto hay información sobre la altura de cada persona y la paciente ha de indicar el peso de la persona. El propósito es que la paciente entienda que el «mágico» número del peso es un valor relativo a otras variables, como sexo, altura, constitución física, etc. Por otra parte, también se trabaja su tendencia a compararse con otras personas y se le anima a proyectarse en el futuro en cada una de las personas.

Zona 4. Zona de los dos espejos: En esta zona se pueden encontrar dos figuras en tres dimensiones. La primera es moldeada por la paciente para indicarnos «cómo se ve» y la segunda figura representa el aspecto real de la paciente. La textura es

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.4

Objetivos y componentes de la fase II

— Objetivos:

a) Alcanzar y mantener el peso meta (IMC = 22).
b) Normalización alimentaria (introducción de alimentos prohibidos).
c) Cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo, el peso y la comida.
d) El fortalecimiento y mejora del autoconcepto de la paciente.
e) Aprender a afrontar y resolver problemas.
f) Mejora de la imagen corporal.

— Componentes:

a) Entrenamiento en la terapia cognitiva:
Teoría del A-B-C.
Reestructuración cognitiva.
Los errores cognitivos de la IC.
b) Entrenamiento en mejorar el autoconcepto de la paciente.
c) Entrenamiento en solución de problemas.
d) Psicoeducación sobre la IC:
Qué son las alteraciones de la IC.
Consecuencias de la IC negativa.
Cómo se forma la IC.
Qué es la belleza.
e) Eliminación de conductas de evitación y seguridad.
Medirse los muslos.
Ponerse ropa más pequeña.
Compararse con modelos de la TV.
f) Exposición a situaciones sociales y al cuerpo.
Exposición al cuerpo vestido.
Exposición al cuerpo desnudo.
Llevar bikini.
Comer delante de chicos y chicas.
g) Incremento de actividades reforzantes y placenteras con el cuerpo.
Recibir masajes, caricias.
Nadar, deporte.
Actividades de autocuidado.
h) Carta de reconciliación con el cuerpo.

traslúcida, de forma que cuando se superpongan las dos figuras se puede apreciar si sobrestima sus dimensiones. El objetivo general del escenario es observar y evaluar la IC de la paciente, obteniendo índices de discrepancia entre su imagen corporal y su aspecto real, haciéndola consciente de la sobredimensión de su imagen corporal, tanto de perfil como de frente y en diferentes situaciones. Otro objetivo importante es corregir esta discrepancia y ponerla en relación con las actitudes y emociones negativas con respecto a su IC.

Zona 5. El cuerpo en el espacio: Una puerta en la que su espacio está ocupado por multitud de tablas rectangulares de 5 centímetros cada una y de distinto color. Detrás de la puerta se encuentra una figura 3D. El objetivo es que el cuerpo que representa a la paciente pase por ese marco de perfil quitando el número exacto de tiras. Si sobrestima

© Ediciones Pirámide

el espacio por el que ha de pasar el sistema, lo corrige. El objetivo es hacer consciente a la paciente de la sobredimensión de su imagen corporal, pero en esta ocasión vista de perfil.

Zona 6. Zona de las distintas versiones del propio cuerpo: En esta zona están representadas las diferentes versiones de su cuerpo: «así me gustaría ser», «así me ve..», «así me veo yo», «así soy yo» y «así será mi cuerpo saludable...». El objetivo es hacerla consciente de la discrepancia de su aspecto ideal, su figura real y su figura saludable, y mostrarle la discrepancia que hay entre la visión que ella piensa que otras personas tienen de ella y su aspecto real, y hacerla consciente de las consecuencias que esta sobredimensión tiene en su comportamiento.

La aplicación de realidad virtual se realizó con una frecuencia de una vez a la semana y la duración de las sesiones era de una hora.

Fase III

El objetivo general de la fase III es la consolidación de los logros obtenidos en las dos fases anteriores, generando una atribución interna del resultado del tratamiento, la preparación para el alta y la prevención de recaídas. La frecuencia de las sesiones es quincenal. En la tabla 12.5 se muestran en detalle los objetivos y componentes de la fase III, y en la tabla 12.6 se presenta también de forma pormenorizada lo realizado en las sesiones de tratamiento.

TABLA 12.5

Objetivos y componentes de la fase III

— Objetivos:

a) Que la paciente genere una atribución interna de los cambios producidos.
b) Ser consciente de los objetivos de tratamiento que ha conseguido y lo que le falta por conseguir.
c) Conocer qué técnicas terapéuticas le han sido más útiles.
d) Planificar las situaciones de riesgo.
e) Afrontar bien las recaídas si ocurren.

— Componentes:

a) Diferenciar entre recaída y desliz.
b) Explicar las diferentes formas de afrontar la recaída.
c) Repaso de las conductas objetivo que ha conseguido:
1. Normalizar el peso.
2. Eliminación de vómitos.
3. Hacer 5 comidas al día.
4. Recuperar menstruación.
5. Comprarme ropa de una talla mayor.
6. Comer delante de chicos y chicas más delgadas que yo.
7. Ponerme el bikini.

d) Planificar cómo conseguir las conductas objetivos que faltan:
Tomar dulces sin ansiedad.
Introducir fritos.
Control de las explosiones de ira.
Eliminar las discusiones con hermanos.

e) Detección y preparación de situaciones de riesgo:
Que el peso no se estabilice y sigua subiendo.
Críticas por el cuerpo.
Que me deje mi pareja.
Volver a restringir.
Que pierda 4 kg.

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.6.

Esquema de las sesiones de tratamiento

Sesión	TCC anorexia nerviosa
Fase I	
1	Exposición de los problemas. Analizar la interferencia del TA. Establecer metas de tratamiento.
2	Motivación para el cambio I: «Querida anorexia». Psicoeducación: Consecuencias de la inanición.
3	Motivación para el cambio II: Aspectos positivos y negativos del TA. «Odiada anorexia». Psicoeducación: Consecuencias generales de los TA. Establecimiento de un peso mínimo para el tratamiento ambulatorio.
4	Motivación para el cambio III: Proyectándonos en el futuro. Psicoeducación: Qué es el peso I. Establecimiento del rango de peso meta.
5	Normalización ingesta I: Realización de 5 comidas. Control de estímulos, comer regular I. Control de estímulos en la comida. Psicoeducación: El peso II.
6	Psicoeducación: Métodos ineficaces de control de peso. Purgas. Dietas y restricción. Psicoeducación: Nutrición I. Importancia de los nutrientes. 4 grupos de alimentos.
7	Psicoeducación: Nutrición II. Psicoeducación: Peso III. Motivación IV: Múltiples funciones de la sintomatología de la AN. Establecer el grado de implicación familiar.

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.6 *(continuación)*

Sesión	TCC anorexia nerviosa	
Fase I		
8	Qué son los alimentos prohibidos. Detección de factores mantenedores de la AN.	
9	Eliminación de los otros dos tipos de dieta: Exposición a los alimentos prohibidos.	
Sesión	**TCC anorexia nerviosa**	**Sesión realidad virtual**
Fase II		
10	Teoría del A-B-C: La importancia del pensamiento. Psicoeducación: Qué es la imagen corporal (IC).	Sesión 1. Zona entrenamiento. Zona de la balanza y cocina.
11	Introducción de la reestructuración cognitiva (REC). Psicoeducación: Cómo se forma la IC.	Sesión 2. Zona de la balanza y cocina.
12	Práctica de REC. Entrenamiento en la solución de problemas (SP). Problemas interpersonales. Psicoeducación: Qué es la belleza. Vídeo: el reto de la libertad.	Sesión 3. Zona de la balanza y cocina. Zona de las fotografías.
13	Práctica de REC. Práctica de SP en general. Los errores cognitivos de la IC.	Sesión 4. Zona de las fotografías. Zona de los dos espejos. Zona de la puerta.
14	Revisón del autoconcepto. REC utilizada con problemas interpersonales. Entrenamiento en autoestima I.	Sesión 5. Zona de la balanza y cocina. Zona de los dos espejos. Zona de la puerta.
15	Revisión del autoconcepto. Explicación qué es la exposición. Confección de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales. Entrenamiento en autoestima II.	Sesión 6. Zona de los dos espejos. Zona de la puerta.
16	Explicación qué es la exposición. Práctica de la exposición al cuerpo vestido. Entrenamiento en autoestima III.	Sesión 7. Zona de los dos espejos. Zona de las distintas versiones de nuestro cuerpo.

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.6 *(continuación)*

Sesión	TCC anorexia nerviosa	Sesión realidad virtual
	Fase II	
17	Práctica de la exposición al cuerpo vestido. Cambiando la forma de alcanzar mis metas. Entrenamiento en autoestima III.	Sesión 8. Zona de los dos espejos. Zona de las distintas versiones de nuestro cuerpo.
18	Cambiando la forma de alcanzar mis metas. Psicoeducación: Qué son las conductas de seguridad. Exposición a situaciones sociales de IC. Autoestima III.	
19	Incremento de actividades placenteras con el cuerpo. Comprobación de la realidad.	
20	Incremento de actividades placenteras con el cuerpo. Comprobación de la realidad.	
21	Introducción de la reconciliación con nuestro cuerpo. Carta de reconciliación del cuerpo.	
22	Introducción de la reconciliación con nuestro cuerpo. Carta de reconciliación del cuerpo.	
	Fase III	
23	Generen una atribución interna de los cambios producidos. Ver los objetivos conseguidos y lo que les falta por conseguir. Conocer qué técnicas terapéuticas les han sido más útiles. Planificar las situaciones de riesgo.	
24	Preparación para el alta. Revisión de las situaciones de riesgo. Prevención de recaídas. Afrontar bien las recaídas si ocurren.	

2.9. Resultados

Los resultados obtenidos tras el tratamiento se pueden ver en la tabla 12.7.

Como puede verse en la tabla, después del tratamiento y en el seguimiento al año, se produjo una mejoría en las tres áreas que evaluamos. Concretamente, en las medidas que evalúa la psicopatología del TA vemos que en el EAT-40 y en el BITE se han reducido mucho las puntuaciones. En el caso del EAT-40, al finalizar el tratamiento la paciente puntúa por debajo del punto de corte (como hemos dicho anteriormente es de 30) que separa a la población clínica de la no clínica. Podemos ver cómo se ha incrementado el peso encontrándose la paciente en un peso normal para su edad y altura,

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.7

Resultados del tratamiento

	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento al año
Medidas de anorexia nerviosa			
Índice masa corporal	16	22	22
EAT-40	56	19	25
BITE	21	5	4
Frecuencia vómitos semanal	2	0	0
Medidas de imagen corporal			
ASI	24	21	16
BIATQ	79	26	7
SIBID	143	122	111
BASS	19	23	30
BAT	50	55	33
Espejo	8	6	4
Báscula	10	5	5
Medidas de psicopatología secundaria			
BDI	7	4	4
IBS	63	29	40

IMC = 22, y lo que es más importante, este peso lo mantiene al año de seguimiento. Lo mismo ocurre en la eliminación de los vómitos al finalizar el tratamiento y en el seguimiento.

Por lo que respecta a las medidas de IC, se ha producido una mejoría en las diferentes dimensiones de la IC utilizadas. Al finalizar el tratamiento la paciente presenta con menor grado de creencia los esquemas sobre la apariencia (ASI), menor frecuencia de pensamientos negativos sobre el cuerpo (BIATQ), menos situaciones sociales que le generan malestar con el cuerpo (SIBID), mayor satisfacción corporal (BASS) y mejores actitudes hacia el cuerpo (BAT). Lo que queremos destacar es que al año de seguimiento estas variables no sólo se han mantenido, sino que han seguido mejorando. Hemos de resaltar que, a pesar de que se ha producido una gran mejoría en el malestar producido por las situaciones sociales relacionadas con el cuerpo, vemos que al finalizar el seguimiento al año, todavía, presenta puntuaciones elevadas. Por tanto, pensamos que sería conveniente, con esta paciente, dedicar más atención a este aspecto de la IC. De la misma forma, en los tests de evitación conductual del espejo y la báscula también se ha producido una gran mejoría que se mantiene en el seguimiento al año.

© Ediciones Pirámide

Por último, como podemos ver en la tabla 12.7, al finalizar el tratamiento se ha producido una mejoría en la psicopatología secundaria (IBS) y en el estado de ánimo deprimido, mejoría que sigue manteniéndose en el seguimiento al año.

En cuanto a la consecución de las conductas objetivo hay que destacar que al final del tratamiento la paciente era capaz de:

1. Ingerir sin vómitos alimentos que anteriormente eran «prohibidos».
2. Era capaz de realizar 5 comidas al día.
3. Mantenía el peso meta (IMC = 22) y con ello una menstruación regular.
4. Pese a que su cuerpo cambió de talla en varias ocasiones, la paciente lo aceptó y lo toleró como un cambio natural.
5. Comer y merendar cuando estaba en la piscina, mostrando su cuerpo en bañador.
6. Acudir a una piscina en bañador y mostrar su cuerpo.
7. Redujo hasta la normalidad la actividad física compulsiva.
8. Eliminó las conductas de comprobación como era compararse con chicas más delgadas (generalmente de la televisión).
9. Se estabilizó y normalizó el carácter y el estado de ánimo.

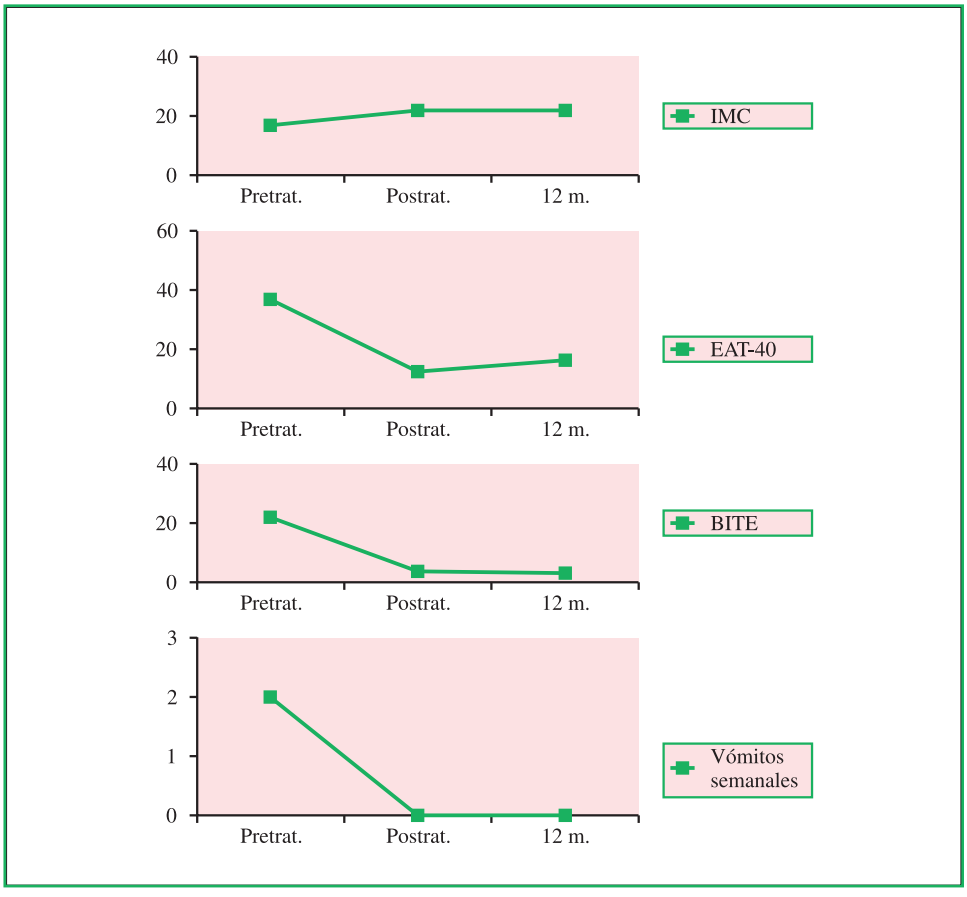


Figura 12.2.—Medidas de psicopatología del TA.

© Ediciones Pirámide

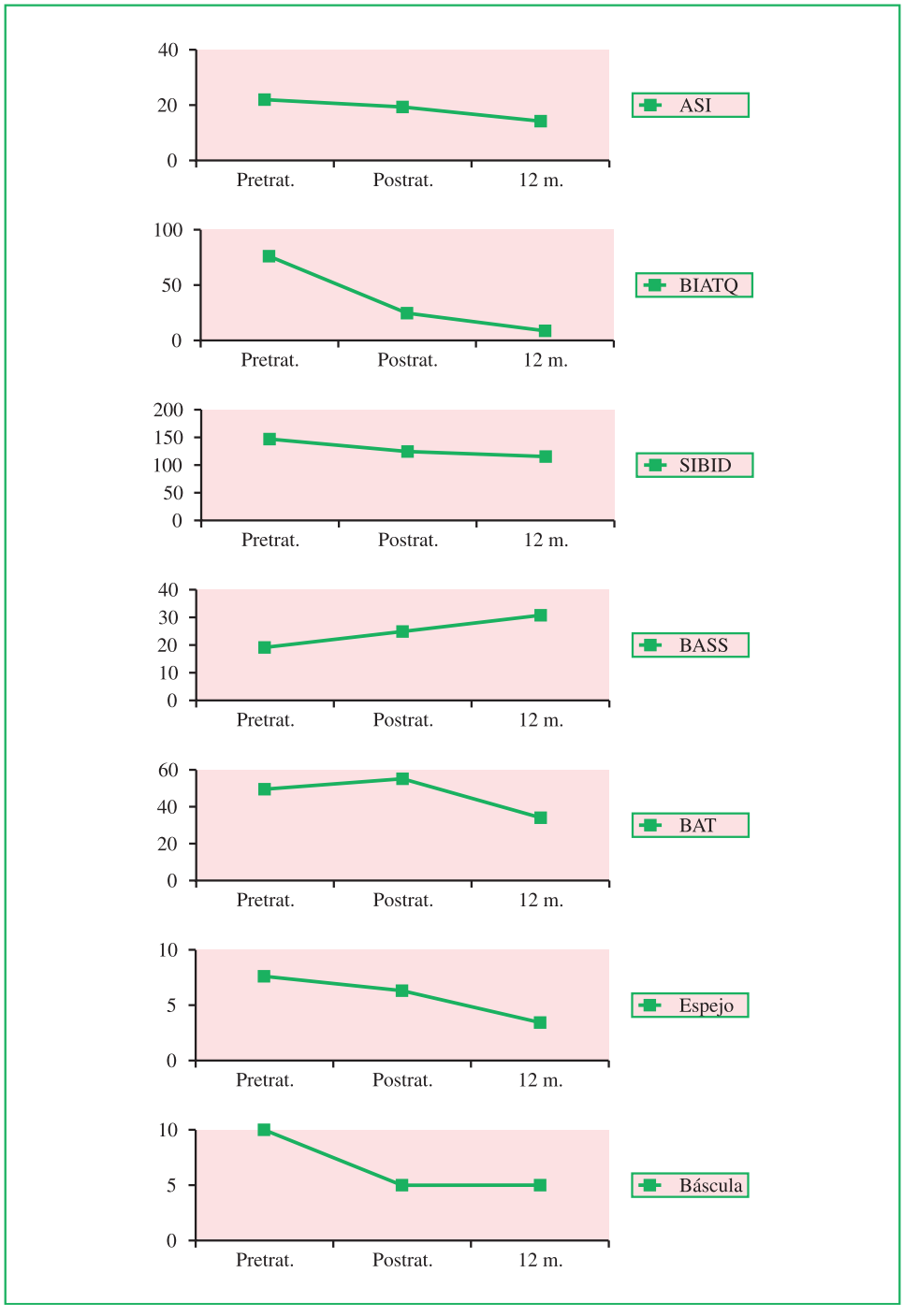


Figura 12.3.—Medidas de imagen corporal.

© Ediciones Pirámide

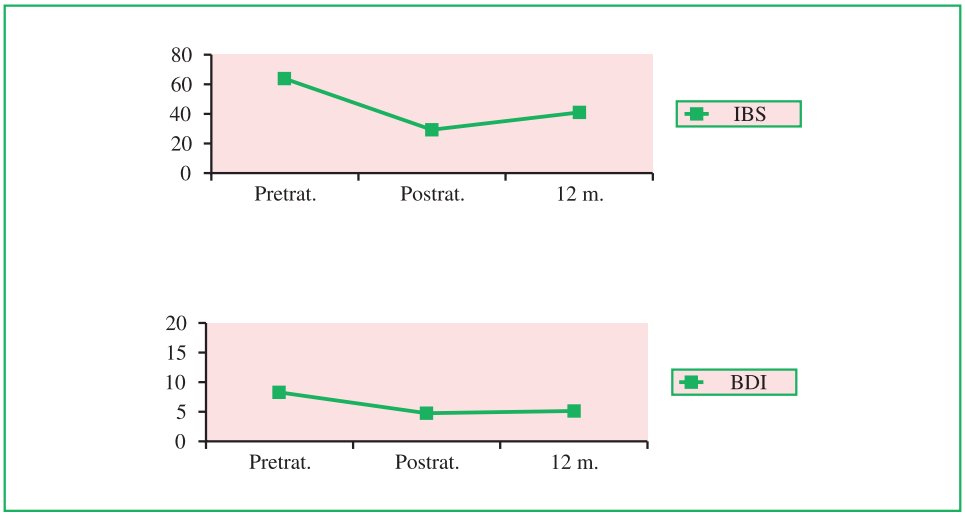


Figura 12.4.—Medidas de psicopatología secundaria.

A pesar de que consiguió la mayoría de las conductas objetivo al finalizar el tratamiento, al año de seguimiento todavía experimentaba ansiedad ante los alimentos más prohibidos de su jerarquía (aunque los tomaba y no los vomitaba), y el problema más importante en ese momento para la paciente eran las discusiones constantes con los hermanastros y las explosiones de ira que tenía. En las figuras 12.2, 12.3 y 12.4 anteriores se pueden apreciar la evolución de la paciente durante el tratamiento y el seguimiento en las diferentes medidas utilizadas.

2.10. A modo de conclusión

La AN es un trastorno mental que implica un tratamiento costoso y que, por lo general, suele durar años (Finfgeld, 2002). Como anteriormente se ha comentado, todavía no contamos con muchos trabajos controlados sobre la eficacia y eficiencia de los acercamientos terapéuticos para la AN. Sin embargo, de los pocos datos contrastados y consistentes que hay en la literatura, uno de ellos hace referencia a que la detección e intervención temprana de los casos de AN va a mejorar enormemente el pronóstico a largo plazo (Treasure, 2004). Por tanto, todo lo que mejore la detección precoz de estos casos evitará costos, incluidos los personales. Si, además, damos con los componentes adecuados que deben formar parte de las estrategias de tratamiento, a la rapidez le añadiremos eficacia, y todo ello redundará en una mayor calidad en la atención. Prueba de ese interés es el mayor cuidado que se está prestando a factores «históricamente» descuidados al menos en un nivel terapéutico, como por ejemplo, la IC. Los resultados presentados en este capítulo forman parte de un grupo de trabajos (Perpiñá et al., 1999; Perpiñá et al., 2004) que ponen de manifiesto la conveniencia de incluir un componente de tratamiento que aborde las alteraciones de la IC específicamente en el protocolo de tratamiento general de la AN, ya que no sólo se produce una mayor mejoría en las actitudes, pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el cuerpo y el aspecto físico, sino también en la psicopatología alimentaria y en los síntomas asociados. Por otra parte, la aplicación de las técnicas de RV ha resultado muy fructífera en el tratamiento de la IC, como lo está siendo en el ámbito de los trastornos alimentarios en general (Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004), no sólo por las ventajas adicionales que esta herramienta presenta para la terapia,

© Ediciones Pirámide

sino porque también significa una manera de interactuar muy atractiva para la gente joven, como hemos podido comprobar repetidamente en nuestras experiencias.

Finalmente, tal y como señala Saldaña (2001), quizá la cuestión más difícil sea identificar las características de las pacientes que responden mejor a una u otra intervención, y a uno y otro componente. Esta dificultad todavía se complica más si consideramos también el momento concreto en el que se encuentre la paciente (sus circunstancias vitales) y su familia, que en definitiva son los que han decir sí al tratamiento. Y por último, pero no menos importante, para acabar de tomar estas decisiones clínicas y la planificación de los servicios asistenciales, también debemos comprobar cómo la eficacia de los tratamientos se traduce en efectividad en entornos clínicos cotidianos y cuyo objetivo primordial no es la investigación (Treasure, 2004). La única forma de contestar a estas preguntas es integrar ambas vías de evidencia: la empírica y la clínica.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. ¿Qué otro tipo de intervención terapéutica podría ser necesaria con pacientes con AN adolescentes?

Aunque en este caso no fue necesario, generalmente, cuando la paciente es una niña o una adolescente es muy importante evaluar y orientar a la familia en todo el proceso de tratamiento. Incluso si fuera necesario se les recomendaría una terapia familiar. La familia suele estar desorientada por todo el proceso y están aplicando soluciones que pueden ser contraproducentes (p. ej., vigilar en todo momento a la paciente, hacerle comida especial, permitir un trato especial por estar enferma, desatender a los otros miembros de la familia, etc.). Es necesario explicar a los padres qué es una AN, por qué se produce, en qué consiste el tratamiento, por qué fases va a pasar su hija, cuál es el papel de la familia en cada fase del tratamiento. De la misma forma que la paciente sufre la enfermedad, la familia también la sufre realmente —*«es muy duro ser testigo de cómo una persona a la que quieres se está matando»*— y no están exentos de sentimientos de culpabilidad, ira, rabia y desesperanza. Por todo ello, es necesario una intervención con los padres de manera paralela al tratamiento con su hija.

2. ¿Cómo se puede hacer consciente a la paciente de la funcionalidad que, en su historia personal, ha tenido la AN?

Un aspecto central en el tratamiento de la AN es establecer una fuerte alianza terapéutica con la paciente e incrementar la motivación para el cambio. La paciente durante años ha estado conviviendo con la AN de una forma egosintónica e incluso el padecer este trastorno le ha producido ganancias secundarias (como por ejemplo: estar más delgada, tener la atención de chicos que antes no tenía, se han volcado con ella sus padres, el bajar el peso le ha producido una fuerte sensación de control, etc.). Si la paciente percibe que el terapeuta quiere eliminar las ganancias secundarias de la enfermedad, no va a colaborar, adoptará una postura oposicionista y es muy probable que abandone el tratamiento. Por este motivo hemos de utilizar ejercicios que ayuden a ver a la paciente que:

A) La AN puede haber sido atractiva durante un tiempo, pero que a corto/medio plazo le va a producir un gran sufrimiento y va a tener consecuencias muy negativas.

B) No queremos quitarle nada, bien al contrario, queremos ayudarla a conseguir sus objetivos pero de una forma alternativa a la de la AN.

© Ediciones Pirámide

C) Ella es la que decide si quiere seguir o no con la AN.

Un ejercicio que hemos utilizado con esta paciente ha sido el de *las cartas a la anorexia.* En este ejercicio la persona ha de escribir dos cartas a la anorexia, *querida anorexia* y *odiada anorexia:*

a) *Querida anorexia:* La paciente le tiene que dar las gracias a la anorexia por todo lo que le ha permitido conseguir, realizar y alcanzar. Es un agradecimiento sincero de lo que han compartido en los últimos años, por ejemplo *«ser la más delgada de mis amigas», «sentirme segura de mí misma», «que desaparezcan las curvas de mi cuerpo»,* etc. En esta carta podemos empezar a ver los mantenedores del problema actual, así como las áreas en las cuales la paciente ha tenido dificultades y habrá que intervenir.

b) *Odiada anorexia:* En ella le tiene que reprochar a la anorexia todo lo que le ha impedido hacer, realizar, desarrollarse en los últimos años, por ejemplo, *«mis padres están muy tristes», «no tengo la menstruación», «se me está cayendo el pelo», «me han salido marcas en las manos», «ha cambiado mi carácter», «nadie me soporta».* En esta carta podemos ver las consecuencias negativas que ha tenido la enfermedad en la paciente, así como se puede empezar a ver el grado de motivación para el cambio.

Con este ejercicio le mostramos a las pacientes la gran ambivalencia que tienen con respecto a la AN, empatizamos con ellas y se pueden establecer unos objetivos de tratamiento que las pacientes pueden aceptar.

3. ¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico diferencial de la AN?

Es necesario considerar otras posibles causas de pérdida de peso, sobre todo cuando hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). Varias enfermedades médicas cursan también con pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos. Entre las alteraciones físicas que hay que diferenciar de lo que es un TA hay que destacar la diabetes melitus, la neoplasia y la tirotoxicosis. Para descartar caquexia hipofisaria es conveniente realizar las exploraciones neurológicas y endocrinas pertinentes. Entre las alteraciones de etiología orgánica hay que mencionar igualmente los tumores hipotalámicos, y los síndromes de Kleine-Levin y de Klüver-Buc, en los cuales se ingieren sustancias no nutritivas (Perpiñá, 1999).

En el trastorno depresivo mayor hay muchos síntomas que podrían hacernos pensar en un trastorno alimentario: puede haber una pérdida de peso importante, episodios de comer en exceso, vómitos autoprovocados, problemas de concentración, problemas de sueño, etc. Sin embargo, en la depresión no hay un rechazo patológico a engordar, ni hay problemas específicos de imagen corporal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, puede desarrollarse una evitación a los alimentos (por temor a que estén contaminados) y rituales en torno a ellos (dirigidos a su purificación). En determinados trastornos psicóticos se pueden presentar patrones extraños de alimentación a consecuencia, por ejemplo, de delirios sobre el envenenamiento de la comida. En los trastornos de conversión pueden aparecer síntomas comunes de AN y BN (pérdida de apetito, pérdida de peso), siendo el vómito psicógeno el que puede causar más confusión, pero en ninguno de ellos se tiene la finalidad de reducir peso y de sentirse mejor con su cuerpo. También hay que diferenciar a aquellos patrones anómalos de alimentación que se producen en las fobias sociales en las que se tiene miedo a comer en público, pero por temor a atragantarse o vomitar (Perpiñá, 1999).

La característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con signos semejantes radica precisamente en la idea sobrevalorada de adelgazar, que sólo se da en los trastornos

© Ediciones Pirámide

alimentarios (Cash y Hrabosky, 2004; Perpiñá, 1995). En su evaluación es, por tanto, esencial averiguar la motivación, el propósito, que hay detrás de la pérdida de peso y de los patrones de alimentación anómalos.

4. ¿Cómo realizarías la exposición al cuerpo con una paciente con AN?

En el tratamiento que proponemos en este capítulo utilizamos la exposición en 5 momentos diferentes:

a) La introducción de alimentos prohibidos.
b) Exposición al cuerpo vestido.
c) Exposición al cuerpo desnudo.
d) Exposición a las situaciones sociales que la paciente evita debido a su malestar con el cuerpo.
e) Eliminación de las conductas de comprobación y seguridad.

Para realizar las exposiciones conviene seguir los siguientes pasos:

1. Explicar qué es la evitación y cómo mantiene el problema de la AN.
2. Analizar las ventajas e inconvenientes de las conductas de evitación.
3. Explicar qué es la técnica de la exposición.
4. Establecer las conductas objetivo a conseguir.
5. Confeccionar las jerarquías de exposición.
6. Realizar la exposición.

Un ejemplo de una jerarquía de exposición aparece en la tabla 12.8.

TABLA 12.8

Jerarquía de exposición al cuerpo

Zona corporal	Nivel de ansiedad (0-10)
1. Cara	5
2. Manos	5
3. Brazos	6
4. Pechos	6
5. Cintura	7
6. Muslos	8
7. Barriga	9
8. Nalgas	10
9. Abdomen	10

5. ¿Qué tipo de medida sería necesaria para seguir la evolución de la paciente diariamente?

Es necesario tener una medida que nos permita evaluar rápida y eficazmente si la paciente está cumpliendo con los objetivos terapéuticos que se plantean en cada sesión de terapia. Para ello utilizamos un registro de comidas que tenga en cuenta las siguientes variables: día y hora de la comida, tipo de comida, cantidad de hambre antes y después de la comida, frecuencia de atracones, frecuencia de purgas y en qué contexto ha ocurrido la ingesta. En la tabla 12.9 se puede ver un modelo de registro de comidas. El registro de comidas es una herramienta fundamental en el tratamiento. Por una parte, nos sirve para comprobar la realización de las tareas, y por otra, nos

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.9

Registro de comidas

Día/hora: inicio/final	Ingesta	Cantidad hambre: antes/después	Atracón	Purga	Contexto, lugar, pensamiento, emoción, consecuencia
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

(1) Ha de indicarnos el día y la hora a la que ingiere cualquier cosa, sea comida y bebida.
(2) Qué tipo de comida toma, cantidades, con y sin azúcar, unidades, etc.
(3) En una escala de 1 a 10 nos indica la cantidad de hambre que tiene la persona antes y después de las comidas.
(4) ¿Lo que ha comido es un atracón? Contesta sí o no.
(5) Realiza alguna conducta purgativa (vómito, laxante, diurético, etc.).
(6) ¿Dónde ha sido la comida?, ¿con quién estaba?, ¿cómo se ha sentido, qué estado de ánimo le precedía/causaba?

permite realizar el análisis funcional de las conductas alteradas en la comida (restricción, atracones, vómitos). A la paciente también le sirve para hacerse consciente de su funcionamiento con la comida y, de esta forma, poder cambiarlo. Desde nuestro punto de vista, el registro de comidas es una tarea indispensable en el tratamiento de la AN.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.ª ed. R.) (DSM-III-R). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA. Traducción española: Masson, Barcelona, 1995.

American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1-39.

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR.* Washington, DC: APA.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G.(1988). Psychometric properties for the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review, 8,* 77-100.

Beck, A. T., Ward C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561-571.

Borra, C. (2002). *Validación del cuestionario sobre los pensamientos automáticos acerca de la imagen corporal (BIATQ). Trabajo de investigación.* Universidad Mimeo: Universidad de Valencia.

Botella C., Baños R. M., Villa H., Perpiñá C. y García-Palacios C. (2000). Virtual Reality in the treatment of claustrophobic fear: a controlled multiple baseline design, *Behavior Therapy, 31,* 583-595.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 185,* 704-707.

Carter, P. I., y Moss, R. A. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population Problems and limitations. *Addictive Behaviors, 9,* 417-419.

© Ediciones Pirámide

Cash, T. F. (1991). *Body image therapy: a program for selfdirected change.* New York: Guilford Press.

Cash, T. F. (1994). The Situacional Inventory of Body-Image Dysphoria: Contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist, 17,* 133-134.

Cash, T. F. y Hrabosky J. I. (2004). Treatment of Body Image Disturbances. En Thompson, J. K. (eds.), *Handbook of eating disorders and obesity,* pp. 515-541. Wiley and Sons.

Cash, T. F. y Labarge, A. S. (1996). Development of the appearance schemas inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research, 20,* 37-50.

Cash, T. F., Lewis, R. J. y Keeton, P. (1987). Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body-related cognitions. *Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association,* Atlanta, GA.

Cash, T. F. y Strachman, M. D. (2002). Cognitive Behavioral approaches to changing body image. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (eds.), *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice,* pp. 478-486. New York: Guilford Press.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). «The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version», *Psychological Assessment, 7,* 175-190.

Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychologycal Medicine,13,* 595-605.

Emmelkamp P. M. G., Krijn M., Hulsbosch, A. M., De Vries S., Schuemie M. J. y Van der Mast C. A. P. (2002). Vitual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 40,* 509-516.

Fairburn, C. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. En C. G. Fairburn y K. L. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2.nd edition). New York: Guilford Press.

Fairburn C. G (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*:S26.

Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R, Hope, R. A. y Doll, H. A (1993). Predictos of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attituddes to shape and wheight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 696-698.

Finfgeld, D. L. (2002). Anorexia Nerviosa: Analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of Ppsychiatric Nursing, 16* (4), 176-186.

Gallego, M. J. (2004). *Validación del inventario de situaciones de malestar acerca de la Imagen Corporal (SIBID). Trabajo de investigación.* Universidad Mimeo: Universidad Jaime I de Castellón.

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet, 341,* 1631-1635.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology and Medicine, 9,* 273-279.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: *Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12,* 871-878.

Garner, D. M., Vitousek K. M. y Pike K. M. (1997). Cognitive-Behavioral Therapy for AN. En D. M. Garner, D. M. y P. E. Garfinkel, P. E. (eds.), *Handbook of treatment for eating disorders.* New York: Guilford Press.

Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., Toro, J. y Salamero, M. (1999). The body attitudes test: Validation of the Spanish version. *Eating and Weight Disorders, 4,* 175-178.

Henderson, M. y Freeman, C. (1987). A self-rating Scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry, 150,* 18-24.

Marco, J. H. (2000). *Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Eficacia diferencial de las técnicas de realidad virtual frente a las técnicas tradicionales. Tesis de licenciatura.* Castellón: Universidad Mimeo: Universidad Jaime I.

Marco, J. H. (2004). *El tratamiento de los Trastornos alimentarios: Eficacia diferencial de la terapia cognitiva comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual. Tesis doctoral.* Castellón: Universidad Mimeo: Universidad Jaime I.

Organización Mundial de la Salud —OMS— (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Forma.

Perpiñá, C. (1999). *Trastornos alimentarios. Anorexia y bulimia.* Madrid: UNED-FUE.

Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. M. (1999). Desarrollo de escenarios clínicamente significativos para el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal en

© Ediciones Pirámide

los trastornos alimentarios. Ponencia presentada en *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología,* Murcia.

Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. M. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de realidad virtual.* Valencia: Promolibro.

Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. M. (2003). Virtual Reality in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 11,* 261-278.

Perpiñá, C., Baños, R. M., Botella, C., y Marco, J. H. (2001). La realidad virtual como herramienta terapéutica: Un estudio de caso en las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 10,* 227-241.

Perpiñá, C., Marco, J. H., Botella, C. y Baños, R. M. (2003). Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante realidad virtual: un estudio de caso. *Psicología Conductual, 11,* 351-369.

Perpiña, C., Marco, J. H., Botella, C. y Baños, R. M. (2004). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: resultados al año de seguimiento. *Psicología Conductual, 12* (3), 519-537.

Perpiñá, C., Marco, J. H., Botella, C. y Baños, R. M. (2004). Virtual Reality for the Therapy of Eating Disorders. Ponencia presentada en *Eating Disorders Research Society (EDRS). 10 Annual Meeting.* Amsterdam. Octubre 2004.

Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R. M., Marco, J. H., Alcañiz, M. y Quero, S. (1999). Body Image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment? *Cyberpsychology & Behavior, 2,* 149-159.

Perpiñá, C., Borra, C., Baños, R. M., Botella, C., Quero, S. y Jorquera, M. (2003). Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population. Poster presentado en *37th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy.* Boston (EE.UU.).

Pike, K. M., Devlin, M. J. y Loeb, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. En J. K. Thompson (eds.), *Handbook of eating disorders and obesity,* pp. 131-162. New York: Wiley and Sons.

Pike K. M., Walsh, B. T. y Vitousek K, et al. (2003). Cognitive behaviour therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 160*:2046.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3,* 133-145.

Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S. y Molinari, E. (2004). The use of VR in the treatment of eating disorders. En G. Riva, C. Botella, P. Légeron y G. Optale (eds.), *Cybertherapy. Internet and virtual reality as assesment and rehabilitation toold for clinical psychology and neuroscience.* Amsterdam: Ios Presss.

Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and Risk Factor of Eating Disorders: A Two-Éstage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders, 34,* 281-291.

Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 20,* 331-343.

Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E, Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish Version of the BSI. *European Journal of Psychological Assessment, 3,* 241-250.

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema 13,* 381-392.

Salvador, S., Quero, S., Baños, B., Perpiñá, C. y Botella, C. (2004). Propiedades psicométricas del cuestionario de Actitudes hacia el propio cuerpo (BAT) en población española. *Poster presentado al VII Congerso Europeo y VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica.* Málaga.

Salvador, S. (2004). *Validación del Test de Actitudes Corporales (BAT). Trabajo de investigación.* Castellón. Universidad Mimeo: Universidad Jaime I.

Treasure, J. (2004). Una visión general de los enfoques de tratamiento de los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual, 12* (3), 491-500.

© Ediciones Pirámide

Vitousek, F. B.(2002). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En C. G. Fairburn y K. L. Brownell (eds.), *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook* (2.ª ed.) 308-313. New York: Guilford Press.

Walsh, T. B. y Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: Progress and problems. *Science, 280,* 1387-1390.

Wilson, T. G. y Fairburn, C. G (1998). Treatments for Eating Disorders. En P. E. Nathan y J. Gorman (eds.), *A guide to treatments that work.* New York: Oxford University Press.

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P. S. y Zerbe, K. J. (2005). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (2.ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso de enuresis primaria

13

JUAN MANUEL ORTIGOSA QUILES

1. INTRODUCCIÓN

La adquisición durante la infancia de hábitos de autonomía y limpieza es un signo de madurez evolutiva que marca el grado de independencia del niño con respecto a sus padres. Así, la correcta instauración del uso de utensilios de comida, patrones adecuados de sueño o pautas apropiadas en el vestir tiene, ante todo, un marcado componente emocional y relacional para el niño y su familia ya desde etapas evolutivas tempranas.

Entre estos hábitos se encuentra el control de esfínteres, que es una de las preocupaciones habituales de los padres en los primeros años de vida del niño (Christophersen y Rapoff, 1992). Por ello, el adecuado entrenamiento en el control de la micción se convierte desde el primer momento en la principal forma de prevención de la enuresis funcional, de tal modo que el retraso en la adquisición del control de esfínteres ha resultado ser un importantísimo predictor de los trastornos de eliminación (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

Sin embargo, antes de hablar de enuresis parece oportuno dedicar unas palabras acerca del entrenamiento en el control de la micción. Los autores señalan entre los 20 y 30 meses como la edad propicia para iniciar el entrenamiento, siendo condición indispensable que exista una preparatoriedad en cuanto a: 1) control de esfínteres (el niño debe vaciar por completo su vejiga y permanecer seco varias horas, e indicar que está a punto de orinar o defecar mediante expresiones faciales, gestuales o posturales); 2) desarrollo físico (el niño debe exhibir suficiente coordinación motora gruesa y fina para levantar objetos fácilmente y deambular sin ayuda), y 3) capacidad de instrucción (el niño debe tener suficiente lenguaje comprensivo para atender órdenes compuestas por una o dos instrucciones) (Azrin y Foxx, 1974; Díaz, 2002).

Según los datos epidemiológicos disponibles alrededor del 15 por 100 de los niños de 6 años de ambos sexos no llegan a controlar adecuadamente la micción en la forma esperada para su edad cronológica (Theunis et al., 2002), produciéndose como consecuencia el trastorno de la eliminación denominado enuresis[1] que el DSM-IV-TR define como «la micción involuntaria en un lugar inadecuado que se da en la infancia más allá de los 5 años y que puede deberse, o no, a causa orgánica» (APA, 2001).

La *clasificación* de la enuresis se compone de diferentes subgrupos en función de variables como la organicidad, la historia enurética del niño, la frecuencia y el momento del día en el que se produce el episodio enurético (véase la tabla 13.1). En consecuencia se forman distintos tipos según el

[1] Palabra etimológicamente procedente del término griego enourein, que literalmente significa «orinarse encima».

© Ediciones Pirámide

TABLA 13.1

Pautas evolutivas del control vesical (tomado de Bragado, 2004)

Años	Procesos
0-1	Micción automática
1-2	Conciencia de necesidad de orinar.
3-4	Control diurno. — Duplicación de la capacidad vesical. — Inicio voluntario de la micción. — Inhibición voluntaria de la micción.
4-5	Control nocturno. — Posposición voluntaria de la micción. — Inhibición de la micción durante el sueño.
5 o más	— Diagnóstico enuresis. — Tratamiento precoz.

valor que adopte cada variable (por ejemplo, enuresis orgánica secundaria mixta), siendo la más frecuente la enuresis funcional primaria, nocturna y regular. En los últimos años ha tomado cuerpo la distinción entre *enuresis monosintomática* y *no-monosintomática*. La diferencia entre ambas estriba en la ausencia o presencia de disfunción vesical o hiperactividad, respectivamente (Butler, 2004).

Los *factores etiológicos* propuestos para explicar el origen de este trastorno se agrupan en los siguientes seis ámbitos:

1. El factor hereditario se fundamenta en la predisposición genética a adquirir la enuresis, dada la significativa correlación existente entre padres e hijos enuréticos, afirmándose que cuando los dos padres informan de haber padecido este problema en su infancia la probabilidad de que sus hijos también lo sufran es del 77 por 100 (Díaz, 2002). Igualmente se ha propuesto que esta correlación puede deberse más a la actitud permisiva y tolerante que algunos padres con pasado enurético muestran ante sus hijos que a una cuestión de herencia, traduciéndose en un enseñanza laxa de este hábito higiénico (Bragado, 2005).

TABLA 13.2

Clasificación de la enuresis en función de distintas variables

Conceptual	**Funcional**	Micción involuntaria de carácter funcional.
	Orgánica	Micción involuntaria relacionada con alteraciones urológicas o neurológicas.
Duración	**Primaria**	Micción involuntaria, continua y persistente desde el nacimiento.
	Secundaria	Micción involuntaria, continua y persistente tras un período de control voluntario entre 6 y 12 meses.
Frecuencia	**Regular**	Micción involuntaria en episodios habituales.
	Esporádica	Micción involuntaria en episodios esporádicos (por ejemplo, una o dos veces al mes).
Momento de ocurrencia	**Diurna**	Micción involuntaria durante el período de vigilia.
	Nocturna	Micción involuntaria durante la fase de sueño.
	Mixta	Micción involuntaria durante el día y/o la noche.

© Ediciones Pirámide

2. Los factores neurológicos se apoyan en los datos que afirman que cualquier lesión medular situada por encima del centro reflejo sacro dará lugar a trastornos de la micción (Toro, 1992), aunque se identificaría más con una incontinencia urinaria antes que con la enuresis propiamente dicha. Así, tradicionalmente se han descrito diversos trastornos asociados a la enuresis, como la espina bífida, crisis epilépticas o episodios de apnea obstructiva, entre otros (Brooks y Topok, 2003).
3. Cinco hipótesis tienen como eje central los factores fisiológicos a la hora de explicar la enuresis desde este ámbito: 1) alteración del ritmo sueño-vigilia, que afecta fundamentalmente al nivel de arousal necesario para despertar del sueño; 2) disfunción de la actividad del detrusor; 3) limitada capacidad funcional de la vejiga: los niños enuréticos presentan una menor capacidad funcional vesical durante el sueño, (Kawauchi et al., 2003); 4) falta de producción de vasopresina, y 5) poliuria nocturna.
4. El retardo en el proceso de maduración del sistema nervioso central, y más en concreto de los centros que controlan las contracciones de la vejiga responsables de su llenado y la alteración del ritmo circadiano de secreción de la hormona antidiurética (ADH) (Butler, 2004).
5. Entre los factores psicológicos destacarían el mal aprendizaje del hábito en los primeros años del desarrollo, la aparición de situaciones estresantes que supondrían una alteración significativa en la vida del niño (por ejemplo, divorcio, cambio de domicilio o colegio, hospitalización, fallecimiento de un progenitor, etc.), y trastornos emocionales o conductuales fundamentalmente con componente ansiógeno.
6. Por último, los factores sociofamiliares incluirían los ambientes desfavorecidos con nivel socioeconómico bajo, el amplio tamaño de la familia, la edad y ocupación de la madre, y la posición en la fratría.

Para llevar a cabor el *diagnóstico* se atenderá a los criterios expuestos en los dos principales sistemas diagnósticos: DSM-IV-TR (APA, 2001) y CIE-10 (OMS, 1992). Aunque existe una alta similitud, entre ambos cuadros diagnósticos se observan dos diferencias en cuanto a la involuntariedad o intencionalidad y la edad mental del niño. En el primer caso, el DSM-IV-TR, no discrimina entre la intencionalidad o no del acto de miccionar, recayendo la mayor importancia sobre lo inadecuado del lugar donde se micciona, mientras que el CIE-10 hace hincapié en la involuntariedad de la emisión de orina. Este mismo sistema diagnóstico señala que la enuresis se establecerá en niños con edad mental igual o superior a cuatro años, mientras que el DSM-IV-TR lo eleva hasta los 5 años.

TABLA 13.3

Criterios para el diagnóstico de la enuresis según el DSM-IV-TR

A)	Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea involuntaria o intencionada).
B)	El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
C)	La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
D)	El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

A pesar de que los *datos epidemiológicos* tradicionalmente señalan que aproximadamente el 15 por 100 de los niños presentan este trastorno, en realidad este porcentaje varía considerablemente según el país de procedencia (Bower, Moore y Shepherd, 1996; Oguzülgen et al., 2004; Spee-van der Weeke et al., 1998). Sin embargo encontramos

© Ediciones Pirámide

un elevado acuerdo al considerar que la enuresis nocturna se reduce hasta el 1 por 100 hacia los 15 años de edad, con una tasa de remisión espontánea de 13,5 por 100 anual (DeJonge, 1973). Por otra parte, el trastorno es más frecuente en niños que en niñas, aunque estas últimas, especialmente en la adolescencia, muestran una actitud más negativa hacia la enuresis (Wolanzcky et al., 2002). Desafortunadamente, los datos disponibles con respecto a la severidad del trastorno son contradictorios al aplicarse criterios de gravedad heterogéneos en los trabajos epidemiológicos.

Las *repercusiones* que este trastorno tiene sobre el niño alteran su bienestar, pudiendo interferir en la actividad cotidiana y en el desarrollo personal al verse limitado en ámbitos como el social o el escolar. Son características de este trastorno:

1. En el área personal los niños enuréticos se perciben menos competentes que los no enuréticos en cuanto a la apariencia física y a la autoestima global que se traduce en un sentimiento de humillación (Theunis et al., 2002) y una actitud muy desfavorable hacia la enfermedad (Wolanzcky et al., 2002).
2. En el ámbito emocional generan síntomas de depresión y ansiedad, aunque sin llegar necesariamente a niveles patológicos (Wagner y Matthews, 1985). En este apartado cabe destacar que los problemas de orden afectivo, como la ansiedad o asociados a ella (por ejemplo, disfemia), pueden ser tanto consecuencia de una enuresis primaria como causa de la secundaria.
3. En el ámbito escolar está documentada la presencia de dificultades de aprendizaje, problemas en la relación con compañeros y limitación para la realización de determinadas actividades extraescolares que se combinan con un progresivo retraimiento social (Comeche, Díaz y Mas, 2002).
4. En el área social se perciben diferentes al resto, y es más probable que se sientan intimidados a relacionarse con los demás, lo que les lleva al aislamiento social por miedo a ser descubiertos, considerándose incapaces de dormir en casa de un amigo (Butler, 2004; Theunis et al., 2002).

Varios son los instrumentos y/o procedimientos con los que se cuentan para realizar la *evaluación psicológica*. En primer lugar, la *entrevista clínica y evolutiva* con los padres y el niño permitirá extraer la historia del trastorno, los antecedentes familiares, los factores de mantenimiento, las intervenciones previas y la presencia de trastornos comórbidos. En segundo lugar, el *registro conductual* es útil para recoger información objetiva sobre aspectos como la frecuencia semanal de camas secas o aspectos relativos a la capacidad funcional de la vejiga, además de seguir la evolución de la intervención. En tercer lugar, la *escala de tolerancia materna* es adecuada para conocer la actitud de la madre ante la enuresis; un factor importante para la prevención del abandono prematuro de la terapia (Bragado et al., 1999). Por último, señalar la conveniencia de administrar una evaluación psicométrica para excluir la discapacidad mental en caso de sospecha.

En algunos casos, ante los signos de organicidad, la evaluación psicológica debe completarse con exploraciones médicas complementarias, a fin de descartar la posibilidad de etiología orgánica.

El *tratamiento de la enuresis* se ha basado en la intervención conductual y/o farmacológica. Las técnicas descritas a continuación se han empleado de forma individual o en combinación, además de existir interesantes adaptaciones a condiciones espaciales, como la que presenta López (1999) para el caso de un niño con encefalopatía.

1. Intervención conductual

El entrenamiento en cama seca fue diseñado por el grupo de Azrin, Sneed y Fox (1974) a partir del paradigma del condicionamiento operante. El método se compone de (HiraSing et al., 2002): 1) entrenamiento intensivo durante la primera noche (se despierta al niño cada hora); 2) práctica reforzada de ir al aseo y vaciado nocturno en el váter, y 3) amplio entrenamiento a partir de la segunda noche, que prosigue hasta que el niño

© Ediciones Pirámide

consigue catorce noches consecutivas de camas secas.

Por su parte, *el método de la alarma* (también conocido como método del pipí-stop) fue ideado por Mowrer y Mowrer a partir del paradigma del condicionamiento clásico. El método consiste básicamente en alertar y sensibilizar al niño para responder rápida y apropiadamente al llenado de la vejiga durante el sueño, transformando la micción involuntaria en control voluntario mediante la inhibición vesical y el posterior vaciado en el taza de váter (Butler, 2001). Es el método de elección para niños con un elevado umbral de despertar nocturno.

El *entrenamiento en limpieza* es una práctica correctiva y punitiva que se realiza tras cualquier episodio enurético, con el objetivo de que el niño tome conciencia de las consecuencias ambientales de su trastorno. Consiste en que después de mojar la cama el niño debe ir al aseo a finalizar la micción, mudarse el pijama, cambiar las sábanas húmedas y depositarlas en el cesto de la ropa sucia junto con el resto de prendas mojadas.

La *práctica positiva* se emplea para establecer el hábito de despertarse con rapidez e ir al baño. Para alcanzar esta costumbre se aplica un ensayo de conducta en el que el niño acostado en la cama imagina que tienen deseo de orinar, tras unos segundos se levanta y se dirige al aseo, una vez allí alza la tapadera del váter y realiza la acción de miccionar, independientemente de que tenga necesidad o no. La práctica se lleva a cabo tras un episodio enurético a continuación del entrenamiento en limpieza (Rodríguez-Parra, 2002).

El objetivo del *sobreaprendizaje* es aumentar la ingesta de líquido, especialmente útil para los casos de capacidad funcional reducida (Butler, 2001) y para proporcionar ensayos adicionales de condicionamiento, con el fin de fortalecer las respuesta condicionada (Bragado et al., 1999) y evitar recaídas (Rodríguez-Parra, 2002; Toro, 1992).

El *entrenamiento en retención voluntaria* se debe a Kimmel y Kimmel, y tiene el objetivo de incrementar la capacidad funcional de la vejiga mediante períodos cada vez más largos de retención que suele abarcar de unos pocos minutos en los primeros días hasta una demora de 45 minutos. Para facilitar el entrenamiento, éste suele acompañarse del aumento en la ingesta de líquido.

Por último, el abordaje de *aspectos emocionales* es importante debido a la participación activa del niño bajo la supervisión de sus padres y el terapeuta. A lo largo del tratamiento se debe tener muy en cuenta la actitud hacia la enfermedad, la reestructuración de falsas creencias, y el fracaso en intervenciones anteriores.

Los métodos descritos se han mostrado eficaces en distinto grado. Rosa, Sánchez, Olivares y Marín (1998; Rosa, Olivares y Sánchez, 1999), a través de un estudio meta-analítico con trabajos españoles, hallaron que si bien las tres intervenciones antes mencionadas son eficaces para el tratamiento de la enuresis, el entrenamiento en cama seca es el más efectivo, seguido del método de alarma y, por último, el entrenamiento en retención voluntaria. Además señalan distintas variables que repercuten en la eficacia terapéutica en la enuresis: 1) la edad, que influye en el tratamiento de modo que a menor edad, mejor pronóstico de mejora; 2) el sexo, pues las niñas mejoran en mayor proporción que los niños; 3) la gravedad del trastorno o la comorbilidad, que afectan a los resultados del tratamiento; a las que su unen 4) el número de intervenciones anteriores sin éxito (Wolanczyk et al., 2002), o 5) la capacidad vesical reducida (Butler y Robinson, 2002).

A pesar de que las técnicas anteriores son las de uso más extendido por mostrar validez experimental y clínica apropiada, otros métodos se han intentado validar con resultados contradictorios. Por ejemplo, la psicoterapia verbal no ha producido efectos mucho mejores que los obtenidos por grupos de control placebo. Algo similar ocurre con terapias cognitivas que combinan autocontrol, autorrefuerzo y autoverbalizaciones/autoinstrucciones (Houts, 2000). Del mismo modo un moderno programa multimedia tampoco se ha mostrado más eficaz que la tradicional información escrita, aunque ambos son superiores a los controles, especialmente en lo referente al aumento de conocimiento acerca del problema.

En cambio, el *biofeed-back* aparece como un tratamiento efectivo en niños con enuresis nocturna

© Ediciones Pirámide

asociada con una capacidad vesical reducida y detrusor inestable (Hoekx, Vermandel y Wyndaele, 2003). Otro método, como la electroacupuntura, también ha logrado resultados prometedores (Björkstrom, Hellström y Andersson, 2000)

2. Intervención farmacológica

La farmacoterapia ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento de la enuresis infantil. Sin embargo, los efectos positivos a corto plazo que contrastan con el considerable porcentaje de recaídas a largo plazo, el período de tiempo que hay que administrar la medicación para que realmente sea eficaz, y los efectos secundarios que pueden acompañar a esta medicación, hace de la farmacoterapia una tipo de intervención aconsejable en casos específicos.

Entre los fármacos empleados para el tratamiento de la enuresis destacan:

1. Desmopresina: debe recomendarse para aquellos casos con niveles bajos de vasopresina. Se administra vía oral o nasal.
2. Oxibutina: fármaco con efectos anticolinérgicos que se ha empleado en casos de inestabilidad vesical y/o disfunción del músculo detrusor (Müller, Roer y Eggert, 2004). Sin embargo, el estudio mejor controlado hasta la fecha concluye que la oxibutina (10 mg/día) no produce mejorías significativas (Lovering et al., 1988).
3. Imipramina: antidepresivo tricíclico con efectos anticolinergicos que conduce a un menor tono del músculo detrusor.

A pesar de que la intervención farmacológica se puede considerar eficaz en casos con unas características concretas, existe un conjunto de efectos secundarios, como alteraciones gastrointestinales, dolor de cabeza, irritación de la nariz (Desmopresina suministrada vía nasal), irritabilidad emocional y alteración del sueño, que junto al porcentaje de recaídas han mediatizado el uso y aceptación general de la farmacoterapia en el tratamiento de la enuresis infantil.

2. CASO CLÍNICO

2.1. Paciente

José Miguel es un niño de 9 años de edad que llega a consulta con sus padres por presentar déficit en el control de esfínteres desde el nacimiento, sin detectarse períodos significativos de control vesical.

José Miguel es el mayor de dos hermanos (hermana de 6 años), escolarizado en cuarto curso de primaria en el mismo colegio público donde realizó la educación infantil. Según el informe de los padres y el profesor, el niño da muestras de interés por las materias y actividades escolares con un rendimiento académico aceptable, a lo que se une una adecuada relación con sus compañeros. Aunque su verdadero círculo de amistades se reduzca a dos amigos, no se detecta rechazo por parte del resto de la clase.

Los padres lo describen como un niño generalmente obediente y con una relación esporádicamente conflictiva con su hermana, aunque «en el pasado reñían por cualquier tontería, ahora se quieren». Por tanto, en la actualidad se puede afirmar que el niño se encuentra integrado en el ambiente escolar y familiar.

Por otro lado, José Miguel se muestra introvertido, consciente de su problema y deseoso de encontrar una solución porque comprende que la enuresis le dificulta el realizar actividades como «ir de excursión a la granja-escuela» o «dormir en casa de mis primos», donde tiene que pernoctar, y «me da vergüenza que me descubran y se rían de mí».

Entre sus aficiones destaca especialmente el fútbol, al que es un «gran aficionado», pues juega todos los fines de semana en un equipo local de fútbol-sala y asiste asiduamente con su padre a los partidos del equipo de fútbol de la ciudad. Además también le gusta ver la televisión, en especial las películas y/o dibujos animados de acción, y video-juegos de la misma temática.

Por último, señalar que con respecto a los progenitores, el padre tienen 28 años y completó los estudios de bachillerato, trabajando en la actualidad como administrativo en una empresa de calzado; mientras la madre, de 26 años, con el mismo nivel

© Ediciones Pirámide

educativo que su marido, está empleada como dependienta en una tienda de ropa joven.

2.2. Antecedentes del problema

Según informan los padres, aunque José Miguel consiguió el control diurno completo de los esfínteres hacia los dos años y medio, nunca alcanzó un período de control nocturno más allá de unos pocos días seguidos, pese a que desde pequeño se le inculcaron los hábitos de higiene siguiendo los consejos del pediatra, educadoras y conocidos. De todos modos, tras mostrar una inicial preocupación, con el paso del tiempo dejaron de inquietarse por esta cuestión con la esperanza de que remitiese por sí sola, hasta que comprobaron que el problema empezó a afectar al niño, «especialmente cuando tiene que realizar alguna actividad escolar o familiar que suponga dormir fuera de casa».

Existen antecedentes de enuresis funcional nocturna por parte del padre, quien «no le había dado excesiva importancia, pues a mí se me fue espontáneamente a los ocho años». Esta creencia mediatizó la actitud y comportamiento de los padres hacia el problema de su hijo. De hecho, a excepción de las primeras consultas con el pediatra, José Miguel nunca recibió tratamiento psicológico o farmacológico.

Por su parte, la hermana sólo ha presentado episodios enuréticos muy esporádicos, pudiendo afirmar que alcanzó el control completo de sus esfínteres alrededor de los tres años. Los padres señalan que con sus dos hijos emplearon las mismas estrategias, pero que «mientras que con la niña todo fue fenomenal, con José Miguel nunca tuvimos éxito».

La madre afirma que, en líneas generales, se ha evitado hablar en casa de la enuresis delante del niño, aunque en los últimos meses tanto su marido como ella han reconsiderado seriamente encontrar una solución definitiva por los motivos antes expuestos.

2.3. Evaluación

La evaluación se inició con una entrevista por separado a los padres y al niño. A los primeros se les solicitó información sobre el desarrollo evolutivo de José Miguel sin hallar datos de interés o antecedentes que condujeran a sospechar acerca de la presencia de problemas de orden físico. Además se indagó sobre las características del trastorno (historia familiar, frecuencia, momento de ocurrencia, conducta del niño tras un episodio enurético, etc.), los tratamiento previos si los hubiera, las estrategias utilizadas por los padres para enseñar el control de esfínteres, además de su comportamiento y opinión acerca de la enuresis de su hijo en particular y del trastorno en general. Por su parte, la entrevista con José Miguel se centró en averiguar la actitud, preocupación y conocimiento que tenía acerca de su problema, así como el grado de motivación para afrontar el próximo tratamiento.

Una vez finalizada la entrevista se instruyó a los padres y al niño en el registro de diversas variables de interés. Durante la intervención se mantuvo un registro pictórico bajo la responsabilidad del niño y otro alfanumérico que completaban los padres con ayuda de José Miguel.

Se solicitó a los progenitores que durante dos semanas anotasen en una hoja de registro, proporcionada por el terapeuta, la frecuencia de los episodios enuréticos, a fin de obtener la línea base (véase la figura 13.1).

En la hoja de registro también se incluyó un apartado específico dedicado al entrenamiento en retención voluntaria e información complementaria sobre los episodios enuréticos. Con respecto al primero se anotó el tiempo de retención propuesto en minutos y el número de veces que el niño alcanzó el objetivo. Por su parte, en el apartado referido al método de alarma se consignó la hora en la que ésta sonaba o si José Miguel había logrado permanecer seco durante toda la noche. Se instruyó a los padres para que en el supuesto de que su hijo mojara la cama indicasen con los términos grande, mediana o pequeña el tamaño de la mancha de pipí en la sábana o en el calzoncillo. También se registró si el niño se despertaba sin ayuda e iba al aseo a finalizar la evacuación.

En la última columna se anotó cualquier incidencia significativa que pudiera repercutir sobre el funcionamiento esperable de la intervención. De

© Ediciones Pirámide

Nombre del niño/a _____ Edad _____ .

Fecha del _____ al _____ .

Fecha	Entrenamiento en retención			Aparato de alarma				Observaciones
	Tiempo propuesto	Veces que ha ido al aseo	Número de retenciones conseguidas	Hora que sonó la alarma	Cama seca sí/no	Tamaño de la mancha	Se levantó solo	

Figura 13.1.—Hoja de registro para seguir el curso del tratamiento de la enuresis.

esta forma, en este apartado se registraron, entre otros aspectos, los fallos en el aparato de alarma o cualquier impedimento inesperado para realizar el entrenamiento en retención.

A continuación se explicó la forma de aplicar la prueba de capacidad funcional de la vejiga a través de la frecuencia de la micción diurna. Para este caso se pidió a los padres y al niño que anotasen diariamente durante una semana el número de veces que el niño orinaba a lo largo del día, de forma que una elevada cantidad supondría la sospecha de baja capacidad funcional vesical y podría explicar la etiología de la enuresis funcional.

Para finalizar se entrevistó al maestro de José Miguel, a fin de confirmar los datos referidos al rendimiento escolar y, especialmente, a las relaciones sociales que mantenía en el colegio. A la vez se comprobó si la enuresis funcional interfería de algún modo en la vida escolar del niño.

2.4. Análisis funcional

La enuresis que padece José Miguel se explica por la combinación de una limitada capacidad funcional de la vejiga unida a un déficit en el aprendizaje del control de esfínteres, ya que la inicial preocupación de los padres progresivamente se tornó en un prolongado período de indiferencia al ver que todos los intentos habían fracasado.

Esta situación supuso el retraso en la maduración de la vejiga del niño para el control nocturno de la micción, ya que no recibió el entrenamiento adecuado. Una vez asumido el problema como parte de la vida cotidiana de la familia, los padres sólo reaccionaron ante la creciente demanda de actividad social en los últimos meses (dormir en casa de amigos, excursiones, etc.).

Los antecedentes enuréticos familiares hacen pensar que esta actitud laxa esté inducida funda-

© Ediciones Pirámide

mentalmente por el padre, quien tras padecer el mismo problema en su infancia y superarlo de modo espontáneo, generó la creencia de que a su hijo le sucedería lo mismo.

Con respecto a la actitud de los padres cabe destacar la ausencia de castigos asociados a los episodios enuréticos, siendo aparentemente la extinción la contingencia característica que contribuyó a mantener el problema en el tiempo. Por ello será imprescindible informarles y entrenarles en el correcto manejo de contingencias.

La principal repercusión para José Miguel es la vergüenza que le produce el problema, llegando a rechazar invitaciones para dormir en casa de amigos o familiares. Tras la evaluación no se observó ningún otro tipo de consecuencia que afectase al ámbito familiar, escolar o social.

2.5. Aplicación del plan de tratamiento

Para seguir la evolución del tratamiento se utilizó un diseño A-B con dos momentos de medida para la línea base y un seguimiento a seis meses que se inició tras alcanzar el criterio de éxito terapéutico; objetivo que se estableció en cuatro semanas consecutivas de camas secas.

En primer lugar se motivó a José Miguel a adoptar un papel activo en la intervención, recalcándole la importancia de su participación y su parte de responsabilidad en el mantenimiento diario del registro pictórico, así como en el cumplimiento de las instrucciones dadas por el terapeuta. Por su parte, a los padres se les otorgó el rol de coterapeutas, haciendo especial hincapié en el manejo de contingencias.

A José Miguel se le explicaron las principales características psicofisiológicas de la micción y el motivo de su trastorno con un lenguaje sencillo y adecuado a su edad. Para su mejor comprensión se utilizó el apoyo visual de un dibujo de la vejiga y un globo. Con la ayuda de ambos se le expuso, siguiendo el diálogo propuesto por Cáceres (1982), que cuando el globo (la vejiga) se llenaba de aire (pipí) (el terapeuta inflaba progresivamente el globo) éste no resistía más y necesitaba expulsar el aire que contenía (el terapeuta soltaba de golpe todo el aire del globo), de modo que si bien durante el día él era capaz de controlarlo sin ningún esfuerzo, por las noches necesitaba aprender a hacer lo mismo.

A continuación se procedió a enseñar paso a paso cada uno de los componentes de la intervención: método de alarma, entrenamiento en retención, práctica positiva entrenamiento en limpieza, y manejo de contingencias, dejando un período de discusión para aclarar todas las dudas.

En primer lugar se les explicó el funcionamiento del aparato de alarma. Para el presente caso se utilizó el modelo Dimpo® fabricado por Novoclinic, que consta de un detector con sensor que se fija a la cintura del niño mediante un cinturón y un arnés. Un pequeño altavoz, situado mediante un enganche en la chaqueta del pijama o la camiseta, sirve de avisador ante el inicio del episodio enurético.

Debido a que el sistema de alarma funciona con pilas se advirtió a los padres de la importancia de comprobar el correcto funcionamiento del aparato mediante la función *«check»* antes de acostarse, así como proveerse de pilas para subsanar rápidamente cualquier impedimento producido por su incorrecto funcionamiento.

Se instruyó al niño para que durante el día hiciese ejercicios de retención. Se le pidió que justo cuando advirtiese la necesidad de orinar tendría que aguantar un tiempo determinado, el cual se iría incrementando progresivamente en razón a dos minutos diarios hasta alcanzar los cuarenta y cinco de retención voluntaria.

También se le explicó que cada vez que fuese al aseo aplicase breves interrupciones voluntarias de la micción, siguiendo la siguiente secuencia: iniciar micción-contar mentalmente hasta tres-interrumpir la micción-contar hasta tres-proseguir la micción. Este ejercicio tenía que hacerlo cinco veces por micción para finalmente finalizar la evacuación con normalidad.

Todas las noches antes de dormir debería realizar el ejercicio de práctica positiva e ingerir líquido para facilitar la micción y el proceso de condicionamiento que fundamenta al método de alarma.

Se pidió a José Miguel que siempre que mojase la cama tendría que cambiar las sábanas y llevar to-

© Ediciones Pirámide

das las prendas mojadas al cesto de la ropa sucia. A continuación debía aplicar la práctica positiva, colocarse nuevamente el aparato de alarma y acostarse.

Por último, se instruyó a los padres en el manejo de contingencias. Se les formó en la aplicación de la extinción para los casos en los que el niño presentase un episodio enurético y el reforzamiento ante la correcta ejecución de los distintos componentes del tratamiento y las noches de cama seca. De acuerdo con todas las partes, se elaboró un contrato de contingencias en el que se incluyó un programa de refuerzo material y de actividad en el marco de una economía de fichas. De este modo, a la mañana siguiente de una noche sin mojar la cama el niño obtenía una ficha que canjeaba conforme iba logrando 3, 7, 15, 21, y 30 días consecutivos de camas secas.

Del mismo modo, a los padres se les entrenó en el registro de diversas variables de interés para el seguimiento del caso. Por otra parte, se pidió al niño que eligiese un dibujo de su máximo agrado para dibujarlo en el registro pictórico al levantarse tras una noche de cama seca. En cambio se le indicó que dibujase una nube negra con lluvia cada vez que se hiciese pipí en la cama.

Para una mejor comprensión de la evolución del tratamiento estos datos se transcribían a una gráfica con la doble finalidad de informar acerca de los resultados de la intervención y motivar a José Miguel y a sus padres para proseguir en la línea iniciada.

2.6. Resultados

En la figura 13.2 se muestra la gráfica con la evolución del tratamiento de la enuresis de José Miguel según la frecuencia semanal de camas húmedas. El lector observará que tras una línea base en la que el niño mojó la cama de 5 a 6 veces por semana, el inicio del tratamiento produjo una ligera mejoría inicial que se acrecentó transcurridas tres semanas, y definitivamente a partir de la sexta semana de tratamiento. Sin embargo, no fue hasta transcurridos dos meses y medio cuando José Miguel logró quince días consecutivos de camas secas, situación que se mantuvo durante el resto del tratamiento y el posterior seguimiento a 6 meses.

En el seguimiento perduraron los resultados alcanzados en la fase anterior, no produciéndose

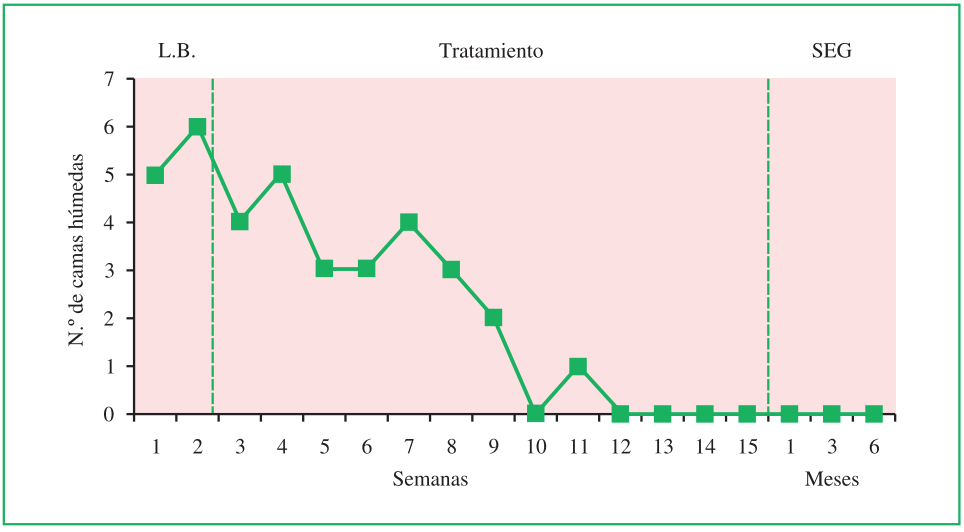


Figura 13.2.—Representación gráfica de los resultados del tratamiento de la enuresis de José Miguel según la frecuencia semanal de camas húmedas.

© Ediciones Pirámide

noches de cama húmeda incluso cuando se aplicaba el método de sobreaprendizaje (al mes, a los 3 meses y a los 6 meses), en el que el niño ingirió más líquido de lo acostumbrado.

Ante la situación de estabilidad alcanzada se decidió dar por concluido el tratamiento, advirtiendo a los padres que ante cualquier nuevo episodio se pusiesen de nuevo en contacto con el terapeuta para impedir la recaída, a sabiendas de que un nuevo episodio enurético esporádico no suponía el fracaso del tratamiento.

2.7. Conclusiones

La enuresis es un trastorno que afecta a un porcentaje considerable de niños que en muchos casos se ven mediatizados en su actividad familiar, social y escolar con motivo de este problema, y que puede afectar a un estado emocional en pleno desarrollo.

Afortunadamente contamos con un conjunto de procedimientos originarios del campo de la psicología y la medicina que en combinación o por separado han demostrado su eficacia en el tratamiento de la enuresis. Sin embargo hay que tener en cuenta distintas variables para prevenir y preservar el éxito terapéutico. En el presente caso se dieron las circunstancias apropiadas para lograrlo con el uso del aparato de alarma según los criterios recopilados por Butler y Holland (2000): 1) el niño está motivado para solucionar la enuresis; 2) no presenta problemas de comportamiento; 3) el problema de micción involuntaria no está asociado a la enuresis diurna; 4) no hay disarmonía entre miembros de la familia; 5) los padres no emplean el recurso del castigo para solucionar la enuresis, y 6) no hay precedentes de fracaso con el uso del aparato de alarma.

La combinación de las técnicas utilizadas fue eficaz para tratar con éxito el trastorno de José Miguel. Por ello, parece oportuno recordar que si bien la técnica de la alarma es el elemento central del tratamiento aplicado en el presente caso, el uso combinado de los distintos componentes debe estar presente en cualquier intervención psicológica de la enuresis funcional primaria.

Este trastorno de la eliminación debe tratarse siguiendo una serie de recomendaciones que acertadamente expusieron Lackgren et al. (1999; citado en Jarvelin, 2000) y que aquí se reproducen a modo de conclusión de este capítulo:

1. Realizar una entrevista evolutiva.
2. Considerar la motivación hacia el tratamiento de los padres y el niño.
3. Explorar la presencia del trastorno en la familia.
4. Si la familia está motivada y deseosa de seguir las instrucciones, entonces iniciar el tratamiento con el aparato de alarma. Particularmente útil para los casos con un nivel alto de arousal para despertar.
5. Considerar la desmopresina (10-40 mg) durante tres meses. Si es eficaz en este período, entonces proseguir durante un año y a la par intentar nuevamente el tratamiento de alarma.
6. No usar antidepresivos tricíclicos.
7. Estar alerta a la aparición de síntomas diurnos o psicológicos.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Preguntas de autocomprobación

1. V F El DSM-IV-TR sitúa la edad mínima para el diagnóstico de la enuresis en seis años o cinco de edad mental.
2. V F La clasificación de enuresis primaria se refiere a la variable duración.
3. V F El entrenamiento en cama seca se fundamenta en el condicionamiento clásico.

© Ediciones Pirámide

4. V F El entrenamiento en limpieza es una práctica correctiva y punitiva.
5. V F El método de la alarma es el de elección para niños enuréticos con un elevado umbral de despertar nocturno.
6. V F El entrenamiento en retención voluntaria finaliza tras alcanzar una demora de 60 minutos.
7. V F La intervención más eficaz, según estudios meta-analíticos españoles, es el entrenamiento en cama seca de Azrin.
8. V F Se aconseja el uso de la desmopresina para aquellos casos que presentan niveles altos de vasopresina.
9. V F Entre los instrumentos de evaluación para la enuresis se incluye la escala de tolerancia materna.
10. V F La enuresis es más frecuente en niñas.

2. Prepara una explicación acerca de la psicofisiología de la micción y el motivo de una enuresis funcional nocturna por capacidad funcional limitada de la vejiga dirigido a un niño de 7 años. Para completar esta tarea decide qué elementos de apoyo utilizarás para mejorar la comprensión de su explicación.

3. Establece gráficamente el análisis funcional con los datos presentados en el caso práctico del presente capítulo. Recuerda que para realizar esta tarea debes tener en cuenta las variables antecedentes, las organísmicas, los tres niveles de respuesta (cognitiva, fisiológica y conductual) y las consecuencias.

4. Explica cómo actuarías si se aplicase el método de cama seca. Utiliza como referencia los datos aportados en la figura 13.2 del capítulo.

5. Planifica la intervención para el supuesto de que José Miguel hubiese recaído tras tres meses completos de cama seca.

6. Establece un sistema de refuerzo mediante una economía de fichas y redacta un contrato de contingencia para un niño de 9 años con enuresis primaria funcional nocturna.

Respuestas correctas a la actividad 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F	**V**	**F**	**V**	**V**	**F**	**V**	**F**	**V**	**F**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.

Azrin, N. H. y Fox, R. M. (1974). *Toilet training in less than a day*. New York: Simon and Schuster.

Azrin, Sneed y Fox (1974). Dry bed training a rapid method of eliminating bedwetting (enuresis) of the retarded. *Behavior Research & Therapy*, *11*, 427-434.

Björkström, G., Hellström, A. L. y Andersson, S. (2000). Electro-acupunture in the treatment of children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 34,* 21-26.

© Ediciones Pirámide

Bower, W. F., Moore, K. H., Shepherd, R. B. et al. (1996). The epidemiology of childhood enuresis in Australia. *British Journal of Urology, 78,* 602-606.

Bragado, C. (2005). *Enuresis infantil: un problema con solución*. Madrid: Pirámide.

Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresión y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11,* 939-956.

Brooks, L. J. y Topok, H. I. (2003). Enuresis in children with sleep apnea. *The Journal of Pediatrics, 142,* 515-518.

Butler, R. J. (2001). Management of nocturnal enuresis. *Current Pediatrics, 11,* 126-129.

Butler, R. J. (2004). Childhood nocturnal enuresis: developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review, 24,* 909-931.

Butler, R. J. y Holland, P. (2000). The three systems: a conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 34,* 270-277.

Butler, R. J. y Robinson, J. C. (2002). Alarm treatment for childhood noctural enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 36,* 268-272.

Cáceres, J. (1982). *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*. Madrid: Siglo XIX.

Christophersen, E. R. y Rapoff, M. A. (1992). Toileting problems in children. En C. E. Walker y M. C. Roberts (eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (pp. 399-411). Nueva York: Wiley-Interscience.

Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Mas, B. (2002). Trastornos físicos y fisiológicos relacionados con cuestiones educativas. En M. E. del Campo (ed.), *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica,* vol. I (pp. 25-78). Madrid: Sanz y Torres.

Díaz, A. (2002). Enuresis en la infancia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 25* (supl. 2), 63-72.

DeJonge, G. A. (1973). Epidemiology of enuresis: a survey of the literature. En I. Kolvin, R. C. Mackeith y S. R. Meadow (eds.), *Bladder Control and Enuresis* (pp. 39-46). Filadelfia: Lippincot.

HiraSing, R. A., Van Leerdam, F. J. M., Bolk-Bennik, L. F. y Koot, H. M. (2002). Effect of dry bed training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica, 91,* 960-964.

Hoekx, L., Vermandel, A. y Wyndaele, J. J. (2003). Functional bladder capacity after bladder biofeedback predicts long-term outcome in children with nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 36,* 120-123.

Houts, A. C. (2000). Commentary: treatments for enuresis. Criteria, mechanisms, and health care policy. *Journal of Pediatric Psychology, 25,* 219-224.

Jarvelin, M. (2000). Comentary: empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 25,* 215-218.

Kawauchi, A., Tanaka, Y., Naito, Y. et al. (2003). Bladder capacity at the time of enuresis. *Urology, 61,* 1016-1018.

López, P. (1999). Un caso de enuresis primaria en un niño diagnosticado con necesidades educativas especiales. *Análisis y Modificación de Conducta, 25,* 809-822.

Lovering, J. S., Tallet, S. E. y McKendry, J. B. J. (1988). Oxybutynin efficacy in the treatment of primary enuresis. *Pediatrics, 82,* 104-106.

Müller, D., Roehr, C. C. y Eggert, P. (2004). Comparative tolerability of drug treatment for noctural enuresis in children. *Drug Safety, 27,* 717-727.

Oguzülgen, L., Özden, C., Özdal, L., Altinova, S., Urgancioglu, G., Baykam, M. y Menis, A. (2004). The prevalence and associated factors of enuresis in turkish children. *European Urology Supplements, 3,* 185.

OMS (1992). *CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y puntos para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Rodríguez-Parra, M. J. (2002). Efectividad de la práctica positiva y sobreaprendizaje en el tratamiento de la enuresis nocturna. *Análisis y Modificación de Conducta, 28,* 289-306.

Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. y Marín, F. (1998). La intervención conductual de la enuresis en España: una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta, 24,* 557-578.

Rosa, A. I., Olivares, J. y Sánchez, J. (1999). Meta-análisis de las intervenciones conductuales de la enuresis en España. *Anales de Psicología, 15,* 157-167.

Spee-van der Weeke, J., Hirasing, R. A., Meulmeester, J. F. y Arder, J. A. (1998). Childhood nocturnal enuresis in the Netherlands. *Urology, 51,* 1022-1026.

Theunis, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hoebeke, P. y Vande Wallen, J. (2002). Self-image and perfor-

© Ediciones Pirámide

mance in children with nocturnal enuresis. *European Urology, 41,* 660-667.

Toro, J. (1992). *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca.

Wagner, W. G. y Matthews, R. (1985). The treatment of nocturnal enuresis: a controlled comparison of two models of urine alarm. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 6,* 22-26.

Wolanczyck, T., Banasikowska, I., Zlotkowski, P., Wisniewski, A. y Paruszkiewicz, G. (2002). Attitudes of enurético children towards their illness. *Acta Paediatrica, 91,* 844-848.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso de encopresis

14

CARMEN BRAGADO ÁLVAREZ

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

La encopresis hace referencia a la dificultad que experimentan algunos niños para controlar la evacuación intestinal de una manera socialmente aceptable, cuando ya tienen una edad apropiada para hacerlo y no existen causas médicas que justifiquen el cuadro. La mayoría aprenden a defecar en el inodoro antes de los cuatro años de edad, pero unos pocos (alrededor del 1,5 por 100) no lo consiguen y continúan haciéndolo en la ropa o en otros lugares por un tiempo indeterminado, lo que ocasiona numerosos conflictos en el ámbito familiar y personal del niño.

En general, el niño con encopresis tiende a aislarse para evitar situaciones de interacción comprometidas, goza de escasa popularidad entre los compañeros y sufre serios problemas de autoestima. A ello se añade el hecho de que a la mayor parte de los padres les cuesta trabajo entender este comportamiento, una vez que los médicos han descartado las posibles causas orgánicas, por lo que tienden a manejarlo de modo inconsistente, cambiando de la comprensión al rechazo y al castigo en función de su propio estado de ánimo. La conflictividad familiar tiende a agravarse con la presencia de ciertos hábitos que suelen acompañar al ensuciamiento (esconder la ropa sucia, negarse a lavarse y cambiarse después del incidente, etc.) y con la coexistencia de enuresis, que afecta aproximadamente a un tercio de los encopréticos.

Como en otros problemas infantiles, no existe un acuerdo general sobre el concepto y los criterios diagnósticos de este trastorno. Las discrepancias más sobresalientes giran en torno al carácter voluntario o involuntario de la defecación, la consistencia de las heces y el requisito de que la encopresis suceda o no en presencia de estreñimiento (véase Bragado, 2001, para un análisis detallado sobre el debate conceptual). Al margen de las diferencias, parece claro que la encopresis debería entenderse como un trastorno psicofisiológico de la defecación, en cuya etiología intervienen múltiples factores de distinta naturaleza que interactúan entre sí provocando el resultado final. Entre ellos, destacan las alteraciones fisiológicas provocadas por el estreñimiento (distensión rectal, pérdida de tono muscular del esfínter, deterioro sensorial, etc.), un entrenamiento inadecuado en la adquisición de los hábitos higiénicos de evacuación, experiencias desagradables asociadas al acto de defecar y el fracaso para mantener una rutina defecatoria saludable.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000/2002), «la característica esencial de la encopresis es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados» después de los cuatro años de edad o una edad mental equivalente, sin que exista una causa médica que lo explique

© Ediciones Pirámide

(ingestión de ciertos fármacos o enfermedades), excepto por algún mecanismo que implique estreñimiento. Lo más frecuente es que el episodio encoprético ocurra de forma involuntaria, aunque también puede ser intencional; el problema debe suceder por lo menos una vez al mes durante tres meses consecutivos.

Respecto a la voluntariedad del acto, el citado manual precisa que cuando la encopresis es intencionada se aprecian características del trastorno negativista desafiante o disocial, lo que induce a pensar que el niño que se ensucia encima a propósito puede controlar a voluntad su intestino. De manera que, estrictamente hablando, se podría decir que no padece un trastorno de eliminación, sino que emplea este comportamiento para manipular el ambiente, lo que requeriría un abordaje terapéutico muy diferente al del niño que se ensucia sin desear hacerlo. Tal vez por esta razón, muchos autores (Bellman, 1966; Loening-Baucke, 1996; Schaefer, 1979, o Valancogne, 1995) ponen un énfasis especial en definir la encopresis como la pérdida «involuntaria» de material fecal, lo que implica que el niño no es plenamente consciente de lo que está haciendo.

Por su parte, la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 1993/1994) coincide con el DSM-IV-TR en el concepto de encopresis y en la edad y la frecuencia con que debe ser diagnosticada, aunque difiere en su denominación, duración y clasificación (véase la tabla 14.1).

Aunque en la historia del trastorno se han descrito numerosas formas de encopresis, la tendencia predominante en la actualidad distingue dos tipos básicos, *encopresis retentiva* y *no retentiva,* o «encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento» y «sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento», como prefiere denominarlos el DSM-IV-R. La diferencia esencial entre ambos tipos estriba en la presencia o ausencia de estreñimiento. El estreñimiento se define como la dificultad o la demora en el tránsito de las heces en algún tramo de su recorrido (Clayden y Agnarsson, 1991). Sus rasgos clínicos característicos hacen referencia a defecaciones poco frecuentes (menos de tres deposiciones por semana) y dolorosas, heces duras, secas y difíciles de expulsar, esfuerzos excesivos para defecar y sensación de evacuación incompleta.

Schaefer (1979) ha descrito tres clases de estreñimiento funcional: *estreñimiento rectal*, *estreñimiento atónico* y *estreñimiento espástico*. El primer tipo resulta cuando el niño no responde al deseo de defecar e inhibe voluntariamente la defecación, tal vez porque está inmerso en otras actividades más atractivas para él o porque trata de evitar la presencia de sucesos aversivos asociados a la defecación. Con la resistencia a la evacuación, los receptores rectales se adaptan a la presión existente y el deseo de defecar disminuye (Doleys, 1988). Progresivamente, el recto se acomoda a tolerar una presión elevada y una mayor cantidad de material fecal, las heces se vuelven duras y secas, lo que dificulta su expulsión y provoca defecaciones dolorosas que el niño tiende a evitar, con el consiguiente riesgo de que se ensucie encima.

El estreñimiento atónico ocurre como consecuencia de un debilitamiento de los músculos del colon que pierden parte de su habilidad para mover el material fecal hacia el recto, lo que favorece el endurecimiento de las heces, al aumentar el tiempo del tránsito intestinal. Esta forma de estreñimiento parece ocasionada por un exceso de laxantes o enemas que, paradójicamente, acaban provocando estreñimiento.

El estreñimiento espástico se acompaña de molestos dolores abdominales, producidos por espasmos o contracciones involuntarias de los músculos del colon. Según Schaefer (1979), es la forma más común de estreñimiento y, en la mayoría de los casos, se encuentra asociado a factores emocionales y a la presencia de acontecimientos estresantes.

El estreñimiento funcional puede estar motivado por múltiples causas, una inadecuada alimentación, una cierta predisposición genética, dolores abdominales esporádicos, que llevan al niño a retener las heces, y factores emocionales o ambientales (Walker, 1978). Independientemente de las causas, si el estreñimiento se hace crónico, las posibilidades de que el niño comience a manchar la ropa se incrementan.

© Ediciones Pirámide

TABLA 14.1

Concepto y criterios diagnósticos de la encopresis en los sistemas de clasificación

	DSM-IV-TR	**CIE-10**
Denominación:	Encopresis.	Encopresis no orgánica.
Concepto:	Emisión repetida de heces en lugares inadecuados. En la mayor parte de los casos esta emisión es involuntaria, pero en ocasiones es intencionada. Cuando la encopresis es involuntaria suele ir asociada a estreñimiento, ventosidades y retención con el rebosamiento consiguiente (pp. 133-134).	Emisión repetida de heces en lugares inapropiados, involuntaria o intencionadamente. Incluye la incontinencia por rebosamiento secundaria a retención fecal funcional (1993, p. 213). Las heces pueden ser de consistencia normal o anormal (1992, p. 350).
Edad:	Cuatro años.	Cuatro años.
Frecuencia:	Un episodio al mes.	Un episodio al mes.
Duración:	Tres meses.	Seis meses.
Tipos:	— *Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento*. — *Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento*.	— *Con fracaso en la adquisición del control esfinteriano.* — *Con deposiciones en lugares inadecuados a pesar de un control de esfínteres normal.* — *Con deposiciones líquidas por rebosamiento secundario a retención.*
Diagnóstico diferencial:	La encopresis no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de ciertas sustancias (por ejemplo, laxantes), ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.	Descartar cuadros orgánicos que sean causa suficiente de la encopresis (megacolon agangliónico, espina bífida, fisura anal, etc.).

Nota: Las páginas mencionadas se corresponden con la versión española de los textos.

FUENTE: Tomado de Bragado (2003).

Dado que lo normal, fisiológicamente hablando, es que el recto permanezca libre de contenido fecal, la acumulación de heces en su interior puede provocar la incontinencia a través de distintos mecanismos (Bragado 2001): *a*) la distensión rectal sostenida puede terminar alterando la contracción tónica del esfínter interno, lo que dará lugar a la pérdida de heces líquidas o de cierta consistencia (si se parte el núcleo de la masa fecal), provocando incontinencia por rebosamiento. *b*) A consecuencia de la dilatación del recto, se deteriora la información sensorial indicativa del deseo de defecar, con lo que el niño no es capaz de percibir la llegada de nuevo material fecal y no toma conciencia de la necesidad de defecar. Este fenómeno explicaría el hecho de que muchos niños digan que no se dan cuenta de que tienen que ir al baño. *c*) Cuando el recto está muy distendido, su capacidad para contraerse y expulsar las heces disminuye (hipocontractilidad), lo que dificulta el proceso de defecación y una evacuación completa; este hecho aumenta la retención y el endurecimiento de las heces retenidas, provocando molestias y dolor al defecar, situación que el niño intentará evitar, reprimiendo la defecación y contribuyendo, sin saberlo, a mantener el ciclo estreñimiento-ensuciamiento mediante

© Ediciones Pirámide

un proceso de condicionamiento operante de evitación.

A consecuencia de la retención, algunos niños sufren episodios de lo que se conoce como «diarrea paradójica» (Doleys, 1988), con deposiciones frecuentes y acuosas que despiden mal olor. Por lo general, los padres tienden a tratar estos episodios con agentes astringentes, lo que secundariamente provoca un agravamiento del estreñimiento. Eventualmente, también pueden tener episodios de defecaciones muy cuantiosas, que hacen pensar en un proceso de desimpactación fisiológica, dado que después de ellos se observa un período de continencia hasta que el recto se atasca de nuevo.

Por definición, en la encopresis no retentiva no existe evidencia de estreñimiento. Los niños que sufren este tipo de encopresis suelen defecar a diario, y las deposiciones tienen una consistencia normal. El problema se asocia, según el DSM-IV-R, al trastorno negativista desafiante o disocial, o bien es consecuencia de masturbación anal, aunque también puede estar ocasionado por un aprendizaje deficiente o inadecuado, como sugiere la CIE-10, o por alteraciones emocionales (Brazzelli y Griffiths, 2002). También se ha señalado (Benninga, Büller, Heymans, Tytgat y Taminiau, 1994) que, comparados con los encopréticos estreñidos, los no estreñidos tienen más edad, padecen encopresis primaria en mayor proporción, tienen más episodios encopréticos por semana y poseen un umbral de sensación rectal incluso menor que los niños sin encopresis, lo que sugiere que su capacidad para percibir las sensaciones fisiológicas que preceden a la defecación está intacta. Según indican estos autores, varios niños informaron que no acudían al baño porque estaban jugando o porque cuando quisieron hacerlo era demasiado tarde. Un resultado poco esperado por los investigadores fue que también en este grupo se encontró un elevado porcentaje de niños con «contracción paradójica del esfínter», una anomalía consistente en contraer el esfínter externo durante la defecación, en vez de relajarlo para permitir la salida de las heces. Puesto que esta alteración se ha relacionado con el estreñimiento, resulta difícil explicar su presencia cuando no hay tal. No obstante, se admite que esta pauta defecatoria se debe a un mal aprendizaje de la función de la defecación, por lo que es posible, como argumentan los autores del estudio, que estos niños la hayan aprendido en su empeño por retener las heces mientras ejecutan otras actividades que no desean interrumpir para defecar. Al repetir este proceso a diario la respuesta de contracción se automatiza, activándose durante el acto de defecar, sin que el niño sea consciente de ello.

A diferencia del DSM-IV-TR, la CIE-10 propone tres formas de encopresis: *encopresis con fracaso en la adquisición del control esfinteriano,* entendida como la expresión de una enseñanza inadecuada o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de fracaso en adquirir la continencia; *encopresis con un control de esfínteres normal*, en este caso sí existe un control fisiológico de la función intestinal, pero por algún motivo se produce un rechazo, resistencia o fracaso para aceptar las normas sociales sobre cuál es el lugar apropiado para defecar; y *encopresis con deposiciones líquidas por rebosamiento secundario a retención*. No obstante, y pese a la distinta nomenclatura utilizada por la CIE-10, las diferencias entre ambas clasificaciones son más aparentes que reales, dado que las dos primeras formas podrían entenderse como dos subtipos de la encopresis no retentiva, mientras que la última se correspondería con la encopresis retentiva.

La encopresis retentiva y no retentiva puede clasificarse a su vez en *primaria* o *secundaria,* dependiendo del momento en que comenzó el problema. En el primer caso, el niño no ha manifestado un control de la defecación adecuado desde que nació, mientras que en el segundo el ensuciamiento reaparece después de un período de continencia prolongado (entre seis meses y un año). Aparte del estreñimiento, la pérdida de la continencia se ha encontrado relacionada con la presencia de ciertos acontecimientos estresantes, como el nacimiento de un hermano, el inicio de la escolaridad, la separación o muerte de los padres, etc. (Bellman, 1966; Levine, 1975). Aunque no se dispone de datos sistemáticos, también se han mencionado otros factores que podrían potenciar el riesgo de encopresis a partir de los cinco años de edad, tales como: el rechazo o evita-

© Ediciones Pirámide

ción de los baños escolares, intolerancias alimentarias, gastroenteritis aguda o déficit de atención con inconsistencia en las tareas (Levine, 1982).

La prevalencia de la encopresis se sitúa alrededor del 1,5 por 100 y afecta en mayor medida al sexo masculino que al femenino, en una proporción de 3/4 varones por cada mujer. Entre el 80-95 por 100 de los encopréticos padecen encopresis retentiva (Levine, 1975; Loening-Baucke, 1993), mientras que la encopresis primaria y secundaria presentan una distribución similar. El problema decrece con la edad en un porcentaje muy elevado (28 por 100 anual), siendo prácticamente inexistente al final de la pubertad y en la adolescencia.

Debido a la propia naturaleza del trastorno, el abordaje de la encopresis suele requerir la intervención conjunta de diversos especialistas sanitarios: psicólogos clínicos, psiquiatras, pediatras y gastroenterólogos, por lo que la tendencia general en la terapia es emplear procedimientos mixtos, integrados por tratamientos médicos (laxantes, enemas y recomendaciones dietéticas) y conductuales (reforzamiento positivo, entrenamiento en hábitos defecatorios y/o *biofeedback*). Los objetivos y técnicas utilizados por ambos acercamientos se encuentran resumidos en la tabla 14.2. Lamentablemente, todavía no existen suficientes estudios controlados que permitan identificar cuáles son los

TABLA 14.2

Tratamiento de la encopresis

Tratamientos	Objetivos	Técnicas empleadas
Médicos	— Eliminar la retención fecal. — Promover defecaciones regulares no dolorosas o molestas. — Propiciar hábitos intestinales regulares.	— Laxantes, enemas y supositorios. — Recomendaciones dietéticas. — Recomendaciones para sentarse en el inodoro (defecar) de forma regular.
Conductuales	— Enseñar e instaurar las conductas involucradas en la continencia. — Disminuir episodios ensuciamiento. — Instaurar hábitos defecatorios regulares. — Disminuir las respuestas emocionales. — Reorganizar las condiciones ambientales (antecedentes/consecuentes) que permitan modificar las conductas objetivo. — Corregir pautas anómalas de defecación.	— Reforzamiento positivo. — Castigo: práctica positiva, entrenamiento en limpieza y sobrecorrección. — Entrenamiento en hábitos de defecación (multicomponente): control de estímulos, condicionamiento gastroileal, reforzamiento positivo, incitadores (enemas o supositorios) y desvanecimiento. — Desensibilización: respuestas incompatibles con la ansiedad. — Entrenamiento en habilidades: incrementar el consumo de fibra, relajación muscular, respuestas musculares apropiadas, conductas de higiene, habilidades de enfrentamiento. — *Biofeedback.*
Mixtos	— Limpieza fecal o desimpactación inicial. — Promover defecación. — Instaurar hábitos defecatorios regulares. — Corregir contracción paradójica del esfínter (anismus), si la hubiere.	— Laxantes, enemas o supositorios de glicerina, con o sin manejo de la dieta (ingestión de fibra y líquidos). — Entrenamiento en hábitos defecatorios (con reforzamiento positivo por sentarse y defecar en el inodoro). — *Biofeedback* (anismus).

© Ediciones Pirámide

«tratamientos bien establecidos», según los criterios de Chambless et al. (1996). Sin embargo, los datos acumulados hasta la actualidad permiten concluir que el entrenamiento en el uso del baño para lograr establecer una rutina defecatoria adecuada, típico del modelo conductual, y la terapia con laxantes o enemas y supositorios, propio del procedimiento médico, son componentes esenciales en el tratamiento de la encopresis (Bragado, 2002, 2003).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso que se describe a continuación es un problema complejo de encopresis retentiva secundaria, que reúne, además, muchas de las características que pueden perjudicar el éxito terapéutico (Levine y Bacow, 1976): elevada frecuencia de episodios encopréticos, dificultades académicas y falta de cooperación con el tratamiento. El caso es asimismo ilustrativo del modo en que suele actuar el terapeuta de conducta en la práctica clínica y del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud. Por último, pone de manifiesto la importancia que tiene el contexto específico de cada niño a la hora de programar un tratamiento individualizado. En su resolución se emplearon tres sesiones para obtener toda la información pertinente (evaluación), siete durante la puesta en marcha de las distintas estrategias terapéuticas utilizadas (veintisiete semanas) y dos sesiones, junto con varios contactos telefónicos, en el seguimiento (seis meses).

2.1. Identificación del paciente

Mario es un varón de once años y nueve meses, el más pequeño de cinco hermanos, dos mujeres de diecinueve y dieciocho años, respectivamente, y tres varones, él mismo y otros dos de diecisiete y trece años. El padre murió de cáncer de colon cuando él tenía cuatro años de edad. La madre, de cuarenta y tres años, ha tenido que trabajar muy duro para sacar a sus hijos adelante. En el momento que acuden a consulta trabaja en el servicio de limpieza de un hospital.

Cuando llega al centro, cursa sexto de primaria en un colegio público, con un rendimiento académico bastante deficiente, saca muy malas calificaciones, no le gusta estudiar y ha tenido muchas dificultades con los estudios desde el comienzo de su escolarización. Pese a todo, Mario no se opone a ir al colegio y parece que acude contento. Su historia escolar no ha sido fácil. Se inicia a los dos años, edad en que comenzó a ir a la guardería. Con cuatro años es internado en un colegio de religiosas, debido a la muerte del padre y a que su madre tenía que trabajar y no podía hacerse cargo de él. Permanece en dicho centro hasta finalizar quinto de primaria, momento en que lo cambian al colegio actual en régimen externo. Este cambio estuvo primordialmente motivado por su problema de encopresis. Durante la época de internado iba a su casa los fines de semana y en los períodos vacacionales.

El cociente intelectual obtenido con la escala WISC puede considerarse dentro de los límites normales (CIV = 83; CIM = 113, y escala total = = 97), aunque alcanzó una puntuación muy baja en el subtest de información general, lo que, en consonancia con su historial académico, confirma una escasa asimilación de conocimientos escolares anteriores.

2.2. Motivo de consulta

Acude a consulta (uno de los servicios de salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid) en compañía de su madre y su hermana mayor, remitido por el servicio de psiquiatría del ambulatorio de zona, con tratamiento farmacológico (Anafranil y Conductasa), para que reciba tratamiento psicológico por encopresis, problema que se prolonga desde que el niño tenía siete años.

2.3. Historia del problema

Según indica la madre, Mario tuvo un desarrollo evolutivo dentro de los rangos normativos e incluso podría decirse que fue un niño precoz en la adquisición del control de esfínteres, dado que ha-

© Ediciones Pirámide

cia los dos años y medio ya tenía un adecuado control de la defecación y la micción. La continencia fecal se mantuvo hasta la edad de siete, momento en que surgió el problema de la encopresis, primero de forma esporádica (uno o dos episodios por semana) y luego casi a diario.

El inicio del trastorno parece coincidir con un cambio de profesorado y con una mayor exigencia en el rendimiento escolar. En el internado, hasta los siete años, las clases eran impartidas por las religiosas, pero a partir de esta edad (2.º de Primaria) la docencia estaba a cargo de profesores seglares. Esta situación, nueva para él, le produjo mucha ansiedad y preocupación.

Durante casi tres años (prácticamente hasta que cumplió diez) en el colegio no parecieron darse cuenta del problema, puesto que no hubo ninguna manifestación a la familia al respecto. Sin embargo, en su casa sí lo notaron, dado que cuando el niño iba a pasar el fin de semana, traía varios calzoncillos manchados y, además, se ensuciaba encima mientras permanecía en casa.

Hacia los ocho años lo llevaron al médico de cabecera, quien lo remitió a un especialista de digestivo; éste mandó efectuar un *enema opaco*, prueba que no llegó a realizarse por falta de cooperación del niño. El enema opaco es una radiografía de contraste en la que se emplea una solución de bario para poder observar el colon. Este método resulta muy eficaz para diagnosticar la enfermedad de Hirschsprung[1], así como para detectar la presencia de posibles tumores o anomalías anatómicas y para evaluar el grado de dilatación rectal (megarrecto). Ante la falta de información específica, el médico optó por prescribir antiespasmódicos (Desmocolon y Buxcopax). Con estos fármacos permaneció sin encopresis durante un mes aproximadamente, aunque después de este período volvió a recaer con la misma frecuencia anterior (diariamente). El médico modificó la medicación, recetándole: Sauran oral (citicolina), un vasodilatador cerebral y periférico que mejora el nivel de conciencia; Psicosoma (bromhidrato de glutamato de magnesio y clorhidrato de prometacina), con efectos laxantes y anticolinérgicos, y Magneston (sales de magnesio). Los laxantes a base de magnesio se encuadran en el grupo de los *laxantes osmóticos,* cuya nota característica es que son escasamente absorbidos en el tracto intestinal y retienen el agua en el colon, favoreciendo la hidratación de las heces, lo que disminuye los esfuerzos defecatorios y facilita la evacuación. Como en el caso anterior, con esta medicación se apreció cierta mejoría, pero los episodios de encopresis no desaparecieron del todo.

A los nueve años y medio es enviado al servicio de psiquiatría, donde se le receta la medicación actual: Conductasa (piriglutina, vitamina B) y Anafranil (clorhidrato de clomipramina), un antidepresivo tricíclico con efectos anticolinérgicos, muy utilizado en el tratamiento médico de la enuresis nocturna. Con estos fármacos se observó una disminución importante de la encopresis, llegando a permanecer limpio durante dos meses consecutivos, pero, al retirar el tratamiento se produjo una recaída paulatina, volviendo a la frecuencia inicial. Finalmente, es remitido por el psiquiatra a nuestro centro para recibir tratamiento psicológico.

2.4. Evaluación

Con el fin de efectuar un análisis funcional y establecer la línea de base de la conducta problema, se llevaron a cabo tres entrevistas, un registro de observación y un autorregistro.

Entrevista con la madre y la hermana

La entrevista inicial se efectuó conjuntamente con la madre y la hermana mayor del niño. En ella se formularon una serie de preguntas destinadas a conocer la historia completa del problema (comienzo, evolución, tratamientos anteriores, estado actual, variables que podían afectar a la frecuencia de la encopresis, etc.).

[1] La enfermedad de Hirschsprung se caracteriza por la ausencia de células ganglionares del plexo mientérico y submucoso en un determinado segmento del colon, lo que ocasiona retención de heces en la zona afectada.

© Ediciones Pirámide

Además de la información señalada en el apartado anterior, la madre indicó que el único responsable del ensuciamiento era su hijo, dado que no quería defecar en el baño, pero que si él quisiera ya se habría arreglado hacia tiempo. Dice que ella no podrá venir a consulta porque no puede estar pidiendo permiso constantemente y que será su hija mayor la que se encargue de todo lo relacionado con el tratamiento.

Al preguntar acerca de los hábitos defecatorios, comentan que el niño tiene tendencia a estar estreñido y que, en general, las heces son compactas y duras, por lo que suele quejarse de molestias y dolor al defecar, aunque en las deposiciones en el calzoncillo las heces suelen ser blandas y llegan a ser liquidas cuando aumenta la frecuencia de los incidentes encopréticos. Sin embargo, no han apreciado la existencia de episodios de diarrea frecuentes o anormales; en opinión de ambas, es un niño con problemas de estreñimiento.

Tampoco han observado situaciones específicas que modifiquen la frecuencia de la encopresis, excepto cuando el niño va a casa de su abuela materna, donde no suele mancharse. Aclaran que Mario estuvo al cuidado de esta abuela cuando era pequeño y fue ella la encargada de entrenarlo en el uso del baño. Cuando está en su casa, lo obliga a sentarse en el inodoro de forma regular; posiblemente por este motivo no llega a ensuciar su ropa interior.

Entrevista con el niño

En la entrevista con el niño, la terapeuta pretende diversos objetivos: averiguar cómo percibe el problema, explorar el grado de motivación para el cambio, analizar la calidad de sus relaciones familiares y buscar posibles reforzadores positivos que pudieran ser de utilidad a la hora de planificar el tratamiento.

Mario indica que se siente muy preocupado porque huele mal y tiene pocos amigos. En concreto, en el colegio no tiene ninguno, aunque tiene dos amigos en su calle, con los que juega periódicamente, pero, cuando le dicen algo acerca del olor, pasa unos días sin querer verlos. Dice que quiere solucionar el problema y que está dispuesto a colaborar con las indicaciones terapéuticas.

Explica que las defecaciones en el váter son muy dolorosas: «siento como alfileres que me pinchan..., me duele la tripa y tengo retortijones». Las heces son duras «como bolas» y le resulta muy molesto expulsarlas. Asegura que no «se da cuenta» de que tiene ganas de hacer caca y que no va al baño porque no percibe la necesidad de defecar.

Para averiguar las relaciones afectivas con la familia, se utilizó una escala subjetiva de diez puntos, donde el punto cero indicaba muy mala relación y el diez una relación excelente. Después de ensayar el uso de la escala, Mario efectuó la siguiente valoración: madre = 1, hermano de diecisiete años = 2, hermana de dieciocho años = 2, hermano de trece años = 6, abuela materna = 7 y hermana mayor = 9. Está convencido de que las personas que más lo quieren son su abuela y su hermana mayor.

Entrevista con la hermana mayor

Esta entrevista se llevó a cabo para contrastar la información proporcionada por Mario y explicar cómo tendría que realizar el registro de observación durante la línea de base.

La hermana confirmó que existía una mala relación entre la madre y el niño, motivada en gran medida por el ensuciamiento. Indicó que su madre tiene poca paciencia con los incidentes de encopresis y que casi siempre se muestra muy tensa con él. Este tipo de actitud suele ser más común de lo deseable entre los padres con hijos encopréticos, dado que les cuesta comprender que sus hijos tengan un trastorno psicológico y manchen la ropa sin desear hacerlo.

Registro de observación

Con el fin de establecer la línea de base y obtener una información actualizada sobre la encopresis, se solicitó a la hermana que llevara a cabo un registro de observación durante ocho días consecutivos (tabla 14.3).

© Ediciones Pirámide

TABLA 14.3

Modelos de registro utilizados durante el proceso de evaluación (línea de base)

Registro de observación (hermana)				
Fecha	**¿Dónde hace caca: WC/calzoncillo?**	**Hora y lugar**	**¿Qué hacen o dicen la madre y hermanos?**	**¿Qué hace o dice el niño?**

Registro de autoobservación (niño)					
Fecha	**¿Dónde hago caca: WC/ calzoncillo?**	**Hora y lugar**	**¿He sentido ganas de hacer caca?**	**¿Qué me han dicho los demás: madre, hermanos o compañeros?**	**¿Qué siento, digo o hago yo?**

Los datos obtenidos por este procedimiento indicaron una frecuencia de deposiciones en el calzoncillo de doce veces en ocho días, lo que equivale a una media de 1,5 veces por día, aunque hay que precisar que un día no hubo deposición, con lo que la frecuencia media diaria se elevaría hasta 1,71. El 66 por 100 de las veces (ocho) el ensuciamiento se produjo en el hogar, un 25 por 100 (tres veces) en la calle y solamente una vez (9 por 100) en el colegio. No hubo ninguna defecación en el váter durante los ocho días de observación y uno de los días se manchó tres veces.

Los episodios encopréticos se producen con mayor frecuencia por la tarde y al anochecer (siete veces, 58,33 por 100), mientras que por la mañana se ensucia menos veces (cuatro, 33,31 por 100), al mediodía solamente una vez y ninguna durante el sueño nocturno.

Respecto a las consecuencias sociales que siguen al ensuciamiento, la pauta más usual es la indiferencia, apreciable en el 58,3 por 100 de los episodios (7), en el resto lo regañan. Curiosamente, ante la indiferencia, el niño reacciona intentando ocultar lo que ha ocurrido, bien alejándose del grupo familiar o limpiándose, otras veces «se pone muy triste». Sin embargo, cuando su madre lo riñe, por ejemplo, diciéndole: «no hay quien esté a tu lado con lo mal que hueles», «estoy harta, lo único que quieres es fastidiar», su reacción es totalmente distinta, se enfada y se niega a cambiarse. Según anota la hermana en el registro, «cuanto más lo regañan, más persiste en no cambiarse», o bien dice en tono de enfado que «lo dejen en paz y sigue a lo suyo». Lamentablemente, el único día que no se manchó no fue alabado por ello, sino que la madre mostró la misma indiferencia que en las situaciones anteriores.

Registro de autoobservación

El objetivo al proporcionar este registro al niño (tabla 14.4) era doble; por un lado, se buscaba información relevante, y por otro, se pretendía que Mario participase activamente en todo el proceso de intervención, con el fin de aumentar su responsabilidad en la solución del problema. Sin embargo,

© Ediciones Pirámide

no trajo el registro cuando acudió a la siguiente cita; primero dijo que lo había olvidado y después que lo había perdido.

2.5. Análisis funcional

A la luz de los datos anteriores, la encopresis parece provocada por un estreñimiento prolongado en el tiempo, que ha ido generando un ensanchamiento del colon, con la consiguiente pérdida de tono muscular del esfínter; esto daría lugar al filtrado de heces cuando el recto está lleno (en el calzoncillo las deposiciones son blandas o líquidas) y explicaría el hecho de que Mario diga que no se da cuenta de la necesidad de defecar, ya que la distensión rectal (provocada por las heces retenidas) por encima de cierto umbral puede acabar ocasionando un deterioro sensorial. La sensación de plenitud rectal es la señal fisiológica que anticipa la necesidad de defecar, pero si el niño no es capaz de discriminarla, lo más probable es que se ensucie encima; esto explicaría la elevada frecuencia de episodios encopréticos.

Respecto a la frecuencia defecatoria, conviene señalar, como ha puntualizado Schaefer (1979), que el término «estreñimiento» no implica necesariamente una frecuencia de deposiciones escasa. Algunas personas están habituadas a evacuar su intestino dos o tres veces por semana, sin que pueda decirse que están estreñidas. Según este autor, cuando las heces son blandas, húmedas y se tiene la sensación de que el recto está vacío después de la defecación, no existe estreñimiento. Por el contrario, si las heces son duras, secas y se tiene una sensación de evacuación incompleta, existe estreñimiento, independientemente del número de deposiciones.

Las defecaciones dolorosas y las molestias intestinales percibidas por Mario han podido convertir el inodoro en un estímulo aversivo, que sería evitado no sentándose en él; dado que las deposiciones en el calzoncillo no son dolorosas, la conducta se mantendría por reforzamiento negativo.

Además del estreñimiento, se aprecian otros factores que también parecen estar contribuyendo al mantenimiento del problema. Las malas relaciones afectivas con su madre podrían explicar el hecho de que la mayoría de los accidentes tengan lugar en su casa, donde, por otro lado, recibe atención intermitente (en forma de regañinas) por la conducta incorrecta, ensuciarse, pero no por la conducta de permanecer limpio. Esta forma de actuar parece contraindicada, generando una actitud de rebeldía en el niño, en tanto que cuando no le prestan atención, su actitud parece más cooperadora. Finalmente, no se conoce si algún miembro de la familia, a excepción de la abuela materna, le indica alguna vez que se siente en la taza del váter para defecar. En la figura 14.1 se ofrece un diagrama esquematizado del análisis funcional, en el que se han incluido los factores que parecen más relevantes en la determinación del trastorno.

2.6. Tratamiento

Si la hipótesis explicativa anterior es correcta, cabe esperar que, al controlar los factores involucrados en el mantenimiento del problema, se corrija la encopresis. Para ello habría que tratar de eliminar las molestias físicas, instaurar una frecuencia defecatoria regular (una deposición diaria), no prestar atención social al ensuciamiento y reforzar positivamente la defecación en el váter. Para conseguir estos objetivos se diseñó el siguiente plan de tratamiento:

1. *Cambiar la secuencia habitual de conducta* que seguía el niño cuando se levantaba por la mañana: ir al baño, lavarse, vestirse, desayunar y marcharse al colegio. En vez de esta secuencia, se propuso que se levantara, desayunara, se lavara, se vistiera y, en último lugar, se sentara en la taza del váter, durante 5-10 minutos máximo, para intentar defecar. Este cambio se introdujo para facilitar que los reflejos que impulsan las heces hacia el recto (grastroileal, gastrocólico y duodenocólico) y que preceden a la defecación se activaran antes de que el niño saliera de casa para ir al colegio. Por ello se sugirió que desayunara nada más levantarse, dado que la motilidad intestinal se intensifica nota-

© Ediciones Pirámide

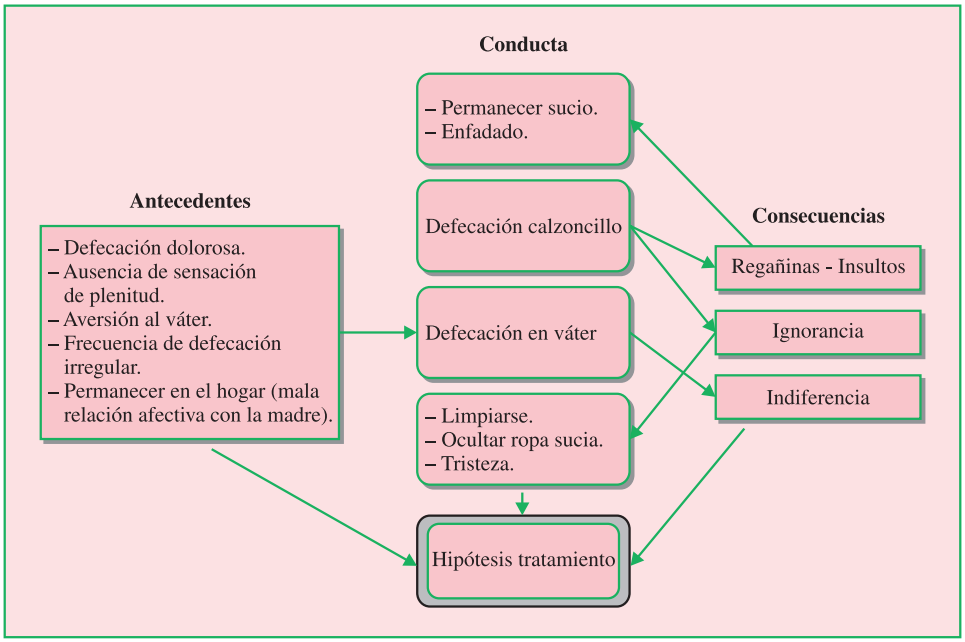


Figura 14.1.—Diagrama del análisis funcional.

blemente a los 20-30 minutos después de ingerir alimentos y los movimientos intestinales (de masa) son más fuertes después de desayunar. Para que estas sensaciones fisiológicas pudieran asociarse a la situación correcta, se recomendó que se sentara en la taza del váter después de cada comida principal, durante el mismo tiempo que en la mañana. Además, se le indicó que tomara para desayunar un zumo de naranja y algún tipo de cereal con la leche, como los *cornflakes,* a fin de favorecer la evacuación intestinal.

2. *Tomar un regulador intestinal* (Duphalac). El Duphalac es un compuesto de lactulosa, un carbohidrato no absorbible, que llega intacto al colon, donde se hidroliza por la flora bacteriana incrementando el contenido de agua. Se encuadra entre los laxantes osmóticos azucarados y es ampliamente utilizado en el tratamiento del estreñimiento infantil. El objetivo con la prescripción de este preparado era favorecer la formación de heces blandas y facilitar deposiciones regulares, no dolorosas, con la finalidad de disminuir las molestias físicas asociadas al acto de defecar.

3. *Retirar la atención hacia* el hecho de ensuciarse y no limpiarse.

4. *Reforzamiento positivo* contingente a defecar en el inodoro. Se instaló un sistema de economía de fichas, utilizando puntos que eran canjeados por una lista de reforzadores previamente seleccionados. Si el niño hacía caca en el váter por la mañana, recibía dos puntos, y si esto ocurría a otra hora del día, recibía uno. Con este método se pretendía que aprendiera a vaciar el intestino en el momento del día que parece más idóneo para que se produzca la defecación (Schaefer, 1979; Young, 1973).

Los reforzadores de apoyo utilizados se seleccionaron tomando en consideración los deseos del niño. Para ello, se le pidió que indicara aquellas cosas que le apetecía hacer o tener a partir de algunos ejemplos sugeridos por la terapeuta y extraídos de la información proporcionada por su hermana, valorando su poder motivacional mediante una escala numerada de 1 a 10, donde el cero indicaba que el reforzador propuesto no le gustaba lo más mínimo y el diez que le gustaba muchísimo. La lista final quedó integrada por los

© Ediciones Pirámide

siguientes (entre paréntesis figura la puntuación asignada):

- — Jugar al parchís o a las damas todos juntos (6,5): dos puntos.
- — Tebeos de Mortadelo (8): siete puntos.
- — Ir a comer a casa de su abuela (8,5): catorce puntos (en fin de semana porque durante el colegio no podía ser).
- — Salir a jugar a la calle (9): dos puntos (podía salir a diario si así lo deseaba)
- — Ir al Retiro, al Zoo o al Parque de Atracciones (9): catorce puntos (Retiro), veinte puntos (Zoo o Parque de Atracciones).
- — Tener un perro (10).
- — Ir al cine con todos (10): veinticinco puntos.

Tener un perro parecía el reforzador más potente para el niño; llevaba mucho tiempo pidiéndolo, pero su madre se negaba a tener un perro en casa. Este aspecto era innegociable.

La asignación de puntos se efectuó de acuerdo con Mario y su hermana, teniendo en cuenta el grado de motivación del reforzador, la cuantía económica del refuerzo en cuestión y las posibilidades de acceder a él durante el horario escolar. En el caso de los reforzadores que exigían un monto mayor de puntos, Mario debía decidir si gastaba todos los que tenía en otras actividades o si los guardaba para conseguir aquello que más le apetecía.

Se decidió no reforzar el hecho de permanecer limpio durante el día, porque, como han sugerido algunos autores (Kaplan, 1985), podría suceder que aumentara la respuesta de retención fecal en detrimento de la de evacuación en el WC, dado que a fin de acceder al reforzador, el niño podría intentar reprimir la defecación para estar seguro de no mancharse, con lo que el problema tendería a empeorar en vez de mejorar.

5. *Castigo.* Con el fin de disminuir los episodios encopréticos y promover su responsabilidad en el proceso de cambio, se empleó coste de respuesta y entrenamiento en limpieza. Se le explicó que lo mismo que iba a recibir puntos por defecar en el váter, podía perderlos si se manchaba en el calzoncillo; cada vez que sucediera esto perdería un punto y además debía lavarse él mismo y el calzoncillo. Para suavizar el entrenamiento en limpieza, se le dijo que el objetivo de lavar lo que ensuciara era evitar que nadie se enterara de que se le «había escapado la caca» y que debía intentar solucionar el problema por sí mismo. El cuarto de baño no disponía de bidé, por lo que tenía que lavarse en un balde pequeño.

6. *Recordar.* Para evitar una atención excesiva y que el niño asumiera las indicaciones de la terapeuta, se indicó a la hermana que solamente le recordara una vez que tomara el jarabe o que lavara su ropa.

Todas las instrucciones anteriores se dieron por escrito y también se proporcionaron modelos de registro para seguir el curso del tratamiento (véase la tabla 14.4).

2.7. Curso del tratamiento

Pese a la buena voluntad del niño y su hermana, con el tratamiento anterior no se lograron los resultados esperados, por lo que hubo que introducir diversas modificaciones durante las veintisiete semanas que duró la terapia. Dichas modificaciones se encuentran resumidas en la tabla 14.5, en la que se ha dividido el proceso terapéutico en seis bloques. En cada uno de ellos se ofrece una síntesis de las instrucciones a seguir y del efecto que supuestamente tuvieron sobre la conducta problema en el tiempo en que estuvieron vigentes. No obstante, sintetizando aún más la información disponible, en el curso del tratamiento se pueden distinguir dos etapas claramente diferenciadas: la primera comprende las trece primeras semanas en las que operó el programa inicial, con ciertas variaciones, y la segunda comienza en la semana catorce, con un replanteamiento del caso, y se extiende hasta finalizar el tratamiento (tabla 14.5). Durante la primera etapa el niño mostró una cooperación muy limitada, hecho que dificultó considerablemente el proceso terapéutico, prolongándolo en exceso; sin embargo, en la segunda colaboró perfectamente con los terapeutas y con la hermana.

© Ediciones Pirámide

TABLA 14.4

Modelos de registro empleados durante el tratamiento

Registro a rellenar por la hermana						
Fecha	**¿Ha hecho caca? Sí / No**	**Caca en el váter: mañana / otra hora**	**Caca en el calzoncillo ¿veces?**	**¿Ha tomado el jarabe?**	**¿Ha lavado su ropa?**	**Puntos y cambio de puntos**

Registro a rellenar por el niño					
Fecha	**¿Has hecho caca en el váter? Mañana / otra hora**	**¿Te has hecho caca en el calzoncillo?**	**¿Cuántas veces?**	**¿Has hecho lo que acordamos?**	**Puntos**

Semanas 1-3

Las primeras instrucciones se mantuvieron durante cuatro semanas, aunque sólo se proporciona información sobre tres de ellas, ya que una semana coincidió con las vacaciones de Semana Santa, que el niño pasó en casa de su abuela y ésta no efectuó ningún registro, aunque, según comunicó a la hermana, en ese tiempo sólo se manchó una vez y los demás días hizo caca en el váter, con una frecuencia de entre una y tres veces diarias.

Como puede apreciarse en la tabla 14.5, durante este período se observó un ligero decremento de los episodios encopréticos respecto a los valores registrados en la línea de base (8,66 vs. 12), así como un cierto aumento de la respuesta correcta, defecar en el inodoro (4,33 vs. 0). Sin embargo, puesto que las deposiciones en el calzoncillo superaban a las deposiciones en el váter, tan sólo había conseguido tres puntos en las tres semanas (menos dos en la primera, menos tres en la segunda y tres en la tercera), por lo que su interés por este sistema había disminuido considerablemente.

Por otro lado, su colaboración con el tratamiento había sido bastante deficiente, solamente había tomado el jarabe recomendado durante tres días y únicamente había lavado la ropa en dos ocasiones, el resto de las veces dejaba los calzoncillos sucios en el baño, lo que había generado que su hermana estuviera muy atareada. Los registros encomendados los había realizado durante muy pocos días y de manera discontinua; además, los datos contenidos en ellos no coincidían con los de la hermana respecto a la frecuencia de los episodios encopréticos y al número de puntos que le correspondían. A pesar de todo, la hermana indicó que la retirada de atención ante el hecho de ensuciarse sí se había llevado a cabo, aunque había tenido que insistir más veces de las recomendadas en que tomara el jarabe y lavara su ropa.

Por último, cabe destacar que en este período se produjo un episodio de colitis, localizado en la tercera semana, que duró dos días, por lo que la frecuencia total de deposiciones se incrementó considerablemente y la encopresis alcanzó el mismo nivel que en la línea de base.

© Ediciones Pirámide

TABLA 14.5

Indicaciones terapéuticas y resultados obtenidos en el curso del tratamiento

		Estrategias terapéuticas					
		Semanas 1-3	**Semanas 4-5**	**Semanas 6-13**	**Semanas 14-18**	**Semanas 19-25**	**Semanas 26-27**
		1. Cambio secuencia conductual al levantarse. 2. Regulador intestinal. 3. Retirada atención por estar sucio. 4. Reforzamiento positivo (economía fichas) por defecar en WC. 5. Castigo: coste de respuesta y entrenamiento limpieza. 6. Recordar ingesta regulador y seguimiento de instrucciones.	1. Retirada del coste de respuesta. 2. Modificación de la cuantía del reforzamiento positivo y de las conductas a reforzar. 3. Potenciación del entrenamiento en limpieza.	1. Se modifica la cuantía del reforzamiento positivo, las conductas a reforzar y el canje de fichas. 2. Se solicita efectuar un enema opaco (2.ª visita).	1. Reevaluación del caso en función resultados pruebas médicas. 2. Intervención conjunta de otro profesional (médico). 3. Modificación castigo. 4. Reforzamiento positivo y negativo por sentarse en WC. 5. Retirada de economía de fichas. 6. Prescripción farmacológica: Anafranil 25 mg (1-0-1-0).	1. Reducción de medicación: (1-0-0-0). 2. Variaciones mínimas sobre reforzadores positivos por sentarse en WC.	1. Reducción progresiva de medicación hasta su completa retirada.
	LB	**Resultados**					
WC:	0	4,33	5	2	12,28	12,42	9
C:	12	8,66	7,5	10,75	2	0,14	0
SD:	1	0,66	1,5	0,37	0	0,28	1
N.º V:		1	1	2	1	1	1

LB: línea de base; WC: media semanal de defecaciones en el váter; C: media semanal de defecaciones en el calzoncillo (episodios de encopresis); SD: sin deposición; N.º V: número de visitas.

© Ediciones Pirámide

Semanas 4-5

A la vista de estos resultados se decidió introducir algunas modificaciones, dirigidas, en general, a incrementar el nivel de motivación y el grado de responsabilidad del niño. Para ello se otorgó más importancia a la respuesta correcta: recibiría dos puntos cada vez que defecara en el váter, independientemente del momento del día en que lo hiciera. Para asegurar su colaboración en el seguimiento de instrucciones, se reforzó también la ingestión del jarabe con un punto y lavar la ropa con dos. Además, para potenciar su responsabilidad, se indicó a la hermana que no le lavara los calzoncillos hasta que él no lo hiciera. Tenía un total de quince, con lo que no existía mucho riesgo de que se quedara enseguida sin ninguno limpio.

Con este nuevo sistema, consiguió un total de cuarenta y dos puntos, de los cuales, algo menos de la mitad (veinte) los obtuvo por la conducta correcta (defecar en el váter), y el resto, tres por tomar el jarabe y diecinueve por lavar la ropa, cosa que sólo había hecho cuando tenía todos los calzoncillos sucios. Parte de los puntos los invirtió en ir al Retiro y los demás en salir a la calle y jugar al parchís.

Con todo, solamente se logró una ligera mejoría respecto a la etapa anterior, los incidentes de encopresis disminuyeron de 8,66 a 7,5 y las deposiciones en el váter aumentaron muy poco (5 vs. 4,33). Por esta razón, se procedió a modificar ciertos aspectos de la intervención (véase tabla 14.5).

Semanas 6-13

En primer lugar, la terapeuta consideró que la estrategia de reforzar la conducta de lavar la ropa sucia no había sido acertada, ya que implícitamente se estaba proporcionando reforzamiento por la conducta incorrecta (mancharla). En segundo lugar, al analizar los resultados, se observó que la frecuencia total de deposiciones (correctas + incorrectas) era superior a una diaria, por lo que parecía conveniente comenzar a reforzar el hecho de que el niño tuviera los calzoncillos limpios. Pese a que inicialmente se había rechazado esta idea por temor a incrementar la retención fecal, algunos autores aconsejan reforzar la conducta de permanecer limpio cuando el número de episodios de encopresis es elevado (más de uno diario). Además, parece que la pauta evacuatoria habitual en niños mayores de cuatro años es defecar una vez al día (Weaber y Steiner, 1984). Por ello, se decidió aumentar el reforzamiento de la conducta apropiada: hacer caca en el váter (tres puntos) y permanecer limpio (tres puntos si la ropa interior estaba limpia por la mañana y tres más si también lo estaba al final de la tarde). Para promover la autolimpieza en el caso de que se ensuciara, se recomendó limitar el número de calzoncillos disponibles a seis (uno menos que los días de la semana). Puesto que la mayoría de los puntos obtenidos en la etapa anterior los había invertido en salir a la calle, se aumentó el valor de este reforzador (de dos a seis puntos, pero para poder utilizarlos los tenía que conseguir en el día).

Aprovechando sus dificultades escolares y el hecho de que en el colegio sabían que acudía al centro, dado que debía llevar un justificante cada vez que se le citaba a consulta, la terapeuta llamó a su tutora por teléfono, con el fin de conocer de primera mano si allí se había detectado el problema. La tutora confirmó el problema escolar, pero aseguró que en el colegio nadie había observado ningún problema relacionado con el control intestinal. La única preocupación del profesorado era que Mario mostraba muy poco interés por los estudios, por lo que solicitó que se le hiciera una prueba de inteligencia, así como pruebas pedagógicas.

A finales de la semana séptima, se programó una entrevista de control para ver el efecto que habían tenido los cambios mencionados. Según muestran los registros, el problema no sólo no había mejorado, sino que había empeorado. La hermana dice que Mario ha perdido totalmente la motivación por los puntos. No ha podido salir a la calle, pero el niño asegura que le «da igual». Sólo ha tomado el jarabe dos veces y ha lavado los calzoncillos justo cuando se le iban a terminar los limpios. Aunque la frecuencia de encopresis es muy elevada (véase la figura 14.2), la hermana comenta que ha observado que la cantidad de material fecal ha disminuido.

© Ediciones Pirámide

En la entrevista con el niño, insiste en que quiere arreglarlo y promete a la terapeuta que seguirá sus instrucciones. Dice que lo único que quiere es tener un perro y que todo lo demás le da lo mismo, aunque afirma que va a cooperar con el tratamiento.

A la vista del empeoramiento, la terapeuta valoró la posibilidad de que existiera algún problema médico de cierta entidad, por lo que rogó al psiquiatra y también pediatra del centro (doctor Julián Alamán) que solicitase al especialista de digestivo la realización de un «enema opaco» o cualquier otra prueba pertinente que permitiera descartar la existencia de alguna alteración orgánica.

Entre tanto, se le indicó que continuara con las mismas instrucciones hasta que se hiciera la prueba, con la salvedad de que se pidió a la hermana que evaluara la cantidad de heces cada vez que el niño se ensuciara, empleando una escala de tres puntos (1: manchado; 2: un poco, y 3: bastante cantidad), a fin de comprobar si, en efecto, la cantidad había disminuido o no.

La siguiente entrevista tuvo lugar a finales de la decimotercera semana. Como se puede apreciar en la tabla 14.5 y en la figura 14.2, tanto la conducta de defecar en el inodoro como los episodios de encopresis habían vuelto prácticamente a los mismos niveles registrados en la línea de base, si bien el 68 por 100 de las veces el ensuciamiento se valoró con un 1 (manchado).

Mario no ha seguido las instrucciones y, según su hermana, ni siquiera se sienta en el váter. Su madre ha perdido la paciencia y ha vuelto a regañarle igual que al principio, lavándole la ropa de vez en cuando. En general, toda la situación familiar ha empeorado.

Traen el informe de la prueba (enema opaco) que ha sido efectuada a comienzos de la undécima semana. El informe dice textualmente: «imagen de gran dilatación de recto y sigma con insuficiencia de esfínter, ¿probable Hirschsprung? Es imposible rellenar colon con nuestras posibilidades. Se recomienda un antiséptico intestinal y un antiespasmódico».

Ante esta información, ese mismo día, el psiquiatra y la terapeuta llevan a cabo una discusión detallada del caso, procediendo a evaluar de nuevo todos los datos disponibles. El doctor Alamán descarta la enfermedad de Hirschsprung, debido al origen y evolución de la encopresis (secundaria), a la edad actual del niño y a la ausencia de otra sintomatología. Resumidamente, la enfermedad de Hirschsprung (véase nota 1) o megacolon aganglionico congénito se caracteriza por la ausencia de células ganglionares en un determinado segmento del colon. A consecuencia de esta anomalía, no se producen los reflejos defecatorios ni los movimientos peristálticos (propulsivos) en la zona afectada, lo que ocasiona retención fecal y dilatación del colon. En la mayoría de los pacientes la agangliosis involucra al recto, aunque algunos pueden tener afectado todo el colon y parte del intestino delgado (véase Bragado 2001). Lo normal es que esta enfermedad se diagnostique antes de los seis meses de edad, por lo que, en principio, es difícil confundirlo con una encopresis retetentiva, dado que ésta no se debe diagnosticar en niños menores de cuatro años. Su incidencia es poco elevada, afectando a uno de cada 5.000 nacimientos y es más frecuente entre los niños con síndrome de Down (Seth y Heyman, 1994). El problema suele resolverse mediante cirugía, pero un porcentaje muy elevado sufre incontinencia posquirúrgica.

En la misma línea de la hipótesis inicial sugerida por la terapeuta (véase el apartado de análisis funcional), ambos pensamos que se trata de un caso de «megacolon funcional», ocasionado por estreñimiento crónico que ha terminado provocando una pérdida del tono muscular del esfínter. Los dos creemos que el fracaso en la solución del problema se debe fundamentalmente a la falta de colaboración del niño. Precisamente, para tratar de mejorarla, nos parece conveniente llevar el caso en común, con la esperanza de que al incorporar a la terapia una figura masculina, con un rol profesional diferente, se produzca un cambio de actitud en el niño que le anime a participar de forma más activa en la solución del problema.

Para explicar nuestras intenciones, mantuvimos una entrevista conjunta con Mario y su hermana, en la que el doctor Alamán indicó al niño, amistosamente pero con firmeza, que íbamos a realizar el último intento y que, en caso de que no colaborara

© Ediciones Pirámide

con nosotros, nos veríamos obligados a abandonar el caso.

Semanas 14-18

Las nuevas indicaciones terapéuticas para este período fueron las siguientes:

1. *Sentarse en el váter* durante cinco minutos, después del desayuno y de la comida. En vista de que no se sentaba en el váter, se decidió prestar más atención a esta respuesta que a la de defecar en el inodoro, reforzándola positiva (alabanza) y negativamente.
2. *Reforzamiento negativo*. En caso de que no se sentara las dos veces indicadas, no podría salir a la calle ese día. Salir a la calle parecía un fuerte reforzador en ese momento, ya que estábamos en el mes de junio, hacía buen tiempo y el niño estaba deseando salir para montar en bicicleta. De este modo se pretendía incrementar la respuesta de sentarse en el váter por reforzamiento negativo, dado que la conducta de sentarse evitaría la aparición de un evento muy aversivo para él, permanecer encerrado en casa sin salir a la calle.
3. *Reforzamiento diferencial.* No hacer comentarios sobre el ensuciamiento, no lavarle los calzoncillos y alabarlo verbalmente si hacía caca en el váter. Se elimina el sistema de economía de fichas.
4. *Tomar una pastilla de Anafranil-25 mg* en el desayuno y otra en la merienda (1-0-1-0). Se decidió utilizar esta medicación por dos razones: en primer lugar, porque ya había demostrado tener efectos beneficiosos sobre la encopresis anteriormente (véase historia del problema) y, en segundo lugar, porque, merced a sus efectos anticolinérgicos, se ha indicado que la imipramina mejora el tono muscular del esfínter anal y relaja el peristaltismo intestinal.

Como muestran la tabla 14.5 y la figura 14.2, a partir de este momento se empezó a constatar una mejoría creciente. Durante estas cuatro semanas, los episodios de encopresis decrecieron a niveles muy por debajo de la línea de base (2 vs. 12) y de las etapas anteriores, al mismo tiempo que se observó un notable aumento de la respuesta de defecar en el váter, elevándose muy por encima de los valores basales, 12, 28 vs. 0 (tabla 14.5). Durante todo este período, el niño colaboró con las dos instrucciones básicas: sentarse en el váter y tomar la medicación (figura 14.2), y, lo que es más importante, comenzó a ir al baño por voluntad propia, sentándose en la taza del váter, no sólo cuando se le había indicado, sino también cuando sentía ganas de defecar. De ahí que, en ocasiones, la frecuencia de las deposiciones en el baño supere a la de sentarse (según instrucciones) (véase la figura 14.2).

En la entrevista que mantenemos con él a mediados de esta etapa (principio de la decimosexta semana), el niño está radiante; dice que lo ha conseguido por sí mismo, «porque se sienta en el váter todos los días», aunque a veces «tiene que apretar mucho» y siente molestias al defecar. Le sugerimos que, si las molestias persisten, vuelva a tomar el jarabe del principio (Duphalac). En la decimoquinta semana sufrió un episodio de diarrea durante cuatro días, por lo que, como puede apreciarse en la figura 14.2, manchó la ropa en más ocasiones, aunque la cantidad de heces fue valorada por su hermana con un 1 (50 por 100 de las veces) y un 2 (50 por 100 de las veces).

Semana 19-25

A lo largo de estas semanas se redujo la toma de medicación a la mitad, por lo que sólo debía de tomar una pastilla de Anafranil al día, a la hora del desayuno. Solamente hubo un episodio de encopresis en todo el período y las respuestas de sentarse y defecar en el váter se estabilizaron. Mario está muy contento con los resultados conseguidos.

Semana 26-27

En este momento se procedió a una retirada progresiva de la medicación (Anafranil), prescribiendo una pastilla en días alternos, un día sí y uno

© Ediciones Pirámide

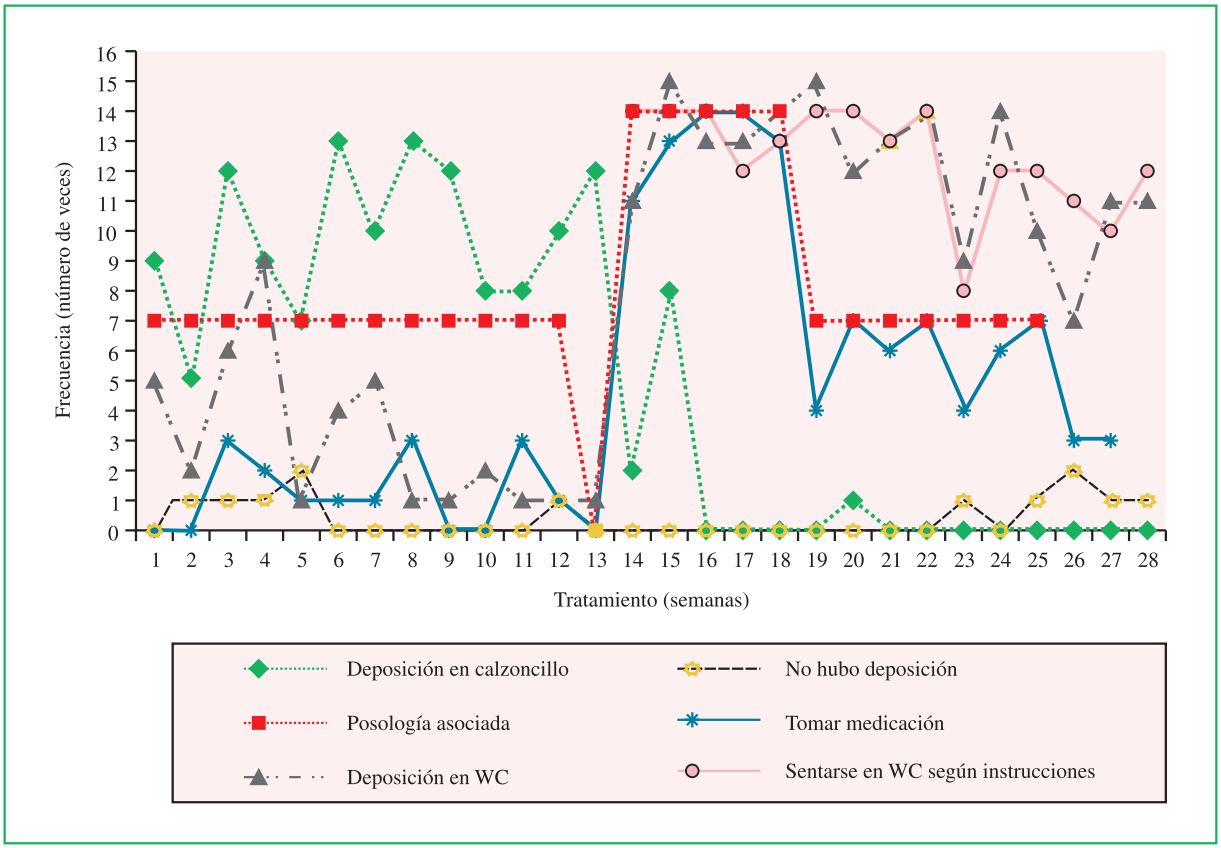


Figura 14.2.—Resultados.

no, durante los catorce días que integran esta etapa; transcurridos éstos, debía suspender la medicación definitivamente.

Los registros indican que los episodios de ensuciamiento han desaparecido (figura 14.2) y que se mantiene la respuesta correcta. Se aprecia también una reducción de la frecuencia defecatoria, aproximándose a los niveles más frecuentes en la mayoría de las personas.

2.8. Resultados

En la figura 14.2 se representan agrupados los resultados obtenidos en las veintisiete semanas de intervención terapéutica, cuya evolución se ha descrito detalladamente en el apartado anterior. En él, se pueden identificar con claridad las dos etapas a las que se hacía referencia en la descripción del tratamiento. La primera, marcada por una ausencia casi total de colaboración por parte del niño (semanas 1-13), y la segunda (semanas 14-27), caracterizada por lo contrario. Con el fin de resaltar la distinta actitud mantenida en ambos períodos, se han incluido en la figura los datos relativos al seguimiento de las indicaciones farmacológicas, ingesta del Duphalac (primera etapa) y del Anafranil (segunda etapa), diferenciando entre la prescripción recomendada y la ingesta real. Tal como muestra la figura, los episodios de encopresis se redujeron a cero en la semana 16, manteniéndose así hasta el final de la intervención (semana 28), con la exis-

© Ediciones Pirámide

tencia de un único accidente de ensuciamiento, acaecido en la semana 20.

Seguimiento

El seguimiento se llevó a cabo durante seis meses, en los cuales se indicó que únicamente debían seguir anotando los episodios de encopresis, dado que la hermana de Mario estaba ya cansada de las demandas de registro, tarea que había efectuado con un interés digno de mención durante todo el proceso.

Se efectuaron dos entrevistas de control, al mes y a los dos meses de concluido el tratamiento, en las que se constató que no había vuelto a haber ningún episodio de ensuciamiento, ya que el hábito de sentarse y defecar en el inodoro parecía haberse consolidado. Durante los cuatro meses siguientes, se efectuaron diversos controles telefónicos, confirmando que el problema estaba resuelto, por lo que la intervención terapéutica se dio por finalizada. A título meramente anecdótico, cabe mencionar que, con motivo de la publicación de este caso, la terapeuta se puso en contacto con la familia cinco años más tarde. La madre de Mario casi no recordaba la encopresis, pues nunca más había vuelto a manifestarse; informó que su hijo había abandonado los estudios en primero de secundaria, que en ese momento se encontraba trabajando, que era un muchacho perfectamente integrado y que la dinámica familiar había mejorado mucho.

2.9. Valoración final

El presente caso pone de manifiesto que la cooperación del niño en el proceso terapéutico es una pieza fundamental en la pronta resolución de los problemas infantiles. Parece evidente que si Mario hubiera colaborado desde el principio con la terapeuta la encopresis se hubiera corregido mucho antes, como prueba el hecho de que una vez que decide involucrarse activamente en el tratamiento, los episodios de ensuciamiento disminuyen drásticamente, llegando a desaparecer del todo en un breve espacio de tiempo, cuatro semanas. Resulta difícil de entender por qué no ocurrió así, dado que el trastorno que padecía le había generado serias dificultades en su vida cotidiana: cambio de colegio, discusiones familiares, problemas de interacción social, etc. Tal vez, si el niño hubiera sido más pequeño y no hubiera tenido una historia tan dilatada de fracasos previos hubiera sido más sencillo conseguir su colaboración.

Debido a las características del caso y a las dificultades anteriores, parece cuando menos aventurado atribuir el éxito únicamente a los procedimientos técnicos empleados, sin tomar en consideración la posible influencia de otros factores más sutiles. En efecto, resulta casi imposible determinar qué es lo que indujo a Mario a modificar su actitud para que, a partir de un determinado momento, comenzara a tomar en serio la terapia y a seguir correctamente las indicaciones terapéuticas: ¿fue el ultimátum al que hubo de enfrentarse en la decimotercera semana del tratamiento?, ¿sería, como nosotros hipotetizamos, la influencia de una figura masculina, revestida de mayor autoridad a los ojos del niño?, ¿tal vez la prueba radiológica a la que fue sometido (enema opaco) le resultó tan molesta, como él mismo explicó, que decidió cooperar por temor a tener que hacerse otras pruebas de esta naturaleza? o, ¿simplemente, decidió cooperar por las buenas? Pero, aún pasando por alto estos interrogantes y asumiendo que el éxito responde a la bondad de los componentes terapéuticos, habría que intentar aclarar el efecto concreto de cada uno de ellos en el resultado final. Por ejemplo, sería interesante conocer la contribución del reforzamiento negativo y positivo en el incremento de la respuesta de sentarse en el inodoro. Dada la trayectoria del caso, todo parece indicar que el primero resultó más eficaz que el segundo. Y digo esto, porque en el primer plan de tratamiento se pensó que reforzar positivamente la última respuesta (defecar en el váter) de la secuencia conductual que integra el acto de defecar en el lugar socialmente apropiado para ello (dirigirse al baño en los momentos prefijados, bajarse pantalones y calzoncillo, permanecer sentado en la taza y defecar) era suficiente para instaurar el encadenamiento de las respuestas involucradas. Sin embargo, no sucedió

© Ediciones Pirámide

así, tal vez porque el sistema de puntos (economía de fichas) no era el procedimiento más apropiado para conseguirlo (dada la edad del niño) y hubiera sido conveniente reforzar directamente la conducta de defecar, o porque habría sido mejor reforzar cada una de las respuestas por separado o, quizá, porque al combinar este método con el castigo (coste de respuesta) se produjo cierta interferencia entre ambos que provocó una disminución de la cantidad de reforzamiento recibido; recuérdese que durante las tres semanas que funcionó este procedimiento tan sólo consiguió tres puntos. Lo cierto es que da la impresión de que reforzar directamente los asientos en el inodoro resultó más eficaz que reforzar la respuesta de defecar en él, y que hacer contingente el hecho de sentarse con la eliminación de un suceso aversivo, permanecer en casa sin salir a la calle (reforzamiento negativo), fue más efectivo que el reforzamiento positivo (salir a la calle) por defecar en el lugar apropiado.

Esta hipótesis es consistente con los resultados obtenidos por Rolidier y Van Houten (1985) en uno de los pocos trabajos realizados para determinar la eficacia diferencial del reforzamiento negativo, el positivo y una estrategia combinada de reforzamiento positivo y castigo, similar a la empleada en este caso. Resumidamente, estos autores demostraron que el reforzamiento negativo, aplicado a la conducta de sentarse después del desayuno durante 20 minutos hasta conseguir defecar, con la que se evitaba tener que sentarse dos veces más a lo largo del día, durante 40 y 90 minutos, respectivamente, produjo más defecaciones en el inodoro y menos episodios de encopresis que las otras dos condiciones: reforzamiento positivo (con golosinas y cupones canjeables por una sorpresa) por tener la ropa interior limpia y el mismo tipo de reforzamiento más entrenamiento en limpieza, contingente al ensuciamiento.

Otra incógnita difícil de despejar es la contribución específica del Anafranil (imipramina) que se incorporó en el último paquete de tratamiento. Ciertamente, se podría creer que el Anafranil tuvo algún protagonismo en la corrección de la encopresis, dado que en la historia del problema había demostrado cierta efectividad para eliminar el ensuciamiento durante algún tiempo, aunque también es cierto que este logro no llegó a consolidarse, lo que lleva a pensar que empleado en solitario no es una buena alternativa terapéutica. De hecho, no es un fármaco habitualmente utilizado en el tratamiento médico de la encopresis, aunque sí suele emplearse en el de la enuresis. Debido a sus posibles efectos anticolinérgicos, la imipramina puede contribuir a la continencia al mejorar el tono del esfínter anal y disminuir el peristaltismo intestinal, lo que, en consecuencia, conllevaría también una reducción de la frecuencia defecatoria. Si esto es así, en el caso que nos ocupa, cabría esperar que el número total de deposiciones (contabilizando los episodios encopréticos y las defecaciones en el baño) fuera menor en la etapa en la que el niño tomó esta medicación que en la que no lo hizo. Sin embargo, y en contra de lo esperado, la frecuencia media de deposiciones totales fue muy similar en ambos períodos: 12,92 frente a 12,84, con y sin Anafranil (respectivamente), lo que pone en cuestión el posible efecto de este fármaco en la solución final.

Como se avanzaba al comienzo de este epígrafe, tal vez, la conclusión más clara de todas es que el cambio de actitud del niño resultó determinante para solucionar el problema, dado que si en la última fase hubiera seguido sin colaborar con las indicaciones terapéuticas no se estaría debatiendo sobre cuál de ellas contribuyó en mayor medida a la eliminación de la encopresis. Esta problemática sugiere que la motivación para el cambio es tan importante o más que las técnicas empleadas por los terapeutas, y que si el psicólogo infantil no puede involucrar al niño en el proceso tiene ante sí un reto difícil de afrontar con éxito. Precisamente, la historia de este caso describe con cierto detalle los continuos esfuerzos de la terapeuta por encontrar un procedimiento capaz de interesar al niño y de corregir la encopresis. Para ello, no duda en solicitar la ayuda de otros profesionales, reconsiderar sus hipótesis previas o modificar el tratamiento todas las veces que hizo falta.

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Preguntas de autocomprobación

1. V F La remisión espontánea de la encopresis es muy similar a la de la enuresis.
2. V F La encopresis retentiva y la no retentiva se diagnostican con una frecuencia similar entre los niños de 5 a 10 años.
3. V F El estreñimiento rectal crónico suele ocasionar megarrecto y anomalías defecatorias.
4. V F La encopresis retentiva se caracteriza por la presencia de segmentos aganglionicos en el colon que producen la retención de heces, dando lugar a incontinencia por rebosamiento.
5. V F El enema de bario es una prueba radiológica especialmente indicada para detectar la enfermedad de Hirschsprung.
6. V F Los laxantes osmóticos estimulan la motilidad intestinal e irritan la mucosa.
7. V F Un punto de consenso alcanzado entre todas las profesiones involucradas en el estudio de la encopresis es recomendar la necesidad de limpiar el colon y el recto cuando existe evidencia de retención fecal.
8. V F Los sistemas de clasificación, CIE-10 y DSM-IV-TR, difieren entre sí en el concepto de encopresis, y en la edad y frecuencia de los episodios de ensuciamiento con que debe ser diagnosticada.

2. Rasgos clínicos

1. La encopresis y la enuresis se encuadran en una categoría más amplia, denominada trastornos de eliminación. ¿Podrías describir cuáles son los rasgos clínicos que los diferencian?
2. La encopresis remite con la edad en una proporción muy elevada. En tu opinión, ¿qué implicaciones tiene este hecho a la hora de determinar la eficacia de los tratamientos?
3. Parece comprobado que la encopresis provoca un impacto psicológico mayor que la enuresis nocturna. ¿Podrías esbozar alguna explicación al respecto?
4. Existe cierta polémica acerca de si la enuresis y la encopresis son actos voluntarios o involuntarios. ¿Qué opinas tú? Explica tu respuesta razonadamente.

3. Evaluación y análisis funcional

1. Para obtener la información relevante al caso, la terapeuta emplea dos métodos de evaluación: entrevista y registros de conducta. ¿Piensas que son suficientes para entender el problema, planificar el tratamiento y valorar sus efectos?, ¿cuáles habrías utilizado tú en su lugar? Razona la respuesta.
2. La terapeuta parece convencida de que el niño no se da cuenta del deseo de defecar. ¿Estás de acuerdo con ella? Explica por qué.

4. Tratamiento

1. La colaboración del niño durante las primeras 13 semanas de tratamiento fue muy deficiente. ¿Se te ocurre alguna estrategia, distinta a la utilizada por la terapeuta, para mejorar su actitud y adherencia al tratamiento?
2. ¿Qué opinas del ultimátum planteado por la psicóloga y el psiquiatra de abandonar el caso si el niño no cooperaba? Analiza las posibles implicaciones éticas de esta estrategia. ¿Qué hubieras hecho tú en su lugar?
3. Teniendo en cuenta la hipótesis explicativa que se avanza en el análisis funcional del problema, ¿te parece apropiado el tratamiento inicial propuesto por la terapeuta? Justifica la respuesta e intenta un tratamiento alternativo.

© Ediciones Pirámide

Respuestas correctas a la actividad 1

1	2	3	4	5	6	7	8
F	**F**	**V**	**F**	**V**	**F**	**V**	**F**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC (edición española: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2002).

Bellman, M. (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*. Suplemento 170, 1-151.

Benninga, M. A., Büller, H. A., Heymans, H. S. A., Tytgat, G. N. J. y Taminiau, J. A. (1994). Is encopresis always the result of constipation? *Archives of Disease in Childhood, 71,* 186-193.

Bragado, C. (2001). *Encopresis*. Madrid: Pirámide (orig.: 1998).

Bragado, C. (2002). Trastornos de eliminación: enuresis y encopresis. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 303-333). Madrid: Pirámide.

Bragado, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la enuresis y encopresis. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 150-177). Madrid: Pirámide.

Brazzelli, M. y Griffiths, P. (2002). Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defaecation disorders in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 3. Oxford: Update Software.

Clayden, G. y Agnarsson, V. (1991). *Constipation in childhood*. Oxford: University Press.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist, 49,* 5-18.

Doleys, D. M. (1988). Encopresis. En M. Hersen y C. G. Last, *Child behavior therapy case book,* 359-371. New York: Plenum Press.

Kaplan, B. J. (1985). A clinical demonstration program of a psychobiological approach to childhood encopresis. *Journal of Child Care, 2,* 47-54.

Levine, M. D. (1975). Children with encopresis: A descriptive analysis. *Pediatrics, 56,* 412-416.

Levine, M. D. (1982). Encopresis: Its potentation, evaluation and alleviation. *Pediatric Clinics of North America, 29,* 315-329.

Levine, M. D. y Bakow, H. (1976). Children with encopresis: A study of treatment outcome. *Pediatrics, 58,* 845-852.

Loening-Baucke, V. (1993). Chronic constipation in children. *Gastroentorology, 105,* 1557-1564.

Loening-Baucke, V. (1996). Encopresis and soiling. *Pediatric Clinics of North America, 43,* 279-298.

Organización Mundial de la Salud (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Edición española, Madrid: Meditor (1992).

Organización Mundial de la Salud (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Edición española, Madrid: Meditor (1994).

Rolider, A. y Van Houten, R. V. (1985). Treatment of constipation-caused encopresis by negative reinforcement procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16,* 67-70.

Schaefer, E. Ch. (1979). *Childhood encopresis and enuresis. Causes and therapy*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.

© Ediciones Pirámide

Seth, R. y Heyman, M. (1994). Management of constipation and encopresis in infants and children. *Gastroentorology Clinics of North America, 23,* 621-636.

Valancogne, G. (con la colaboración del Dr. Louis) (1995). *Reeducación en coloproctología*. Barcelona: Masson.

Walker, C. E. (1978). Toilet training, enuresis, encopresis. En P. R. Magrab (ed.), *Psychological management of pediatric problems (V.I): Early life conditions and chronic diseases,* 129-189. Baltimore: University Park Press.

Weaver, L. T. y Steiner, H. (1984). The bowel habit of young children. *Archives of Disease in Childhood, 59,* 649-652.

Young, G. C. (1973). The treatment of childhood encopresis by conditioned gastro-ileal reflex training. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 499-503.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso de déficit de atención e hiperactividad

15

INMACULADA MORENO GARCÍA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene su inicio en la infancia y constituye un *«trastorno universal de inhibición, atención y autocontrol que se observa en todos los países y culturas»* (Barkley, 2005, p. 13). Aparte de las dimensiones y afectación grave que conllevan sus síntomas característicos y asociados, probablemente sea este carácter universal, más allá de limitaciones geográficas y/o culturales, uno de los factores que explican el interés despertado desde hace décadas por su estudio e investigación. Sin embargo, pese a la tradición investigadora existente en torno al TDAH, iniciada hace más de cien años cuando Still definió un síndrome infantil que entre otros síntomas se caracterizaba por sobreactividad, dificultades de concentración y de autocontrol, aún permanecen numerosas incógnitas respecto a su etiología, evolución y tratamiento eficaz.

El concepto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad ha evolucionado de acuerdo con las distintas investigaciones del momento sobre las causas o manifestaciones más relevantes y, consecuentemente, también ha cambiado el nombre empleado para referirse al mismo en distintos momentos o etapas históricas (Barkley, 1998). Desde la equiparación del concepto con daño cerebral, que dio lugar a la denominación de *disfunción cerebral mínima,* hasta la actualidad en la que, según este autor, los estudios genéticos, la neuroimagen, la diferenciación del TDAH en adultos y el planteamiento de modelos explicativos más complejos constituyen los elementos destacados, han transcurrido distintos períodos, observándose que la evolución conceptual ha destacado la sobreactividad motora característica y los déficits atencionales, planteamientos en torno a los que surgió la denominación de *trastorno por déficit de atención (con y sin hiperactividad),* así como la relevancia de los criterios diagnósticos.

Si bien el concepto de hiperactividad ha evolucionado, permanece prácticamente inalterable desde su formulación el consenso acerca de las características fundamentales, a saber, *dificultades atencionales,* reflejadas en los problemas observados en los niños afectados para lograr y mantener la atención, *impulsividad y excesiva actividad motora*. El diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV-TR) (APA, 2002) contempla cuatro subtipos según el predominio durante seis meses, bien de síntomas de desatención *(trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio de déficit de atención),* bien de hiperactividad-impulsividad *(trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo)* o de ambos tipos, atencionales e hiperactivos-impulsivos *(trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado)*. Si el niño presenta síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad, pero no cumple

© Ediciones Pirámide

los criterios anteriores, puede diagnosticarse como *trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado*.

La aparición de algunos comportamientos que, en principio, pudieran indicar la presencia del trastorno, no basta por sí solo para establecer el diagnóstico de TDAH. Para que el niño con estos problemas sea diagnosticado como hiperactivo es imprescindible que algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad se hayan observado antes de los siete años y se detecten en dos o más situaciones ambientales (escuela y casa). Con este criterio se exige, por tanto, cierta consistencia y estabilidad de los problemas, asegurándose que no aparezcan asociados a determinados ambientes que, de un modo u otro, puedan predisponer su aparición. Al mismo tiempo, se requieren criterios presenciales y temporales, o lo que es igual, el diagnóstico exige la presencia de seis o más síntomas de desatención, de hiperactividad-impulsividad al menos durante seis meses, insistiendo, de esta forma, en la necesidad de comprobar cierta persistencia temporal de las alteraciones. Se hace necesario, asimismo, que la presencia de las dificultades y problemas característicos no sea acorde con el nivel de desarrollo y, por tanto, diferencie a los niños afectados y aquellos que no padecen el trastorno hiperactivo que, en definitiva, ha provocado alteración significativa de la adaptación social y académica del paciente infantil. Se excluye, además, la presencia de otro trastorno mental.

Por otro lado, la importancia y gravedad del TDAH no se debe únicamente a sus manifestaciones conocidas, sino a su contribución para acentuar la vulnerabilidad del niño hacia otros problemas y dificultades, amén del impacto adverso que genera en la familia y los padres, provocando alteraciones y disturbios familiares y de pareja (Harpin, 2005). Aunque no es posible dibujar un perfil unitario que aglutine a todos los afectados debido a la heterogeneidad de las alteraciones que presentan, son comunes, sin embargo, además de las alteraciones características, problemas conductuales y escolares, dificultades cognitivas y sociales, alteraciones emocionales, problemas físicos y otros trastornos asociados, en especial, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje.

Se estima que, aproximadamente, entre el 3 y el 5 por 100 de los niños escolarizados (APA, 2002) son diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Si los datos se consideran atendiendo al género, no cabe duda de que afecta en mayor medida a los niños varones: su incidencia aproximada en comparación con las niñas es de 4:1 y 9:1, según se considere población general o población clínica. En los últimos años han aumentado notablemente las consultas psicológicas de padres preocupados por problemas de atención y dificultades académicas asociadas. Distintos estudios avalan esta tendencia, pues de los tres tipos del TDAH diferenciados en el DSM-IV-TR (APA, 2002), el subtipo con predominio de déficit de atención es el más incidente, con porcentajes de niños afectados que oscilan entre el 4,5 y el 9 por 100, siendo éste, además, el más prevalente en la adolescencia (Barkley, 2004). El tipo combinado afecta a un porcentaje aproximado entre 1,9 y 4,8 por 100, mientras que el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo, menos incidente, afecta a entre 1,7 y 3,9 por 100 de los escolares (Brown, 2003).

Se trata de un trastorno que prevalece a lo largo del curso vital, si bien sus manifestaciones cambian con la edad. Aunque los porcentajes de incidencia pueden variar según la fuente consultada, los criterios manejados y los instrumentos empleados, se estima que aproximadamente entre el 50 y el 80 por 100 de los niños diagnosticados con TDHA en edad escolar continúan presentando el trastorno en la adolescencia (Barkley, 2004). No obstante, el perfil de comportamiento que muestran estos niños cambia a lo largo del tiempo, de manera que los síntomas clínicamente puros de hiperactividad e impulsividad tienden a remitir, mientras que las deficiencias atencionales persisten a medida que progresa el curso evolutivo. En la adolescencia, se añaden, además, déficit en habilidades y estrategias para resolver problemas sociales.

Por otro lado, el origen, las posibles causas de la hiperactividad son objeto de investigación desde distintos frentes. Algunas de las hipótesis desarrolladas tienen que ver con el origen biológico, fun-

© Ediciones Pirámide

cionamiento cortical (sobreactivación o inhibición cortical), alteraciones anatómicas y bioquímicas junto con factores genéticos, que se prevén identificar en los próximos años gracias a los avances en genética molecular (Hudziak, 2003). No obstante, resulta difícil identificar una única causa o mecanismo explicativo de este trastorno, y en su lugar es prácticamente unánime el acuerdo en torno a la existencia de múltiples causas.

Así pues, el TDAH es un trastorno caracterizado por los siguientes aspectos: *a*) heterogeneidad conductual; *b*) variación sintomatológica; *c*) etiología multifactorial, y *d*) naturaleza crónica (Moreno y Servera, 2002). A estas características responde la evaluación del mismo, que se desarrolla desde una perspectiva multidisciplinar. Tiene en cuenta los datos proporcionados por pruebas de distinta naturaleza y especialistas de diferentes materias. Es habitual la realización de exámenes neurológicos y pediátricos, valoraciones de la conducta infantil en casa y en el colegio y estudios sobre factores psicológicos que pueden mediar en el rendimiento académico del niño. Específicamente, la evaluación atiende a las siguientes áreas destacadas: estado clínico del niño, nivel intelectual y rendimiento académico, factores biológicos, condiciones sociales y familiares e influencia del marco escolar (Moreno, 1995), y se apoya en tres pilares destacados: *a*) información proporcionada por terceras personas, adultos significativos (padres y profesores); *b*) informes del propio afectado, y *c*) observaciones que, sobre su conducta, realizan otras personas en el medio natural. Los procedimientos empleados para evaluar el TDAH, incluyen entrevistas clínicas, escalas de evaluación, tests y tareas de laboratorio y registros observacionales (Moreno y Servera, 2002). Entre las primeras destacan el *Informe parental de síntomas infantiles* (PACS) de Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg (1986) y la *Entrevista semiestructurada para el TDAH* desarrollada por Barkley (Barkley, Murphy y Baumeister, 1998). En cuanto a las *escalas de evaluación* se emplean instrumentos específicos y otros de contenido más amplio, para evaluar problemas comportamentales y trastornos asociados. Las *Escalas para padres y profesores* de Conners (1969), validadas con muestras españolas y adaptadas por Farré y Narbona (1989), y las *ADHD-IV Rating Scales* para padres y maestros de DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid (1998), elaboradas a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV, constituyen algunos de los instrumentos más empleados. La información precisa y específica obtenida con estos instrumentos se complementa con pruebas que cubren áreas problemáticas de interés, entre ellas, el *Inventario de conducta infantil de Achenbach* (Achenbach y Edelbrock, 1983).

La evaluación de la hiperactividad a través de la información proporcionada por el propio niño se basa en la aplicación de pruebas que detectan déficits perceptivos-cognitivos, de coordinación visomotora y de rendimiento intelectual (Fons y Amador, 2001). Se añaden los *Tests de ejecución continua (CPT).* También destacan las observaciones y registros conductuales cuando se trata de analizar los determinantes ambientales de los comportamientos hiperactivos; por ejemplo, en el ámbito escolar (Antrop, Buysse, Roeyers y Oost, 2005). Además se emplean tests neuropsicológicos y métodos mecánicos, de aplicación en contexto de laboratorio, cuyos resultados han de ser complementados con medidas e informes del rendimiento académico.

En relación al tratamiento, los avances en las dos últimas décadas parecen circunscribirse a los logros y efectos obtenidos por el tratamiento psicofarmacológico y las terapias psicológicas (conductuales-cognitivas). Tanto es así, que, en opinión de Barkley (2004), las alternativas terapéuticas que han demostrado ser eficaces en el control de los síntomas y ayudar a los niños y adolescentes hiperactivos y sus familias son: *a*) medicación; *b*) entrenamiento de padres en métodos de manejo de contingencias ambientales; *c*) entrenamiento de padres y niños/adolescentes afectados en habilidades de solución de problemas y comunicación; *d*) aplicación en el colegio de técnicas de manejo de contingencias, y *e*) combinación de intervenciones psicosociales y psicofarmacología.

Cuando se administra medicación los fármacos estimulantes son los más empleados, y entre ellos, aunque se prescribe también dextroanfetamina y pemolina, sobresale el metilfenidato. Aunque los

© Ediciones Pirámide

datos varían según la fuente consultada, se estima que entre el 70 y el 80 por 100 de los niños tratados responden favorablemente al tratamiento (DuPaul y Barkley, 1993), siendo ésta, en opinión de Nathan, Gorman y Salkind (2002), la terapia más eficaz. Los efectos de la medicación se aprecian a corto plazo, observándose que disminuye el nivel de actividad característico, la inquietud e impulsividad. Los niños se muestran más inhibidos y predispuestos a prestar atención, repercutiendo este logro favorablemente en el rendimiento escolar (Chaco et al., 2005). La administración de estimulantes conlleva limitaciones y efectos secundarios (disminución del apetito, insomnio, dolor de cabeza, alteraciones del estado de ánimo, dolor abdominal y tics nerviosos) que suelen desaparecer cuando disminuye la dosis inicialmente prescrita o se interrumpe el tratamiento. Sin embargo, una de las principales limitaciones tiene que ver con el mantenimiento de sus efectos terapéuticos a largo plazo, no queda claro que los beneficios persistan durante meses y/o años una vez interrumpida la medicación (Pelham y Gnagy, 1999). Cuando se ha comparado la eficacia diferencial de las opciones terapéuticas conocidas, como es el caso del estudio terapéutico multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (MTA) (The MTA Cooperative Group, 1999), los resultados muestran que el tratamiento farmacológico es superior, en cuanto a control de los síntomas característicos, al tratamiento conductual y a la opción que combina medicación y procedimientos conductuales-cognitivos.

En la actualidad constituyen elementos activos del tratamiento cognitivo-conductual los procedimientos operantes (reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etc.), los programas de entrenamiento a padres y las técnicas cognitivas (entrenamiento en autoinstrucciones y terapia de solución de problemas, fundamentalmente) que se aplican al niño afectado. Este tratamiento se lleva a cabo en el marco de programas multicomponentes integrados por distintas técnicas que se insertan en un régimen de tratamiento unitario. La propia naturaleza del trastorno, los resultados apenas concluyentes de los procedimientos conductuales y cognitivos cuando se han administrado por separado y las respuestas limitadas, observadas tan sólo en algunas áreas características del trastorno explican el auge adquirido por estos programas que, en general, se caracterizan por las siguientes cuestiones: *a)* contenido técnico heterogéneo; *b)* papel destacado de las técnicas cognitivas administradas al niño hiperactivo; *c)* extensión temporal del tratamiento, prologándose durante meses con etapas terapéuticas más o menos activas (Moreno y Servera, 2002).

Desde una perspectiva que insiste en asegurar la validez social y clínica de las intervenciones psicológicas más allá de la reducción específica de los síntomas característicos del TDAH, Pelham y Gnagy (1999) definieron el contenido y componentes de los tratamientos psicológicos efectivos en este campo. Se trata de: 1) *entrenamiento de padres*, 2) *intervención escolar* y 3) *intervención en el niño afectado.* Las actuaciones recomendadas en los tres casos comparten el enfoque conductual de referencia, la insistencia en prolongar la intervención psicológica (2-3 años), asegurar la consolidación de los logros obtenidos y prevenir recaídas. Por el contrario, difieren, además de en los destinatarios de las actuaciones psicológicas, en las conductas sobre las que ha de centrarse la intervención. Brevemente, la propuesta de Pelham y Gnagy (1999) indica, respecto al entrenamiento de padres que debiera desarrollarse en sesiones semanales en grupo, siendo el foco de la intervención el comportamiento y relaciones familiares. Es aconsejable prolongar durante años el contacto padres-terapeuta y restablecerlo cuando comienza la adolescencia. En la intervención escolar el objetivo ha de centrarse en las conductas disruptivas del niño en clase, rendimiento académico y relaciones entre iguales. Es imprescindible contar con la implicación y ejecución del profesor cuyo trabajo debe supervisarse semanalmente. Sobresale la importancia de mantener el contacto terapeuta-profesor durante años y restablecerlo en la adolescencia. La intervención centrada en el propio niño afectado ha de aunar las perspectivas conductual y evolutiva y centrarse en el aprendizaje académico, competencias sociales y conductuales, disminución de la agresión y desa-

© Ediciones Pirámide

rrollo de expectativas de autoeficacia. Se sugiere desarrollar tratamientos intensivos (9 h diarias, durante 8 semanas) a lo largo del curso escolar, e incluso una vez finalizado éste y prolongar la intervención.

Los tratamientos conductuales-cognitivos analizados globalmente mejoran la atención y rendimiento académico del niño tratado. Disminuye, asimismo, la actividad motora característica y se observa una mejoría significativa en la adaptación social, al tiempo que decrecen las interacciones sociales hostiles y aumenta la aceptación del niño por sus iguales, repercutiendo estos efectos en la reducción de los conflictos en casa y especialmente en el colegio (Abikoff y Klein, 1992). Entre los factores responsables de estos resultados se encuentran los siguientes: *a*) diseño terapéutico individualizado; *b*) aplicación intensiva, sistematizada y prolongada, y *c*) desarrollo de la terapia en ambientes estructurados, con padres y profesores motivados y previamente formados (Moreno, 2005). Los aspectos críticos de este tratamiento se centran en el limitado mantenimiento de sus efectos, unido al restringido alcance de los mismos, pues si bien proporcionan beneficios, éstos resultan insuficientes, en opinión de Nathan, Gorman y Salkind (2002), para mejorar prolongadamente la vida del niño y su familia en casa y en el colegio

Desde la perspectiva conductual, y teniendo en cuenta los hallazgos de las investigaciones mencionadas, se ha llevado a cabo el tratamiento que se describe en las páginas siguientes.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Manuel es un niño de siete años, escolarizado en segundo curso de Educación Primaria en un centro público de la provincia de Sevilla. Es el menor de tres hermanos de 13 y 10 años, respectivamente, que también mostraban comportamientos problemáticos. El hermano mayor fue objeto de tratamiento psicológico que interrumpió al poco tiempo de haber comenzado.

2.2. Motivo de consulta

La profesora, tutora de su curso, demanda ayuda explícitamente debido a los problemas y dificultades que observa en el niño durante las clases. Según sus informes destacan alteraciones del comportamiento y problemas de rendimiento académico. A juicio de la maestra, Manuel pierde fácilmente el control, «es explosivo» e irritable, tiene dificultades para controlar su comportamiento, tolera con dificultad los retrasos a sus demandas y exigencias. Suele mostrar agresividad física y verbal hacia sus compañeros y la profesora, a quien le reprocha no hacerle caso ni prestarle atención. Con los iguales son habituales las peleas físicas en situaciones de juego y los insultos.

En cuanto a los problemas y déficits académicos, se observa que el niño presenta dificultades para mantener la atención y persistir en la realización de las tareas escolares que han de realizar diariamente los alumnos. Manuel se cansa con frecuencia y abandona dejando los ejercicios sin finalizar. Asimismo, tiene dificultades para seguir la lectura y comete continuos errores de escritura e incluso cuando se trata de copiar textos. Se distrae fácilmente ante cualquier ruido, comentario o imprevisto que tenga lugar. En general, trabaja menos y de forma menos continuada que sus compañeros, siendo su rendimiento académico muy bajo. Su ritmo de aprendizaje es lento y requiere supervisión continuada por parte de la profesora, quien además le ayuda a persistir en la realización de los ejercicios proporcionándole explicaciones y aclaraciones individualizadas de las actividades y tareas escolares comunes. Sin embargo, el niño se muestra hostil ante cualquier sugerencia destinada a reorientar su trabajo y se opone a las correcciones que siempre ha de realizarle el profesor.

Los problemas conductuales y déficits atencionales detectados en el colegio también se observan en casa. Tiene dificultades para cumplir las normas que rigen la vida familiar y son continuas las disputas y conflictos con los hermanos. Los padres, para controlar su comportamiento, suelen recurrir a castigos desmesurados que habitualmente incumplen. Se quejan, asimismo, de la atención y dedicación

© Ediciones Pirámide

específica que el niño les exige cuando ha de hacer las tareas que propone la profesora para realizar en casa. Diariamente le ayudan y acompañan mientras trabaja, pues, en caso contrario, no efectúa las actividades escolares.

2.3. Historia del problema

Según los informes de los padres, Manuel ha sido siempre un niño inquieto, distraído y difícil de manejar. En casa están habituados a los problemas de desobediencia e indisciplina que, antes de Manuel, ya presentaba su hermano mayor. Por este motivo los padres no le concedían demasiada importancia y nunca, antes, se habían adoptado medidas específicas ni habían consultado a profesional alguno para resolver las dificultades escolares y controlar al niño. La profesora señala que siempre ha sido un niño conflictivo, tanto por su comportamiento impulsivo y agresivo como por los problemas académicos señalados, que también son reconocidos por la dirección del centro y los distintos profesores consultados.

2.4. Análisis topográfico y funcional

En este caso, dadas las características y forma de manifestación, así como la situación en la que se emite la conducta objeto de modificación (ejecución del paciente en tareas académicas que exigen atención sostenida), se seleccionó, teniendo en cuenta que esta conducta deja un resultado, un producto duradero de su emisión, el porcentaje de errores que cometía el individuo como parámetro para registrar dicha conducta y a partir del cual determinar la eficacia del tratamiento. Por otro lado, aunque las alteraciones del comportamiento no se trataron explícitamente, sí se consideró su incidencia (frecuencia) durante la intervención.

Los datos obtenidos pusieron de manifiesto que el ambiente familiar era caótico. Ante la ausencia de normas de disciplina, el niño hacía cuanto quería y cuando deseaba hacerlo sin que los padres pusieran límite a su conducta. Las alteraciones del comportamiento eran habituales en casa (el hermano mayor inició un tratamiento psicológico por esta causa), de manera que, probablemente, en su origen estos problemas se hubieran adquirido por un proceso de aprendizaje vicario del modelo proporcionado por su hermano mayor, encontrándose en la actualidad mantenido por reforzamiento tanto en casa como en el colegio. En este contexto las observaciones conductuales permitieron diferenciar que los comportamientos problemáticos de Manuel originaban frecuentes llamadas de atención de la profesora, y en ocasiones, risas de los compañeros. Otras veces, la maestra le castigaba, comprobando que durante el tiempo de castigo los comportamientos problemáticos permanecían controlados.

Sin embargo, las deficiencias atencionales, características de los niños hiperactivos, no parecían asociadas a circunstancias ambientales, si bien el rendimiento, ejecución y concentración del niño en las tareas escolares se veían afectados de forma adversa cuando anteriormente se habían producido episodios conflictivos entre el paciente y sus compañeros (especialmente después del recreo).

2.5. Repercusiones negativas

Las deficiencias y problemas atencionales influían de forma adversa en la ejecución escolar diaria del niño, que iba retrasado respecto a sus compañeros, y en consecuencia perjudicaban el rendimiento académico e interferían en su adaptación social. Manuel era rechazado por sus iguales, quienes le dejaban al margen de los juegos y actividades grupales como resultado de su comportamiento problemático. Eran habituales los enfados por su negativa a aceptar las normas del juego, circunstancias que originaban frecuentes disputas y conflictos. Las dificultades académicas evidentes unidas a los problemas de comportamiento que provocan castigos, riñas y reproches diarios, tanto por parte de sus padres como de la profesora, influían en la baja autoestima y pésimo concepto que tenía el niño de sí mismo. Cuando se indagó sobre el tema, Manuel se consideraba torpe al compararse con los niños de su mismo grupo, de ahí el inte-

© Ediciones Pirámide

rés por mejorar que manifestó cuando le explicamos los beneficios académicos y sociales que el tratamiento le supondría.

2.6. Selección de los instrumentos de evaluación

Los datos recogidos fueron proporcionados por tres fuentes independientes, madre, profesora y terapeuta, que observaron y registraron el comportamiento del niño en el medio natural. A la madre, tras la demanda terapéutica formulada por la profesora y teniendo conocimiento de los problemas que el niño presentaba en el colegio, se le aplicó la entrevista clínica diseñada por Barkley (Barkley, Murphy y Baumeister, 1998). En el curso de la misma se solicitó consentimiento para llevar a cabo la intervención con el niño. Se seleccionó este instrumento porque permite obtener amplia información sobre el motivo de consulta, historial médico, social y escolar, desarrollo infantil y composición, estructura e historial familiar. También indaga sobre los métodos de manejo y control que adoptan los padres en primera instancia para manejar los comportamientos disruptivos de su hijo, e incluye el listado de síntomas y criterios diagnósticos de los trastornos más comunes en la infancia, además del TDAH, adaptado del DSM-IV (APA, 2002). Se añaden cuestiones sobre el historial de evaluaciones y tratamientos (psicológicos y/o médicos) del niño previo a esta entrevista, información que estimamos relevante para diseñar la intervención posterior.

La profesora y el terapeuta, por su parte, cumplimentaron de forma independiente la escala para evaluar hiperactividad *ADHD-IV Rating Scales* para maestros de DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid (1998), y ambos observaron y registraron, por separado, el comportamiento del niño en clase empleando una hoja de registro elaborada al efecto. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto los déficits de atención que presentaba el paciente, confirmando que cumplía los criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio de déficit de atención y compartía síntomas del trastorno negativista desafiante, con frecuencia comórbido con el trastorno principal.

Por otro lado, la evaluación pretratamiento estuvo precedida por un período de tres semanas, durante el cual el terapeuta asistió a clase regularmente, con el fin de habituar a los niños a su presencia antes de obtener los datos conductuales requeridos para elaborar la línea base. La observación del comportamiento del niño reveló alteraciones conductuales, si bien los problemas de Manuel en clase se concentraban fundamentalmente en el área atencional, afectando gravemente el progreso escolar y rendimiento académico. Por este motivo la intervención se centró en estas dificultades, que se estimaron a partir de la ejecución del niño en actividades académicas que requerían atención sostenida. El procedimiento adoptado fue el siguiente: 1) la profesora y el terapeuta seleccionaron para su ejecución por parte del niño ejercicios y problemas escolares de distinta naturaleza y objetivo, pero de contenido similar a las tareas que habitualmente se proponían en clase y cuyo nivel de dificultad era acorde con las exigencias académicas propias del inicio del curso escolar, y 2) se seleccionaron dos alumnos como sujetos control, que realizaron los mismos ejercicios que Manuel y en idénticas condiciones. En ningún momento se les indicó la finalidad de las tareas escolares que se les proponían. La variable según la cual se efectuó dicha selección fue el nivel medio de rendimiento escolar de estos alumnos respecto al grupo total. Éstos fueron evaluados en las fases pre y postratamiento a fin de estimar los efectos del tratamiento mediante comparaciones intra e intersujetos.

Las tareas seleccionadas fueron agrupadas, según el objetivo de las mismas, en cuatro apartados, observando que todos incluyeran similar número de ejercicios, que finalmente osciló entre ocho y doce. Las actividades propuestas consistían en: *a*) comparar distintas figuras con un modelo de referencia que cambiaba en las diferentes tareas propuestas, indicando cuáles eran distintas y cuáles semejantes respecto al mismo; *b*) a partir de dos modelos similares presentados en cada actividad, el objetivo de la tarea consistía en identificar las diferencias entre ambos; *c*) identificación de figuras relaciona-

© Ediciones Pirámide

das a partir de tres variables: forma, color y tamaño, que compartían los modelos propuestos, y *d*) orientación y estructuración espacial tomando como referencia la ubicación de las figuras con respecto a un modelo que cambiaba de posición.

Así pues, los déficits atencionales se estimaron a partir de la ejecución del niño, adoptando como criterio el porcentaje de error cometido por éste en las distintas tareas evaluadas. Dado que la conducta seleccionada daba lugar a un resultado perdurable se empleó para su medición el registro de productos permanentes (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1988). Al mismo tiempo, el rendimiento del paciente se comparó con los resultados obtenidos por los niños seleccionados como sujetos control.

2.7. Aplicación de las técnicas de tratamiento

El programa terapéutico diseñado tenía como destinatario al niño con déficit atencional; sin embargo, dado que la intervención se llevaría a cabo en el colegio y en casa, se plantearon objetivos a alcanzar con los adultos implicados en el tratamiento. De este modo, en relación al paciente infantil, la intervención pretendía en términos generales mejorar sus recursos cognitivos como medio para mantener e incrementar la atención necesaria en las tareas académicas. Este fin general se concretó en los siguientes objetivos: *a*) disminuir el porcentaje de error registrado en los ejercicios y actividades escolares que requerían atención sostenida, y mejorar su ejecución hasta un nivel similar o superior al obtenido por los sujetos control en las condiciones evaluadas, y *b*) fomentar en el paciente el empleo de estrategias cognitivas de solución de problemas, a fin de aminorar el déficit atencional que le caracterizaba.

Respecto a los adultos participantes se planteó que el entrenamiento previo en métodos y tácticas conductuales permitiera, en el caso de los padres, mayor control ambiental del comportamiento del niño en casa y, en relación al profesor, dotarle de la formación imprescindible e idónea para facilitar el desarrollo de la terapia en el colegio.

Así pues, tras la evaluación pretratamiento se inició la aplicación del programa de intervención adaptado de Moreno (2001). Las modificaciones realizadas respecto a la propuesta original consistieron en: *a*) desarrollar el entrenamiento en principios conductuales para padres y profesora en la primera fase del programa, aunque en el formato original está destinada únicamente al entrenamiento del profesor, y *b*) modificar la secuencia de las etapas terapéuticas descritas inicialmente, pues en este trabajo la fase destinada a asegurar la motivación del niño se efectuó previa al entrenamiento cognitivo y no en la segunda etapa del programa, como ocurre en la propuesta inicial. Una vez introducidos estos cambios, la intervención, en el caso que nos ocupa, se desarrolló de acuerdo con el siguiente procedimiento (Lora y Moreno, 2001):

I. Entrenamiento conductual del profesor y de los padres

Esta fase se prolongó durante ocho sesiones. Cuatro previas a la intervención cognitiva y cuatro sesiones desarrolladas simultáneamente a la actuación terapéutica que se llevaba a cabo de forma individualizada con el paciente. Esta distribución pretendía preparar inicialmente a los adultos y supervisar su actuación al mismo tiempo que se aplicaba el entrenamiento cognitivo, atendiendo, paralelamente a los problemas y dificultades que encontraban en clase y en el hogar cuando trataban de llevar a cabo las indicaciones conductuales y ambientales recomendadas. El entrenamiento se llevó a cabo por separado, y en el caso de la profesora, se realizó en el aula en la que el niño estaba escolarizado. Los padres, por su parte, fueron entrenados en el centro escolar, pero en un aula distinta, también empleada para llevar a cabo el entrenamiento cognitivo. Se trataba, concretamente, del aula en la que se efectuaban las clases de apoyo para niños con necesidades educativas.

En ambos casos se empleó instrucción verbal, ensayo conductual, reforzamiento y asignación de tareas. El procedimiento adoptado fue el siguiente: el terapeuta les proporcionó instrucciones exhaustivas y detalladas acerca de las estrategias

© Ediciones Pirámide

conductuales más adecuadas para abordar los problemas que presentaba Manuel y de los principios y métodos de aprendizaje, seguidos de ejemplos de situaciones conflictivas en las que se veían implicados los adultos. A continuación se efectuaba ensayo del comportamiento idóneo que padres y profesora debían poner en práctica en situaciones similares, y posteriormente se procedía a la asignación de tareas para casa/colegio. Específicamente, respecto a la profesora, el entrenamiento consistió en instruirle sobre pautas de actuación idóneas con los niños en general, y con los alumnos que tienen déficit de atención en particular. Se hizo hincapié en los principios de aprendizaje que subyacen a los comportamientos alterados y en precisar los efectos que la conducta de los adultos puede generar en los alumnos. Asimismo, se ensayaron procedimientos encaminados a fomentar comportamientos adaptados y extinguir conductas anómalas.

En este caso el ambiente familiar se caracterizaba por ausencia de normas claras de disciplina y de pautas conductuales adecuadas, amén de cierta flexibilidad respecto a las funciones adoptadas por los distintos miembros de la familia y escasas habilidades limitadas de los progenitores para manejar el comportamiento disruptivo del niño en el contexto familiar. Por estos motivos, el entrenamiento a los padres se desarrolló en torno a tres elementos destacados: *a*) análisis de las interacciones padres-hijo. Al respecto se describieron y analizaron distintas situaciones problemáticas y se plantearon estrategias y alternativas de solución a los problemas y dificultades que presentaba el niño; *b*) entrenamiento específico centrado en discriminar las conductas problemáticas de su hijo, haciendo hincapié en los acontecimientos previos y consecuencias posteriores. Se enfatizó la necesidad de establecer reglas explícitas de funcionamiento, formuladas de forma positiva, clara y comprensibles para el niño, y *c*) también se les enseñó a reforzar comportamientos adaptados e ignorar conductas alteradas.

II. Control ambiental y planificación de tareas

A continuación se planificó el control ambiental y las tareas escolares que Manuel debía realizar. Se desarrollaron dos actuaciones destacadas que permanecieron vigentes durante el tiempo que se prolongó la intervención. Por un lado, modificar las circunstancias ambientales relacionadas con las conductas seleccionadas para tratamiento, y por otro, programar las tareas académicas previstas por la profesora, adaptadas según criterios de dificultad progresiva y secuencial, al tiempo que se proporcionó material acorde con las limitaciones señaladas. Cabe añadir, de acuerdo con DuPaul y Power (2003), que lo acertado de escolarizar a los niños con TDAH en aulas de educación general estará siempre en función de que el profesor lleve a cabo intervenciones y adaptaciones curriculares eficaces, pues el factor crítico en los resultados no corresponde tanto al aula (normal o de educación especial) como a las actuaciones que el profesor realiza en ésta, y a las adaptaciones efectuadas en procedimientos educativos y material escolar. La realización de las tareas escolares y la tasa de finalización de las mismas, por parte de estos niños, depende, entre otros factores, de la complejidad y dificultad de las actividades en las que han de trabajar, de la forma de presentación de las tareas e incluso del tipo de respuesta que requieren las mismas.

En este caso se pusieron en práctica las siguientes técnicas: control de estímulos, entrenamiento en discriminación, instigación verbal, ensayo conductual, reforzamiento y asignación de tareas adaptadas. El procedimiento adoptado fue el siguiente: se procedió a cierta reorganización ambiental efectuando cambios en la ubicación del niño en clase, que se sentó en un lugar próximo a la mesa del profesor y distante de los asientos de los alumnos más implicados en sus comportamientos problemáticos. Se pretendía neutralizar, por tanto, posibles respuestas de distracción que interfirieran en la atención sostenida, imprescindible para efectuar las tareas escolares. También se eliminaron materiales y objetos no relevantes para la realización de las tareas escolares propuestas. Por otro lado, se planificaron las tareas de lengua, matemáticas y conocimiento del medio que el niño debía realizar según un nivel de complejidad progresiva y a modo de secuencia. De esta manera, los ejercicios comenzaban por conceptos y operaciones ya

© Ediciones Pirámide

conocidas, una vez resueltos satisfactoriamente se proponían otros más complejos que, a su vez, daban paso a nuevas tareas progresivamente más difíciles. La ejecución de Manuel estuvo acompañada de ayuda por parte de la profesora, que subrayaba los elementos destacados de los ejercicios escolares y le proporcionaba instrucciones e instigación verbal encaminada a continuar y persistir en el trabajo. Cuando el paciente concluía alguna de las tareas y/o continuaba realizando otras actividades propuestas obtenía fichas y la profesora le administraba reforzamiento positivo a través de comentarios verbales que subrayaba su ejecución.

III. Administración de procedimientos de manejo de contingencias seleccionados

Con el objetivo de alterar las condiciones ambientales que contribuían a mantener los comportamientos disruptivos del niño en clase y disponer, asimismo, de manera favorable las condiciones que permitieran lograr los objetivos antes planteados, se puso en práctica en el aula un programa de economía de fichas en el que se implicaron a todos los alumnos, además del propio paciente. Este programa se llevó a la práctica de manera simultánea al desarrollo del entrenamiento cognitivo. Así pues, respecto al paciente el sistema de ganancias, pérdidas e intercambio de fichas estuvo en vigor tanto en clase como en las sesiones de entrenamiento individualizado. De este modo, Manuel obtenía fichas cuando progresaba académicamente y cuando lo hacía cognitivamente poniendo en práctica la estrategia de solución de problemas aprendida.

La implantación del programa al grupo de alumnos se basó en el reforzamiento de comportamientos que exigían atención sostenida y esfuerzo personal. En lo que se refiere al paciente, en clase obtenía fichas cuando finalizaba las tareas en el período de tiempo delimitado para hacerlas, seguía la lectura sin perderse y copiaba el texto de la pizarra sin cometer errores, no interrumpía la clase y cuando traía realizadas las tareas para casa del día anterior. Perdía fichas cuando no seguía la lectura colectiva, no finalizaba las tareas a tiempo e interrumpía la clase en más de dos ocasiones. Durante las sesiones de entrenamiento cognitivo ganaba fichas cuando prestaba atención y empleaba la estrategia de solución de problemas en los ejercicios correspondientes a cada sesión. También cuando coincidían su autoevaluación y la evaluación externa, así como cuando realizaba las tareas para casa encomendadas en la sesión anterior.

Por otro lado, las fichas obtenidas eran canjeadas mayormente por reforzadores de actividad, pues los privilegios seleccionados por el niño consistían en salir de la clase durante el horario escolar a beber agua, al servicio, hacer los recados (entre profesores) durante un día, borrar la pizarra a lo largo de una jornada, ocupar el primer puesto de la fila, etc. Las recompensas logradas durante las sesiones de entrenamiento podía canjearlas, a través de un vale firmado por el terapeuta, por fichas de clase, un libro de aventuras, sesión de cine con sus padres, ir con su padre al trabajo de éste, etc. En esta fase, pues, se empleó economía de fichas, coste de respuesta y reforzamiento diferencial.

IV. Promover la implicación y motivación del niño hacia el programa terapéutico

El objetivo general de esta etapa era incrementar la motivación del niño en el tratamiento, subrayando especialmente que las dificultades de aprendizaje y los problemas académicos frecuentes no se debían a incompetencia personal, sino al desconocimiento de habilidades y estrategias adecuadas que los individuos pueden aprender. Asimismo, se hizo hincapié en las ventajas que se derivan del control de la conducta y de la inhibición de comportamientos alterados. Se subrayaron los logros académicos, la repercusión favorable del cambio que se esperaba en sus relaciones con el grupo de amigos, compañeros y con su familia. Respecto a esta cuestión el niño se mostró especialmente sensible, preguntando expresamente «¿de verdad voy a mejorar?».

En las etapas previas constatamos que mostraba interés por la intervención debido, entre otras razones, a los métodos empleados, así como a la naturaleza, contenido y forma de presentación de las actividades que debía realizar, adaptadas a sus ha-

© Ediciones Pirámide

bilidades y posibilidades de ejecución. Además, la implantación del programa de economía de fichas en clase contribuyó a mantener el interés despertado por nuestro trabajo. Sin embargo, el inicio de las sesiones de entrenamiento en habilidades de solución de problemas reveló la necesidad de actuar explícitamente para garantizar la motivación de Manuel hacia el tratamiento. Este nuevo paso significó un cambio notable respecto a las actuaciones que se habían desarrollado hasta el momento, pues el entrenamiento cognitivo debía realizarse de forma individualizada en una sala ajena al aula habitual donde hasta entonces se habían puesto en práctica todas las iniciativas. La posibilidad de salir de la clase y ser él el único alumno en tal circunstancia le generaba ansiedad por cuanto ello le diferenciaba del resto de compañeros, que, por otro lado, verían cómo Manuel se ausentaba de clase durante el horario escolar.

Con el fin de asegurar la motivación del paciente se puso en práctica el siguiente procedimiento: en primer lugar se le proporcionó iinformación verbal de los fines, contenido del programa, desarrollo de las sesiones individuales (ejemplos de tareas en las que emplearíamos autoinstrucciones y solución de problemas), tiempo aproximado de duración, y sobre todo, consecuencias y efectos positivos que él podría apreciar a medida que avanzáramos en el tratamiento. Por otro lado, para atenuar la preocupación que mostraba en relación a la intervención cognitiva desarrollada fuera del aula, se diseñó una prueba de selección en la que participaron todos los compañeros con el propósito de elegir a un alumno para intervenir en un teatro infantil que se preparaba en aquellas fechas. De este modo, el niño resultó elegido y los demás alumnos encontraron justificada su ausencia del aula. Ello contribuyó a incrementar el interés y curiosidad de los niños por la intervención y, sobre todo, la motivación del paciente, fin último, como se ha mencionado, de este proceso.

V. Entrenamiento cognitivo

Esta fase tenía como objetivo lograr que el niño aprendiera una estrategia general de pensamiento y actuación basada en el uso del lenguaje para regular el comportamiento y desarrollada en base al enfoque de solución de problemas. Se pretendía que una vez interiorizada, esta estrategia le permitiera analizar y comportarse de manera eficaz y adaptada ante problemas escolares y situaciones interpersonales conflictivas en las que se establecían interacciones con el profesor, sus padres y compañeros. El contenido y estructura del entrenamiento cognitivo desarrollado constituye una adaptación del procedimiento diseñado por Kazdin (1995) para aplicar a niños entre 7 y 13 años, como es el caso que aquí se describe.

Se llevaron a cabo 18 sesiones de 50 minutos de duración, tiempo similar al invertido en una clase habitual, que se prolongaron durante cuatro meses y cuyo contenido se expone a continuación. Antes de describir el procedimiento seguido en esta etapa, indicar que cada una de las sesiones concluía con una evaluación final realizada de forma independientemente por el terapeuta y el propio niño, a través de la cual se valoraba la ejecución de Manuel en dicha sesión. A partir de la autoinstrucción (cómo lo hice hoy) el paciente estimaba su aprendizaje considerando tres valores relativos a sendos niveles de ejecución (regular, bien, muy bien). Posteriormente, transcurridas cuatro sesiones consecutivas en las que coincidieron ambas evaluaciones (autoevaluación y evaluación externa), se ampliaron hasta cinco las opciones de respuesta (mal, regular, bien, bastante bien y muy bien), con el objetivo de precisar más la ejecución del niño en cada sesión de tratamiento. Asimismo, tras la valoración que realizaba el propio paciente, el terapeuta indagaba acerca de las posibles explicaciones y razones que justificaban los resultados, al tiempo que exponía al niño los criterios que él había adoptado para valorar la ejecución de éste en la sesión correspondiente. Por último, antes de concluir, se programaban tareas para casa encaminadas a la práctica y generalización de las estrategias cognitivas ensayadas durante la sesión de intervención. Las tareas propuestas eran revisadas al comienzo de la sesión siguiente, analizándose al mismo tiempo la estrategia que el niño había empleado para su ejecución.

© Ediciones Pirámide

Sesión 1.ª La primera sesión se dedicó a explicar y describir al paciente el procedimiento de solución de problemas, la estrategia de autoevaluación diseñada y adaptar el sistema de economía de fichas que el niño ya conocía por su aplicación en clase. Antes de concluir se resolvían las dudas e interrogantes planteadas a propósito de la intervención.

Sesiones 2.ª-3.ª A partir de la segunda sesión comenzó el entrenamiento en solución de problemas. El terapeuta modelaba los pasos de la solución de problemas y animaba al niño a ensayarlos empleando guía externa manifiesta. Se empleó una pizarra en la que permanecieron escritas, durante el entrenamiento, las autoinstrucciones que acompañaban las distintas etapas de solución de problemas. En este momento, para entrenar y ensayar la estrategia cognitiva, se recurrió al juego *tres en raya*, ampliamente conocido por el paciente. En la tercera sesión se practicaron los cinco pasos de la solución de problemas adaptados a un juego hipotético cuyo objetivo era lograr un tesoro «Cómo conseguir el tesoro». Éstos quedaron formulados tal como sigue: *a*) tengo que alcanzar el tesoro; *b*) ¿cuál ha de ser el camino?; *c*) ¿cómo son los obstáculos que he de superar (tres puentes)?, ¿qué ocurrirá al intentar cruzar por cada uno de ellos?; *d*) ¿cuál es la mejor opción?, elegir y, finalmente, cruzar, y *e*) por último, ¿cómo lo he hecho?

Sesión 4.ª Esta sesión fue dedicada a consolidar el aprendizaje adquirido y a ensayar autoguía manifiesta como estrategia para alcanzar el tesoro. Inicialmente se revisaron las tareas encomendadas para casa, indagando explícitamente sobre la estrategia cognitiva que el niño había empleado en su ejecución. Específicamente se analizó la diferencia de actuación según se empleara o no autoinstrucciones. La sesión finalizó con la ejecución del juego *tres en raya*, empleando con tal fin autoguía manifiesta y adecuando la actuación a los pasos de solución de problemas ensayada en la sesión anterior.

Sesión 5.ª Si en las sesiones previas se ensayó la estrategia cognitiva en contexto de juegos, a partir de este momento, y con el fin de extender y generalizar las habilidades aprendidas a situaciones cotidianas, terapeuta y paciente determinaron distintas situaciones interpersonales conflictivas planteadas hipotéticamente, pero probables en el entorno escolar y familiar del niño. En este momento, la situación elegida fue la posibilidad de que un compañero colocara la pierna cuando Manuel cruzaba a su lado. Ante esta situación, y empleando autoguía atenuada, se ensayaron los pasos de solución de problemas ya aprendidos.

Sesiones 6.ª-7.ª A partir de dos situaciones problemáticas, una hipotética y otra real, a saber: discusión con un compañero debido a provocaciones previas referidas al paciente, por un lado, y polémica con su hermano mayor por el uso de un juguete común, se actúo de acuerdo al siguiente procedimiento: *a*) análisis y recordatorio en la pizarra de los pasos que comprende la estrategia de solución de problemas; *b*) *role-play* de soluciones propuestas, respecto a ambas situaciones, análisis y retroalimentación de posibles consecuencias asociadas; *c*) *role-play* con participación del terapeuta que proporcionaba diversas respuestas ante la situación y emisión de juicio del niño sobre las soluciones planteadas por el profesional, y *d*) elección de varias formas de actuación apropiadas en dicha situación y representación de las mismas, desempeñando el niño el papel protagonista.

Sesión 8.ª Estuvo dedicada a introducir cambios y modificaciones en las reglas que hasta entonces regían la pérdida, entrega e intercambio de fichas que el paciente lograba a medida que progresaba en el entrenamiento cognitivo que llevábamos a cabo. En concreto, aumentó el coste de respuesta y disminuyó el número de puntos que obtenía, aunque éstos adquirían más valor para intercambiar por premios o privilegios a conseguir en casa y en el colegio. Asimismo, como avance respecto a las sesiones posteriores, en esta sesión se analizó una situación problemática real en la que se vieron implicados el propio paciente, una compañera y el profesor. Respecto a dicha situación se ensayó la estrategia cognitiva de solución de problemas.

Sesiones 9.ª-10.ª En este momento de la intervención la estrategia cognitiva se aplicó a situaciones problemáticas habituales en la vida del niño con el propósito de generalizar el aprendizaje. Se

© Ediciones Pirámide

eligieron diversos episodios conflictivos vividos por el niño en clase y con su familia.

A partir de la sesión décima el entrenamiento cognitivo hubo de interrumpirse temporalmente, aunque se reanudó tras un período en el que se realizaron nuevas sesiones de entrenamiento conductual a los padres. Al tiempo que se llevaba a cabo el entrenamiento se obtenía información a través de la profesora y sus padres, respecto a la aplicación por parte del paciente de las habilidades aprendidas. Los datos e informes recabados mostraban seguimiento irregular del paciente respecto a las tareas encomendadas en casa y en el colegio. Los padres, por su parte, reconocieron cierta tolerancia e inconsistencia en la aplicación de los principios y métodos de modificación conductual aprendidos durante el entrenamiento que recibieron en sesiones anteriores. Estas circunstancias originaron los siguientes efectos sobre la intervención: 1) interrupción de las sesiones de entrenamiento cognitivo individualizado; 2) modificación del contenido de las sesiones posteriores, y 3) actualización de los contenidos aprendidos por los padres anteriormente y ensayo de las técnicas conocidas aplicándolas a situaciones familiares problemáticas en las que se veía implicado el niño.

Tras un período aproximado de mes y medio, se pudo constatar la evolución de las habilidades de los padres en casa y su repercusión favorable en el comportamiento del niño en el hogar. Fue entonces cuando se continuó con el programa de entrenamiento cognitivo ya iniciado.

Sesión 11.ª Reanudado el entrenamiento, la primera sesión se centró en los siguientes aspectos: *a*) explicar y argumentar al paciente la interrupción del entrenamiento; *b*) negociar y acordar entre ambos (niño/terapeuta) las condiciones del procedimiento que a partir de entonces volvía a reintroducirse; *c*) práctica de las autoinstrucciones aprendidas, a través de tres ensayos consecutivos del juego *tres en raya*, y *d*) aplicación de la estrategia de solución de problemas conocida por el niño a situaciones problemáticas, seleccionadas anteriormente por el paciente.

Sesiones 12.ª, 13.ª y 14.ª Estas sesiones estuvieron dedicadas a consolidar el entrenamiento recibido en estrategias cognitiva, empleando autoinstrucciones atenuadas. Con este propósito se seleccionaron tareas académicas que requerían atención sostenida y discriminación visual, así como interacciones sociales problemáticas que tenían lugar en el colegio y en casa, y en las que se implicaban, además del propio niño, a la profesora, compañeros y hermanos. En la sesión decimocuarta se modificó el procedimiento de autoevaluación seguido hasta entonces, tal como se ha expuesto en páginas anteriores.

Sesiones 15.ª, 16.ª, 17.ª y 18.ª El propósito de las últimas sesiones era facilitar la generalización de las estrategias cognitivas aprendidas aplicándolas en actividades y tareas de la vida cotidiana y empleando con este objetivo autoinstrucciones encubiertas. Específicamente el procedimiento desarrollado fue el siguiente. Se analizaron distintas tareas y situaciones, propuestas por el propio niño, quien, asimismo, planteaba posibles soluciones, recurriendo primero a autoinstrucciones atenuadas y después a autoinstrucciones encubiertas.

El entrenamiento cognitivo concluyó cuando se alcanzaron los siguientes criterios de éxito previamente definidos, a saber: *a*) resolución adecuada, mediante aplicación de las habilidades y estrategias cognitivas aprendidas, de las situaciones y tareas planteadas en las sesiones anteriores de generalización, y *b*) cuatro sesiones consecutivas en las que coincidieron la autoevaluación y evaluación externa. Asimismo, se consideraron los informes favorables sobre el comportamiento y rendimiento del niño emitidos por los padres y profesores.

VI. Mantenimiento y generalización

El programa de intervención diseñado finalizó con una fase dedicada específicamente a programar la consolidación de la mejoría observada en el comportamiento y rendimiento del niño. Con este objetivo se llevaron a cabo distintas sesiones con los padres y profesora, por separado, en las que se abordaron las siguientes cuestiones: *a*) importancia de mantener y prolongar la aplicación de las técnicas aprendidas para consolidar los logros que ellos habían observado en casa y en el colegio; *b*) iden-

© Ediciones Pirámide

tificación y análisis de distintas situaciones con riesgo de recaídas y propuesta de diferentes alternativas de solución, y *c*) planteamiento de dudas e interrogantes por parte de los adultos implicados, padres y profesora, acerca del alcance y persistencia de los logros alcanzados.

Evaluación postratamiento

Una vez concluida la intervención se procedió a evaluar el rendimiento del niño y su ejecución en actividades de naturaleza similar a las propuestas en la fase pretratamiento aunque de complejidad superior, haciéndonos eco, de este modo, del aprendizaje académico acumulado durante el período escolar que coincidió con la aplicación del tratamiento descrito anteriormente. Los ejercicios propuestos, que también fueron realizados por los sujetos control, no tratados, hacían referencia a la temática ya señalada.

2.8. Resultados

Se han analizado los efectos del tratamiento administrado a partir de los siguientes criterios: 1) cambios en la variable dependiente estudiada (ejecución del niño en tareas que requieren atención sostenida) estimados a partir del porcentaje de error observado en las actividades propuestas (comparación intrasujeto); 2) cambios en el rendimiento del paciente en comparación con la ejecución de los compañeros que han participado como sujetos control, considerando el porcentaje de error cometido por uno y otros en las fases pre y postratamiento (comparación intersujetos), y 3) mejoría en el comportamiento general del niño observado en el ambiente natural, estimada en función de los informes proporcionados por los adultos (padres, profesora y otros docentes no implicados directamente en la intervención) a través de entrevistas posteriores al fin de la terapia.

Respecto a la primera cuestión, añadir que la evaluación intrasujeto pre y postratamiento muestra que el rendimiento del paciente es mejor tras la aplicación del tratamiento (figura 15.1). Como podemos observar, la ejecución del niño mejora en tres de los cuatro bloques de actividades realizadas, apreciándose que no comete error alguno en las actividades que tienen como objetivo identificar figuras relacionadas mediante forma, color y tamaño, variables compartidas por los modelos propues-

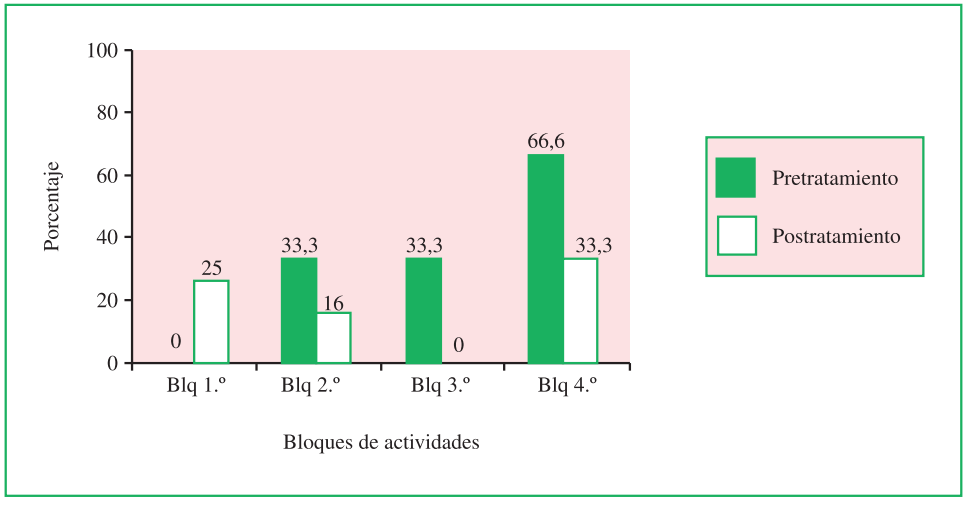


Figura 15.1.—Resultados de la ejecución del niño en términos de porcentaje de error (fases pre y postratamiento).

© Ediciones Pirámide

tos. En las tareas referidas a orientación espacial los datos muestran que el porcentaje de error observado respecto a la fase pretratamiento ha disminuido un 33,3 por 100, siendo menor la mejora observada ante las tareas que requerían hallar diferencias entre figuras (17,3 por 100).

No obstante, se aprecia retroceso en las actividades destinadas a identificar figuras iguales a un modelo propuesto de referencia; sin embargo, la comparación del rendimiento del paciente, en este bloque, respecto a la ejecución de los sujetos control, revela que los errores cometidos por el niño se encuentran por debajo de la media de los errores obtenidos por los sujetos no tratados (37,5 por 100), siendo idéntico a los resultados obtenidos por el segundo niño evaluado como control (figura 15.3).

El efecto de la intervención queda de manifiesto al constatar la mejoría en la ejecución del niño en tareas que requieren identificación de figuras a partir de tres variables compartidas, por un lado, y en las actividades referidas a orientación/estructuración espacial, por otro. También cuando se compara el rendimiento del paciente en estas tareas respecto a la ejecución de los sujetos control, en las cuales el promedio de errores alcanzados por éstos ha aumentado un 25 por 100 en la evaluación postratamiento respecto a la fase pretratamiento, resultados que, por otra parte, avalan la progresión observada en el niño tratado.

La comparación intersujetos, considerando los datos globales obtenidos en la totalidad de las tareas realizadas, muestra, en la fase previa al tratamiento (figura 15.2), un porcentaje de error superior al 30 por 100 en la ejecución del paciente respecto al rendimiento de ambos sujetos control. Sin embargo, tras el tratamiento, los resultados obtenidos revelan que estas diferencias invierten la tendencia inicial, pues en la fase postratamiento, el paciente obtiene un promedio de error en las actividades realizadas de 18,6 por 100, por debajo del resultado medio obtenido por los sujetos control (44,8 por 100). Destaca, de forma notable, la ejecución del niño en el tercer bloque de actividades, en el que realizó correctamente todas las tareas propuestas, a diferencia de lo ocurrido con los sujetos control, cuyo porcentaje de error, fue, en este caso, similar (66,6 por 100) (figura 15.3).

Respecto al impacto del tratamiento en el comportamiento general del niño, añadir que los informes favorables de los adultos señalaban una mejoría general, especialmente en el ámbito de la impulsi-

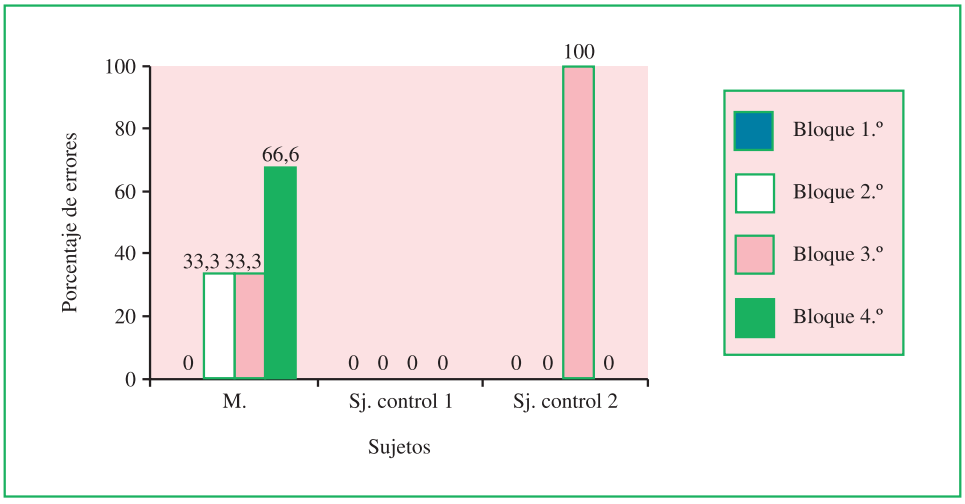
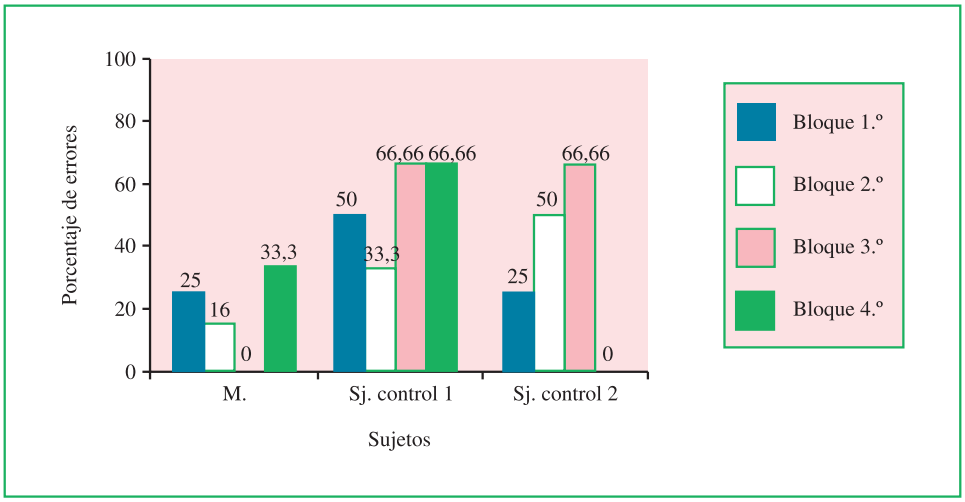


Figura 15.2.—Resultados de la ejecución del niño y los sujetos control en términos de porcentajes de error (fase pretratamiento).

© Ediciones Pirámide



Notas:
Bloque 1: Identificar figuras iguales a un modelo de referencia.
Bloque 2: Hallar diferencias entre figuras.
Bloque 3: Identificar figuras relacionadas mediante tres variables, que comparten los modelos propuestos.
Bloque 4: Orientación y estructuración espacial tomando como referencia un modelo de posición variable.

Figura 15.3.—Resultados de la ejecución del niño y los sujetos control en términos de porcentajes de error (fase postratamiento).

vidad e intolerancia que caracterizaba su comportamiento, efectos probablemente asociados al entrenamiento cognitivo desarrollado. La profesora destacaba un control más eficaz de su conducta en situaciones que anteriormente desencadenaban discusiones e irritabilidad, apreciándose, asimismo, menos signos de oposición respecto a las indicaciones de los profesores y mayor aceptación de las normas escolares y de las consecuencias que seguían a sus conductas. Aspecto este último altamente valorado por aquellos docentes que, si bien no intervinieron directamente en la intervención, eran conocedores del comportamiento disruptivo y problemático del niño en el colegio. Los padres, por su parte, hacían hincapié en la mejora de las relaciones con su hijo, observaban más tolerancia, aumento de las posibilidades de aproximar criterios y puntos de vista, y de negociar sobre cuestiones tan relevantes como horario de trabajo en casa y las actividades de ocio.

Transcurridos seis y catorce meses tras haber concluido la intervención se realizó el seguimiento de los resultados obtenidos. A los seis meses los beneficios terapéuticos se habían consolidado, así lo indicaban los datos relativos a la ejecución del niño ante tareas y actividades académicas que requerían atención sostenida, similares a las propuestas durante la intervención. Esta mejoría afectaba favorablemente al rendimiento académico general del niño, aunque se apreciaban dificultades en el ámbito de comprensión lectora. Por último, en el segundo período de seguimiento evaluado no se habían registrado retrocesos destacados respecto al rendimiento en las tareas evaluadas, si bien persistían las dificultades antes observadas en el ámbito de la lectura.

Aunque la evaluación de los efectos terapéuticos se ha centrado en el rendimiento del paciente en actividades y tareas atencionales implicadas en el rendimiento escolar, los efectos de la intervención se han apreciado en el comportamiento antes problemático y directamente observable que manifestaba el niño en casa y en el colegio. Estos cambios detectados de igual manera por la profesora,

© Ediciones Pirámide

implicada activamente en la terapia, y por otros profesores que, aunque también impartían clase al niño, no habían participado en la intervención, revelaban que la repercusión de la terapia se extendía más allá de los ámbitos estrictamente evaluados. No obstante, respecto a la intervención escolar varias cuestiones resultan de interés en este caso. Ha quedado de manifiesto el papel relevante desempeñado por la maestra, que ha llevado a la práctica el contenido del entrenamiento recibido previamente y se ha encargado de insertar el tratamiento en la vida escolar del niño. Sin embargo, la participación limitada de los profesores, ceñida únicamente a la intervención de la tutora, así como la aplicación de la economía de fichas, restringida por la razón anterior, al período escolar asignado a sólo tres materias escolares (lengua, matemáticas y conocimiento del medio) de las siete cursadas por el niño, ha limitado las posibilidades de generalización de los beneficios terapéuticos obtenidos.

Respecto a la participación e implicación de los padres, ha quedado probado que el entrenamiento individualizado, personalizado en cuanto a las características y demandas explícitas del caso, seguido de controles periódicos de su actuación, contribuyó a incrementar sus resultados. Además de la información detallada del trastorno identificado y del procedimiento terapéutico diseñado al efecto que proporcionamos en su momento a los padres, el trabajo específico desarrollado mediante ensayos conductuales y modelado para modificar las interacciones conflictivas con su hijo, unido al control de su actuación respecto al comportamiento del niño, han contribuido a incrementar su motivación y adherirse a las indicaciones terapéuticas recomendadas, circunstancias que repercutieron favorablemente en el comportamiento del paciente.

Para finalizar, añadir que los cambios observados en la ejecución del niño y en su conducta se vieron influidos por las incidencias ambientales que cursaron durante el desarrollo de la intervención. El progreso del paciente en el período dedicado a entrenamiento cognitivo ha fluctuado según las circunstancias familiares. Si bien en las primeras sesiones el niño mostró interés por la aplicación de las estrategias cognitivas en la resolución de juegos conocidos, su evolución favorable se vio influida negativamente por acontecimientos que alteraron la estabilidad y dinámica familiar. A raíz de un accidente de tráfico sufrido por los padres se detectaron dificultades para seguir los pasos terapéuticos programados y avanzar al ritmo esperado en la consecución de las habilidades cognitivas, circunstancia que contribuyó a interrumpir la intervención y modificar la planificación previa. En cualquier caso, ha quedado de manifiesto que el tratamiento de la hiperactividad supone una actuación coordinada por parte de distintas personas, cuyo interés, motivación y nivel de implicación afectan sensiblemente al desarrollo y efectos del tratamiento. Asimismo, a juzgar por los datos que hemos obtenido, ha quedado de manifiesto la efectividad del entrenamiento cognitivo inserto en un programa terapéutico que integra además procedimientos operantes. Ahora bien, el impacto potencial de las intervenciones cognitivas parece estar mediatizado por las características del entorno familiar y escolar en el que el niño se desenvuelve.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Preguntas de autocomprobación

1. V F En este caso se ha empleado registro de frecuencias para medir la conducta problema, objeto de modificación.

2. V F La evaluación de los efectos del tratamiento se ha efectuado únicamente a partir de la comparación intrasujeto, analizando los cambios observados en la conducta problema en la fase postratamiento respecto a la línea base.

© Ediciones Pirámide

3. V F Se ha desarrollado un sistema de economía de fichas aplicado exclusivamente en clase para mejorar las conductas relacionadas con el progreso académico del niño.
4. V F El entrenamiento en solución de problemas constituye uno de los componentes terapéuticos integrado en el régimen de tratamiento unitario administrado.
5. V F La mejoría registrada tras el tratamiento se ha observado en todas las actividades evaluadas.
6. V F Los alumnos que han participado como sujetos control tenían conocimiento de los objetivos de la intervención.
7. V F El entrenamiento en solución de problemas se ha desarrollado siempre en base a juegos y situaciones hipotéticas conflictivas.
8. V F La intervención escolar ha incluido, además de control ambiental, planificación y adaptación de las actividades y material escolar proporcionado al niño.
9. V F El entrenamiento conductual de los padres se ha desarrollado íntegramente antes de la aplicación de procedimientos conductuales y cognitivos al propio niño.
10. V F La intervención ha contado, en el ámbito escolar, con la implicación activa de la tutora y de otros profesores que también han participado en el tratamiento.

Respuestas correctas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F	**F**	**F**	**V**	**F**	**F**	**F**	**V**	**V**	**F**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abikoff, H. y Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 881-892.

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington. University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (2002*). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson (ed. orig. 2000).

Antrop, I., Buysse, A., Roeyers, H. y Oost, P. (2005). Activity in children with ADHD during waiting situations in the classroom: A pilot study. *British Journal of Educational Psychology, 75* (1), 51-69.

Barkley, R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment* (2.ª ed.), New York: Guilford.

Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós (ed. orig. 1995).

Barkley, R. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice, 10* (1), 39-56.

Barkley, R. (2005). Prólogo. En I. Moreno, *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.

Barkley, R., Murphy, K. R. y Baumeister, J. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico* (2.ª ed.). New York: Guilford.

Brown, T. E. (2003). *Trastornos por deficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos.* Barcelona: Masson (ed. orig. 2002).

Chacko, A., Pelham, W., Gnagy, E., Greiner, A., Vallano, G., Bukstein, O. y Rancurello, M. (2005). Stimultant

© Ediciones Pirámide

medication effects in a summer treatment program among young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44* (3), 249-257.

Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug study with children. *American Journal of Psychiatry, 126,* 682-684.

DuPaul, G. J. y Barkley, R. (1993). Behavioral contributions to pharmacotherapy: The utility of behavioral methodology in medication treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behavior Therapy, 24,* 47-65.

DuPaul, G. J. y Power, T. J. (2003). Intervenciones educativas para alumnos con trastornos por déficit de atención. En T. E. Brown (ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos.* Barcelona: Masson (ed. orig. 2002).

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (1998). *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. New York: Guilford.

Farré, A. y Narbona, J. (1989). Índice de hiperkinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediátrica Española, 7,* 103-109.

Fons, M. y Amador, J. A. (2001). Julián: Un niño hiperactivo. En C. Maganto, J. A. Amador y R. González (coords.), *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia.* Madrid: TEA.

Harpin, V. A. (2005). «The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life». *Archives of Disease in Childhood, 90* (Supplement I): i2-i7.

Hudziak, J. J. (2003). Genética del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En T. E. Brown (ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos.* Barcelona: Masson.

Lora, M. J. A. y Moreno, I. (2001). Intervención multimodal en un caso de hiperactividad infantil. Contenido, resultados y dificultades del tratamiento. *Clínica y Salud, 12* (3), 405-427.

Moreno, I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Moreno, I. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: Un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada, 54,* 81-93.

Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.

Moreno, I. y Servera, M. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil.* Madrid: Pirámide.

Nathan, E. P., Gorman, M. J. y Salkind, J. N. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan.* Madrid: Alianza (ed. orig. 1999).

Pelhman, W. E. y Gnagy, E. M. (1999). Psychological and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5,* 225-236.

Sulzer-Azaroff, B. y Roy, M. G. (1998). *Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y adolescentes.* México: Trillas (ed. orig. 1983).

Taylor, E. A., Schachar, R., Thorley, G. y Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity. I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 149,* 760-777.

The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomised clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56* (12), 1073-1086.

© Ediciones Pirámide

Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia

16

MARÍA XESÚS FROJÁN PARGA
ANA CALERO ELVIRA
MONTSERRAT MONTAÑO FIDALGO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Los comportamientos disruptivos constituyen un problema que aparece con alta frecuencia en la infancia y pueden resultar muy perturbadores si no se manejan adecuadamente. De hecho, si analizamos el tipo de demandas recibidas en la clínica infantil encontramos que un alto porcentaje de peticiones de ayuda psicológica están relacionadas con este problema. Concretamente, en un reciente estudio publicado por Valero y Ruiz (2003), se encuentra que un 66,1 por 100 de los casos infantiles que acudieron a un servicio público de salud mental se pueden encuadrar en diagnósticos del grupo de los trastornos del comportamiento y de las emociones (F90-98 del CIE-10).

Con respecto al diagnóstico de los comportamientos disruptivos en la infancia el DSM-IV, en su texto revisado (APA, 2000), propone la etiqueta *Trastorno negativista desafiante* (F91.3). La característica esencial de este trastorno es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de al menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de las figuras de autoridad, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo. Una vez realizada la obligada referencia a la etiqueta diagnóstica y, sin menoscabo de las principales aportaciones de estos sistemas de clasificación, a saber, la facilitación de la comunicación interprofesional y el resumen de las conductas problema a las que se hace referencia, no debemos olvidar que estas clasificaciones son meramente descriptivas, es decir, están basadas en la topografía de los problemas y no en sus relaciones funcionales. En modificación de conducta estas clasificaciones carecen de utilidad clínica, puesto que no proporcionan información alguna sobre la etiología de los problemas comportamentales, ni sobre el establecimiento de los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento a seguir en cada caso, funciones derivadas necesariamente del análisis funcional, que supone analizar el comportamiento problemático en términos de sus antecedentes y sus consecuentes y, por tanto, indica las variables que se han de manejar para provocar el cambio en la dirección deseada (Froján y Santacreu, 1999). En el caso concreto de los problemas en la infancia, para conseguir una correcta comprensión y abordaje de los mismos, resulta fundamental, como se explicará más adelante, recabar información sobre la interacción del niño con las personas de su entorno, información apenas contemplada en los DSM (Fernández y Luciano, 1997).

© Ediciones Pirámide

Pasemos, pues, a profundizar en algunos aspectos importantes para una adecuada comprensión de lo que denominamos comportamientos disruptivos en la infancia, comenzando por algunos datos en relación a su prevalencia y curso, los modelos de génesis y mantenimiento en términos de interacción y aprendizaje y, por último, los tratamientos de elección en estos casos.

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se informa de tasas de prevalencia del *trastorno negativista desafiante* situadas entre el 2 y el 16 por 100, siendo más frecuente en niños que en niñas antes de la pubertad, aunque las cifras tienden a igualarse más tarde. Con respecto al curso del problema, estos comportamientos suelen ponerse de manifiesto antes de los 8 años, su inicio es típicamente gradual y suele mantenerse a lo largo de meses o años, durante los cuales el número de comportamientos negativistas tiende a incrementarse. Conviene recordar que desde el enfoque conductual la diferencia entre lo normal y lo anormal es cuantitativa más que cualitativa y que, en el caso de niños y jóvenes, la dificultad para discernir los límites entre la normalidad y la anormalidad aumenta, dado que en estos casos el curso del desarrollo es un criterio más a tener en cuenta. Por esta razón, es necesario que el modificador de conducta infantil tenga un amplio conocimiento de la psicología del desarrollo para el ejercicio de su labor profesional (Llabrés, Servera y Moreno, 2002; Macià, 2002). Es más, para valorar un comportamiento como patológico no podemos obviar el contexto social y cultural en el que tiene lugar (Froján y Santacreu, 1999). Por tanto, la aparición de conductas disruptivas durante la infancia no es en sí misma patológica, y el punto de corte entre normal-anormal parece establecerse en función de la frecuencia de estas conductas, la gravedad de las mismas, el número de conductas desadaptadas que un niño exhibe, la diversidad de contextos en los que aparecen y su desaparición o no de forma espontánea a lo largo del desarrollo (McMahon y Forehand, 1988).

¿Cómo se puede explicar que un niño llegue a desarrollar este tipo de conductas problemáticas y éstas se mantengan en el tiempo? El comportamiento de los niños, al igual que el de los adultos, tiene lugar en función de determinadas leyes generales del comportamiento, cuyo conocimiento nos permite explicarlo, predecirlo y controlarlo. Más allá de ciertos factores de tipo genético o biológico que pueden dar cuenta de algunas diferencias en la conducta de los bebés en los primeros meses de vida, lo cierto es que a lo largo de su desarrollo el niño aprende a comportarse, esto es, en algunos casos aprende a comportarse de forma adecuada y en otros aprende a hacerlo de forma inadecuada (Larroy y De la Puente, 1995). Debemos entender, pues, las respuestas, problemáticas o no, como interacción con las condiciones antecedentes y consecuentes y, particularmente en el caso de los niños, debemos entender que las figuras de autoridad y, en especial, los padres, son *modelos y proveedores de instrucciones* y, desde luego, son *dispensadores de consecuencias sociales contingentes* a las respuestas del niño (Luciano, 1997). Desde esta perspectiva, para comprender por qué se mantienen los comportamientos disruptivos, tenemos que conocer la función que éstos desempeñan en el conjunto de interacciones de los niños con sus padres y otros adultos del medio. En primer lugar, debemos enfatizar el papel del refuerzo negativo en el mantenimiento y en la escalada de conductas coercitivas e inadecuadas por parte de padres e hijos, es decir, un miembro de la familia ve reforzada su conducta cuando a partir de ella se deriva la eliminación de la estimulación aversiva que otro miembro de la familia estaba utilizando. Esto es lo que se conoce como *hipótesis de la coerción* (Patterson, 1982). Por otra parte, también el refuerzo positivo influye en el mantenimiento de estas conductas. Los padres y otros adultos prestan atención a las conductas disruptivas de los niños, lo cual actúa como un potente reforzador positivo, al tiempo que ignoran sus comportamientos adecuados. Como resultado encontramos que las conductas inadecuadas ocurren con más probabilidad que las adecuadas, puesto que a partir de ellas los niños obtienen más refuerzo (Larroy y De la Puente, 1995). En muchos casos las conductas disruptivas se producen únicamente en el contexto familiar, y en otros casos, sin embargo, también se extienden al contexto escolar y social más amplio. Y más aún, el psicólogo en

© Ediciones Pirámide

ocasiones encuentra que distintas personas del medio no coinciden al informar sobre el tipo de comportamiento problemático que muestra el niño. Esto no se explica porque alguno de los informantes esté equivocado, más bien todos pueden describir objetivamente una conducta, puesto que el niño aprende que en unos contextos y con unos adultos las normas son unas y obtiene determinadas consecuencias por su comportamiento, y en otros contextos las normas y consecuencias son otras (Luciano, 1997).

A tenor de lo expuesto se deriva que, si los comportamientos problemáticos de los niños se pueden explicar teniendo en cuenta las consecuencias que producen, para tratar de cambiar estos comportamientos tendremos que modificar tales consecuencias, utilizando principalmente *técnicas de manejo de contingencias.* Dadas las características particulares de la clínica infantil, en la que la queja es propuesta principalmente por los padres y no por la persona que presenta el comportamiento problema, así como la importancia que tiene la interacción con el medio familiar en la explicación de las conductas disruptivas, el papel de los padres a lo largo del tratamiento será fundamental, al tiempo que el grado de participación activa del niño en el proceso terapéutico estará en función de la edad del mismo y del tipo de problema presentado. En primer lugar, los padres y, en su caso, otros adultos del medio o el propio profesional, actuarán como observadores de la conducta del niño en su medio natural, lo cual proporcionará una información necesaria para la definición precisa del comportamiento a modificar. Posteriormente, el comportamiento de los adultos será objeto de intervención, con la finalidad de que la modificación de su conducta provoque un cambio comportamental en el niño en la dirección deseada. En este sentido, los estudios realizados por la *American Psychological Association* señalan los programas de entrenamiento para padres como un tratamiento eficaz, bien establecido, en casos de niños con conductas oposicionistas (Chambless et al., 1996, 1998).

En el presente capítulo se describe el proceso terapéutico llevado a cabo en el caso de un niño con conductas disruptivas, utilizando como base el *sistema de economía de fichas* (Ayllon y Azrin, 1968), un sistema de reforzamiento basado en reforzadores secundarios generalizados (fichas), dirigido a aumentar la probabilidad de ocurrencia de respuestas de baja frecuencia. También en este caso se recurrió a la realización de *contratos conductuales,* que consisten en llegar a un compromiso escrito de correspondencia entre comportamientos y consecuencias, en el que estén de acuerdo las personas que desean que una conducta cambie y las personas cuya conducta se quiere cambiar (Méndez, Olivares y Beléndez, 1998).

2. CASO CLÍNICO

En las páginas siguientes vamos a presentar el caso de Alberto, un niño de 13 años para quien su padre solicitó ayuda psicológica por un problema de conductas disruptivas. La intervención real que se llevó a cabo con Alberto y su familia discurrió a lo largo de catorce sesiones, cuatro de las cuales se dedicaron a la evaluación del problema, dos a la explicación y discusión del análisis funcional, y las ocho últimas al tratamiento propiamente dicho. El procedimiento terapéutico empleado se desarrolló con base en la técnica de *economía de fichas* (Ayllon y Azrin, 1968), si bien se realizaron variaciones importantes de la misma para adecuarlo a las características particulares del niño y su familia. La exposición del caso se llevará a cabo siguiendo el orden en el que se desarrolló realmente, de modo que los lectores podrán conocer y comprender cuál fue el procedimiento de evaluación empleado en este caso concreto, la información que se obtuvo a partir de él, el análisis funcional que se derivó del mismo y el proceso de toma de decisiones acerca del tratamiento y su modo de aplicación que se puso en marcha hasta la resolución del problema.

2.1. Evaluación

Alberto tiene 13 años cuando viene a consulta por primera vez acompañado de su padre, Luis, y

© Ediciones Pirámide

la mujer de éste, Julia. En un primer momento pedimos a Alberto que espere fuera para entrevistarnos a solas con la pareja. En esta primera entrevista, Luis nos explica que se separó de la madre de su hijo cuando éste contaba con cinco años de edad, logrando la custodia del niño cuatro años más tarde alegando que la madre tenía problemas con el alcohol y las drogas y no podía hacerse cargo de su hijo. Desde ese momento, Alberto tuvo que trasladarse a una nueva ciudad para vivir con su padre, la actual esposa de éste y el hijo de ambos que nació hace aproximadamente dos años. La situación económica familiar es muy buena, siendo bastante el tiempo que pasan ambos miembros de la pareja trabajando fuera de casa. Alberto, por su parte, estudia en un colegio bilingüe de gran prestigio.

Luis y Julia se quejan de que Alberto es un chico malo, agresivo y sin ningún tipo de autocontrol. Cuentan que han recibido informes negativos del colegio señalando que Alberto no se centra en las tareas, lleva los deberes sin hacer y se distrae con frecuencia en clase. Respecto a la conducta del niño en casa, se quejan de que es incapaz de acabar lo que empieza, sólo piensa en jugar, no ordena su habitación, deja la ropa sucia tirada por la casa en lugar de meterla en la lavadora como le piden, no recoge la loza del desayuno y no hace los deberes. Consideran que el comportamiento de Alberto ha ido empeorando progresivamente y cuentan dos episodios recientes claves en su decisión de acudir a terapia: un día llevó a su hermano de paseo y lo abandonó en la puerta de una sala de juegos mientras él entraba a divertirse; por otra parte, han recibido llamadas de atención del vecindario porque Alberto se sube al tejado de la vivienda familiar y tira piedras desde allí a la gente que pasa por la calle.

Luis afirma que su hijo no siempre ha sido así, sino que todas esas conductas empezaron a darse tras haber estado viviendo solo con su madre. Señala que ha probado a ignorarlo, castigarlo, incluso pegarle en repetidas ocasiones, pero sin éxito. Cree, al igual que Julia, que Alberto es «indomable», que ha heredado ese mal comportamiento de su madre y que la única solución posible al problema de su hijo es llevarlo a un internado donde haya una férrea disciplina que le haga cambiar. Señalan que a Alberto lo que le gustaría realmente es volver a vivir con su madre**,** pero piensan que no sería bueno para él y dudan de que ella esté dispuesta a hacerse cargo de nuevo del chico.

Luis está convencido de que todos esos comportamientos disruptivos de su hijo «salen de dentro» y que si Alberto no se porta bien es «porque es malo» y su nivel de inteligencia es muy bajo. Reconoce que está «muy quemado» y que el menor comportamiento molesto de Alberto le hace reaccionar con furia y descontrol. Cuando el niño inicia alguna conducta positiva, en cambio, ni él ni Julia hacen nada en consecuencia, puesto que consideran que «es su obligación portarse bien y no es necesario decirle nada cuando lo hace».

A lo largo de toda la entrevista, Luis se muestra muy exigente tanto con lo que demanda de su hijo como respecto a nosotros, queriendo saber en todo momento cuál va a ser el papel del psicólogo a lo largo del proceso terapéutico, incluso pide permiso para grabar algunas sesiones de modo que pueda escuchar el contenido de las mismas con calma en su casa para poder plantear las dudas que le surjan en sesiones posteriores. Aclaramos cuál será el trabajo del terapeuta en todo el proceso clínico y explicamos que, independientemente de la influencia que haya podido tener sobre Alberto el tiempo que estuvo viviendo solo con su madre, es posible modificar su conducta actual. Aunque esta postura es acogida en un principio con escepticismo por Luis y Julia, irá siendo aceptada por éstos a medida que avanza la terapia.

En las sucesivas sesiones que tienen lugar hasta el momento de la explicación del análisis funcional (quinta sesión), se va entrevistando a Alberto y a los demás miembros de la familia, al mismo tiempo que se realizan diversas tareas de evaluación que describiremos en las páginas siguientes. En el primer encuentro con Alberto se nos muestra un niño muy tranquilo, callado, educado y colaborador que contesta a todas nuestras preguntas dando pie a un proceso de evaluación muy cómodo. La entrevista discurre tanto a solas como en presencia de su padre y de Julia, lo que nos permite observar la pauta de interacción del niño con ambos miembros de la

© Ediciones Pirámide

familia. En este sentido, apreciamos a un Alberto más relajado y abierto en presencia de la esposa de Luis que ante éste, si bien ambos critican insistentemente el mal comportamiento del niño ante él. Alberto, por su parte, se queja de que su padre es muy exigente con él, no lo escucha y lo castiga sin darle la oportunidad de explicarle por qué se comporta como lo hace. Aclara que no abandonó a su hermano, al que adora, en la entrada de la sala de juegos, sino que lo dejó un segundo en la puerta para mirar dentro del local pero asegurándose en todo momento de que el niño se encontraba bien. Niega también que se dedique a tirar piedras a sus vecinos con la intención de hacerles daño, señalando que se trata de un juego entre amigos en el que utilizan pequeñas piedras para comunicarse de una casa a otra.

Respecto al colegio, Alberto reconoce que no le gusta en absoluto porque es «muy militar» y lo único que preocupa a los profesores es que los niños trabajen y saquen las mejores notas. Se queja de que no les permiten interrumpir las clases para plantear dudas porque eso rompería el ritmo de las explicaciones, lo que hace que a veces se pierda en clase y deje de atender, aburrido.

Alberto admira y quiere a su padre, pero no entiende por qué en ocasiones se enfada tanto con él ni por qué se niega a dejarle hacer las cosas que más desea, como ser *boy scout.* Le gustaría que su padre y Julia pasasen más tiempo con él jugando y leyéndole cuentos. También querría saber organizarse mejor porque a veces no encuentra tiempo para hacer todo lo que le piden que haga y eso le hace sentirse mal. Le gustaría volver a vivir con su madre, pero está dispuesto a aceptar cualquier decisión que tome su padre al respecto. Cree que su madre estaría encantada de volver a tenerle en casa, aunque hace mucho que no habla con ella. Le gustaría visitarla en las vacaciones de verano para saber qué piensa acerca de volver a vivir juntos como antes.

Para completar el proceso de evaluación, pedimos a Luis y Julia que registrasen por separado aquellas situaciones en las que el niño se portase mal (entendiendo por mal comportamiento tanto la emisión de una conducta disruptiva como la no emisión de una conducta deseada) teniendo en cuenta la conducta molesta del niño, los momentos en los que se da, las actuaciones de ambos ante dicho comportamiento (consecuencias de la conducta desadaptativa) y la reacción de Alberto ante la respuesta de los adultos. También se pidió la colaboración de los profesores**,** que llevaron a cabo un registro de la conducta del niño cada hora indicando si éste se portaba bien, mal o regular en clase.

Por otro lado, ante la insistencia del padre de Alberto en explicar parte de los problemas de conducta de su hijo apelando al bajo nivel intelectual del chico, se decidió utilizar la *Escala de inteligencia de Wechsler para niños* (WISC-R) (Wechsler, 2001), con el fin de obtener un indicador del desarrollo intelectual de Alberto. Por último, utilizamos una prueba conductual para evaluar la capacidad de demora del refuerzo del niño (Cervantes y Vásquez, 1991), ya que tanto Luis como Julia se quejaban de que era incapaz de acabar las tareas que empezaba, interrumpiéndolas continuamente con cualquier pretexto. La prueba consistió en pedirle al niño que copiara parte de un texto de escaso interés para él (ensayo sobre física) en un tiempo determinado (15 minutos) y ante un estímulo apetitivo muy potente (patatas fritas de su marca favorita). Las instrucciones proporcionadas a Alberto señalaban que se iba a evaluar la cantidad de texto que era capaz de copiar en un tiempo concreto, si bien podía detenerse las veces que considerara necesarias para descansar (se destacaba que esto interferiría en su ejecución). Le explicamos, asimismo, que las patatas fritas que se le proporcionaban eran en su totalidad para él pudiendo comerlas antes, durante o después de la realización de la tarea.

Los datos proporcionados por los registros destacan por la ausencia de comportamientos disruptivos emitidos por Alberto. Es cierto que, en ocasiones, el niño empieza algunas actividades que abandona antes de haberlas finalizado, pero no muestra la conducta agresiva y desobediente comentada en la entrevista por Luis y Julia (tablas 16.1 y 16.2). En cuanto a las consecuencias que siguen al comportamiento de Alberto, se observa que cuando

© Ediciones Pirámide

TABLA 16.1

Modelo de registro de conductas disruptivas (Luis)

	Hora	¿Qué hace Alberto?	¿Qué hago yo?	¿Qué hace Julia?	Reacción de Alberto	Gravedad (0-10)
Lunes						
Martes	21:30	Se va a su habitación dejando sus cosas esparcidas por el salón.	Me enfado y lo empujo hasta la mesa para que recoja.	Se enfada y le dice que si piensa que lo van a recoger por él.	Se disculpa, dice que no se dio cuenta.	4
Miércoles						
Jueves	20:15	Está tirado en el sofá sin hacer nada.	Le digo que se levante inmediatamente y que se ponga a hacer las tareas del colegio (le digo que es un vago).		Me dice que ya ha terminado y que estaba esperándome para ver si podía salir.	2
Viernes	21:00	Llega tarde a casa cuando vamos a salir a cenar.	Le doy una bofetada y le digo que si no sabe que nos tenemos que ir.	Se enfada. Le dice que por su culpa siempre llegamos tarde.	Llorar.	8
Sábado	10:30	Se va de la cocina sin recoger el desayuno.	Le grito diciéndole que tiene que recoger la mesa.		Vuelve y lo recoge.	4
Domingo						

el niño hace algo molesto o no hace algo bien, se le grita, castiga e incluso se le pega, pero nunca se señala una conducta alternativa adecuada que sustituya a aquella que se pretende eliminar. Resulta relevante destacar la alta concordancia entre los registros de Luis y los realizados por Julia, puesto que dicha congruencia proporciona importantes garantías sobre la fiabilidad de la información recogida. Tampoco en el colegio aparece un patrón claro de conducta negativa; de hecho, en ninguna ocasión los profesores valoran como «malo» el comportamiento de Alberto, registrándolo siempre como «bueno» o «regular», ya que es cierto que en ocasiones se distrae y no sigue las explicaciones de los docentes (figura 16.1).

Respecto al WISC-R (Wechsler, 2001), el cociente intelectual total de Alberto fue de 97, lo que correspondería a un nivel medio de inteligencia. Atendiendo al aspecto verbal, el CI hallado fue de 98, es decir, un nivel medio-bajo fácilmente explicable por el bilingüismo en el que Alberto había sido educado y en el que el castellano no era la lengua predominante. Por su parte, el CI manipulativo resultó de 108, esto es, un nivel medio para

© Ediciones Pirámide

TABLA 16.2

Modelo de registro de conductas disruptivas (Julia)

	Hora	¿Qué hace Alberto?	¿Qué hago yo?	¿Qué hace Luis?	Reacción de Alberto	Gravedad (0-10)
Lunes						
Martes	21:30	Deja todo el salón desordenado.	Me enfado mucho porque estoy cansada.	Lo lleva a empujones hasta la mesa.	Pide perdón.	5
Miércoles						
Jueves						
Viernes	21:00	Nos hace esperar casi una hora para salir.	Me enfado mucho, por su culpa siempre llegamos tarde.	Le da un bofetón.	Se pone a llorar.	7
Sábado	10:30	Se va sin recoger el desayuno.	Le pido que lo recoja, sabe que es su tarea.	Le dice gritando que ya sabe lo que tiene que hacer.	Lo recoge inmediatamente.	4
Domingo						

Semana: _____

M: Mal comportamiento R: Comportamiento regular B: Buen comportamiento

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	M / R / B	M / R / B	M / R / B	M / R / B	M / R / B
9:00-9:55	B	B	B	R	B
10:00-10:55	B	B	B	B	B
11:20-12:15	R	B	R	R	B
12:10-13:05	B	R	B	B	B
14:15-15:05	B	B	B	R	B
15:00-15:55	B	B	R	B	B
16:00-16:55	R	R	B	B	R

Figura 16.1.—Modelo de registro del comportamiento en la escuela.

© Ediciones Pirámide

su edad, alcanzándose en algunas de las pruebas niveles ligeramente superiores.

Por último, y en cuanto a la prueba conductual para la evaluación de la demora del refuerzo, se observó que el niño fue capaz de mantenerse los quince minutos que duró la prueba sin interrumpirla en ninguna ocasión para comer o realizar cualquier otra actividad distinta a aquella que había sido solicitada (copia del texto).

2.2. Análisis funcional

Una vez obtenidos todos estos datos, consideramos que teníamos información suficiente para plantear un análisis funcional (véase la figura 16.2) que permitiera explicar el comportamiento actual de Alberto y la inoperancia de los procedimientos, mayoritariamente coercitivos, utilizados por su padre para conseguir un cambio en su conducta.

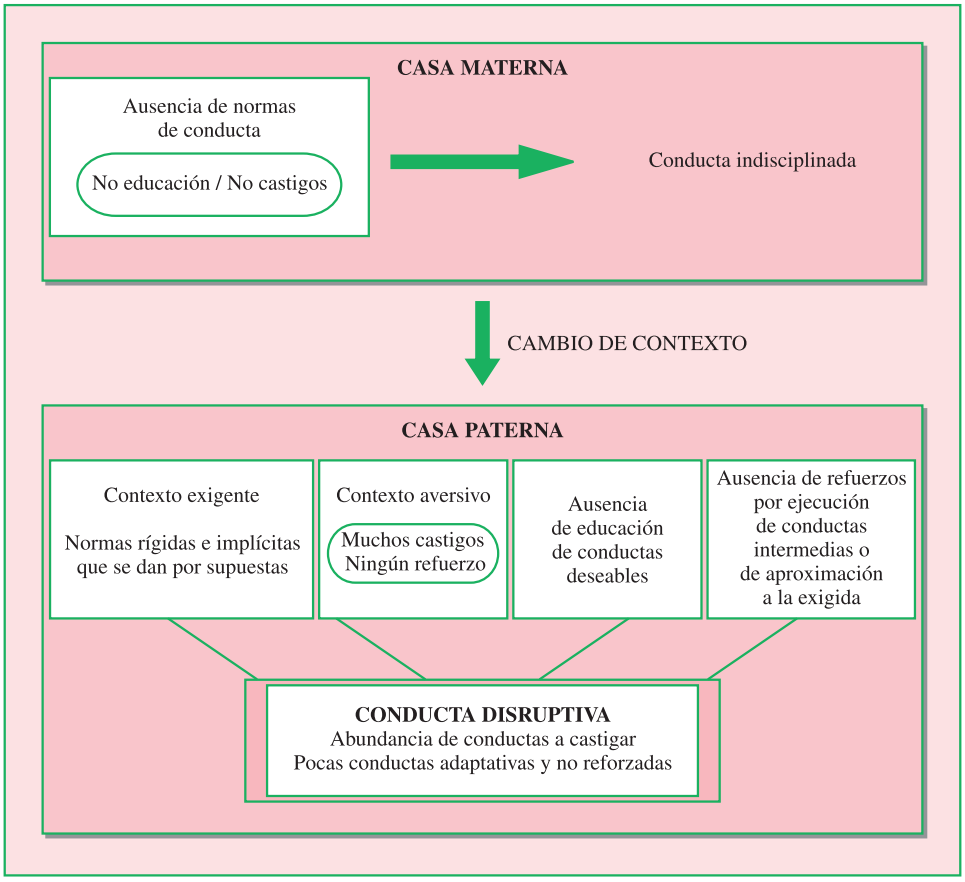


Figura 16.2.—Análisis funcional.

Se puede decir que el problema de Alberto se inicia con el tipo de educación proporcionado por su madre en un contexto de escaso control y ausencia de normas, que impidió el desarrollo de un repertorio conductual adecuado que hubiera permitido al chico adaptarse al entorno de control y exigencia máximos impuesto por Luis y Julia. En este nuevo contexto familiar, se le especifica a Al-

© Ediciones Pirámide

berto la conducta-meta que debe alcanzar pero no los pasos intermedios que ha de dar para llegar a ella, pasos que, por otra parte, no son reforzados de modo que se posibilite el aprendizaje de las conductas positivas que se pretenden instaurar. Por otro lado, las únicas consecuencias que recibe Alberto por su conducta son aversivas, castigándose los comportamientos indeseados pero sin señalar ni reforzar conductas alternativas positivas que sustituyan a aquellas que se pretenden eliminar. El hecho de que no haya habido un cambio conductual por parte de Alberto como consecuencia de la conducta punitiva de su padre, ha provocado en éste un sentimiento de frustración al no obtener el refuerzo deseado. Esto ha hecho que Luis se haya visto inmerso en un proceso de sensibilización en el que comportamientos cada vez menos graves de Alberto elicitan en él respuestas emocionales de ira y enfado de intensidad creciente. Luis recurre al castigo físico y a los gritos cada vez con mayor frecuencia, creando así un contexto muy aversivo para Alberto, que sabe lo que está mal pero no lo que ha de hacer para que se considere que se está portando bien. Al mismo tiempo, cada vez se valora menos la conducta positiva que se desea que el chico emita haciendo menos probable su ocurrencia. En definitiva, actualmente la ausencia de estímulos discriminativos claros que controlen la aparición de comportamientos adecuados, la falta de reforzamiento de cualquier aproximación a las conductas-meta deseadas y la no indicación de conductas alternativas que puedan sustituir a aquellas que son castigadas, están interfiriendo en la aparición y aprendizaje de patrones de conducta positivos por parte de Alberto.

Este planteamiento del problema se les explicó con gran detenimiento a Luis y a Julia (primero a cada miembro de la pareja por separado y, posteriormente, a ambos a la vez). También Alberto recibió esta explicación desde una perspectiva adaptada a su edad, ya que se consideró fundamental para el éxito terapéutico que todos los miembros de la familia conocieran y compartieran las hipótesis funcionales manejadas por nosotros, tratando así de lograr su máxima implicación en el tratamiento. Tal era la relevancia de la comprensión y aceptación del análisis funcional que se dedicó toda una sesión de la intervención (la quinta) a explicarlo. Además, se permitió que dicha explicación fuera grabada en audio por Luis para que, en una sesión posterior (la sexta desde el inicio de la terapia), pudiera plantear todas las dudas, comentarios y desacuerdos que le surgieran al reflexionar con más calma acerca de la explicación proporcionada sobre el problema. Creemos que éste fue un aspecto crucial para que Luis aceptara la propuesta de tratamiento que se hizo, ya que, como veremos más adelante, planteaba una serie de actuaciones y se basaba en unos principios difíciles de asumir para el padre de Alberto.

2.3. Tratamiento

Una vez comprendido y aceptado el análisis funcional por parte de Luis, Julia y Alberto, se establecieron los objetivos finales que deberían lograrse con nuestra intervención para poder considerarla exitosa. Dichos objetivos se concretaron en tres:

1. Eliminar las conductas disruptivas de Alberto que son objeto de queja por parte de su padre.
2. Instaurar conductas adecuadas para la convivencia familiar conforme a la edad de Alberto y el criterio de la familia.
3. Aumentar el rendimiento académico de acuerdo con el juicio de los profesores.

Teniendo en cuenta estos objetivos, la situación actual de Alberto y, sobre todo, el análisis funcional realizado, se diseñó un plan de intervención basado en la *economía de fichas* y el *contrato conductual.* Las razones por las que se decidió utilizar un sistema de economía de fichas fueron el elevado número de conductas a instaurar y la situación de escasez de refuerzos en la que Alberto se encontraba. En este sentido, la economía de fichas es un procedimiento en el que es posible reforzar una amplia variedad de conductas de forma inmediata a través de un refuerzo condicionado «canjeable» por diferentes reforzadores entre los que la persona puede elegir. En cuanto a la realización de un contrato

© Ediciones Pirámide

conductual, esta estrategia terapéutica obliga a la especificación de las conductas que se pretenden modificar, así como de las consecuencias que se obtendrán de las mismas, lo que facilita el establecimiento de un compromiso de las partes respecto al cumplimiento de lo incluido en el contrato.

La intervención terapéutica propiamente dicha se realizó durante ocho sesiones. En la primera de ellas (la séptima en el total de la terapia), se eligieron y operativizaron suficientemente las conductas de Alberto que se querían instaurar, así como los refuerzos que se utilizarían para mantenerlas. Con ambos aspectos se elaboró un contrato conductual en el que se especificaban las condiciones de aplicación de la economía de fichas, contrato que se modificó dos sesiones después (novena sesión clínica) con la intención de ajustar los refuerzos a la realidad cotidiana de Alberto y su familia, y la de aumentar la complejidad de las conductas a reforzar de modo que se aproximaran en mayor medida a los objetivos comportamentales establecidos. Este nuevo contrato también se mantuvo durante dos sesiones. Ante los rápidos avances observados, en la décima sesión se comenzó a trabajar ya en el desvanecimiento de la economía de fichas, proceso éste que se prolongó durante tres semanas más. Los resultados que se obtuvieron fueron tan rápidos y positivos que se decidió poner fin a la intervención habiendo transcurrido únicamente 14 sesiones terapéuticas desde el primer contacto con Alberto y su familia. La periodicidad de las sesiones fue siempre semanal y hubo un seguimiento telefónico del caso al mes, a los tres meses y al año después del momento del alta.

Antes de pasar a comentar en detalle todo este proceso que acabamos de describir, creemos que es conveniente abordar algunas cuestiones teóricas y aplicadas referidas a la economía de fichas y al uso de contratos conductuales en terapia. Comenzando por la *economía de fichas,* Ayllon y Azrin (1968), en su obra *Economía de fichas. Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación,* presentan un programa terapéutico con el objetivo, según sus propios términos, de diseñar un *ambiente motivacional* en el cual los principios del reforzamiento y la extinción operen con su máxima eficacia, produciendo las conductas deseadas y eliminando las no deseadas. La propuesta original de estos autores ha sido recogida y ampliada en muchos textos, entre los cuales destacamos las obras en castellano de Martin y Pear (1999) y Méndez y Olivares (1998). En las siguientes líneas se exponen los principios generales de esta técnica.

La premisa básica del sistema de economía de fichas es el énfasis en el uso de recompensas positivas como consecuencia de la conducta de la persona, en lugar del empleo de elementos aversivos, anticipando que dichos procedimientos tendrán un efecto sobre la reducción de las conductas problema debido a su incompatibilidad con los comportamientos adaptativos que serán reforzados en el programa.

Para comenzar a diseñar un sistema de economía de fichas es fundamental definir la conducta utilizando términos descriptivos específicos, de modo que el nivel de interpretación sea mínimo. A la hora de incluir o excluir una conducta del entrenamiento, se ha de tener en cuenta la relevancia y utilidad de ésta en el ambiente natural del sujeto y si será probable que se refuerce después del entrenamiento, puesto que de lo contrario se extinguirá. En este momento inicial de elaboración del programa se registra la línea base de ocurrencia de las conductas-meta.

A continuación se deben identificar los reforzadores más eficaces para la persona. Para ello se puede observar la frecuencia con que de manera natural el sujeto emite determinadas conductas, aunque otras maneras de identificarlos es a partir del informe verbal de la persona o bien por la introducción de variaciones en los reforzadores ya conocidos. Por otra parte, los reforzadores que se administren por los comportamientos deseados se han de ajustar a lo adecuada que se considere cada respuesta para el sujeto, en función de los objetivos terapéuticos que se persigan, el coste que supone para la persona realizar esa conducta, la disponibilidad que exista para administrarlo y la preferencia que muestra la persona respecto a obtener tal reforzador. En un sistema de economía de fichas se debe garantizar que los reforzadores que se administran dentro del programa constituyan una proporción

© Ediciones Pirámide

alta del refuerzo total obtenido por el sujeto, por lo que se han de controlar los reforzadores a los que éste pueda acceder por otros medios. También hemos de tener especial cuidado en no privar a las personas, como consecuencia del programa, de aquello que les pertenece legal y moralmente, por ejemplo, la comida.

El siguiente paso a tener en cuenta es la optimización de la efectividad del reforzador. En muchas ocasiones los reforzadores no se pueden administrar de manera inmediata tras la ocurrencia de una respuesta y, tal como se ha demostrado, el refuerzo demorado es poco eficaz. Para cumplir la función de puente entre la respuesta y el reforzador se pueden introducir los denominados reforzadores secundarios, que inicialmente no tienen valor reforzante y lo adquieren por su asociación con el reforzador obtenido después. Ayllon y Azrin proponen utilizar como reforzadores condicionados las fichas, que son elementos materiales que se dan a los sujetos tras la emisión de conductas adaptativas y se pueden acumular, de manera que más tarde los pueden intercambiar por los reforzadores que elijan. Estas fichas, por tanto, permiten que la respuesta que emite el sujeto sea reforzada incluso cuando se dan demoras muy largas. También pueden utilizarse como «fichas» distintos elementos, como puntos, pegatinas o marcadores, que se elegirán según el caso concreto. Las «fichas» tienen la ventaja de reforzar la conducta en cualquier momento y sin causar la interrupción que provocaría la entrega de los reforzadores escogidos por los sujetos.

Una de las dificultades que se han de manejar cuando se aplica el reforzamiento positivo es la posibilidad de que aparezca saciación. Para evitarlo se aconseja utilizar tantos reforzadores diferentes como sea posible, bien de consumo, de actividad, de manipulación, de posesión o reforzadores sociales. También debemos resolver el problema de la incompatibilidad de reforzadores y lo podemos hacer programando las actividades que serán reforzadas de tal modo que no ocurran al mismo tiempo, y así se evitan la pérdida de una o más fuentes de reforzamiento para la persona cuando estas actividades o eventos reforzantes no pueden ser efectuados simultáneamente. Otro parámetro a tener en cuenta es la magnitud del reforzador: puede ocurrir que un individuo no quiera participar en una actividad aun cuando se le refuerce por ello porque la magnitud del refuerzo no sea suficiente, aunque, por otra parte, si la magnitud es excesiva puede aparecer saciación. Igualmente, resulta fundamental controlar la entrega del refuerzo de forma que el sujeto no puede obtenerlo gratuita o desautorizadamente.

Una vez que una conducta se ha descrito operativamente y se han elegido los reforzadores apropiados, se han de establecer las condiciones de administración, es decir, las personas que participarán, en qué lugares, en qué momentos, cuáles serán las formas de intercambio y de acceso a reforzadores, etc., condiciones que deben conocer todas las personas implicadas en el programa. Resulta de gran utilidad recoger toda esta información en un documento en el que todo lo anterior se especifique. No hay que olvidar que también es necesario diseñar, para cada caso concreto, un método para la observación y el registro objetivos y precisos de la ocurrencia de las conductas y su correspondencia o no con los reforzadores acordados. Por otra parte, a medida que se va desarrollando el programa, se pueden introducir las modificaciones que se consideren pertinentes, de las que han de estar informadas todas las personas implicadas en el mismo. El último paso a seguir será la evaluación global del procedimiento de reforzamiento, comparando los niveles iniciales y finales de ejecución de las conductas-meta.

Una vez realizados todos los pasos anteriores, que constituyen la fase de implantación, se procederá a la fase de desvanecimiento, en la que se retiran gradualmente los reforzadores condicionados y los refuerzos escogidos por los sujetos, y para ello se pueden utilizar distintas estrategias.

Toda la información anterior se detalla en la tabla 16.3, a modo de pasos a seguir para aplicar un sistema de economía de fichas.

Por otra parte, un *contrato conductual* o *contrato de contingencias* es un documento escrito en el que se indican detalladamente los comportamientos que una persona debe mostrar, la forma en

© Ediciones Pirámide

TABLA 16.3

Pasos para aplicar un sistema de economía de fichas

— **Fase de implantación:**

1. *Decidir las conductas-meta del sujeto o del grupo:*
   — Según el sujeto y la priorización de objetivos a corto y largo plazo.
2. *Registrar la línea base de ocurrencia de las conductas-meta.*
3. *Selección por parte del sujeto de los reforzadores:*
   — Elegir reforzadores eficaces de consumo, de actividad, de manipulación, de posesión o sociales.
   — Controlar los reforzadores que el sujeto pueda obtener por otros medios.
   — Nunca privar a las personas de lo que les pertenece legal o moralmente.
4. *Elegir el tipo de reforzadores condicionados, «fichas», que se emplearán:*
   — Se elegirán según el tipo de sujetos en tratamiento (fichas, puntos, pegatinas, marcadores, etc.).
5. *Establecer las condiciones de administración:*
   — Número de «fichas» que se entregarán por cada conducta-meta.
   — Número de «fichas» que vale cada reforzador.
   — Momento, lugar, personas que colaborarán, forma de intercambio y de acceso a los reforzadores.
6. *¿Contingencias de castigo para penalizar comportamientos inadecuados?*
   — Se debe emplear poco y sólo si es justificable a nivel ético.
   — Coste de respuesta: pago de fichas tras una infracción / Tiempo fuera: intervalo de tiempo en el que se pueden ganar fichas pero no gastarlas.
7. *Elaborar un documento en el que todo lo anterior quede especificado.*
8. *Poner en marcha el programa e ir realizando las modificaciones pertinentes.*
9. *Evaluación global del procedimiento de reforzamiento: comparación de niveles de ejecución iniciales y finales.*

— **Fase de desvanecimiento:**

Se pueden aplicar *distintas estrategias o la combinación de las mismas:*
— Aumentar el tiempo entre las sucesivas entregas de los reforzadores condicionados o hacer que la frecuencia de administración de las mismas sea intermitente.
— Incrementar la exigencia para la obtención de reforzadores condicionados.
— Reducir el número de reforzadores condicionados ganados por la ejecución de las conductas-meta.
— Disminuir el número de conductas que permiten ganar reforzadores condicionados.
— Incrementar la demora entre la conducta-meta y la obtención del reforzador condicionado.
— Aumentar el número de reforzadores condicionados necesarios para ganar los reforzadores de apoyo.
— Aumentar el retraso entre la adquisición de los reforzadores condicionados y la obtención de los reforzadores de apoyo.

que se evaluarán y las consecuencias que seguirán a la ejecución o no de dichos comportamientos. Una característica fundamental de los contratos es que se deben hacer con el acuerdo de todas las partes implicadas, resultado de la negociación, en muchas ocasiones, entre alguna/s persona/s que demanda que otra cambie y una persona cuyo comportamiento se quiere cambiar. Al final del proceso de negociación se acuerda el contenido final del contrato, que todas las partes han de firmar. En el caso de Alberto se utilizará un contrato *multilateral,* es decir, un contrato en el que están implicadas varias personas además del profesional, a diferencia de los contratos unilaterales, que se establecen

© Ediciones Pirámide

entre una sola persona y el profesional. En los contratos multilaterales las partes implicadas cumplen las funciones, al mismo tiempo, de agentes de reforzamiento y agentes de control recíprocos. Méndez, Olivares y Beléndez (1998) proponen una serie de orientaciones para diseñar un contrato conductual efectivo:

- Las partes implicadas en el contrato deben llegar a un consenso en relación a las conductas que constituirán el objetivo del contrato. Se deben especificar lo más detalladamente posible los parámetros conductuales en cuanto a cuándo, dónde, con qué frecuencia, intensidad, etc. Así, no debemos olvidar que las conductas pactadas en el contrato deben existir en el repertorio conductual de la persona a la que se demanda el cambio. Las conductas demandadas han de ser observables y mensurables, con el fin de que cada parte pueda controlar objetivamente cuándo aparece cada conducta.
- Se deben especificar las consecuencias positivas que se obtendrán de manera contingente a la ejecución de la conducta-objetivo. El reforzamiento debe ser equivalente en cuanto a su valor a la conducta requerida para obtenerlo.
- En el contrato se especifican las consecuencias negativas por los fallos de cada una de las partes al no cumplir su papel correspondiente.
- Por último, el contrato debe contener también una cláusula de bonificaciones con privilegios adicionales que pueden ganarse si la persona sobrepasa las demandas mínimas del contrato.

Regresando al caso que nos ocupa, una vez discutido el análisis funcional con Luis, Julia y Alberto y aceptada la propuesta de tratamiento que realizamos, se procede a la elección y definición operativa de las conductas que se desean instaurar. Esta elección la realizamos junto a Luis pero sin la presencia de Julia, que, a partir de este momento, decide dejar de acudir a consulta aunque acepta colaborar en la implementación del tratamiento a través de la administración de refuerzos y la supervisión de las tareas a petición de Alberto. Las principales dificultades que nos encontramos en el proceso de selección y operativización del comportamiento deseado de Alberto tuvieron que ver con dos aspectos fundamentalmente. Por un lado, habría que destacar los problemas de Luis para dejar de manejar definiciones globales e inespecíficas de la conducta. Esta dificultad se resolvió pidiendo insistentemente a Luis que operativizara cada uno de los términos y parámetros comportamentales confusos que utilizaba. Por otra parte, una dificultad añadida fue el elevado nivel de exigencia del padre de Alberto respecto a las tareas que su hijo debía realizar, resultando, muchas de ellas, desmesuradas para la edad del niño. En este sentido, tratamos de negociar con Luis demandas más acordes a la edad de Alberto pidiendo que pospusiera algunas de sus exigencias, al menos inicialmente. El listado provisional de conductas a instaurar que se elaboró fue posteriormente discutido con Alberto sin que Luis estuviera presente, para garantizar que el niño podía expresar libremente sus preferencias sin sentirse presionado o coaccionado por la presencia de su padre. En cualquier caso, Alberto aceptó sin ningún tipo de queja todas las peticiones de Luis a pesar de que algunas podrían parecer poco adecuadas para su edad. Éste fue el listado que se elaboró en un primer momento:

- *Recoger su desayuno.* Implicaba quitar todo lo que hubiera encima de la mesa, metiendo la loza en el lavavajillas, tirando lo inservible a la basura y guardando en su sitio el resto de cosas. Cada miembro de la familia se encargaba de recoger su propio desayuno, pero en el caso de que alguien se hubiera dejado restos de la cena o de su propio desayuno, también era tarea de Alberto recogerlo, dejando la mesa completamente limpia y despejada.
- *Recoger el baño tras la ducha.* Para que el baño pudiera considerarse «recogido» Alberto debía colgar en el lugar apropiado su toalla y la alfombrilla para los pies, dejar

© Ediciones Pirámide

cerrado el bote de gel, colocar en su sitio el cepillo y la pasta de dientes asegurándose de que ésta estaba bien cerrada, bajar la tapa del inodoro y no dejar nada de ropa tirada.

— *Ordenar su habitación.* Se decidió que en un primer momento se atendería sólo a lo visible para decidir si la habitación estaba o no ordenada, dejando la revisión de armarios y cajones para una fase posterior de la terapia. Así, que la habitación de Alberto estuviera ordenada significaba que no hubiera ropa, mochilas, bolsas o libros encima de la cama ni de los sillones, que la mesa de estudio estuviera limpia y con los materiales empleados colocados en su sitio, que la cama estuviera hecha y los zapatos guardados en el lugar que les correspondía.

— *Realizar tareas escolares.* Alberto debía trabajar diariamente durante media hora en tareas escolares o, en el caso de que las acabase o no las tuviera, debía completar esa media hora realizando otras tareas como repasar, leer o estudiar. A petición de Alberto, una vez finalizado el tiempo de estudio, Luis o Julia debían supervisar las tareas realizadas comprobando únicamente que Alberto las había hecho y omitiendo cualquier comentario sobre la calidad de las mismas.

Aunque formaba parte de los objetivos terapéuticos el incremento del rendimiento de Alberto en el colegio, y el centro se mostró siempre dispuesto a colaborar activamente con nosotros, decidimos no intervenir de un modo directo en el contexto escolar, puesto que, como se pudo apreciar en los registros, el comportamiento de Alberto en clase no era malo y los profesores se mostraron de acuerdo con la idea de que, aumentando el tiempo de estudio en casa, se lograrían los progresos deseados en la escuela.

Una vez que se hubo acordado qué conductas se deseaban instaurar, procedimos a elegir los reforzadores que se utilizarían en la economía de fichas. Para ello, hablamos primero a solas con Alberto y le pedimos que hiciera un listado de lo que le gustaría conseguir «portándose bien». Una vez que el niño eligió aquello que ganaría con la realización de las tareas seleccionadas, hablamos con Luis con la intención de conocer su opinión al respecto, encontrándonos una importante reticencia por su parte a premiar a su hijo por hacer algo que, en su opinión, «debía salir de dentro». Esta creencia, que ya apareció durante sesiones anteriores, resultaba un importante obstáculo para la implementación del programa terapéutico diseñado, de modo que se trató de debatir una vez más y, finalmente, Luis aceptó la idea de que, cuando algo no «sale de dentro», entonces podemos actuar «desde fuera» para conseguir que la conducta empiece a darse y pueda llegar a convertirse en un hábito que finalmente aparezca sin necesidad de reforzadores externos explícitos. Otra dificultad importante que nos encontramos en estos momentos por parte de Luis fue su negativa a administrar algunos de los refuerzos que Alberto deseaba por considerarlos demasiado infantiles (leerle un cuento, jugar con él) o poco educativos para su hijo (ir a la sala de juegos, entrar a formar parte de los *Boy Scouts)*. Nuestra actuación en este caso se centró en enfatizar la importancia de utilizar como premio algo que realmente a Alberto le gustase y aceptar que se incluyeran otro tipo de refuerzos entre los que Alberto pudiera elegir, si bien sería el niño en última instancia quien decidiera de cuál de ellos quería disfrutar.

Prácticamente todos los reforzadores elegidos implicaban la realización de una actividad de modo que se pactó de antemano el tiempo que estaría Alberto desarrollándola, con el fin de que no hubiera ningún tipo de problemas durante la administración de los refuerzos. En el caso de que, por algún motivo, no fuera posible el disfrute de las actividades pactadas, éstas serían sustituidas por una cantidad previamente acordada de dinero. El listado de refuerzos que se elaboró en este momento fue el siguiente:

— *Premios diarios:*
  - — Leer cuentos con Luis o Julia 15 minutos (o 50 céntimos).
  - — Ver la televisión 45 minutos (o 50 céntimos).

© Ediciones Pirámide

  - — Jugar en el ordenador 30 minutos (o 50 céntimos).
  - — Paseo con Luis andando o en bicicleta 30 minutos (o 50 céntimos).
  - — Jugar a algún juego de mesa con Luis y Julia una hora (o 50 céntimos).

— *Premios semanales:*

  - — Ir a la sala de juegos 30 minutos (o 2 euros).
  - — Ir al cine una vez a la semana (o 4 euros).
  - — Ir de tiendas con Julia una vez a la semana (o 4 euros).
  - — Ir a un restaurante italiano una vez a la semana (o 4 euros).
  - — Ir al parque de atracciones una vez a la semana (o 4 euros).
  - — Ir a un museo una vez a la semana (o 4 euros).
  - — Montar en bicicleta durante una hora (o 2 euros).

— *Premios al finalizar el trimestre:*

  - — Apuntarse a los *Boy Scouts.*
  - — Comprar un videojuego moderno.
  - — Comprar un equipo de patinar.

El orden en el que aparecen listados los reforzadores se corresponde con el orden de preferencia que manifestó Alberto hacia los mismos. Como puede observarse, algunos de los premios pactados se podían disfrutar diariamente mientras que otros tenían una validez semanal e incluso trimestral. En este sentido, se decidió incluir reforzadores a medio plazo (trimestrales) con la intención de potenciar la conducta de estudio y atención de Alberto, ya que el acceso a estos reforzadores estaba supeditado al hecho de aprobar todas las asignaturas al finalizar el trimestre académico. El criterio para disfrutar de premios diarios era realizar alguna de las tareas señaladas anteriormente un día de la semana. Si una de estas tareas se daba todos los días durante una semana, Alberto tenía derecho a disfrutar de un premio semanal. Un segundo premio semanal se podía conseguir realizando las mismas tres o más tareas durante todos los días. Con esto lo que se pretendía conseguir era crear hábitos en Alberto de forma que fuera posible prescindir de la economía de fichas cuanto antes.

En lo referente al reforzador condicionado que se presentaría de forma inmediata a la emisión de la conducta deseada, es decir, las «fichas», decidimos prescindir de cualquier tipo de material tangible, en primer lugar debido a que la capacidad de Alberto para demorar el refuerzo era bastante notable, tal y como vimos durante la fase de evaluación y, por otra parte, debido a una razón de tipo práctico, que era la imposibilidad de Luis y Julia de estar en todo momento con Alberto y proporcionarle las fichas materiales de manera inmediata a la aparición de las conductas deseadas. En su lugar, se utilizaron como reforzadores condicionados los marcadores (cruces) que Alberto escribía en un autorregistro (figura 16.3) inmediatamente después de realizar cualquiera de las tareas acordadas. Este registro sería supervisado por Luis o Julia, que serían los encargados de administrar los reforzadores correspondientes. Por otra parte, las condiciones del tratamiento se redactaron en forma de contrato conductual que fue aceptado y firmado tanto por Alberto como por su padre y la mujer de éste (tabla 16.4).

Este contrato inicial se mantuvo vigente durante dos semanas. En la primera de ellas, los resultados fueron sumamente satisfactorios, puesto que Alberto fue capaz de realizar cada una de las conductas señaladas al menos cuatro días. También logró dos premios semanales, lo que quiere decir que tres o más tareas habían sido realizadas diariamente. En la semana siguiente los resultados fueron ligeramente inferiores (sólo consiguió un premio semanal) aunque igualmente destacables.

Ante estos grandes progresos, a partir de la novena sesión se decidió aumentar el nivel de exigencia de algunas tareas tal y como demandaba el padre de Alberto y siempre contando con la aceptación del niño. Por otra parte, recoger el baño dejó de incluirse en el programa de tratamiento porque Alberto lo hizo desde el primer día a la perfección. En cambio, dos nuevas tareas se incluyeron en el plan terapéutico: bajar la ropa sucia al cuarto de la lavadora y despertar a su padre por las mañanas y desayunar

© Ediciones Pirámide

Tareas:

Recoger el desayuno: D
Recoger el cuarto de baño: B
Ordenar mi habitación: H
Trabajar media hora seguida en tareas del colegio y enseñárselo papá o a Julia: T

	Lunes	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
D							
B							
H							
T							

Actividad realizada: X
Hora máxima para enseñar las tareas: 20:30

Premios elegidos diariamente (marcar los elegidos cada día): L M X J V S D

— Leer cuentos con papá o Julia 15 minutos (o 50 céntimos)
— Ver la televisión 45 minutos (o 50 céntimos)
— Jugar en el ordenador 30 minutos (o 50 céntimos)
— Paseo con papá andando o en bicicleta 30 minutos (o 50 céntimos)
— Jugar a un juego de mesa con Julia y papá una hora (o 50 céntimos)

Premio o premios semanales (marcar el elegido y el día):

— Ir a la sala de juegos 30 minutos (o 2 euros)
— Ir al cine una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir de tiendas con Julia una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir a un restaurante italiano una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir al parque de atracciones una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir a un museo una vez a la semana (o 4 euros)
— Montar en bicicleta 60 minutos (o 2 euros)

Especificar cada día o semana:

Premio: P
Dinero: D

Figura 16.3.—Registro semanal de tareas (estando vigente el primer contrato conductual).

con él. En definitiva, las conductas que Alberto debía realizar a partir de este momento eran:

— *Preparar y recoger el desayuno.* Esta tarea implicaba ahora preparar el desayuno de toda la familia y ocuparse de que la mesa quedara totalmente limpia al acabar de comer.
— *Despertar a su padre y desayunar con él.* Alberto sería el encargado de despertar a su padre por las mañanas y desayunar con él.
— *Ordenar su habitación.* Se decidió que, a partir de este momento, la habitación de Alberto se consideraría «ordenada» si, además de recoger lo visible como ya se le había pedido anteriormente (no tener ropa,

© Ediciones Pirámide

TABLA 16.4

Primer contrato conductual

Contrato de actuación

A continuación, se especifican una serie de conductas que Alberto va a hacer en su casa y, a cambio, recibirá el premio correspondiente. Las condiciones para recibir el premio son las siguientes:

Por cada una de estas tareas:

1) recoger el desayuno,
2) recoger el cuarto de baño,
3) ordenar mi habitación,
4) trabajar media hora seguida cada día en las tareas de mi colegio y enseñarle los deberes a mi padre o a Julia,

podré elegir cada día uno de los premios especificados en el apartado «Premios diarios». Cada tarea realizada tiene derecho a un premio. El día que no haga alguna de ellas, no podré tener ese premio. Si hago una de las tareas todos los días, tendré derecho a uno de los premios especificados en el apartado «Premios semanales». Si hago tres o más tareas todos los días, podré elegir un segundo premio del mismo apartado «Premios semanales».

Por su parte, mi padre y Julia no me dirán nada sobre estas tareas en el caso de que no las cumpla, salvo no darme el premio correspondiente. Respecto a los deberes del colegio, tampoco me preguntarán por ellos, excepto cuando yo se los enseñe. Si termino las tareas del colegio que tengo que hacer, estaré la media hora correspondiente repasando/leyendo/estudiando y luego se lo enseñaré a mi padre.

El registro de todas las actividades lo llevaré yo y anotaré cada una de las que hago en el momento de hacerla. Al final del día enseñaré el registro a mi padre o a Julia para que me den los premios correspondientes y firmen que están de acuerdo.

A partir de hoy, día 16 de enero, yo, Alberto, me comprometo a realizar las actividades que se han señalado más arriba durante todos los días de esta semana y hasta la próxima cita con la psicóloga, que será el día 23 de enero, a las 18 horas. Por su parte, mi padre y Julia se comprometen a darme los premios al finalizar cada día (en el caso de los premios diarios) o cada semana (en el caso de los semanales). La psicóloga se compromete a cuidar que se cumplan todas las condiciones.

Alberto Luis Julia Psicóloga

mochilas, bolsas o libros encima de la cama ni de los sillones, mantener la mesa de estudio limpia y con los materiales empleados colocados en su sitio, hacer la cama y guardar los zapatos en el lugar correspondiente), los armarios y los cajones también se mantenían en orden.

— *Bajar la ropa sucia.* Esta tarea implicaba que Alberto llevara tras el baño toda su ropa sucia al sótano, lugar en el que se encontraba la lavadora. Una vez allí, debía poner todas sus prendas en el cesto de la ropa sucia sin dejar nada tirado por el suelo.

— *Realizar tareas escolares.* El tiempo dedicado al estudio se amplió a una hora, ya que en la escuela de Alberto se consideró que esta dedicación era suficiente para que un niño de su edad y nivel académico aprobara todas las asignaturas.

Por lo que a los refuerzos se refiere, también se hicieron algunos reajustes en el listado inicial propuesto. En concreto, algunos premios se eliminaron bien porque Alberto no hacía uso de ellos, o bien porque las múltiples ocupaciones de Luis y Julia hacían muy difícil su participación en las actividades donde ésta era requerida. Se incluyeron, en cambio, nuevos reforzadores a la lista ya existente y se modificó el tiempo dedicado a algunas actividades. Así, se amplió el tiempo de televisión para

© Ediciones Pirámide

que Alberto pudiera ver acabar su serie favorita. Por otra parte, puesto que Luis incluía dentro de la actividad «ir a la sala de videojuegos» el trayecto de ida y vuelta, se decidió incrementar la duración de la misma de modo que Alberto pudiera disfrutar más tiempo de la actividad reforzante. Finalmente, se redujo el tiempo de juego con el ordenador por ser una actividad que generaba interacciones conflictivas entre Luis y Alberto, ya que al primero no le parecía una actividad apropiada para su hijo. Lo que se pretendió con esta restricción fue promover la emisión de más conductas adaptativas por parte de Alberto para conseguir el mismo tiempo de acceso al reforzador favoreciendo así un cambio mayor y una interacción más positiva entre padre e hijo. Los premios trimestrales no fueron modificados.

Por tanto, el nuevo listado de reforzadores que se confeccionó fue el siguiente:

- *Premios diarios:*
  - Ver la televisión 50 minutos (o 50 céntimos).
  - Jugar en el ordenador 15 minutos (o 50 céntimos).
  - Jugar a algún juego de mesa con Luis y Julia una hora (o 50 céntimos).
  - Jugar fuera con tus amigos 45 minutos (o 50 céntimos).
  - Comer lo que quieras, haciéndolo o comprándolo (o 50 céntimos).
- *Premios semanales:*
  - Ir a la sala de juegos 60 minutos (o 2 euros).
  - Ir al cine o pedir vídeo alquilado (una vez a la semana) (o 4 euros).
  - Ir de tiendas, comprar comida que te guste de acuerdo con Julia una vez a la semana (o 4 euros).
  - Ir a un restaurante italiano o pedir pizza por teléfono una vez a la semana (o 4 euros).
  - Ir al parque de atracciones o a un parque acuático una vez a la semana (o 4 euros).
  - Patinar todo un día o dos medios días (o 4 euros).
- *Premios al finalizar el trimestre:*
  - Apuntarse a los *Boy Scouts.*
  - Comprar un videojuego moderno.
  - Comprar un equipo de patinar.

Estos cambios en la intervención fueron recogidos en un nuevo contrato conductual (tabla 16.5). Asimismo, se modificaron los registros semanales para ajustarlos a las nuevas condiciones de la intervención (figura 16.4).

Los progresos terapéuticos que se observaron tras estos cambios en la intervención fueron tan rápidos y positivos como los ya señalados. Nuestra forma de actuar en todo momento estuvo orientada hacia la búsqueda del bienestar de Alberto, al margen de las exigentes demandas de su padre. Por esta razón, gran parte de la terapia se realizó a solas con el chico interesándonos por cómo se sentía, qué opinión le merecía todo el proceso que estaba viviendo, cuáles eran sus deseos, qué cosas le gustaría cambiar y, sobre todo, reforzando enormemente sus avances. En algunas sesiones se trabajó exclusivamente con Alberto, especialmente cuando no había habido ningún problema a lo largo de la semana. En estas ocasiones, Alberto llegaba acompañado de su padre, que nos informaba de que todo había transcurrido con normalidad en el período entre sesiones y abandonaba la clínica hasta el momento en el que acababa la consulta y regresaba a recoger a su hijo. Estos grandes avances, junto al interés de Luis de poner fin cuanto antes a la terapia, hicieron que rápidamente se pusiera en marcha la fase de desvanecimiento de la economía de fichas. Este proceso se desarrolló en tres pasos:

1. En la undécima sesión se estipuló que Alberto dejara de obtener premios diarios, pudiendo acceder únicamente a premios semanales.
2. En la duodécima sesión, los criterios para lograr un premio semanal se hicieron más exigentes, siendo ahora necesario realizar

© Ediciones Pirámide

TABLA 16.5

Segundo contrato conductual

Contrato de actuación

A continuación, se especifican una serie de conductas que Alberto va a hacer en su casa y, a cambio, recibirá el premio correspondiente. Las condiciones para recibir el premio son las siguientes:

Por cada una de estas tareas:

1) preparar y recoger el desayuno,
2) despertar a mi padre y desayunar con él,
3) ordenar mi habitación,
4) bajar la ropa sucia,
5) trabajar una hora seguida cada día en las tareas de mi colegio y enseñarle los deberes a mi padre o a Julia,

podré elegir cada día uno de los premios especificados en el apartado «Premios diarios». Cada tarea realizada tiene derecho a un premio. El día que no haga alguna de ellas, no podré tener ese premio. Si hago una de las tareas todos los días, tendré derecho a uno de los premios especificados en el apartado «Premios semanales». Si hago tres o más tareas todos los días, podré elegir un segundo premio del mismo apartado «Premios semanales».

Por su parte, mi padre y Julia no me dirán nada sobre estas tareas en el caso de que no las cumpla, salvo no darme el premio correspondiente. Respecto a los deberes del colegio, tampoco me preguntarán por ellos, excepto cuando yo se los enseñe. Si termino las tareas del colegio que tengo que hacer, estaré la hora correspondiente repasando/leyendo/estudiando y luego se lo enseñaré a mi padre.

El registro de todas las actividades lo llevaré yo y anotaré cada una de las que hago en el momento de hacerla. Al final del día enseñaré el registro a mi padre o a Julia para que me den los premios correspondientes y firmen que están de acuerdo.

A partir de hoy, día 30 de enero, yo, Alberto, me comprometo a realizar las actividades que se han señalado más arriba durante todos los días de esta semana y hasta la próxima cita con la psicóloga, que será el día 6 de febrero, a las 19:30 horas. Por su parte, mi padre y Julia se comprometen a darme los premios al finalizar cada día (en el caso de los premios diarios) o cada semana (en el caso de los semanales). La psicóloga se compromete a cuidar que se cumplan todas las condiciones.

Alberto Luis Julia Psicóloga

las mismas cuatro o más conductas cada día para alcanzarlo.

3. Finalmente, en la penúltima sesión, la decimotercera, se acordó que la obtención de cualquier reforzador quedaría supeditada a la emisión diaria de todas las conductas deseadas.

En cada una de estas fases, los altos niveles de ejecución mostrados por Alberto no decayeron, lo que nos informa de un adecuado afianzamiento del aprendizaje. Tanto Luis como Julia consideraron, llegado este punto, que los objetivos terapéuticos que nos habíamos planteado al inicio del tratamiento se habían cumplido totalmente. Tanto ellos como los profesores de Alberto se mostraron muy satisfechos con los resultados obtenidos. Aún así y con la intención de que el éxito alcanzado se mantuviera, instruimos a Luis para que redujera al máximo el uso de estimulación aversiva para controlar la conducta de su hijo y, en su lugar, recurriera al reforzamiento de los comportamientos deseados de Alberto. En la decimocuarta sesión, una vez que Luis pareció comprender nuestro planteamiento y se mostró dispuesto a aplicarlo en la educación de su hijo, consideramos que era el momento adecuado para dar por finalizado el proceso terapéutico con Alberto.

© Ediciones Pirámide

Tareas:

Bajar ropa sucia: R
Recoger mi habitación: H
Preparar y recoger el desayuno: D
Despertar y desayunar con papá: P
Tareas colegio: T

	Lunes	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
R							
H							
D							
P							
T							

Actividad realizada: X
Hora máxima para enseñar las tareas: 20:30

Premios elegidos diariamente (marcar los elegidos cada día): L M X J V S D

— Ver la televisión 50 minutos (o 50 céntimos)
— Jugar en el ordenador 15 minutos (o 50 céntimos)
— Jugar a algún juego de mesa con papá y Julia una hora (o 50 céntimos)
— Jugar fuera con mis amigos 45 minutos (o 50 céntimos)
— Comer lo que quiera, haciéndolo o comprándolo (o 50 céntimos)

Premio o premios semanales (marcar el elegido y el día):

— Ir a la sala de juegos 60 minutos (o 2 euros)
— Ir al cine o pedir vídeo alquilado una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir de tiendas, comprar comida que me guste de acuerdo con Julia una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir a un restaurante italiano o pedir pizza por teléfono una vez a la semana (o 4 euros)
— Ir al parque de atracciones o a un parque acuático una vez a la semana (o 4 euros)
— Patinar todo un día o dos medios días (o 4 euros)

Especificar cada día o semana:

Premio: P
Dinero: D

Figura 16.4—Registro semanal de tareas (estando vigente el segundo contrato conductual).

Luis se mostró muy reacio a mantener sesiones de seguimiento posteriores, de modo que éste se realizó a través de llamadas telefónicas al mes, a los tres meses y al año de la finalización del tratamiento. En estos contactos pudimos comprobar cómo los hábitos que se instauraron en terapia se seguían manteniendo en el ambiente natural de Alberto y que Luis realmente seguía aplicando las estrategias aprendidas en sesión (operativización del comportamiento, administración de refuerzos, presentación de estímulos discriminativos claros, etc.) en la relación cotidiana con su hijo. Respecto al rendimiento

© Ediciones Pirámide

académico, Alberto logró aprobar todas las asignaturas y consiguió el refuerzo que más deseaba: entrar a formar parte de los *Boy Scouts.* La enorme satisfacción con los resultados terapéuticos que mostraron todos los implicados en la intervención nos permiten definirla como altamente exitosa.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Desarrolla el guión del discurso que tendrías que elaborar para explicar al padre de Alberto la inadecuación de los procedimientos coercitivos utilizados y las ventajas del uso de procedimientos de reforzamiento.
2. Plantea el uso de reforzadores secundarios o fichas en este caso. Imagina que no existen los inconvenientes para su utilización que nos encontramos realmente y desarrolla un sistema de intercambio, estableciendo el valor de las fichas, las conductas necesarias para obtenerlas y las condiciones de intercambio por los reforzadores.
3. Haz un *role-playing* con otros dos compañeros representando la sesión de explicación del análisis funcional a Luis y Julia. Recuerda que has de tener perfectamente (técnicamente) claras las hipótesis sobre la conducta de Alberto y saber explicárselo a una persona con las características de Luis, en principio tan reticente a modificar sus pautas educativas y tan proclive a culpar a Alberto de su conducta.
4. Imagina que la prueba conductual de evaluación del autocontrol hubiera mostrado que Alberto se interrumpía continuamente en la realización de la tarea. Modifica el programa de intervención realizado, incluyendo algunas estrategias de entrenamiento en autocontrol.
5. Busca información sobre los tratamientos no psicológicos del *Trastorno negativista desafiante* y a continuación resume los datos acerca de la eficacia comparativa de los diversos tipos de tratamiento.
6. Haz una revisión bibliográfica con el objetivo de encontrar textos publicados que pudieras dar a los padres de Alberto, para facilitar la comprensión del papel que desempeñan los adultos en general y los padres en particular en los problemas de conducta infantiles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed. rev.). Washington DC: Author.

Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1968/1974). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Cervantes, E. y Vásquez, L. (1991). Intervención en un caso de conductas disruptivas múltiples (negativismo y desobediencia). En F. X. Méndez y D. Macià (coords.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos* (pp. 335-348). Madrid: Pirámide.

Chambless D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51* (1), 3-16.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnston, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. y McMurray, S. (1996). An update

© Ediciones Pirámide

on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49* (2), 5-18.

Fernández, A. y Luciano, M. C. (1997). Clasificación de las alteraciones psicológicas en la infancia. En M. C. Luciano (dir.), *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 71-85). Valencia: Promolibro.

Froján, M. X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1995). *El niño desobediente. Estrategias para su control.* Madrid: Pirámide.

Llabrés, J., Servera, M. y Moreno, I. (2002). Aspectos diferenciales de la terapia de conducta en la infancia. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 27-42). Madrid: Pirámide.

Luciano, M. C. (1997). Evaluación de las alteraciones en la infancia. En M. C. Luciano (dir.), *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 143-189). Valencia: Promolibro.

Macià, D. (2002). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar.* Madrid: Pirámide.

Martin, G. y Pear, J. (1996/1999). *Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Prentice-Hall.

McMahon, R. J. y Forehand, R. (1988). Conduct disorders. En E. J. Mash y L. G. Terdal (eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders* (2.ª ed.). New York: Guilford.

Méndez, F. X., Olivares, J. y Beléndez, M. (1998). Técnicas operantes. En J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 133-192). Madrid: Biblioteca Nueva.

Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach, III. Coercive family process.* Eugene, OR: Castalia.

Valero, L. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis, 24* (1), 11-18.

Wechsler, D. (2001). *WISC-R. Escala de inteligencia de Wechsler para niños-Revisada.* Madrid: TEA.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso de agresividad en el hogar

17

LAURA HERNANGÓMEZ CRIADO
JOSÉ LUIS SANTOS RUIZ

1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de conducta constituyen el problema más frecuente en las consultas de salud mental infanto-juvenil, en especial en varones, llegando a tasas que varían entre el 30-50 por 100 (Benjumea y Mojarro, 2000). Si bien es cierto que por el hecho de suponer consecuencias aversivas para los adultos pueden generar un mayor número de consultas (Méndez y Maciá, 1990), también es inevitable plantearse si la preocupación social cada vez mayor por este problema no responde además a un aumento real de la frecuencia y gravedad de los comportamientos antisociales. Un lamentable reflejo de esa gravedad se encuentra en las conductas agresivas desarrolladas en el contexto familiar, resultando a veces sorprendente la temprana edad de aparición de este problema: padres que manifiestan «no poder controlar» a sus hijos, que les agreden, verbal e incluso físicamente, con cuatro y cinco años de edad. La cuestión se complica si se tiene en cuenta que la presencia de conductas agresivas en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y el predictor más significativo de una variedad de riesgos psicopatológicos, académicos y sociales (Barkley, 1997; Crick, 1996).

La explicación de este fenómeno es compleja, y no puede buscarse sólo en relaciones contingenciales concretas, factores de nivel individual o familiar, sino que debe contemplarse en un marco más amplio considerando variables macrosociales, donde estará la clave de los programas de prevención. Este último tipo de análisis no es sencillo y excede los objetivos de este capítulo: baste apuntar que los diferentes cambios sociales dados en las últimas décadas, en especial en lo que a valores y creencias sobre estilos educativos se refiere, han podido contribuir en parte a este problema.

La intervención familiar

En el contexto clínico, se observa con demasiada frecuencia una preocupante desorientación en los padres con respecto a los principios educativos básicos. Efectivamente, atendiendo a los factores facilitadores de conductas disociales (Kazdin, 1997; Patterson, Reid y Dishion, 1992), se encuentran variables como la disciplina parental (modelo coercitivo, castigos inconsistentes) o la calidad de las relaciones padres-hijos (rechazo de los hijos, dificultades del vínculo afectivo, conflictos de pareja, agresiones), que señalan como absolutamente necesaria una intervención a nivel familiar. Más necesaria si, como es el problema objeto de este capítulo, el comportamiento disfuncional se presenta precisamente en el entorno del hogar, ya que suponemos que la intervención más efectiva será la que se desarrolle en el contexto espacio-temporal en el que se produce la conducta problema (Olivares, Méndez y Ros, 2002). Se ha constatado reiteradamente que el entrenamiento de padres es la moda-

© Ediciones Pirámide

lidad de intervención que mejores resultados obtiene en los problemas de conducta infantil (Olivares et al., 2002). Por ello, se debe tener muy claro que la intervención no es sólo sobre el chico «motivo de consulta», sino sobre su medio, ya que el logro y mantenimiento de los cambios pasa necesariamente por modificaciones de conductas, también inadecuadas, de los padres.

El modelo de Patterson del proceso familiar coercitivo (Patterson, 1982) es el marco explicativo más ampliamente estudiado y aceptado sobre las posibles contribuciones ambientales a las conductas agresivas (Koch y Gross, 2002; Patterson, Dishion y Chamberlain, 1993). La teoría de la coerción enfatiza la importancia de sucesos aversivos de bajo nivel en las interacciones cotidianas que, aunque puedan parecer inocuos, con una presentación continua pueden generar alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento parental, con el impacto que ello tiene al moldear la conducta de un niño. Los niños, por sí mismos, son una fuente importante de estrés para la persona que los cuida, que puede aumentar cuando el temperamento del niño es hiperexcitable o con una actividad excesiva. A su vez, la alteración emocional en los padres puede provocar que no estén disponibles para sus hijos, que aumenten sus críticas y presenten dificultades para establecer límites consistentes (Webster-Stratton y Hammond, 1988; Webster-Stratton y Herbert, 1994, cit. en Koch y Gross, 2002). En sus denodados esfuerzos por reducir el estrés, los padres pueden entrar en una «trampa de reforzamiento», reforzando positiva y negativamente al niño en sus conductas coercitivas mediante la atención a esos comportamientos (reforzamiento positivo) y la cesión para que finalice la agresión (reforzamiento negativo, para ambas partes, a corto plazo). Con ello están garantizando el mantenimiento, e incluso el aumento, de las conductas coercitivas. Es más, cuando intentan controlar las conductas agresivas de su hijo mediante el castigo, basado habitualmente en gritos, insultos, y amenazas que no se cumplen, el niño, en vez de percibir una pérdida de privilegios o de atención, vive una atención negativa y mayor irritación, que frecuentemente le activa más y le lleva a un contraataque a corto plazo, y a sentimientos de indefensión, depresión y ansiedad a largo plazo (Klein, 1994).

Así, la intervención con padres deberá implicar, como eje central, el entrenamiento en habilidades parentales básicas de modo que los padres adquieran una *competencia general* en el manejo de contingencias que les permita analizar y dar respuesta a los problemas de conducta de sus hijos (Williams, 1959).

Se debe considerar que, al ofrecer a los padres un entrenamiento basado en principios de aprendizaje social, no sólo se aportan conductas, sino un modelo *explicativo alternativo* de lo que le ocurre a su hijo, que les convierte a ellos en agentes de cambio. Para ello, es fundamental considerar las atribuciones, expectativas y creencias previas de los padres, que a menudo les excluye de un papel activo en el problema (desde las explicaciones que atribuyen el problema a una alteración psíquica o biológica del chico hasta las que lo enlazan con un problema de la sociedad contemporánea sin considerar más variables).

Integrado con este trabajo es imprescindible atender al *significado emocional* que para los padres implica el cambio de conductas a realizar. En las familias que presentan este tipo de problema, se mezclan emociones muy complejas, y atender a los miedos, la culpa, la rabia y el resentimiento que frecuentemente aparecen es fundamental para realizar un tratamiento efectivo. Si no tiene en cuenta esas emociones, el terapeuta se puede sorprender negativamente al descubrir que los padres «no le hacen caso», no siguen las pautas a pesar de saber qué es «lo que tienen que hacer», incluso desestiman abiertamente sus intervenciones o abandonan el tratamiento. La competencia parental no sólo pasa por «saber qué hacer», sino por hacerlo. Con frecuencia, los padres hacen algo diferente a lo que «tendrían que hacer» porque se sienten *malos padres,* tienen miedo a la reacción del niño o de su propia pareja, o se dejan llevar por la rabia en un determinado momento. Ayudarles a identificar esas emociones, afrontarlas y valorar las consecuencias a corto y largo plazo que tiene dejarse arrastrar por ellas es también un trabajo a realizar en la intervención familiar.

© Ediciones Pirámide

Por tanto, dado que el objetivo del trabajo con los padres no es sólo aumentar su conocimiento, sino, sobre todo, sus habilidades, confianza, autosuficiencia y recursos como padres (Sanders, 2002), el terapeuta deberá atender a la compleja interacción entre conductas, cogniciones y emociones en la búsqueda de una intervención efectiva.

La intervención con el niño y con el adolescente

La primera peculiaridad del tratamiento psicológico con niños y adolescentes frente a la terapia con adultos es que el solicitante de la consulta no es el propio chico, sino que habitualmente se trata de un adulto de su entorno (ya sean los propios padres o un profesional procedente del contexto sanitario, escolar o sociocomunitario). Esto es aún más marcado en los problemas de agresividad, y supone una dificultad no sólo para la motivación al tratamiento, sino por el riesgo que supone que el chico vea al terapeuta como un «aliado» de los padres que sólo quieren «controlarle y convertirle en una persona que él no quiere ser», creencia más acentuada si cabe en la pubertad y adolescencia. Por ello, en la intervención con el niño y con el adolescente es fundamental desde el principio clarificar el papel del psicólogo (que, genéricamente, podríamos describir como «ayudar a las personas a resolver sus problemas») y plantear ética y estratégicamente los objetivos del tratamiento con él.

Partiendo de la perspectiva de que, habitualmente, el niño o adolescente *sufre* con sus comportamientos disfuncionales o, cuando menos, obtiene consecuencias negativas para él (castigos, relación aversiva con los padres, expulsión del colegio, rechazo por profesores y, a veces, por iguales, etc.), la terapia puede y debe plantearse con el objetivo de conseguir su bienestar, lo que pasa por lograr conductas que sean más gratificantes para él y para las personas de su entorno, reduciendo la conflictividad que en ese momento existe y que no puede, aunque quiera, negar. No es infrecuente que los chicos nieguen malestar en la primera consulta; forma parte de su modo habitual de defenderse frente al entorno y más frente a un adulto que, en su jerga, es inicialmente vivido como un «comecocos». El terapeuta no debe desmoralizarse ni sentirse cuestionado por ello. Desde la paciencia, la empatía y la aceptación de las dudas y miedos del chico, planteará el tratamiento como una forma de ayudarle, siempre con su colaboración, a aumentar su bienestar. Es fundamental tratarle con respeto, no infantilizarle, aclararle su derecho a la confidencialidad y su participación activa en el tratamiento y, por tanto, en las decisiones que se tomen a lo largo del proceso terapéutico.

Algunos chicos pueden adquirir y mantener conductas agresivas por importantes déficits en cuanto a habilidades sociales, recursos para afrontar determinados problemas o autocontrol para hacer frente a determinadas situaciones estresantes (Fariz, Mías, y Borges, 2002). Entre los factores individuales que pueden predisponer a la realización de conductas disociales se han planteado problemas relacionales (baja empatía, escasas habilidades sociales), el fracaso escolar, las dificultades de atención y planificación, y la posibilidad de una hiperexcitabilidad de origen genético (Kazdin, 1997) que puede relacionarse con la mayor impulsividad y la baja tolerancia a las frustraciones. Creemos que todos ellos son susceptibles de abordaje terapéutico, incluida la posible hiperexcitabilidad. Desde una comprensión interaccionista del ser humano, y alejándonos de planteamientos simplistas, entendemos que la predisposición genética se mantiene en constante interacción con las variables ambientales. La base genética de un temperamento más excitable no se puede cambiar, pero sí se pueden modular las respuestas de autorregulación emocional, como ya se ha propuesto en otras patologías (por ejemplo, Linehan, 1999). Uno de los grandes logros de la terapia de conducta fue cambiar la comprensión del autocontrol desde una perspectiva internalista (como variable de personalidad estable e inalterable) a un punto de vista donde el aprendizaje es fundamental en el desarrollo del autocontrol. Por tanto, tanto los padres, con el control externo, como los terapeutas, fomentando el desarrollo de estrategias de autocontrol en el chico, pueden contribuir a reducir la posibilidad de que se desarrollen conductas agresivas.

© Ediciones Pirámide

Unido estrechamente al problema del autocontrol, el entrenamiento cognitivo en solución de problemas se ha demostrado eficaz para disminuir la conducta agresiva en casa (Durlak, Fuhrman y Lampman, 1991) y el más efectivo para reducir las experiencias de angustia del niño (Sukhodolsky, Kassinove y Gorman, 2004). El objetivo se centra en comprender el marco de significados que los niños o adolescentes emplean para interpretar su mundo —dado que, habitualmente, los niños agresivos perciben intenciones hostiles en los demás (Crick y Dodge, 1994)— y plantear alternativas de pensamiento y de comportamiento, analizando las consecuencias que se derivan de cada posibilidad.

El desarrollo de repertorios de conductas sociales que permitan al chico conseguir los mismos reforzadores sociales que consigue con las conductas agresivas (atención, alabanza de los iguales…) a través de comportamientos más valorados socialmente se ha demostrado también como un buen procedimiento para conseguir el manejo de la agresividad (Fariz et al., 2002). En el metaanálisis realizado por Sukhodolsky et al. (2004), se demostró cómo el entrenamiento en habilidades sociales era uno de los componentes del tratamiento más efectivos para reducir la conducta agresiva.

Un aspecto fundamental en el entrenamiento en habilidades sociales con chicos con problemas de agresividad deberá ser la expresión de sentimientos, dado que, habitualmente, la agresión se convierte en la primera y única forma que emplean para expresar malestar. Para ello, se precisa un trabajo previo con el chico para ayudarle a: *a*) identificar emociones, por ejemplo a partir de sensaciones en el cuerpo; *b*) discriminar emociones; *c*) relacionar emociones con conductas, pensamientos o interpretaciones; *d*) aprender estrategias de autorregulación, y *e*) entrenar la expresión verbal (y no conductual) de sentimientos.

Por tanto, todas las estrategias terapéuticas orientadas a trabajar individualmente con el niño y/o adolescente con problemas de agresividad deben centrarse en valorar, e intervenir si procede, en el entrenamiento emocional, las habilidades sociales y de solución de problemas como objetivos generales, componentes que se han mostrado efectivos en la psicoterapia cognitivo-conductual infantil (Sukhodolsky et al., 2004). Los resultados del metaanálisis realizado por Sukhodolsky et al. (2004) acerca de la efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual en la agresividad infantil arrojan resultados similares a los obtenidos en otros problemas infantiles, encontrando un tamaño medio del efecto de $d = 0{,}67$, sin existir diferencias según el formato de la terapia sea individual o grupal. Las técnicas específicas asociadas con un mayor tamaño del efecto resultan ser el modelado, la retroalimentación (pautas para la adquisición de nuevas habilidades y refuerzo) y las tareas para casa, factor este último que replica los resultados encontrados en terapia de adultos.

Con el fin de cubrir los diferentes objetivos terapéuticos planteados a nivel familiar e individual, un aspecto a considerar es la realización de entrevistas conjuntas o por separado. No existe un criterio taxativo al respecto, y se deberá individualizar dependiendo de las necesidades y peculiaridades que plantee cada caso concreto, si bien compartimos con Fariz et al. (2002) la recomendación de realizar inicialmente entrevistas separadas con el fin de facilitar un conocimiento más detallado y amplio de padres e hijo, más allá de la etiquetación de «niño problema» que suele darse en entrevistas conjuntas iniciales, y buscando afianzar la alianza terapéutica con el chico de modo que perciba al terapeuta como alguien que puede ayudarle y no como otro adulto crítico y punitivo.

Por último, se debe hacer mención a las estrategias terapéuticas basadas en la farmacología. El uso de fármacos combinado con tratamiento psicológico ha demostrado ser beneficioso cuando las conductas agresivas son de peligro para el niño o su entorno (Pine y Cohen, 1999). Sin embargo, no debe considerarse en ningún caso el tratamiento de elección, debe valorarse cuidadosamente la necesidad de su aplicación y plantearse, con un límite temporal, sólo como un apoyo y no como la solución al problema agresivo.

© Ediciones Pirámide

2. INTERVENCIÓN SOBRE UN CASO DE AGRESIVIDAD EN EL HOGAR

2.1. Identificación del paciente

Ernesto (nombre supuesto) tenía 12 años y 7 meses cuando fue derivado por su médico de atención primaria al Servicio de Salud Mental de distrito por «alteraciones de conducta». Convivía con sus padres y dos hermanos en un barrio residencial de la zona oeste de Madrid. Era el mayor de los tres hermanos y cursaba 1.º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en un colegio privado de la zona. El mediano, de 10 años, cursaba 5.º de Primaria y su hermana pequeña, de 8 años, 3.º de Primaria en el mismo centro educativo. Su padre, de 45 años, trabajaba como ingeniero de telecomunicaciones en una multinacional. Su madre, de 42 años, trabajaba como ama de casa. El nivel socioeconómico de la familia era elevado.

2.2. Evaluación inicial

El objetivo fundamental de la evaluación inicial es conocer detalladamente el motivo de consulta: en qué consiste exactamente el problema, con qué frecuencia, duración e intensidad aparece (análisis topográfico), qué antecedentes le preceden y qué consecuencias le siguen (análisis funcional), desde cuándo ocurre, qué evolución ha seguido y qué soluciones han intentado hasta el momento (incluyendo tratamientos previos). Procede, además, realizar un análisis de las atribuciones realizadas sobre el motivo de consulta, la motivación y las expectativas en cuanto a la terapia.

Esta información fue recogida en las entrevistas clínicas solicitando, además, a los padres que realizaran un registro de las conductas agresivas en casa, desencadenantes y consecuencias. La intensidad de las conductas agresivas se valoró según la siguiente escala: 1) agresividad verbal mediante insultos o comentarios despreciativos; 2) expresión de agresividad mediante destrucción de objetos; 3) agresividad verbal mediante amenazas a otra persona, y 4) agresividad física hacia otra persona. La frecuencia media en la línea base resultó ser diaria (al menos una conducta agresiva cada día), con una tendencia a intensidad de grado «2,5».

Partiendo del conocimiento del motivo de consulta remitido por el médico de atención primaria, se planteó, además, la conveniencia de explorar en profundidad las siguientes variables:

1. En los padres. Estilo educativo parental:

— Normas, reacción ante su cumplimiento o incumplimiento, consecuencias positivas y negativas para las conductas adaptadas o desadaptadas, consistencia de estas pautas.
— Expresión de afecto positivo, capacidad de atención positiva (hacia aspectos adaptativos del chico).

2. En el chico:

— Nivel de malestar subjetivo ante el problema, que se evaluó durante la entrevista individual con el apoyo de una escala de 0 a 10 representada en un termómetro gráfico de bienestar con iconos de caras, donde 0 quería decir «me encuentro muy mal» y 10 quería decir «me encuentro muy bien». Ernesto situó su situación personal en un 3.
— Grado de adecuación de las habilidades sociales, que se valoró mediante la escala de comportamiento asertivo para niños (CABS, Wood, Michelson y Flynn, 1978) en su versión de informe por otras personas, completada por los padres, ya que Ernesto no colaboró en la cumplimentación de la escala autoinformada (se le olvidaba rellenarlo, perdió el cuestionario… y finalmente reconoció que no quería hacerlo y que le parecía «una chorrada»). Si bien hubiera sido deseable tener los datos de ambas fuentes, en ese momento se valoró que era más importante la colaboración del chico que realizar una evaluación psicométrica exhaustiva, sacrificando el rigor metodológico, por lo que se consideró una mayor probabilidad de efectividad en la intervención. La

© Ediciones Pirámide

puntuación más extrema se observó en los ítems de expresión de sentimientos, en el polo de agresividad, seguido de respuesta ante enunciados negativos, también en el polo de la agresividad. Las respuestas ante enunciados positivos y peticiones puntuaban sin embargo en el polo de la pasividad de un modo más moderado. El área más normalizada era conversación, en la que la puntuación media era sólo ligeramente pasiva.

— Capacidad para entender normas, que se evaluó mediante la escala de comprensión verbal del WISC-R (Wechsler, 1974). La comprensión verbal es una medida de la capacidad del sujeto para comprender situaciones sociales, internalizar normas y adaptación social. En relación con las personas de su misma edad, Ernesto presentó una comprensión verbal media-baja (puntuación escalar: 7).

— Capacidad para aceptar normas, con la intolerancia a la frustración y la capacidad para ponerse en el lugar del otro.

  - La tolerancia a la frustración se valoró, con la colaboración de un segundo evaluador independiente, mediante el planteamiento de situaciones hipotéticas en el hogar, en el colegio y con iguales, graduando la respuesta en tres niveles: tolerancia a la frustración nula/baja (0), media (1) y alta (2). Ernesto puntuó en el nivel inferior en las dos situaciones planteadas en el hogar y en las dos del contexto escolar, y entre los niveles medio y bajo en las situaciones con iguales. Resultó de interés apreciar cómo la respuesta de puntuación media en la situación con iguales parecía claramente influida por una falta de asertividad en ese contexto relacional. En la tabla 17.1 se muestran ejemplos de las situaciones planteadas y las respuestas de Ernesto, así como su valoración.
  - La capacidad para comprender la mente ajena se evaluó mediante las mismas situaciones planteadas, valorando, con evaluadores independientes, en una escala de tres niveles: ausente, si las respuestas dadas no tenían en cuenta al otro (descalificaciones y generalizaciones sobre la otra persona: puntuación 0); egocéntrica, si tenían en cuenta los procesos mentales del otro sólo de un modo referido a sí mismo (puntuación 1), o abierta, si tenían en cuenta los procesos psicológicos ajenos sin necesaria referencia a sí mismo (puntuación 2). (Para una revisión en profundidad de estos aspectos, véase Semerari, 1999.) En las respuestas se pudo apreciar cómo las interpretaciones de los procesos mentales del otro cuando no eran ausentes eran claramente disfuncionales, atribuyendo intención de hacerle daño o fastidiarle en todos los casos. En la tabla 17.1 se muestran ejemplos de las respuestas de Ernesto, así como su valoración.

Con el fin de profundizar en los aspectos señalados, y por los motivos referidos más arriba, en el presente caso se valoró la adecuación de realizar entrevistas de evaluación separadas a padres y chico, pasando a combinarlas con entrevistas conjuntas en la fase de tratamiento.

2.2.1. *Entrevista con padres*

1. Motivo de consulta

En la entrevista con padres, el padre inició la descripción del motivo de consulta exponiendo que el problema de Ernesto era su conducta «en general y en todos los contextos» (colegio, casa, amigos, hermanos, con su madre, etc.), enfatizando la agresividad que mostraba en la familia, excepto con el padre. Insultaba y había llegado a amenazar a la madre, dando puñetazos y destrozando objetos de la casa. En casa, se saltaba las normas constantemente, con aparente insensibilidad al castigo, que, además, incumplía cuando era posible. Le describía como un niño «insaciable» en cuanto a los capri-

© Ediciones Pirámide

TABLA 17.1

Situaciones hipotéticas para la valoración de tolerancia a la frustración y la comprensión de la mente ajena. Respuestas pretratamiento

1. Imagina que quieres ver tu programa favorito en la televisión, pero, cuando llegas, tu hermana está viendo otro programa y se niega a cambiar de cadena, sabiendo que las otras televisiones están estropeadas.

¿Qué harías, cómo crees que reaccionarías?

La quito de un golpe… O la amenazo para que se quite del sofá… Le digo a mi madre que necesito ver el programa para un trabajo del colegio… les grito.

Respuesta valorada como: Tolerancia nula.

¿Qué pensarías de ella?

Que sólo lo hace por fastidiarme… Que en realidad no le interesa en absoluto el programa pero que sería capaz de tragarse ocho programas asquerosos sólo por joderme…

Respuesta valorada como: Capacidad de comprensión de la mente ajena egocéntrica.

2. Imagina que has quedado con unos amigos para jugar al baloncesto, pero, cuando llegas, han decidido cambiar de actividad y jugar al fútbol.

¿Qué harías, cómo crees que reaccionarías?

Pensaría que son gili… pero no les diría nada. Me cabrearía… no sé qué haría, igual me iría a casa, no, supongo que me quedaría, pero enfadado, me parecerían unos idiotas, pero, a ver, qué voy a hacer… pues aguantarme y jugar.

Respuesta valorada como: Tolerancia media.

¿Qué pensarías de ellos?

Ya te lo he dicho, pensaría que son gili… no entiendo cómo si hemos quedado para una cosa luego tienen que hacer otra. Que son imbéciles, eso pensaría.

Respuesta valorada como: Capacidad de comprensión de la mente ajena ausente.

chos que constantemente le daban. Tenía discusiones constantes en el colegio, donde provocaba aunque no llegaba a agredir nunca. Como consecuencia de ello, el padre narró cómo el curso anterior un grupo de muchachos le habían estado pegando a diario en el colegio, aunque Ernesto no lo contó, no pidió ayuda ni se defendió (los padres fueron informados por la dirección del colegio).

La madre confirmaba los problemas de conducta de Ernesto, añadiendo su preocupación por la alteración en la alimentación: siendo un chico delgado, decía que estaba gordo y comía sólo lo que quería (lo que había sido habitual a lo largo de su educación), dándole aún en ocasiones su madre de comer. Le describía como un chico tímido a pesar de su agresividad y que «no sabía estar solo». Le preocupaba que era muy influenciable, los celos que tenía con respecto a sus hermanos y su excesiva facilidad para mentir.

Vinculado a los problemas descritos, Ernesto había empeorado el rendimiento escolar desde el curso anterior, con posibilidades de repetir en el

© Ediciones Pirámide

presente curso (1.º de ESO). Además, los padres habían observado que este curso habían dejado de llamarle sus compañeros de baloncesto.

Ambos coincidían en el cambio drástico de la conducta en el lugar donde veraneaban todos los años, donde tenía amigos de su edad y no manifestaba conductas agresivas, a diferencia de la residencia habitual, donde todos los chicos eran menores que él y sólo se relacionaba con los amigos de su hermano.

2. Estilo educativo parental

Uno de los primeros datos recogidos en la primera entrevista con los padres fue que las consecuencias que le planteaban a Ernesto por su conducta eran «excesivas» pero que la mayoría de las veces no se cumplían. Esto sucedía, bien porque el niño pedía perdón, bien porque parecía que le daban igual los castigos o bien porque conseguía incumplirlos «y entonces daba igual castigarle que no». La madre afirmaba además que para que cumpliera un castigo había que «montar bronca». Reconocían la inconsistencia de los límites: el padre decía que a veces se pasaban de rígidos («hipercastigado» todos los fines de semana hasta final de curso), la madre llegaba a veces a darle de comer. Ambos padres reconocían que la vida familiar giraba de algún modo en torno a él.

3. Historia del problema

Apesadumbrado, el padre comentaba que, desde hacía ya dos años, diferentes profesores le habían avisado sobre las dificultades de conducta de Ernesto, pero entonces «no quiso» verlo. La madre reconocía que los episodios de agresividad con ella ocurrían desde hacía aproximadamente cuatro años, con una acentuación de la gravedad en los últimos dos años.

Revisando la historia evolutiva del chico, poco a poco fueron describiendo cómo «casi de toda la vida» había sido «especial», «metido en todos los jaleos», «más travieso que los demás»… con un especial agravamiento de su conducta a partir del nacimiento de su primer hermano, momento en el que su madre dejó de trabajar como secretaria para dedicarse exclusivamente al cuidado de los hijos y mantenimiento del hogar. Para compensarle de los celos, los padres le habían dado siempre más caprichos a él que a los menores.

4. Atención a aspectos positivos

Como aspectos positivos el padre podía señalar que parecía sincero en la expresión de sentimientos de culpa con respecto a la madre (no con respecto a los hermanos), y respondía positivamente al afecto. La madre no coincidía en este segundo aspecto, aunque como único aspecto positivo señalaba que había sido un niño sensible y que aún en ocasiones «lo parecía».

5. Expresión afectiva predominante

El tono emocional sostenido por los padres a lo largo de la entrevista fue intensamente negativo. Transmitían cansancio, malestar y profunda desesperación con el problema con su hijo, que no sabían cómo abordar.

2.2.2. *Entrevista con el chico*

1. Motivo de consulta

El primer contacto con Ernesto fue en entrevista individual, donde, desde el principio, reconoció que «le daba corte» pero sabía que tenía que acudir a las sesiones porque su comportamiento «no era normal». A la pregunta de qué entendía él por un comportamiento fuera de lo normal, aclaró: *«Es que quiero llamar la atención, luego consigo que me cojan manía… en el colegio me ponen negativos... y me han quedado cinco»*. En casa describía sus problemas como *«actúo antes de pensar»,* parecía sinceramente preocupado por las dificultades relacionales con sus padres y totalmente convencido de la injusticia en el trato con respecto a sus hermanos, ya que él siempre «se llevaba las culpas» por ser el mayor. Mostraba enfado por la etiquetación, sobre todo por parte de su madre, como «el nervioso y el problema de la familia». Refería que siempre había sido así, desde que él lo recordaba, atribuyendo el problema a sus hermanos y al modo de ser de sus padres.

© Ediciones Pirámide

Con respecto a la comida, reconocía que siempre le tenían que hacer comidas especiales y que a veces le daban de comer. No le gustaba su apariencia física desde el último verano, en el que se vio las piernas gordas y decidió dejar de comer para adelgazar.

2. Atención a aspectos positivos

Aunque mostró sorpresa y cierta incomodidad por la sugerencia de que dijera algún aspecto positivo de sí mismo, pudo señalar dos aspectos, ambos relacionales: *«Hay gente que dice que soy simpático, y dicen también que soy vergonzoso»*. Es interesante observar la valoración positiva de la timidez, que identificaba con «ser un buen chico».

3. Funcionamiento cotidiano. Intereses y aspectos psicosociales

Su vida cotidiana transcurría en su mayor parte en el colegio, donde comía. Lo recogía habitualmente su madre, acudiendo después a actividades extraescolares (alemán, baloncesto). Algunos días hacía tareas antes de cenar. Decía con orgullo que se acostaba más tarde que sus padres porque se quedaba viendo la televisión o jugando con la *play.* En su tiempo de ocio le gustaba jugar a la *Play Station,* al ordenador y escuchar música. Sólo tenía un amigo de 14 años en el barrio, y a veces jugaba con los amigos de su hermano. Había perdido el contacto con sus compañeros de baloncesto, sin saber a qué atribuirlo. Con respecto al problema con los chicos que le habían estado pegando en el colegio, les justificaba arguyendo que había sido culpa suya por pasarse de «chulo». No lo contó a nadie porque pensó que «no podrían haber hecho nada».

Sus objetivos futuros eran: conseguir una moto cuando tuviera 14 años, sacar unas notas normales, tener muchos amigos, estudiar carrera, trabajar y ser feliz.

4. Expresión afectiva predominante

El tono emocional de Ernesto fue variando a lo largo de la entrevista. Muy defensivo al principio, fue mostrándose más confiado según se le aclaró el secreto profesional y el objetivo de la intervención (buscar su bienestar y el de su familia). Sobre el derecho a la confidencialidad, se le transmitió lo siguiente: *«Lo que hablamos queda en secreto a no ser que entre los dos consideremos que tenemos que hablarlo con tus padres; si hay algo que creo que tienen que saber tus padres, siempre lo consultaré y discutiré contigo antes. El objetivo será siempre ayudarte a estar mejor»*. La emoción predominante expresada en la entrevista era de enfado, especialmente al hablar de sus padres y de las injusticias de las que se consideraba víctima.

2.2.3. *Análisis funcional. Entrevista de devolución*

El análisis funcional es una herramienta útil para organizar la información recogida en la evaluación inicial, planificar la estrategia de intervención por parte del terapeuta y realizar la entrevista de devolución de estos aspectos de un modo comprensible. En la figura 17.1 se muestra el análisis funcional que se empleó en este caso.

Si bien la devolución forma parte del proceso diagnóstico también supone un inicio de intervención, dado que aporta un marco explicativo alternativo del problema. En el caso de Ernesto, se trabajó los miedos de los padres, en especial de la madre, a que su hijo estuviera «loco», explicándole que su conducta respondía fundamentalmente a variables ambientales que ellos podían modificar. En las atribuciones del chico, se tuvo que trabajar con mucho énfasis el estilo atribucional externo (hostilidad de los demás, injusticia…), intentando implicarle de un modo activo en la resolución de sus dificultades mediante el aprendizaje de nuevas estrategias.

Emocionalmente, se debía destacar la importancia del deterioro en la interacción padres-hijo que, inmersos en un ciclo interpersonal aversivo para ambas partes, habían llegado a convertirse en estímulos aversivos mutuos, dados los métodos de control aversivo y coercitivo que ejercían sobre la otra parte. En la devolución con los padres, se enfatizó cómo con la modificación de los principios educativos empleados no sólo iban a conseguir ser

© Ediciones Pirámide

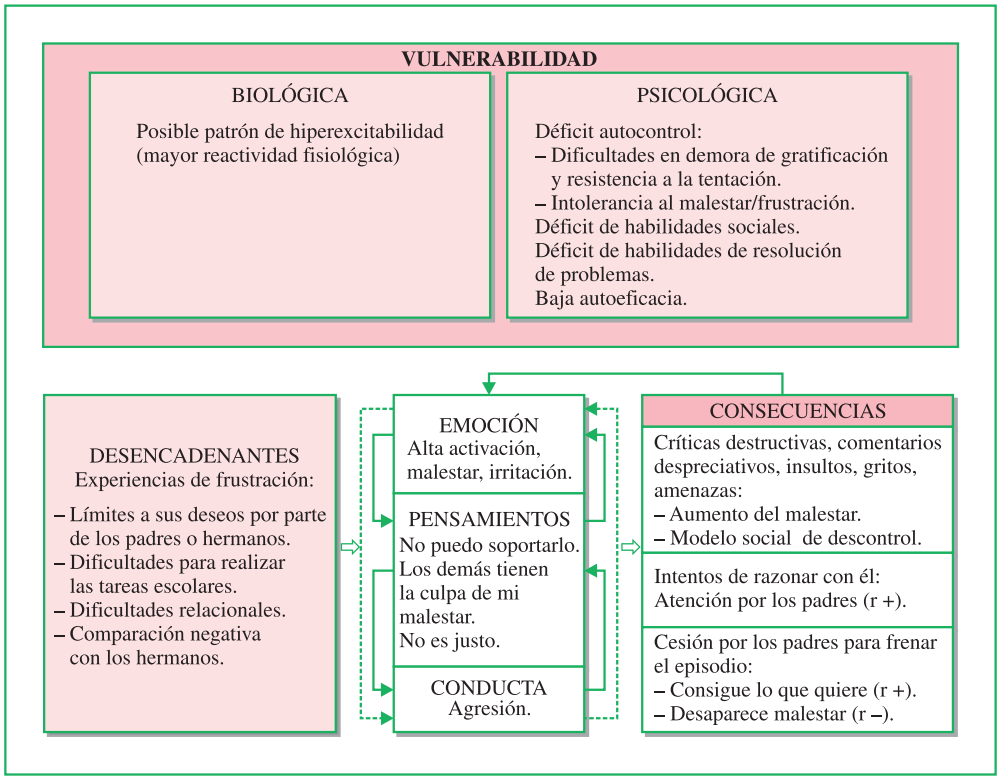


Figura 17.1.—Análisis funcional de las conductas agresivas de Ernesto.

más eficaces, sino que iban a poder *reencontrarse emocionalmente* con su hijo. En la devolución con Ernesto, se destacó la ventaja de conseguir muchas más cosas de las que tenía ahora (tener amigos, negociar con los padres sus deseos) sin las consecuencias negativas que en ese momento se daban (relación conflictiva con sus padres, malestar consigo mismo, ser etiquetado como «el malo» de la familia, castigos, amenazas, etc.).

2.3. Tratamiento

2.3.1. *Objetivos terapéuticos*

En líneas muy generales, el planteamiento se inició con los siguientes objetivos acordados con los padres:

— Entrenamiento en habilidades básicas parentales, favoreciendo la aparición de respuestas que cortocircuitaran, y no reforzaran, las conductas agresivas.
— Reducir el nivel de emocionalidad negativa expresada en los conflictos con Ernesto.
— Aumentar el nivel de emoción positiva transmitida en las interacciones con Ernesto.

Con Ernesto se acordaron los siguientes objetivos:

— Aprendizaje de estrategias básicas de autocontrol, que los padres apoyarían.
— Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
— Entrenamiento en habilidades sociales, con especial énfasis en la asertividad como al-

© Ediciones Pirámide

ternativa a la agresividad (relaciones familiares) y la pasividad (relaciones con iguales).

Todo ello trabajando sobre las interpretaciones de malas intenciones en el otro y baja autoeficacia, que facilitaban la tendencia a emitir respuestas agresivas.

En las entrevistas conjuntas se trabajaron especialmente habilidades de comunicación y negociación por ambas partes.

2.3.2. *Procedimiento*

Una vez finalizada la evaluación, se iniciaron sesiones de 45-50 minutos para sesiones individuales o sólo con padres, y de 75 minutos para sesiones conjuntas con una frecuencia media de 10 días. Cada dos sesiones individuales, se mantenía una entrevista sólo con padres o conjunta. En el intervalo entre sesiones, tanto Ernesto como sus padres tenían disponible el número de teléfono del centro para establecer comunicación con la terapeuta en caso de que lo necesitaran, con el acuerdo previo de que, si eran los padres los que llamaban, Ernesto tendría noticia de la conversación telefónica y podría preguntar, a ellos o a la terapeuta, los aspectos básicos que se habían tratado en la conversación. Se enfatizó esta transparencia por la tendencia del chico a hacer interpretaciones de daño en cualquier acto ajeno. Esta vía de comunicación fue empleada por la madre en dos ocasiones.

Un problema adicional que se planteó a mitad de tratamiento fue que Ernesto se negó a acudir a su sesión individual, tras una incidencia que había tenido después de un largo período de mejoría. Ya que el planteamiento que hizo a la madre era totalmente desafiante y que uno de los objetivos del tratamiento era que los padres, y en especial la madre, no entraran a prestar atención a los desafíos constantes de Ernesto, la terapeuta hizo lo mismo y tranquilizó a la madre informándola de que se mantenía el tiempo de la sesión reservado y que, si Ernesto finalmente decidía no acudir, acudirían los padres para poder seguir ayudándole; él se perdería la sesión. No fue necesario, ya que Ernesto asistió sin necesidad de coerción por parte de los padres.

La duración del tratamiento ha sido de un año, con períodos de vacaciones en verano (un mes), Navidad y Semana Santa, y con reducción de la frecuencia de sesiones en los dos últimos meses.

2.3.3. *Estrategias terapéuticas empleadas*

2.3.3.1. Estrategias terapéuticas con los padres

— **Habilidades paternas básicas.** Como se exponía más arriba, el objetivo básico es ayudar a los padres a interiorizar los principios del manejo de contingencias para analizar y dar respuesta a cualquier problema de conducta en sus hijos. A ese fin, se trabajaron pautas educativas básicas, con un breve resumen por escrito (véase la tabla 17.2), que contenía recomendaciones referentes al modo de dar instrucciones, el reforzamiento social de las

TABLA 17.2

Recordatorio de apoyo para los padres sobre las normas en el entorno familiar

Una norma es:

— Una conducta específica y concreta que exigimos a una persona.
— Para la que se especifican unas consecuencias que pueden ser positivas o negativas.

Y no es:

— Un chantaje.
— Una venganza.
— Un «pronto» que depende de nuestro estado de ánimo.

© Ediciones Pirámide

TABLA 17.2 *(continuación)*

Por ello deberemos:

— Especificar claramente qué tiene que hacer y cómo.
— Especificar claramente que consecuencias acarrea hacerlo o dejarlo de hacer.
— NO MOSTRAR DESACUERDO DELANTE DEL NIÑO.

Para que sean efectivas...:

— Deben ser pocas, pero necesarias.
— Deben poder supervisarse, para comprobar si se cumplen o no.
— Deben ser adecuadas a la edad del niño.
— Deben ser coherentes con nuestro modelo de comportamiento.
— Deben dar alternativas (mejor «haz...» que «no hagas... no hagas... no hagas...»).
— Deben elaborarse con el conocimiento del niño, según su edad.
— Deben conocerse y advertirse previamente.
— Deben cumplirse sistemáticamente, sin «sermoneos», cesiones, ni excesivas advertencias (evitar «dar más avisos que a un torero»: establecer un tiempo límite de cumplimiento y aplicar consecuencias).

Cuanto más pequeño sea el niño...:

— Más inmediata debe ser la aplicación de consecuencias.
— Menos discurso verbal deberemos usar.
— Más leves deben ser los castigos (por ejemplo, minutos en habitación: tantos como años tenga el niño).

Las mejores consecuencias:

— REFUERZO POSITIVO: La presencia de algo que le guste.
— CASTIGO NEGATIVO: La ausencia de algo que le guste. Por ejemplo: la atención de sus padres en ese momento (que no es lo mismo que retirarle el cariño), «retirada de privilegios»...

REFORZAR no es chantajear ni acostumbrar al niño a cosas materiales: un refuerzo puede ser prestarle atención o hacerle un elogio, sonreírle... No se trata de «hacer una fiesta» cada vez que haga algo bien, pero tampoco caigamos en el error de no reforzarle con el supuesto de que «es lo que debería hacer» o «es lo normal»: eso no le motivará, y entraremos en círculos viciosos peligrosos.

Al elogiar:

— Especifica los motivos del elogio.
— No desprecies lo que consideras «lo normal»: refuérzalo, prémialo con tu atención y tu elogio.
— Cuando elogies, no critiques: no le recuerdes cuando lo hizo mal, eso es «trampa» y destroza todos los efectos positivos que podría tener el elogio.
— Aprende a valorar los pequeños pasos de tu hijo. El camino se hace poco a poco…

Es importante recordar que las conductas que no obtienen consecuencias, no merecen la pena: tienden a desaparecer. Para ello debemos EVITAR PRESTAR ATENCIÓN al niño cuando haga algo negativo. Para facilitarlo, podemos abandonar la habitación, dejándole solo. Es importante saber que cuando se empieza a aplicar esta técnica LA CONDUCTA AUMENTA. Se trata de ser persistente, ignorando ese aumento, y prestar atención en cuanto se comporte de forma adecuada.
Cuando tu hijo «meta la pata» ayúdale a mantener la calma MANTENIENDO LA CALMA TÚ. Es complicado, pero no le podrás pedir que se controle si tú no lo haces: las personas aprendemos fijándonos en los modelos más significativos para nosotros. Acuérdate de que tu hijo no lo hace «para fastidiarte», aunque a ti te lo parezca: tiene un problema, y la mejor forma de ayudarle es mantener un ambiente tranquilo para frenar su malestar.

© Ediciones Pirámide

conductas adecuadas, extinción de conductas inadecuadas, importancia del moldeamiento, y uso adecuado del modelado social.

Si bien las bases de los principios educativos son muy claras y aparentemente sencillas, la complicación comienza cuando les pedimos a los padres que las apliquen de forma consistente, lo que supone romper con dinámicas familiares muy bien establecidas, patrones habituales de comportamiento en el grupo familiar. Para comprender y superar las dificultades paternas al seguir estos principios, el psicólogo deberá ser paciente, atender y señalar la interacción entre conductas-pensamientos-emociones que se da en los padres con el fin de crear alternativas más sanas.

Uno de los pilares básicos en este proceso es la consecución de un mayor *autocontrol* por parte de los padres que, habitualmente, se «enganchan» con la conducta de su hijo, tratándole como un igual y perdiendo el control, lo que, paradójicamente, critican en su hijo. No sólo pierden así su rol de autoridad y su capacidad para contener el descontrol de impulsos, sino que además se convierten en potenciadores de sentimientos de frustración, malestar, y activación a través de sus críticas y su propia activación emocional.

En el trabajo de las respuestas de contra-agresión dadas por los padres resulta especialmente útil abordar las interpretaciones que dan a la conducta de su hijo, generando alternativas que les ayuden a mantener respuestas más tranquilas y calmadas, con una mayor distancia emocional. La lectura que los padres de Ernesto solían realizar de la conducta de su hijo se basaba en atribuirle una mala intención, pensando que constantemente «les buscaba» para hacerles daño y que, en el caso de la madre, lo conseguía. El padre enfatizaba en su interpretación el *desprecio* a su autoridad, y lo tomaba como una lucha de poder, en la que entraba. Se trabajó con ellos la posibilidad de que Ernesto efectivamente les «buscara» pero no por la intención de hacerles daño, sino porque era la manera que había aprendido de conseguir su atención: de ellos dependía en gran parte demostrarle que ya no iba a ser así. Para reducir la intensidad emocional de las atribuciones paternas, resultó de gran utilidad intentar ver, tras las emociones más duras (enfado, ira, agresión), otras emociones más «suaves» como la vulnerabilidad, soledad y miedo que en ocasiones subyacían a los comportamientos de Ernesto.

Una de las primeras y más eficaces estrategias empleadas para evitar el enganche de los padres en las conductas agresivas de Ernesto fue enfatizar la importancia de «dejarle solo con su enfado» cuando se irritaba. Habitualmente, la respuesta de los padres era intentar calmarle en principio con discursos verbales interminables y, cuando la irritación del chico aumentaba y él intentaba abandonar la habitación donde se encontraban, le seguían, criticándole, e intentando que reconociera su error y pidiera perdón inmediatamente. Con ello no sólo no conseguían lo que querían, sino que contribuían a que aumentara la irritación de Ernesto, desencadenando episodios de mayor agresividad. Se reinterpretó la conducta de Ernesto de salir de la habitación como una respuesta sana para intentar manejar su enfado y se insistió a los padres en la importancia de que respetaran ese tiempo de separación que el chico necesitaba para regular sus propias emociones. Ya que la elevada activación emocional le impedía en ese momento escuchar lo que decían, era mejor posponer la conversación hasta que se hubiera tranquilizado, momento en el que se le comunicaría, con la mayor neutralidad emocional posible, la consecuencia que tendría (retirada de algún privilegio).

El *manejo de la responsabilidad paterna* fue otro de los aspectos más importantes a trabajar con los padres de Ernesto. En la estructura familiar, el padre ostentaba la autoridad de un modo rígido e inconsistente mientras que la madre realizaba pactos con su hijo a espaldas de su marido, perdiendo toda autoridad con su hijo y desautorizando de este modo también al padre. Cuando se sentía desbordada por la situación, «amenazaba» con contárselo al padre, lo que provocaba una reacción de miedo y enfado en Ernesto, que llegó a amenazarla con un palo de hockey en esas ocasiones.

A pesar de que desde el primer momento se enfatizó la importancia de establecer unas normas unificadas por parte de los dos, sin manifestar desacuerdo en presencia de Ernesto, estas situaciones

© Ediciones Pirámide

se repitieron constantemente. Analizando más en profundidad por qué surgían estas dificultades, se observó que la madre evitaba todo conflicto, ya que temía la reacción descontrolada del padre, y las consecuencias de ésta en la conducta de Ernesto. El padre, que habitualmente no se implicaba demasiado en la educación cotidiana de los hijos (como se reflejó también en la asistencia a las sesiones), reaccionaba rígidamente ante cualquier incidente con descalificaciones, amenazas de castigos desproporcionados y lejanos en el tiempo (quedarse sin salir todo un curso, irse a un internado, quedarse sin las vacaciones en el único lugar donde tenía amigos), llegando a la agresión física en alguna ocasión. Estos castigos rara vez se cumplían completamente, pero asustaban a Ernesto y le generaban mayor frustración y enfado contra sus padres. Tal y como él lo describía, se sentía «constantemente amenazado, pero a destiempo». La rigidez de pensamiento se reflejaba también en la falta de discriminación entre faltas realmente graves (amenazas e intentos de agresión a la madre, insultos a ambos padres) y faltas leves o incluso dentro de la normalidad evolutiva (como, por ejemplo, llegar diez minutos más tarde de la hora acordada para volver a casa), con respuesta emocional desproporcionada en todos los casos. La madre, en un exceso de *comprensión* mal entendida, intentaba ayudar a su hijo negociando con él a cambio de no comunicarle al padre su falta. Con ello, se reforzaba la ausencia del padre en la educación del chico y se favorecía que su enfado cuando se enteraba de las faltas fuera desproporcionado; asimismo, la madre perdía toda posición de autoridad.

En el abordaje de la dinámica parental, la madre tuvo que comprometerse a mantener informado al padre sobre las incidencias con Ernesto, mientras que el padre tuvo que aprender a flexibilizar y dar un lugar de autoridad a la madre, respetando la capacidad de negociación que ella tenía y que sistemáticamente despreciaba por parecerle «demasiado blanda». Con ambos, pero especialmente con la madre, se enfatizó la importancia de interpretar los límites como una forma de ayudar a Ernesto y de ayudarse a ellos mismos: si bien el chico se enfadaba cuando le ponían un castigo haciéndola sentir «una mala madre», el hecho de ayudarle a experimentar las consecuencias de sus actos era muestra de su interés y preocupación por él, ya que lo hacían para cuidarle y que no siguiera haciéndose y haciéndoles daño. Hubo que insistir en la importancia de que estos castigos fueran consecuencias de sus actos impuestas con la máxima neutralidad emocional, y no «castigos emocionales» como decirle que ya no era su hijo o que no iba a hablarle de por vida. También con ambos, pero especialmente con el padre, se trabajó la importancia de reducir el discurso verbal, sobre todo las críticas negativas (que constituían la forma de castigo habitual del padre), y sustituirlas por castigos basados en la retirada de privilegios, proporcionados pero consistentes en su cumplimiento.

En todo momento se evitaron los juicios de valor respecto a las pautas educativas sostenidas hasta el momento, entendiendo que lo habían hecho lo mejor que habían podido y sabido, pero, ya que parecía demostrado que las estrategias seguidas hasta ahora no habían sido muy eficaces, se imponía la necesidad de explorar nuevas alternativas.

— **«Reducir la trama, ampliar la contratrama»** (Freeman, Epston y Lobovits, 1997): Con el objetivo de trabajar los aspectos emocionales expresados en la relación familiar, enfatizando la importancia de la atención positiva y las consecuencias que ello tenía en la autoimagen de Ernesto, se pidió a los padres que elaboraran un listado con «excepciones» cotidianas del comportamiento de Ernesto en las que destacaran sus habilidades, intenciones, actitudes y conductas positivas, señalándole a su hijo que las habían visto y las valoraban. El inicio de esta tarea fue complicado y con resistencias por parte de los padres, que o bien no veían ninguna cosa buena en su hijo, o bien sólo apreciaban la ausencia de cosas malas, con lo que la atención positiva se convertía en realidad en reproche por cuestiones pasadas. Ernesto percibía esta imagen de sí que tenían sus padres y reaccionaba con dolor y alteraciones de conducta para hacerles daño («ya que les doy vergüenza, que les dé vergüenza de verdad»). Con ayuda de la tarea de *«cazar las cosas buenas»* realizada a diario por los

© Ediciones Pirámide

padres, se fue generando una definición de Ernesto cada vez más positiva, más engrosada de detalles, más enriquecida, a la vez que se debilitaba la imagen patológica y problemática que hasta entonces había transmitido de él la familia, el colegio y él mismo.

— **Habilidades de comunicación.** En las entrevistas comunes con Ernesto, se abordaron los conflictos enfatizando la importancia de poder escuchar los sentimientos de la otra parte, intentar hablar desde las emociones suaves (dolor, daño, miedo, vulnerabilidad) y no desde las duras (enfado, ira, venganza). Esto facilitó que los padres pudieran ver en el chico emociones que no había expresado en el contexto familiar, y que, a su vez, Ernesto pudiera valorar en sus padres el cuidado y la preocupación en vez de la venganza y la agresividad que habitualmente percibía. Asimismo, las entrevistas conjuntas sirvieron para aprender a negociar normas y consecuencias de un modo flexible y tranquilo, aunque fue un proceso no exento de incidentes. El primer listado de normas-consecuencias, a modo de contrato conductual, fue roto por Ernesto en un episodio de agresividad. En la siguiente sesión, se pudo reparar el listado y retomar los pactos. De un modo progresivo, Ernesto fue asumiendo los castigos sin exteriorizar su enfado de un modo desadaptativo. En las etapas más avanzadas, pudo incluso iniciar negociaciones con su padre cuando estaba en desacuerdo con la consecuencia impuesta. Además del cumplimiento de normas en el hogar, los temas tratados en las sesiones conjuntas fueron los estudios y las amistades de Ernesto. El padre, aparentemente desinteresado en unas ocasiones, retomaba el interés de un modo sobreimplicado y controlador, intentando seleccionar los nuevos amigos de su hijo y sus salidas y llevar un control directo de las tareas escolares. Se acordó un control del estudio mediado con profesores (que solicitaban periódicamente las tareas a Ernesto, con consecuencia inmediata si no cumplía) y se negociaron los privilegios de una paga regular, salir fuera del pueblo con los amigos un día del fin de semana en transporte público (sábado), salir fuera de la urbanización cerrada el resto de días del fin de semana (viernes, domingo). Estas responsabilidades exigían que Ernesto cumpliera de un modo responsable en casa y en el contexto escolar.

2.3.3.2. Estrategias terapéuticas individuales

El primer objetivo planteado con Ernesto fue aprender estrategias básicas de *autocontrol,* en lo que tuvo especial importancia:

— Fomentar una **valoración positiva del autocontrol,** reinterpretándolo como una forma de cuidarse y de ser inteligente, haciendo lo que más le conviene, ya que hasta el momento lo interpretaba como «ceder» y que el otro (sus padres o sus hermanos) «se saliera con la suya». Partiendo de la elevada reactancia de Ernesto, que detestaba que le mandaran, se reinterpretó negativamente el descontrol como una forma de dejar el control al otro (y, por tanto, de «dejarse mandar»).

— El **autorregistro,** discriminando emoción-pensamiento-conducta, fue de gran utilidad para poder diferenciar sentir una emoción (enfado, totalmente comprensible en determinadas circunstancias) y «sacarla fuera» en forma de conducta. Sirvió, además, para observar la predisposición a interpretaciones de minusvaloración o mala intención en el otro que tenía Ernesto, y poder plantearse interpretaciones alternativas que disminuyeran la posibilidad de dar una respuesta agresiva (véase la tabla 17.3). Por las dificultades de discriminación entre emoción y conducta (ya que en la mayoría de los casos era «todo uno»), con Ernesto resultó útil la definición de emoción como «eso que nos entran ganas de hacer, aunque al final no lo hagamos». A partir de esa conceptualización, en la columna de emociones dejó de escribir un genérico «muy mal» y empezó a dar descripciones detalladas de sus emociones basadas en intenciones de conductas.

© Ediciones Pirámide

TABLA 17.3

Ejemplos de autorregistros completados por Ernesto

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Consecuencia	Pensamiento alternativo
Mis padres no me quieren llevar al centro comercial.	Lo hacen por fastidiarme.	Mucha rabia.	Les grito, doy portazos, tiro cosas a mi madre.	Mi madre se enfada conmigo, me deja de hablar, igual no me llevan.	Les vendrá mal llevarme al centro, son unos cómodos.
Mi padre me critica, dice que soy un vago.	Para fastidiarle, paso de hacer nada en toda la tarde.	Muy mal, muy enfadado, tengo ganas de pegarle.	Le contesto mal y con desprecio.	Me castiga sin salir un mes.	Voy a demostrarle que no soy ningún vago.
Mi madre me dice que estoy loco por gritar a mi hermana, que me ha quitado el mando de la televisión.	Es tonta, siempre tiene que decir las cosas a destiempo.	Me odia, siempre tiene que verme como el problemático y mi hermana como una santa.	Grito también a mi madre, la escupo y la empujo.	Otra vez me ha dejado de hablar, y ha dicho que esta vez se lo dice a mi padre.	No hay otra alternativa: ¡es que se le va la olla!
No me sale el ejercicio de mate, no lo entiendo.	Ya está otra vez esta mierda demostrándome lo inútil que soy.	Fatal, estoy harto, no me sale, me da rabia, me entran ganas de quemarlo, romper el boli, tirarlo al váter, mandarlo a la mierda.	Al día siguiente hago como que se me olvida el cuaderno.	Me quedo sin recreo.	Podría reconocer que no lo sé hacer y pedir ayuda, pero no me apetece. A lo mejor los demás tampoco saben hacerlo.
El profesor me regaña cuando estoy separando a dos compañeros.	Los mayores no se enteran de nada, lo entienden todo al revés, esto es una injusticia.	¡Ganas de matarle!	Le grito «no te enteras de nada».	Me ponen un parte.	Se lo tengo que intentar explicar. Fui a hablar con el profesor y a contarle lo que había pasado. Otros compañeros también se lo habían contado. El profesor me creyó.
Un imbécil de la panda me llama larguirucho.	Se ríe de mí, él y todos; me tengo que hacer respetar. Es un imbécil que se merece una lección.	Ganas de darle.	Le di un puñetazo, nos peleamos.	Mis padres me castigaron sin salir un fin de semana.	Estaba bromeando, aunque no me gustan las bromas.

© Ediciones Pirámide

— **Estrategias de autocontrol basadas en control de estímulos y técnicas de distracción.** Ernesto intentaba irse a la habitación cuando observaba que se enfadaba «demasiado»; sin embargo, los padres iban detrás intentando hablar con él, lo que le agobiaba y le enfadaba más. Con el compromiso de los padres, se acordó que cuando se enfadara se iría a su habitación, a escribir, dibujar, o escuchar música hasta que se le pasara el enfado. El empleo de técnicas de respiración fue ocasional, según las preferencias de Ernesto.
— **Análisis de consecuencias,** incluidas en el autorregistro, y elaborando un balance positivo-negativo de dejarse llevar por el impulso agresivo en situaciones en las que había ocurrido y en situaciones hipotéticas planteadas en sesión.

Un segundo aspecto básico del tratamiento individual con Ernesto fue el entrenamiento en *habilidades de solución de problemas,* especialmente problemas interpersonales. Reforzando su sinceridad al contar en terapia los conflictos que tenía, sin reforzar los hechos que estaba narrando, se consiguió que reconociera la existencia de problemas, que al principio siempre negaba. A partir de los problemas planteados, se trabajaba en sesión la generación de alternativas, valoración de cada una, planificación de la solución más ventajosa y ensayo mediante *role-playing,* mientras que, como tarea para casa, Ernesto realizaba el ensayo de la solución elegida en el período intersesiones. Un trabajo complementario importante fue, de nuevo, abordar las atribuciones de intención que realizaba Ernesto en sus problemas interpersonales, para poder generar alternativas que disminuyeran la probabilidad de una respuesta agresiva. La resolución de un conflicto en el instituto, por una confusión con un profesor, fue el primer logro que realizó, aumentando de forma importante sus expectativas de autoeficacia a partir de ese suceso, y generalizando de una forma progresiva a las relaciones con iguales y al contexto familiar.

Combinado con lo anterior, se trabajaron aspectos deficitarios en *habilidades sociales* de Ernesto, en especial aquellos referidos a la asertividad y la empatía. Una herramienta especialmente útil fue el *role-playing* y el empleo de las sesiones conjuntas con los padres para moldear las respuestas asertivas en un conflicto. Asimismo, se trabajó con los padres que facilitaran relaciones con chicos de su edad fuera de la urbanización (de la que no le dejaban salir hasta el momento, y en la que no había chicos de su edad). Según se redujeron los conflictos, Ernesto volvió a salir con sus amigos de baloncesto e hizo nuevos amigos en el colegio. Una vez más, hubo que trabajar las interpretaciones realizadas en sus interacciones, tendentes a predecir la crítica, la burla o el desprecio. Como puede observarse en el registro reproducido en la tabla 17.3, la generación de alternativas era en principio pobre y limitada a inferencias en la misma línea de pensamiento.

2.3.4. *Adaptación de las estrategias terapéuticas para otras edades*

En el caso de Ernesto, dada su edad, no se utilizó un marco de juego en la terapia y en las tareas para casa. En el caso de niños con menor edad, los procedimientos a emplear son los mismos, si bien se usan con un planteamiento más lúdico y adaptado a las posibilidades del pequeño. Así, el autorregistro puede ser sustituido por una visualización de la conducta diaria mediante *calendario de iconos,* y las relaciones pensamiento-emoción-conducta pueden ser trabajados con *dibujos* y *viñetas tipo cómic* (con bocadillos alternativos de pensamientos y conductas verbales). La *economía de fichas* se ha mostrado como un procedimiento especialmente eficaz para estructurar el sistema de refuerzos en la familia, con la posibilidad de combinarlo con el calendario de iconos. La *tarea de cazar las cosas buenas* puede convertirse en un eje importante de las sesiones individuales con los niños en los que el padre o la madre dicten los aspectos que han observado y apuntado en el período intersesiones y el niño lo vaya anotando en la pizarra y explicándoselo al terapeuta. El objetivo de mejorar la calidad de la atención al niño puede realizarse, siguiendo la recomendación de Barkley (1997),

© Ediciones Pirámide

reservando un *tiempo especial* (15-20 minutos diarios) para juego libre de los padres con los niños, en los que los padres no cuestionen, manden ni critiquen al chico y realicen comentarios positivos frecuentes y específicos, ignorando las conductas inapropiadas.

2.4. Evolución, resultados y discusión

Ernesto mostró una esperanzadora mejoría al principio del tratamiento, que pudo asociarse con diferentes factores. En primer lugar, con la ayuda de los registros realizados por los padres, se observó que los episodios de agresividad en casa se reducían drásticamente en los períodos de vacaciones, lo cual apoyaba la hipótesis de que las conductas agresivas se desarrollaban con mayor probabilidad ante experiencias de frustración como las que sufría Ernesto en el ámbito académico. Además, pasados dos meses desde el inicio del tratamiento, se apoyó la iniciativa de los padres de llevarle a un campamento de verano a pesar de los temores paternos por los conflictos que el chico pudiera ocasionar. Ernesto hizo amigos y no tuvo problemas con las normas, lo cual aumentó sus expectativas de autoeficacia con respecto a sus habilidades sociales y el control de su propia conducta. No volvió a hacer comentarios negativos sobre su físico ni a presentar alteraciones de alimentación, más allá de algún capricho esporádico. El inicio del tratamiento, con la esperanza en el cambio, la generación de expectativas positivas y la atención prestada por los padres fueron también factores generales que pudieron contribuir al cambio inicial. Sin embargo, aunque estos factores son importantes y a veces necesarios para inducir motivación al tratamiento, no son suficientes para sostener el cambio. No era suficiente con evitar frustraciones (período de vacaciones): había que aprender a tolerarlas. No era suficiente con hacer amigos: había que aprender a mantenerlos. No era suficiente con «no tener problemas»: había que tener problemas y saber resolverlos. En esos momentos fue cuando realmente empezó el trabajo terapéutico en profundidad y surgieron las dificultades.

Por parte de los padres se dio un cambio similar: al principio del tratamiento siguieron las recomendaciones, lo cual se facilitó por el cambio positivo dado por Ernesto, pero posteriormente «se relajaron», volviendo a las pautas habituales (desacuerdos de normas, amenazas sin cumplir, castigos inconsistentes…). Esta situación es bastante frecuente: a menudo cuando los padres comentan un empeoramiento del chico, que «ya está otra vez» con sus conductas, el terapeuta tiene que señalarles que también ellos «ya están otra vez» con sus antiguos patrones de comportamiento… Actualmente, en la fase de seguimiento, aún hay que realizar recordatorios sobre las pautas nuevas frente a las pautas antiguas.

A pesar de todo, los padres han ido reconociendo los cambios en Ernesto y en ellos mismos, y se ha dado un mayor acercamiento emocional con su hijo. En los registros realizados por ellos, los episodios de agresividad han disminuido su frecuencia hasta prácticamente desaparecer y han reducido drásticamente su intensidad (valoración 1 cuando aparecen). Valoran muy positivamente que, cuando tienen un conflicto, Ernesto les pide perdón sinceramente y no perpetúan el enfado entre todos como ocurría antes.

Progresivamente, el cambio de Ernesto se ha ido afianzando cada vez más, en un proceso que no ha estado carente de dificultades. Continúa habiendo discusiones, y continuarán durante un largo tiempo dada la edad del chico y su elevada reactancia, pero ha sido capaz, en sus palabras, de «acostumbrarse a los castigos», reconocer que hay cosas que «le fastidian pero le benefician», enfadarse sin descontrolar, e incluso poder negociar. En la escala de bienestar empleada en la primera evaluación actualmente él mismo se sitúa en un 7. La valoración que se realizó mediante situaciones hipotéticas, aunque insuficiente para un análisis cuantitativo, dejó apreciar un cambio positivo en la tolerancia a la frustración y capacidad para comprender la mente ajena, que en el caso de Ernesto parecían básicas en la generación constante de problemas interpersonales (véase la tabla 17.4).

A lo largo de todo el proceso terapéutico, resultaron fundamentales el sentido del humor y el es-

© Ediciones Pirámide

TABLA 17.4

Situaciones hipotéticas para la valoración de tolerancia a la frustración y la comprensión de la mente ajena. Respuestas postratamiento

1. Imagina que quieres ver tu programa favorito en la televisión, pero, cuando llegas, tu hermana está viendo otro programa y se niega a cambiar de cadena, sabiendo que las otras televisiones están estropeadas.

¿Qué harías, cómo crees que reaccionarías?

Me entrarían unas ganas de quitarla de en medio… pero no lo haría, ahora me aguanto más. Le pediría que me dejara verlo, pero no me dejaría… Así que grabaría mi programa para verlo después. O me iría a casa de Tato (vecino) a verlo. Intentaría verlo de todas todas… Y ya si veo que no puedo, la intentaría convencer otra vez a base de darle la plasta…

Respuesta valorada como: Tolerancia media.

¿Qué pensarías de ella?

Que va a su aire… que le apetece ver ese programa y no le apetece ver el mío, y que siempre tiene que ser lo que ella diga.

Respuesta valorada como: Capacidad de comprensión de la mente ajena abierta.

2. Imagina que has quedado con unos amigos para jugar al baloncesto, pero, cuando llegas, han decidido cambiar de actividad y jugar al fútbol.

¿Qué harías, cómo crees que reaccionarías?

Me cogería un cabreo... porque si hemos quedado para una cosa, hemos quedado... Se lo diría pero me quedaría, lo sé porque ya me ha pasado: el otro día habíamos quedado para ir al cine y cuando llego dicen que es un agobio, que hay mucha gente y que nos vamos a la plaza… les dije que lo podían haber pensado antes... Pero fuimos, al final nos lo pasamos bien, la verdad es que me reí. Y mis padres fueron al cine y no pudieron entrar de la gente que había.

Respuesta valorada como: Tolerancia alta.

¿Qué pensarías de ellos?

Pues qué voy a pensar… que han cambiado de opinión. Me sentaría mal pero igual yo habría hecho lo mismo en su lugar. Que se lo han pensado mejor y han cambiado los planes en el último momento. Eso a veces pasa.

Respuesta valorada como: Capacidad de comprensión de la mente ajena abierta.

tablecimiento de una buena alianza terapéutica con el chico, así como un constante respeto por sus opiniones y el énfasis en su papel como agente activo de cambio (la primera pregunta cuando las cosas iban mejor era «¿y cómo lo has conseguido?»). Esto aumenta la autoeficacia del chico, que realiza una atribución interna del cambio realizado, y le ayuda a intentar descubrir qué variables le ayudan en ese proceso.

Mantener el optimismo y el buen humor en estos casos no siempre es fácil, pero resultan muy necesarios para que el terapeuta no vea afectada su postura y su capacidad para ayudar. A pesar del pesimismo de muchos profesionales sobre este problema, la investigación está empezando a demostrar varias líneas de intervenciones con éxito, lo que da lugar a la esperanza. Es más, dado el fenómeno de la profecía autocumplida, es reco-

© Ediciones Pirámide

mendable que el profesional que no espera ningún resultado positivo de un chico se plantee un cambio de perspectiva o, en su defecto, la derivación a otro profesional. Si bien es cierto que el éxito es mayor en intervenciones tempranas, presentando un caso de un chico de mayor edad teníamos el objetivo de demostrar que, aunque es difícil, no es imposible, y estamos en una obligación ética y profesional de dar respuesta también a estos problemas.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Valoración de la tolerancia a la frustración y comprensión de la mente ajena

Observa las situaciones hipotéticas planteadas en la tabla 17.1 para valorar la tolerancia a la frustración y comprensión de la mente ajena:

— ¿Qué otras situaciones se te ocurre que podrían ser útiles para evaluar estos aspectos?
— ¿Coincidirías con las valoraciones realizadas por los evaluadores?
— ¿Qué ventajas crees que tiene la realización de instrumentos de evaluación ad hoc*?* ¿Qué inconvenientes?
— ¿Qué ventajas tiene incluir este tipo de variables en la evaluación? ¿Y qué inconvenientes o críticas puede hacerse a su inclusión?

2. Trabajo sobre el autorregistro

Lee detenidamente el autorregistro de Ernesto (tabla 17.3) y contesta las siguientes preguntas:

— ¿Qué aspectos te parece que habría que trabajar en sesión?
— ¿Qué aspectos crees que no están recogidos adecuadamente? ¿Cómo harías para corregir esos aspectos sin que se sintiera cuestionado?
— ¿Qué otros autorregistros posibles se te ocurre que podrían resultar útiles?
— ¿Cómo adaptarías la posibilidad de un autorregistro útil a un niño de 7 años?
— ¿Cómo afrontarías el hecho de que el chico no trajera los autorregistros nunca hechos?

3. Trabajo sobre el análisis funcional y la entrevista de devolución

— ¿Qué ventajas e inconvenientes observas en realizar la entrevista de devolución conjunta o por separado? ¿En qué basas tus preferencias?
— Adapta el análisis funcional expuesto en la figura 17.1 —o uno alternativo creado por ti—, con el fin de preparar la explicación que les darías a los padres y al chico en la(s) entrevista(s) de devolución sobre el origen y mantenimiento del problema y los objetivos de la intervención.

4. Intervención en sesiones conjuntas

Dramatización, en grupos de cuatro, de entrevista conjunta en la que se aborda última discusión familiar:

> *A raíz de una discusión sobre los amigos de Ernesto, el padre realizó un comentario despreciativo sobre su mejor amigo y Ernesto se enfureció gritándole «te voy a matar, hijo de puta». El padre le pegó una bofetada.*

El objetivo es aumentar la comprensión de los significados emocionales implicados en el comportamiento de cada una de las partes y las del propio terapeuta. Con el fin de facilitar el análisis desde las emociones de cada uno, cada personaje deberá ir contestando las siguientes preguntas:

© Ediciones Pirámide

— Ernesto: ¿cómo se siente? (avergonzado, asustado, envalentonado…), ¿cómo ve al padre?, ¿cómo percibe a la madre?, ¿cómo vive al terapeuta?
— Madre: ¿cómo se siente?, ¿cómo percibe a su hijo?, ¿cómo percibe a su marido?, ¿cómo percibe al terapeuta?
— Padre: ¿cómo se siente?, ¿cómo percibe a su hijo?, ¿cómo percibe a su mujer?, ¿cómo percibe al terapeuta?
— Terapeuta: ¿cómo se siente?, ¿cómo percibe a cada miembro del grupo familiar?, ¿cómo promovería el acercamiento emocional en la familia tras este incidente?, ¿qué cambios ve posibles en cada uno?, ¿cómo movería o sugeriría ese cambio?

5. Trabajo sobre situaciones problema

Realizar por grupos una lluvia de ideas y *role-playing* de la solución o soluciones acordadas por el grupo sobre las siguientes situaciones problema:

— ¿Cuál sería tu reacción si el chico acude a la primera entrevista pero se niega a hablar a lo largo de toda la sesión?
— ¿Cómo habrías abordado la negativa de Ernesto a acudir a sesión? ¿Qué habrías hecho si finalmente no acude?
— ¿Cómo abordarías los pactos madre-hijo a espaldas del padre? ¿Qué harías si la madre se niega a transmitirle la información al padre y te pide que tú no lo hagas?
— ¿Cómo reaccionarías si el chico se pone agresivo verbalmente con los padres durante la sesión? ¿Y si se pone agresivo verbalmente contigo, como terapeuta?
— ¿Cómo actuarías si el chico te cuenta sobre un robo que ha hecho y te pide que no se lo cuentes a sus padres? ¿Cómo manejarías en este caso su derecho a la confidencialidad?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician´s manual for de parent training*. (2.ª ed.). New York: Guilford.

Benjumea, P. y Mojarro, D. (2000). Trastornos de conducta. Los comportamientos disociales. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. En J. Rodríguez Sacristán (dir.), *Psicopatología Infantil. Teoría y casos clínicos*. Madrid: Pirámide.

Crack, N. R. y Dodge, K. A. (1994). A rewiew and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustemenr. *Psichological Bulletin, 115,* 74-101.

Crick, N. (1996). The role of the overt agression, relational agression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustement. *Child Development, 67,* 2317-2327.

Durlak, J. A., Fuhrman, T. y Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladaptative children: A meta-analysis. *Psichological Bulletin, 110,* 204-214.

Fariz, M. D., Mías, C. D. y Borges, C. (2002). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.

Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (1997). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós (trad. cast: 2001).

Kazdin, A. E. (1997). Conduct disorder across the lifespan. En S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti y J. R. Weisz, *Developmental Psychopathology* (pp. 248-272). New York: Cambridge University Press.

Klein, S. B. (1994). *Aprendizaje. Principios y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill.

© Ediciones Pirámide

Koch, L. M. y Gross, A. M. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.

Linehan, M. M. (1999). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

Méndez, F. X. y Maciá, D. (1990). Algunos comentarios críticos sobre la modificación de conducta con niños y adolescentes. En F. X. Méndez y D. Maciá (coords.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Méndez, F. X. y Ros, M. C. (2002). El entrenamiento en contextos clínicos y de la salud. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., Dishion, T. J. y Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues, relating to treatment of antisocial children. En T. R. Giles (dir.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum.

Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Pine, D. y Cohen, E. (1999). Therapeutics of aggression in children. *Pediatric Drugs, 1,* 183-186.

Sanders, M. R. (2002). Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.

Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB (trad. cast.: 2002).

Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H. y Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Agrresion and Violent Behavior, 9,* 247-269.

Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 299-315.

Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1994). *Troubled families-Problem children.* Chicester: Wiley.

Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised edition (WISC-R).* Madrid: TEA (trad. cast: 1993).

Williams, C. (1959). The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal Psychology, 59,* 269.

Wood, R., Michelson, L. y Flynn, J. (1978). Assessmente of assertive behavior in elementary school children. Annual Meeting of the Association for Advancemente of Behavior Therapy, Chicago [trad. cast. disponible en L. Michelson, D. P. Sugai, R. P. Word y A. E. Kazdin (1983), *Las habilidades sociales en la infancia.* Barcelona: Martínez Roca].

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de un caso de adicción al cibersexo

18

RAFAEL BALLESTER ARNAL

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

Las adicciones constituyen un grave problema de salud pública en la mayor parte del mundo. Afortunadamente hemos avanzado mucho en la última década, tanto en nuestra comprensión de los cambios fisiológicos que ocurren en el funcionamiento del cerebro en las adicciones como en el conocimiento de los factores de riesgo que llevan a una adicción y qué es lo que realmente funciona para el tratamiento de estos trastornos (Mengel, 2005).

Sin embargo, en los últimos años han sido identificadas nuevas formas de adicción que han atraído la atención de los especialistas. Una de ellas es la adicción al sexo (Carnes, 1983), y más concretamente la adicción al cibersexo, que se ha visto facilitada entre otros factores por la generalización del uso del ordenador por parte de la población general en nuestro contexto.

El término «adicción al sexo» ha sido aceptado sólo en los últimos años desde una perspectiva psicopatológica. Ha habido aproximaciones críticas a esta tendencia que defienden que quizá algunas formas de comportamiento sexual no tienen por qué ser consideradas como un tipo de dependencia o adicción. Así, en el trabajo de Henkin y Carnes (1998), el primer autor defiende que no existe tal trastorno, que el concepto de adicción sexual forma parte de las obsesiones antisexuales de nuestra cultura y que la creencia de que existe la adicción al sexo supone un peligro actual para las libertades civiles de las personas. Frente a este autor, Carnes manifiesta la posición contraria, a saber, que existe un número significativo de personas que se identifican y consideran a sí mismos como adictos al sexo y que estas personas manifiestan tener patrones comportamentales repetitivos e imparables que son destructivos tanto para sí mismos como para sus familias. Carnes afirma que estos sujetos experimentan el mismo tipo de dependencia neuroquímica que otros adictos, como los alcohólicos, los jugadores compulsivos o los comedores compulsivos.

Por otro lado, no cabe duda de que Internet está alterando nuestros patrones de comunicación social y de relaciones interpersonales. Y esto no es menos cierto cuando nos referimos al ámbito de la sexualidad (Cooper, Delmonico y Burg, 2000). Hoy sabemos que el sexo constituye el tema más frecuentemente buscado en Internet (Freeman-Longo y Blanchard, 1998) y gran parte de la investigación en torno a la adicción al sexo se dirige al ámbito del cibersexo (para una revisión, véase el trabajo de Griffin-Shelley, 2003).

1.1. Caracterización clínica

Actualmente, la mayoría de autores están de acuerdo en que la adicción al sexo y más concretamente al cibersexo puede ser considerada como un

© Ediciones Pirámide

tipo de dependencia que, además, presenta muchas similitudes con la dependencia a las drogas. Una de ellas es que el sexo activa las mismas áreas cerebrales que el consumo de drogas (Plant y Plant, 2003). Sin embargo, el concepto y entidad psicopatológica de la adicción al cibersexo todavía no se encuentran bien delimitados. Por una parte, se puede afirmar que existe un solapamiento entre los conceptos de adicción sexual y adicción al cibersexo en cuanto al patrón comportamental que suponen (Delmonico y Carnes, 1999). Incluso, Reed (1994) ha afirmado que el uso de material pornográfico, tanto en la red como en material impreso, puede constituir no sólo un síntoma de la adicción al sexo, sino también un predisponente, de manera que la pornografía puede jugar un papel instrumental en el desarrollo del comportamiento sexual compulsivo, además de otras parafilias y conductas antisociales.

Otra cuestión es la confusión existente respecto al uso del término adicción o compulsión referido a este trastorno. El mismo Carnes (1996) reconoce que si la distinción y delimitación entre los dos conceptos es compleja en el terreno de la psicopatología, cuando aplicamos estos conceptos al ámbito sexual la distinción todavía es más volátil, lo cual refleja en parte, según este autor, nuestra ambivalencia cultural hacia el sexo y, cómo no, la ambivalencia también de los profesionales hacia la adicción al sexo.

En general, la adicción al cibersexo puede ser entendida como un tipo más de adicción, encontrándose entre lo que se ha denominado en ocasiones adicciones psicológicas para distinguirlas de las denominadas adicciones químicas. Precisamente, Coombs (2004), en su *Handbook of Addictive Disorders* publicado recientemente, revisa seis trastornos adictivos, a saber, las adicciones químicas, el juego patológico, los trastornos alimentarios, la adicción al trabajo, las compras compulsivas y la adicción al sexo. La cuestión que se plantea entonces es si la adicción al cibersexo constituye un subtipo de adicción al sexo o más bien un subtipo de la adicción a Internet. Para Griffiths (2001), a pesar de que actualmente todavía disponemos de poca investigación empírica acerca de la adicción al sexo por Internet, es indudable que ésta existe y que constituye un nuevo medio de expresión de la adicción al sexo para la que el anonimato percibido y la desinhibición suponen factores contribuyentes. Pero en defensa de la segunda posición está el dato de que uno de cada cinco adictos a Internet manifiesta algún tipo de actividad sexual *on-line,* especialmente visionando pornografía a través de la red o participando de alguna actividad sexual.

En general, podemos decir que existen dos perspectivas desde las cuales ha sido considerado el sexo en Internet: la perspectiva patológica y la perspectiva adaptativa. Ambas parecen ser argumentables. Sin embargo, parece existir una línea que si se traspasa convierte la adaptación y experimentación en patología. ¿En qué consiste esta línea? Según Schneider (1994), el concepto de adicción posee tres componentes básicos: compulsividad (definida como pérdida de la capacidad de elegir libremente si se detiene o se continúa una conducta), mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias adversas (tales como pérdida de la salud, trabajo, pareja o libertad) y obsesión con la actividad. Cuando se dan estos aspectos, junto con una alta frecuencia de uso de Internet con fines sexuales y otros aspectos como la falta de control, la interferencia con la vida del individuo, la tolerancia (cada vez se necesita más cantidad de conducta o grado de riesgo en las mismas para conseguir el mismo placer) o incluso síndrome de abstinencia (cuando no lo hacen padecen dolores de cabeza, estomacales, reacciones emocionales negativas, confusión, problemas para concentrarse...), podemos hablar de un alto riesgo de que se padezca adicción al cibersexo.

1.2. Etiología

Quizá lo primero que habría que hacer para delimitar lo que entendemos por adicción al cibersexo es reflexionar acerca de la diversidad de motivaciones relacionadas con el ámbito de la sexualidad por las que una persona puede navegar por Internet. Entre ellas, muchas son de tipo moderado y no suponen ningún tipo de riesgo patológico,

© Ediciones Pirámide

como por ejemplo, la búsqueda de material para uso educativo, comprar material sexual para después usarlo fuera de Internet, buscar material con el fin de divertirse, excitarse sexualmente o masturbarse, buscar terapeutas sexuales o buscar parejas sexuales para una relación más estable. También se puede utilizar Internet con el fin de conseguir parejas sexuales para relaciones más esporádicas (por ejemplo, trabajadores sexuales...) *on-line,* para contactar con agencias de prostitución, chatear; buscar a través de Internet futuras víctimas para actividades delictivas como acoso sexual a través de Internet, hostigamiento; explorar otras identidades de género inventándose ser otra persona, manipular imágenes para excitarse sexualmente (como poner caras de famosos en cuerpos desnudos), etc. ¿Cuáles de estas actividades son adictivas? Precisamente, una de las cuestiones que desconocemos en la actualidad es si en la adicción al cibersexo lo que resulta adictivo es el formato de comunicación que supone Internet o el tipo de contenido con el que se contacta. De hecho, sabemos que muy pocas de las actividades enumeradas anteriormente son potencialmente excesivas, adictivas, obsesivas o compulsivas (Griffiths, 2000).

Una línea de investigación necesaria en estos momentos, por tanto, es la que tiene que ver con los aspectos psicológicos que pueden resultar factores predisponentes de la adicción al cibersexo. En este sentido, se considera que las personas que sufren de baja autoestima, una imagen corporal muy distorsionada, disfunciones sexuales no tratadas o que han tenido previamente una adicción sexual presentan mayor riesgo de desarrollar adicción al cibersexo. La comorbilidad que presenta la adicción al cibersexo con otros trastornos también puede aportarnos alguna luz acerca de la etiología de este cuadro clínico. La mayoría de pacientes que presentan una adicción al cibersexo, también sufren otros tipos de adicciones químicas, conductuales o sexuales (Orzack y Ross, 2000). Para estas personas el cibersexo puede ser una nueva y más segura forma de satisfacer su hábito compulsivo.

La segunda línea de investigación tendría que orientarse hacia la cuestión de qué es lo que hace el uso de Internet particularmente adictivo cuando se emplea con fines relativos al sexo. Cooper, Scherer, Boies y Gordon (1999) han hablado de la «triple A» («Affordability, Accesibility and Anonymity»), o lo que es lo mismo, «Coste o comodidad, accesibilidad y anonimato», para referirse a algunos de los factores que podría hacer del cibersexo algo adictivo. Un ejemplo del coste nos lo da este dato. La adquisición de una revista o vídeo pornográfico puede oscilar entre 20 y 40 euros aproximadamente, mientras que por 20 euros es posible conectarse a Internet durante un mes con acceso ilimitado a miles de sitios sexuales y cientos de miles de imágenes sexuales. Además la variabilidad de sitios a los que es posible conectarse es muy amplia, siendo también posible adaptar los materiales a las características concretas de tus intereses sexuales, algo que es más complicado con el material impreso y los vídeos convencionales. Aunque fue Cooper el que habló de la «triple A», estos conceptos no son muy distintos de los planteados por Delmonico (1997) cuando manifestaba que el aislamiento, la fantasía, el anonimato y el coste eran los principales factores que perpetuaban el uso sexual de Internet.

Young (1999) también desarrolló una variante del «triple A» que denominó modelo ACE, en el que se contemplan tres características: anonimato, comodidad y escape.

El *anonimato* que permite Internet puede proporcionar una gran sensación de control al usuario sobre el contenido, formas y naturaleza de la experiencia sexual *on-line*. A través de Internet una persona puede cambiar de pareja con gran rapidez si la interacción no es de su agrado sin necesidad de más explicaciones, puede tener una relación exclusivamente sexual sin ninguno de los prolegómenos habituales, puede ensayar lo que sería una relación homosexual o en qué consiste determinada práctica sexual, hacer tríos; en definitiva puede explorar sus fantasías sexuales más ocultas y reprimidas y todo esto en el contexto anónimo y seguro del ciberespacio, en una especie de laboratorio privado libre del miedo a «ser pillado».

En segundo lugar, la *comodidad* que ofrece el cibersexo para explorar conductas e interacciones sexuales de forma inmediata es notable. La fácil

© Ediciones Pirámide

disponibilidad puede animar a que muchas personas que normalmente no realizarían determinadas conductas entren en internet para explorar con curiosidad en qué consisten, encontrándose sorprendidos inicialmente y estimulados sexualmente a continuación por nuevos contextos sexuales.

En tercer lugar, el cibersexo permite un modo de *escape* mental o emocional, un estado alterado de realidad que permite escapar de la tensión mental. Precisamente, a pesar de que se suele pensar que el principal refuerzo del uso de cibersexo es la gratificación sexual, se sabe que esto puede ser así sólo en las primeras ocasiones. Muy pronto, el cibersexo ofrece más bien el refuerzo de escapar de la realidad. Una persona con un autoconcepto físico negativo puede explorar una identidad nueva y de repente sentirse atractivo/a ante todas las personas con las que se está chateando convirtiéndose en una especie de gran amante en el ciberespacio.

1.3. Epidemiología

Ya en el año 1999 se estimaba que más de 9 millones de personas entraban a Internet diariamente y estaban disponibles más de dos billones de sitios. El tema más buscado en Internet a mucha distancia del siguiente es el sexo. Se considera que 9,6 millones de usuarios o cerca del 15 por 100 de todos los usuarios de Internet entraron en los 10 sitios web sexuales más populares de la red tan sólo en abril de 1998. Y en los inicios del nuevo milenio se estima que entre el 20 y el 33 por 100 de los usuarios de Internet participan en algún tipo de actividad sexual *on-line* (Cooper, Mänsson, Daneback, Tikkanen y Ross, 2003). Existen cerca de 70.000 sitios web relacionados con el sexo y cada día se crean 200 nuevos sitios adultos que incluyen pornografía y chats interactivos. Sabemos que muchos de los que utilizan el cibersexo no llegan a sufrir ninguna consecuencia negativa derivada de esta conducta. Sin embargo, dada la naturaleza del problema que estamos abordando es muy difícil conocer cuál es la prevalencia real de la adicción al cibersexo, entre otras razones porque muy pocos de los afectados por este trastorno buscan ayuda terapéutica y cuando lo hacen suele ser con motivo de otro problema siendo detectada la adicción al cibersexo en la evaluación inicial. En un estudio llevado a cabo por Cooper et al. (1999) con una muestra de 9.265 sujetos que utilizaban Internet, la gran mayoría visitaban sitios pornográficos en la red o participaban en chats eróticos de manera esporádica. Pero sólo un 17 por 100 cumplían criterios para hablar de adicción al cibersexo. En otro estudio de Greenfield (1999) realizado con 17.251 usuarios de Internet se vio que el 6 por 100 presentaban adicción a Internet, y de éstos, el 62 por 100 (4 por 100 del total) utilizaban pornografía en la red una media de 4 horas semanales, mientras que un 37 por 100 (2 por 100 del total) se masturbaban mientras lo hacían.

En la actualidad sabemos que la mitad del dinero que se gasta en Internet está dirigido al ámbito de la sexualidad, incluyendo desde las versiones en internet de revistas eróticas muy extendidas como *Playboy* hasta otros materiales menos convencionales, como versiones en Internet de revistas pornográficas de contenido más duro e incluso material referido a lo que se considera sexo-bizarro como grupos de discusión acerca de cualquier tipo de parafilia. En Internet podemos encontrar también bibliotecas enteras de imágenes eróticas, vídeos, *strip-shows* en vivo, sexo en vivo y sitios con web-cam *voyeurs* (Griffiths, 2000). Una idea de lo extendida que se encuentra la industria pornográfica *on-line* la da el hecho de que ya en el año 2001, esta industria alcanzaba entre 400 millones y un billón de dólares, según estimaciones de distintos estudios.

También es importante señalar aquí la existencia de diferencias sexuales en la adicción al cibersexo. Así, los datos evidencian que los hombres suelen visitar con mayor frecuencia páginas pornográficas en Internet, mientras que las mujeres son más tendentes a los chats eróticos. Pero también se observan diferencias de género en las razones por las que se utiliza el cibersexo. Las mujeres suelen preferir el cibersexo porque les permite ocultar su apariencia física, elimina el prejuicio social de que las mujeres no deberían buscar ni disfrutar del sexo y les permite un modo seguro de prestar atención a

© Ediciones Pirámide

su sexualidad de una forma nueva y desinhibida. Los hombres suelen preferirlo porque disminuye la ansiedad de ejecución que puede estar subyacente a disfunciones sexuales y también les permite ocultar su apariencia física cuando se sienten acomplejados o inseguros por su pérdida de cabello, su sobrepeso o el tamaño de su pene (Young, 1999).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Miguel es un adolescente de 16 años de edad que en estos momentos se encuentra estudiando cuarto curso de ESO en un instituto de Castellón. Siempre ha sido un buen estudiante aunque últimamente su rendimiento académico está disminuyendo. La relación con sus padres y su hermana es buena, con una adecuada comunicación entre ellos. El nivel cultural de su familia es medio-alto, sus padres son católicos no practicantes y en el momento de la evaluación no había problemas familiares importantes de tipo económico o relacionados con la salud.

También tiene una buena relación con sus amigos aunque se confiesa tímido e introvertido. A pesar de que nunca había ido a un psicólogo reconoce haberse sentido una persona rara y con problemas. Dice haber sido siempre muy introspectivo. Sus principales aficiones son el cine, los videojuegos y el senderismo. A sus 16 años, Miguel ha mantenido algunas relaciones sexuales con chicas, aunque sólo con una de ellas ha tenido una relación estable que duró 6 meses y sólo con ella llegó a practicar penetración vaginal. Se considera poco atractivo ante los demás, tanto por lo que respecta a su carácter como a su físico. Con el fin de encontrar información que le ayudara a realizar algunos trabajos del colegio y del instituto, Miguel se adentró en el mundo de Internet a la edad de los 10 años. En Internet, nuestro paciente aprendió a obtener todo tipo de información pero también solía navegar para enviar y recibir mensajes de amigos o compañeros del centro, para establecer relaciones con otras personas desconocidas y para descargarse algún juego. Aunque Miguel ya había visto alguna revista pornográfica desde los 14 años, fue un año más tarde cuando tuvo curiosidad por explorar una página de cibersexo.

Por otra parte, el inicio del contacto con el cibersexo coincidió con algunas dudas sobre su orientación sexual. En alguna ocasión, Miguel se había extrañado por pensar de otros chicos que eran guapos y atractivos físicamente. También se había fijado alguna vez en el cuerpo desnudo de otros adolescentes y jóvenes en los vestuarios de las duchas. No sabía si esto le sucedía porque era homosexual o era algo normal. Cuando entraba en Internet y exploraba alguna página sexual solía dirigirse en mayor medida a las que tenían contenido de hombres desnudos y gays.

2.2. Motivo de consulta

Los padres de Miguel desconocían que su hijo pasaba tanto tiempo en páginas sexuales de Internet. No había un incremento en la factura económica, ya que tenían contratada una tarifa plana con ADSL que hacía que el tiempo de conexión a Internet no supusiera un aumento en el gasto telefónico. Por otro lado, Miguel evitaba las páginas sexuales en las que había que pagar dando un número de tarjeta de crédito y sólo navegaba por las que eran gratuitas o aparecían fotos de desnudos. En alguna ocasión también se había descargado algún vídeo pero era gratuito. Sin embargo, los padres creían que Miguel se quedaba todas las noches «trabajando» y no comprendían el bajo rendimiento académico que era muy apreciable en este último curso. Por otro lado, habían notado un cierto cambio en el humor de su hijo. Miguel estaba más irascible o irritable, más encerrado en sí mismo y siempre tenía un aire preocupado y triste. Pensaron en la posibilidad de que estuviera consumiendo algún tipo de droga pero les pareció poco probable, ya que siempre había sido muy deportista y no le solían gustar las bebidas alcohólicas ni era fumador. Al preguntarle a Miguel, él había negado que estuviera consumiendo ningún tipo de sustancia. Preocupados, los padres decidieron ir a hablar con el tutor del instituto, quien les comentó que efectivamente se había visto una disminución muy importante en

© Ediciones Pirámide

el rendimiento de Miguel y que, sin embargo, este descenso de las notas académicas no estaba provocado por una actitud negativa en las clases, sino que más bien parecía continuamente distraído y preocupado por algo.

Un día el padre de Miguel tenía que utilizar el ordenador que se encontraba en la habitación de su hijo, ya que su portátil estaba estropeado y al abrir el listado de programas encontró casualmente un icono algo extraño que Miguel había olvidado borrar como hacía con todos los demás. Al abrirlo se dio cuenta de que se trataba de una página de cibersexo pero no le dio demasiada importancia y decidió no decirle nada a su hijo para no ponerle en un apuro.

Pero lo que realmente preocupaba a Miguel no era una posible adicción al cibersexo, sino sus comportamientos homosexuales. Desde que inició su contacto con las páginas sexuales, Miguel exploraba cada vez más contenidos de hombres desnudos o realizando distintas prácticas sexuales. Se fijaba en el cuerpo y la cara de hombres atractivos y guapos y en muchas ocasiones se masturbaba pensando en ellos. Miguel pensaba que, aunque nunca había tenido ningún contacto con otro chico de su mismo sexo, definitivamente era homosexual, que se trataba de una enfermedad o de una especie de perversión y que todo el mundo le iba a rechazar por ello. Pero al mismo tiempo no tenía claro que fuera homosexual porque también se sentía atraído por las chicas, las relaciones sexuales con ellas le resultaban satisfactorias y no tenía claro que deseara tener una relación sexual con ningún chico.

Tras mucho insistir, los padres de Miguel le acabaron convenciendo de que acudiera a un psicólogo clínico para que le contara a él si tenía algún tipo de problema que les estuviera ocultando a ellos. Al hacerlo, Miguel expresó al terapeuta sus fantasías sexuales y sus dudas respecto a su orientación sexual, lo que en realidad constituía su motivo de consulta.

2.3. Historia del problema

Resulta habitual que los pacientes afectados por una adicción al cibersexo o al sexo en general no presenten este problema como su principal queja, entre otras razones por culpabilidad, porque se avergüenzan del mismo o no lo perciben como realmente preocupante (Cooper, Putnam, Planchon y Boies, 1999). En muchas ocasiones, el paciente relata un estado de ánimo depresivo, un problema de adicción a algún tipo de sustancia tóxica o como en este caso dudas respecto a la orientación sexual, y es el terapeuta el que debe detectar el problema a partir de una evaluación adecuada y exhaustiva. Entre los adolescentes que tienen dudas respecto a su orientación sexual, la consulta de material pornográfico relativo a su mismo sexo, tanto de tipo impreso como en Internet, puede ser un modo no necesariamente patológico de explorar una tendencia, un impulso o una serie de fantasías que el paciente piensa que serían reprobadas socialmente si se llevaran a cabo en su vida real (Braun-Harvey, 2003). Sin embargo, cuando el uso de Internet con estos fines se prolonga en el tiempo y llega a interferir notablemente con la vida y el bienestar del sujeto podemos comenzar a pensar que se esté generando una adicción al cibersexo.

En nuestro caso, Miguel comenzó a utilizar Internet desde hacía bastantes años siempre con fines relacionados con los estudios, bajarse música o algún tipo de juego. El uso de Internet se fue haciendo más frecuente con los años, y fue a los 15 años cuando por primera vez pensó, sin premeditación alguna, teclear en el buscador Google la palabra «sexo». Inmediatamente se encontró en la pantalla miles de páginas web en las que se ofertaba todo tipo de contenidos: «los mejores desnudos masculinos y femeninos», «hombres follando», «la mejor página gay», «el paraíso de lesbos», «muchachas calientes», «penes grandes», «los mejores culos», etc. Con la facilidad que permite Internet colocó el ratón sobre una página de desnudos y se encontró con un portal en el que había muchas fotos de hombres y mujeres desnudos, algunos realizando las más variadas prácticas sexuales. En principio se dedicó a explorar las galerías de fotos de mujeres y hombres desnudos. Sentía que su corazón se aceleraba, tenía la sensación de estar haciendo algo malo, algo que tenía que ocultar y una cierta culpabilidad de estar cayendo en algún tipo de perver-

© Ediciones Pirámide

sión. Cuando se dio cuenta llevaba ya 30 minutos explorando a gran velocidad fotos de desnudos de hombres y mujeres atractivos en un estado fisiológico alterado, con la respiración algo agitada. Asustado del tiempo que llevaba ante el ordenador, decidió apagarlo rápidamente y se acostó pero no pudo evitar masturbarse para satisfacer la excitación sexual que había alcanzado navegando por Internet. Mientras lo hacía pensaba en imágenes de chicas pero sobre todo de algunos chicos especialmente atractivos que había visto.

Después de una semana aproximadamente, Miguel volvió a hacer algo parecido. Esta vez fue directamente a la página que había consultado la otra vez y se dedicó a mirar con más detenimiento algunas de las fotos que más le habían gustado. En pocas semanas, Miguel observaba no sólo las fotos de chicos y chicas desnudos, sino también imágenes en las que realizaban prácticas sexuales.

Desde hace aproximadamente un año, casi todas las noches Miguel se conecta a Internet con su ordenador desde la habitación. Cada vez se fija más en las imágenes de hombres y menos en las de mujeres. Al principio le resultaba excitante hacer esto, a pesar de la culpabilidad que sentía después y era algo muy esporádico. En ocasiones, después de haber estado trabajando se regalaba una sesión de cibersexo como premio. Con el tiempo y progresivamente su frecuencia de visitas a páginas sexuales era cada vez mayor hasta llegar a ser diaria; anticipaba estas sesiones mientras estaba estudiando e incluso durante el día; necesitaba estar más tiempo, llegando a navegar durante dos o tres horas; y después se sentía cada vez peor por haberse entregado a algo que ya no le resultaba del todo agradable como al principio, sino que más bien era un comportamiento que se sentía empujado a hacer. Algunas imágenes sexuales llegaron a ser casi obsesivas durante el día interfiriéndole en todo lo que hacía.

Por otro lado, lo que en realidad preocupaba a Miguel era que tenía la sensación de estar (como él solía denominar) «homosexualizándose» cada vez más. Al principio simplemente sentía alguna atracción hacia algunos chicos, pero ahora se excitaba mucho viéndolos por Internet, se masturbaba pensando sobre todo en ellos y cada vez se fijaba más en los chicos con los que se cruzaba por la calle. Incluso llegó a chatear con un chico de otra ciudad, mantuvieron relaciones sexuales a través de la red y aunque se había prometido establecer límites y nunca dejar entrever su identidad real, llegó a decirle su nombre verdadero, su número de teléfono y no pudo evitar la tentación de establecer una cita. No llegaron a mantener relaciones sexuales que fueran más allá de algunos tocamientos del otro chico hacia él, pero la experiencia le fue tan frustrante que se prometió a sí mismo no volver a conectarse a páginas sexuales de Internet. Sin embargo, se encontraba muy mal, y a la semana estaba haciéndolo de nuevo. Durante todo este tiempo, Miguel no tuvo ningún otro tipo de experiencia homosexual, pero sí algunas relaciones esporádicas con chicas que eran sexualmente satisfactorias.

2.4. Análisis topográfico

La frecuencia con la que Miguel se conectaba a Internet era casi diaria. Solía conectarse entre semana una vez al día, siempre después de cenar. En ocasiones ni siquiera se quedaba viendo alguna serie de televisión por la urgencia de conectarse a una página de cibersexo. Cuando sus padres se quedaban viendo la televisión, solía comenzar trabajando o con algún juego del ordenador por miedo a que le sorprendieran navegando en páginas pornográficas, y en el mismo momento en que se acostaban dejaba lo que estuviera haciendo para conectarse. Siempre ocurría en su habitación y la duración podía ser de dos o tres horas. Los fines de semana era algo distinto. Sus padres se iban con frecuencia a un chalé que tenían en la montaña a pasar el día o incluso el fin de semana. En esos casos, Miguel se sentía mucho más libre para navegar con libertad, sin miedo a que le sorprendieran, y podía conectarse dos veces al día durante una duración de tres horas. El contenido de las páginas que visitaba solía ser sobre todo desnudos masculinos y femeninos. En alguna ocasión también observaba escenas de hombres teniendo relaciones con otros hombres, hombres teniendo relaciones con mujeres o entraba en algún chat gay.

© Ediciones Pirámide

2.5. Análisis funcional

Desde la primera sesión en que Miguel acudió a nuestra consulta se le pidió que realizara unos registros de su problema relacionado con Internet, así como de los pensamientos asociados a la homosexualidad. En la tabla 18.1 se puede ver uno de los registros que trajo a consulta relativo a su adicción al cibersexo. El análisis de los registros cumplimentados a lo largo de la línea base que incluyó un total de tres semanas permite decir que los antecedentes de la conducta de Miguel solían ser casi siempre los mismos. Siempre se conectaba a Internet en su habitación con su ordenador y por las noches (excepto los fines de semana), especialmente después de que sus padres se acostaran para poder estar bastante tiempo sin tener que darles explicaciones. Cuando se quedaba solo en la casa los fines de semana también sentía un mayor impulso por conectarse y lo solía hacer un par de veces diarias y con mayor duración. Además, dos estados emocionales completamente contrapuestos solían facilitar su comportamiento: cuando se encontraba más deprimido, desanimado o se sentía más solo y también cuando se encontraba eufórico o muy satisfecho por algo que había hecho y se premiaba por ello. En muchas ocasiones, anticipaba a lo largo del día la sesión de cibersexo de la noche y en el momento de conectarse se le esfumaban muchos de los pensamientos y sentimientos negativos que había tenido durante el día.

En cuanto a los consecuentes de la conducta, habría que distinguir entre los consecuentes a corto plazo y a más largo plazo. Inmediatamente después de conectarse a Internet se sentía muy bien, aliviado del malestar emocional que había predominado durante el día. Después de estar dos horas en Internet se sentía físicamente cansado y con sueño pero a la vez excitado fisiológica y sexualmente. Prácticamente siempre acababa masturbándose una o dos veces en la silla del ordenador o cuando se acostaba en la cama. Emocionalmente, tras este proceso que casi siempre era muy similar se sentía mal, culpable, desanimado por haber cedido a un impulso que cada vez controlaba menos y preocupado por su homosexualidad. Pensaba que cada vez dedicaba más tiempo a lo mismo y que se estaba convirtiendo en una obsesión para él. Todas las mañanas se sentía muy cansado y con mucho sueño porque la adicción al cibersexo le estaba restando horas de sueño cada día.

2.6. Repercusiones negativas

Desde que Miguel comenzó a conectarse a Internet de manera esporádica y con fines diferentes al sexual, su comportamiento había experimentado una evolución negativa hasta el momento actual en que parecía evidente que la adicción al cibersexo presentaba múltiples repercusiones negativas en la vida del paciente.

Entre las principales repercusiones negativas hay que destacar la relación entre la adicción a Internet y las dudas de Miguel respecto a su orientación sexual. Dos hipótesis nos caben al respecto. Por un lado, podría ser que Internet haya podido constituir una vía de expresión de los impulsos homoeróticos preexistentes en Miguel. Por otro lado, podríamos pensar que Internet ha tenido un importante papel en el desarrollo de estos impulsos a partir de una serie de comportamientos que en un principio tan sólo manifestaban la curiosidad de Miguel por esta opción sexual, o sencillamente el interés por la observación de otros cuerpos masculinos. En cualquier caso, lo que parece evidente es que Internet ha provocado un efecto de profundización en la exploración de los comportamientos homosexuales que posiblemente no se habría producido del mismo modo o con la misma rapidez sin esta herramienta. Huelga decir que no existe ningún tipo de argumento científico para que consideremos que la homosexualidad en sí suponga la existencia de algún tipo de problema, pero lo relevante desde el punto de vista clínico es que para Miguel sí lo es. Por tanto, una de las principales repercusiones negativas de la adicción al cibersexo es la angustia y preocupación crecientes de Miguel respecto a su orientación sexual.

Por otro lado, el tiempo real y mental que Miguel dedica al cibersexo le está acarreando otro tipo de problemas, como un cansancio general excesivo

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

TABLA 18.1

Registro de conducta para el análisis funcional

	Antecedentes				Conducta		Consecuentes			
Día	**Hora**	**Lugar**	**Sociales**	**Estado emocional**	**Contenido**	**Durac.**	**Físicos**	**Masturb.**	**Pensamientos**	**Estado emocional**
Lunes	23:30	Habitación	Padres acostados	Desanimado	Hombres y mujeres desnudos	1,5 h.	Sueño, excitado	1 vez	Creo que cada vez soy más homosexual	Deprimido, culpabilidad
Martes	22:15	Habitación	Padres viendo TV	Triste	Hombres desnudos	2 h.	Cansado, excitado	2 veces	No me gusta mi cuerpo, soy horrible	Baja autoestima
Miércoles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jueves	22:45	Habitación	Padres viendo TV	Desanimado	Chat gay	2 h.	Sueño, excitado	2 veces	Si sigo me volverá a pasar, volveré a quedar con alguien y no quiero	Deprimido, preocupado
Viernes	23:45	Habitación	Padres acostados	Muy contento	Hombres y mujeres desnudos	1,5 h.	Cansado, excitado	1 vez	No debería premiarme así cuando estoy contento	Desanimado, preocupado
Sábado	12:15 23:00	Habitación Habitación	Padres en chalé	Sentirme libre «Estoy solo»	Hombres masturbándose Felaciones y sexo anal	1,5 h. 3 h.	Excitado Cansado	1 vez 2 veces	Ya empiezo el día con lo mismo Cada vez veo más porno duro	Desanimado Triste
Domingo	11:30 23:15	Habitación Habitación	Padres en chalé Padres acostados	Preocupado Desanimado	Hombres y mujeres teniendo relac. sex. Chat gay	2,5 h. 2 h.	Excitado Sueño	1 vez 1 vez	También me gusta excitarme con escenas heterosexuales. No puedo dedicar tanto tiempo a lo mismo. Parece una obsesión.	Baja autoestima Triste

por la disminución de horas de sueño, fatiga visual por pasar tanto tiempo ante el ordenador, distraibilidad y problemas de concentración durante todo el día, disminución del rendimiento académico y un estado emocional negativo donde predomina la tristeza, preocupación e irritabilidad ante todos los demás, incluidos los amigos. Asimismo, este comportamiento provoca la preocupación intensa de los padres por lo que le puede estar ocurriendo a su hijo.

El grado de interferencia global del problema en la vida de nuestro paciente fue valorado de 4 en el cuestionario de adaptación de Echeburúa y De Corral (1987), cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 5.

2.7. Selección de los instrumentos de evaluación

En estos momentos no se contempla en el DSM-IV-TR la adicción al cibersexo como tal trastorno, por lo que no existen en este manual de diagnóstico un listado de criterios que podamos administrar a los pacientes que sospechamos que padecen este trastorno. Ante esta ausencia, exploramos en Miguel la existencia de síntomas que a partir de la literatura reciente sobre el tema se consideran signos de alarma para el padecimiento de adicción al cibersexo. En la tabla 18.2 se exponen estos criterios junto con la valoración que se hizo de si Miguel los cumplía o no.

TABLA 18.2

Criterios exploratorios de adicción al cibersexo (www.netaddiction.com/resources/cybersexual_addiction_test.htm)

Criterios	Valoración
1. La dedicación rutinaria de cantidades significativas de tiempo en salas de chat y mensajes privados con el único propósito de encontrar cibersexo.	A veces
2. Sentirse obsesionado al utilizar Internet por encontrar parejas sexuales *on-line.*	No
3. Utilizar frecuentemente comunicaciones anónimas para participar en fantasías sexuales que no suelen ser llevadas a cabo en la vida real.	A veces
4. Anticipar la próxima sesión *on-line* con la expectativa de que se encontrará activación o gratificación sexual.	Sí
5. Pasar con frecuencia del cibersexo a las llamadas telefónicas sexuales (líneas eróticas) o incluso a encuentros sexuales reales.	Alguna vez
6. Ocultar las interacciones o contactos *on-line* a personas significativas en tu vida.	Sí
7. Sentir culpabilidad por el uso de Internet.	Sí
8. Al principio haber sentido activación sexual por cibersexo accidentalmente y más tarde encontrar que se busca a propósito esta activación cuando uno se conecta a Internet.	Sí
9. Masturbarse mientras se está en un chat erótico o en una página web sexual.	Sí
10. Menor dedicación a la pareja sexual actual por la preferencia del cibersexo como fuente primaria de gratificación sexual.	No procede

© Ediciones Pirámide

La valoración de estos criterios, unida a las repercusiones que este problema estaba teniendo en su vida, nos permitió concluir que Miguel padecía una adicción al cibersexo. Una vez realizado este diagnóstico, se llevó a cabo una amplia evaluación en la que se tomaron en consideración no sólo las variables directamente relacionadas con la adicción al cibersexo, sino también el grado de adicción general a Internet y otras de relevancia clínica, como la ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, depresión, autoestima, grado de preocupación por la homosexualidad, malestar subjetivo e interferencia del problema en la vida del paciente. Las variables evaluadas y los instrumentos utilizados para su evaluación aparecen reflejados en la tabla 18.3.

Determinar el límite entre conducta sexual problemática y conducta compulsiva es tan difícil como diferenciar el diagnóstico entre abuso de

TABLA 18.3

Variables evaluadas e instrumentos utilizados

Tipo de variable	Variable	Instrumento
Variables relacionadas con la adicción al cibersexo.	• Compulsividad sexual *on-line.* • Conducta sexual social *on-line.* • Conducta sexual solitaria. • Gasto sexual *on-line.* • Interés en la conducta sexual *on-line.* • Uso de otro ordenador con fines sexuales. • Acceso a material sexual ilegal.	The Internet Sex Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997).
Variables relacionadas con la adicción a Internet.	• Adicción a Internet.	Center for Online and Internet Addiction.
Variables clínicas generales.	• Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.	STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).
	• Grado de depresión.	BDI de Beck (1979), versión de Conde y Franch (1984).
	• Autoestima.	Cuestionario de autoestima de Rosenberg (1965).
Otras variables clínicas relevantes.	• Grado de preocupación sobre la homosexualidad.	Escala de 0 a 10.
	• Valoración del paciente acerca de su malestar subjetivo.	Escala ESM de 0 a 10.
	• Grado de interferencia del problema en su vida.	Escala global de 0 a 5 del cuestionario de adaptación (CA) de Echeburúa y De Corral (1987).
	• Valoración del paciente acerca de su mejoría.	Escala S-6 de Marks de 1 a 7, donde 1 es muchísimo mejor, y 7, muchísimo peor.
	• Valoración del terapeuta acerca del estado del paciente.	Escala S-5 de Marks de 1 a 6, donde 1 es normal, y 6, muy gravemente perturbado.

© Ediciones Pirámide

sustancias y dependencia de sustancias. Para Schneider (1994), los elementos diferenciales son: *a*) pérdida de libertad a la hora de elegir entre parar y llevar a cabo la conducta; *b*) consecuencias significativas para la vida de la persona como resultado de la conducta, y *c*) obsesión con la actividad. Estos tres criterios fueron adoptados por el *Internet Sex Screening Test* (ISST) de Delmonico (1997). Se trata de un cuestionario autoadministrado para ayudar a las personas a determinar si su comportamiento sexual en Internet ha llegado a ser problemático. Incluye 25 ítems de verdadero/falso. En este cuestionario se han identificado cinco factores (Delmonico y Miller, 2003): compulsividad sexual *on-line* con 6 ítems (alfa = 0,86), conducta sexual social *on-line,* 5 ítems (alfa = 0,78), conducta sexual solitaria con 4 ítems (alfa = 0,73), gasto sexual *on-line* con 3 ítems (alfa = 0,61) e interés en la conducta sexual *on-line* con 2 ítems (alfa = 0,51). Además, incluye dos escalas de un único ítem. La primera evalúa el uso de un ordenador diferente al de casa con fines sexuales, y la segunda explora el acceso a material sexual ilegal. En los anexos incluimos los cuestionarios ISST y adicción a Internet con las respuestas de nuestro paciente.

Dado que no encontramos ningún indicio de conducta sexual compulsiva al margen de Internet no se administraron otros instrumentos como la escala de compulsividad sexual de Kalichman (Kalichman Sexual Compulsivity Survey, Kalichman y Rompa, 1995) o el test de adicción sexual de Carnes (Sexual Addiction Screening Test, SAST, Carnes, 1989), instrumentos que pueden ser valiosos en otros casos en los que sí se encuentren indicios de este tipo.

En la línea base que se estableció por un período de tres semanas, el número de horas en Internet que se obtuvo de promedio fue de 22, de las que un promedio de 16 horas fueron invertidas en navegar por páginas de cibersexo. La puntuación total en el cuestionario ISST de adicción al cibersexo fue de 18 (la puntuación máxima es de 25) con puntuaciones prácticamente máximas en la subescala de compulsividad sexual *on-line* (5), conducta sexual social *on-line* (5), conducta sexual solitaria (4) e interés en la conducta sexual *on-line* (2) y mínimas en gasto sexual *on-line* (0), uso de otro ordenador distinto al de casa (0) y acceso a material sexual ilegal (0). Finalmente, el grado total de adicción a Internet fue de 80 en un máximo de 100 puntos, puntuación que se encuentra en el umbral de la presencia de problemas significativos en la vida del paciente causados por el uso de Internet (80 a 100).

Por lo que respecta a otras variables clínicas generales, Miguel obtuvo el percentil 75 en ansiedad-estado (lo que corresponde al punto de corte), percentil 70 en ansiedad-rasgo, una puntuación de 19 en el BDI (lo que corresponde a estados de depresión intermitentes; el punto de corte que suele ser considerado es 18), de 20 en el cuestionario de autoestima (sobre un máximo de 40 puntos; el punto de corte es 29) y un grado máximo de 10 puntos en la escala de preocupación por la homosexualidad. Tomadas en conjunto, estas puntuaciones revelan un estado ansioso-depresivo y muy baja autoestima en nuestro paciente, unido a una angustia intensa respecto a su orientación sexual. Este perfil encaja con una valoración del malestar subjetivo por parte del propio paciente de 10 (puntuación máxima), un 4 en el grado de interferencia de su problema en su vida (sobre un máximo de 5) y una valoración por parte del terapeuta del paciente como «bastante perturbado».

Para finalizar, la motivación del paciente para solucionar su problema era muy alta. Su nivel de angustia le llevaba a desear seguir un tratamiento psicológico que le ayudara a aliviar su ansiedad y su preocupación y también a disminuir su tristeza Su confianza en poder mejorar gracias a nuestro tratamiento era de un 7 en una escala de 0 a 10.

2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento

El uso del ordenador está tan generalizado en nuestra sociedad que el objetivo del tratamiento de la adicción al cibersexo no puede ser la abstinencia total en el uso del ordenador, y por supuesto, tampoco la abstinencia sexual, sino más bien enseñar al paciente a un uso controlado de esta importante

© Ediciones Pirámide

herramienta (Orzack y Orzack, 1999; Orzack y Ross, 2000).

A pesar de que la literatura científica sobre la adicción al cibersexo se ha incrementado notablemente en la última década, hay que decir que todavía son muy escasos los estudios en los que se plantean programas y estrategias de intervención ante este problema, y que nosotros conozcamos no existe ningún estudio controlado en el que se analice la eficacia de estos programas. Para empezar, a pesar de estar aplicándose en estos momentos las estrategias terapéuticas que se han revelado eficaces para los sujetos compulsivos sexuales (Carnes y Adams, 2002), desconocemos hasta qué punto la compulsión sexual asociada a Internet es diferente a la compulsión sexual que se da fuera de la red (Putnam, 2000).

Habíamos dicho en el inicio de este capítulo que algunos autores consideran la adicción al cibersexo como un subtipo de adicción al sexo (Carnes y Adams, 2002). Para Earle, Earle y Osborn (1995), el tratamiento para la adicción al sexo debe ser multidimensional y ajustado a las características concretas de cada caso. Según el caso, podría estar más indicada una terapia individual, de pareja o grupal. Estos autores enfatizan la importancia de incluir en el tratamiento de cualquier adicto al sexo estrategias como un módulo educativo en el que se explique al paciente el ciclo de la adicción y los efectos del abuso, cuando lo hay. Otros autores (Plant y Plant, 2003) plantean sobre todo la psicoterapia individual, la aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales y el uso de medicación para suprimir el deseo sexual o la intensidad del orgasmo.

Concretamente para la adicción al cibersexo, Putnam (2000) enfatiza la posibilidad y potencial eficacia de utilizar la misma red tanto en la evaluación como en el tratamiento de este problema. De entrada, muchos adictos al cibersexo pueden buscar a través de la red recursos terapéuticos o información acerca de su problema antes de acudir a una consulta clínica. La culpa o vergüenza pueden ser importantes sentimientos que motiven la evitación de acudir en una primera instancia a una consulta clínica y las propias características de accesibilidad, comodidad y anonimato asociadas a Internet, y que explican en parte el comportamiento del adicto al cibersexo, pueden convertirse en aliados del terapeuta que interviene a través de la red (Putnam, 2000). Se tiende a considerar que Internet puede ser útil como recurso terapéutico en lo que respecta a la provisión de información, apoyo social y como parte de un plan de prevención de recaídas, pero no tanto para la provisión directa de terapia psicológica (Putnam y Maheu, 2000). Con todo, es previsible que este tipo de recursos aumente en los próximos años.

En nuestro caso, Miguel contactó con nosotros acudiendo directamente a nuestra Unidad de Investigación sobre Sexualidad y Sida (UNISEXSIDA) de la Universidad Jaime I de Castellón, donde realizamos actividades tanto de prevención como de tratamiento de cualquier problema relacionado con la sexualidad o el sida.

Tras realizar la evaluación detallada con anterioridad, se plantearon dos objetivos terapéuticos fundamentalmente. Por un lado, disminuir la angustia que Miguel sentía en relación a su orientación sexual. Por otro lado, eliminar la adicción al cibersexo. En relación con este segundo objetivo, y en la línea de lo que plantean algunos autores (Young, 1999), en ningún momento nos planteamos el que Miguel dejara de utilizar Internet completamente y para siempre, es decir, la abstinencia absoluta, sino más bien el control sobre su uso, lo que implicaba que pudiera seguir utilizando Internet sin una finalidad sexual.

El programa de tratamiento tuvo una extensión de 17 sesiones con una periodicidad semanal y una duración de una hora aproximadamente. Dado que en la tabla 18.4 exponemos la agenda de las sesiones paso a paso, a continuación plantearemos el contenido de los distintos componentes terapéuticos.

Módulo educativo

Consideramos fundamental desarrollar un módulo educativo en el que pudiéramos transmitir a Miguel alguna información relevante sobre su problema, tanto el relacionado con el miedo a la homosexualidad como el relacionado con la adicción al cibersexo.

© Ediciones Pirámide

TABLA 18.4

Estructura del tratamiento: agenda y contenido de cada una de las sesiones

Sesión	Agenda
1-2 Evaluación	• Entrevista semiestructurada y entrega de cuestionarios. • Registro de pensamientos y de comportamiento asociado a cibersexo.
3 Módulo educativo	• Homosexualidad. • Cuestionamiento de los indicios. • Continuo de la orientación sexual, bisexualidad. • La homosexualidad no es un trastorno ni una perversión.
4 Módulo educativo	• Adicción al cibersexo. • El origen de su adicción, factores predisponentes, facilitadores y reforzadores. • El ciclo de la adicción.
5 Motivación para el tratamiento	• Ventajas e inconvenientes del uso de cibersexo. • Visita de una página web de recursos para los adictos a cibersexo. • Énfasis en la importancia de la motivación y refuerzo del terapeuta. • Determinación de objetivos del tratamiento: moderación y control en uso de Internet.
6 Autocontrol: planificación ambiental	• Explicación al paciente del esquema a seguir en el entrenamiento en autocontrol y en qué consiste la planificación ambiental. • Análisis de los antecedentes de la conducta y plan de control sobre los mismos. • Evitación de la posibilidad de conectarse a Internet en su ordenador y control del resto de ordenadores de la casa. • Más adelante, posibilidad de conectarse con restricción de los contenidos accesibles. • Finalmente, sólo control social por parte de los padres.
7 Terapia familiar	• Comunicación a los padres del diagnóstico de Miguel, de su doble problema y explicación del tipo de tratamiento a seguir. • Importancia de una actitud positiva ante el hijo y de implicación en el tratamiento.
8 Contingencias del uso de cibersexo	• Contrato de contingencias. • Cambio de contingencias y saciación: explicación al paciente y primera sesión de visionado de cibersexo con el terapeuta. • Tarea para casa: hacerlo con el padre.
9-11 Discusión de pensamientos negativos	• Autoestima. • Homosexualidad. • Sentimiento de vergüenza por padecer adicción al cibersexo. • Tareas para casa: en cada sesión, tarea de aplicar los pasos a un pensamiento negativo.
12 Foco atencional y exposición	• Entrenamiento en técnicas de distracción. • Exposición a pensamientos intrusivos con prevención de respuesta.
13 Entrenamiento en solución de problemas	• Pasos de D'Zurilla y Goldfried aplicados a la decisión de utilizar cibersexo. • Tarea: dejar este ejercicio en la mesita de su habitación y consultarlo ante cualquier duda con volver a utilizar cibersexo.

© Ediciones Pirámide

TABLA 18.4 *(continuación)*

Sesión	Agenda
14 Autoinstrucciones y planificación de actividades	• Listado de aseveraciones positivas con las que sustituir los pensamientos negativos. • Reorganización de las actividades alternativas de ocio en noches y fines de semana.
15-16 Desvanecimiento y retirada gradual del control de estímulos	• Fase I: Miguel podía entrar en Internet pero no en cibersexo, controlando los contenidos accesibles desde el ordenador. • Experimento conductual. En 4 ocasiones, Miguel visita cibersexo durante 10 minutos. • Fase II: Eliminamos el control de contenidos en Internet, pero los padres pueden entrar en su habitación en cualquier momento. • Fase III: No existe ningún control.
17 Prevención de recaídas	• Anticipar la posibilidad de que volviera a tener deseos de conectarse a la red. • ¿Qué hacer ante esta situación? Movilizar los recursos de afrontamiento aprendidos. • Carta de recordatorio. • Recordar los signos de que se está cayendo de nuevo en la adicción. • Ponerse en contacto con terapeuta o padres tan pronto como sea posible.

Por lo que respecta a la *homosexualidad,* siguiendo un estilo socrático, intentamos desdramatizar todo lo que él consideraba que eran indicios de homosexualidad haciéndole comprender que era completamente normal que un hombre o una mujer se fijaran en otras personas de su mismo sexo. También se le comentó que el hecho de que un adolescente se fijara en el cuerpo desnudo de otro adolescente era muy frecuente y muy comprensible, dado que en un momento evolutivo en el que se está desarrollando el autoconcepto físico y sexual, las comparaciones sólo pueden realizarse con personas del mismo sexo, lo cual no quiere decir necesariamente que eso signifique que uno se sienta atraído sexualmente por aquel a quien observa. En tercer lugar, se le habló de que la homofobia, especialmente frecuente en los varones, es uno de los factores que nos lleva a pensar que un chico no deba pensar de otro que es guapo o atractivo físicamente. En cuarto lugar, se le informó de que también las fantasías homosexuales eran frecuentes tanto en hombres como en mujeres heterosexuales. Añadimos a esta aclaración el hecho de que Miguel había tenido una experiencia homosexual a través de la red que le había resultado muy extraña y confusa y una cita con otro chico que fue muy frustrante y desagradable para él, mientras que todas las relaciones que había tenido con chicas habían sido muy placenteras y gratificantes. Parecía por tanto que Miguel se sentía al menos tan excitado o más en la vida real con chicas que con chicos, por lo que en todo caso podríamos pensar en una bisexualidad y no en la homosexualidad. Que era capaz de sentir placer con chicas ya era algo que conocía. Que también pudiera sentirlo con chicos era sólo una hipótesis. Con todo ello planteamos a Miguel que la homosexualidad y la heterosexualidad no eran dos polos completamente opuestos, sino que más bien existía un continuo a lo largo del cual una persona puede situarse. Quizá nuestro paciente exploraba más el cuerpo de hombres desnudos en Internet por necesidad de explorar algunos impulsos que también formaban parte de su sexualidad, por miedo a una orientación sexual que podía explorar libremente y sin riesgos, y porque (al menos inicialmente) llevado por su baja autoestima, así se

© Ediciones Pirámide

podía comparar con otros chicos. Finalmente, cuando Miguel estaba bastante convencido de esto, le comunicamos que en el caso de que realmente fuera homosexual la homosexualidad no era considerada actualmente como un trastorno psicológico y mucho menos como una perversión moral, sino más bien como una opción sexual completamente legítima y saludable.

Por lo que respecta a la *adicción al cibersexo,* en primer lugar, le concienciamos de que padecía un trastorno. Le hablamos de los criterios por los cuales se diagnostica una adicción y, ayudados por sus respuestas a los cuestionarios administrados, le hicimos ver que él cumplía esos criterios. Le explicamos en qué consistía la adicción al cibersexo, que era un problema del que no debía avergonzarse, ya que el uso de la pornografía era muy frecuente, especialmente en la adolescencia, y que un 90 por 100 de los adolescentes varones de 14 años ya han utilizado en bastantes ocasiones material pornográfico para excitarse sexualmente (Ballester y Gil, 1994). A continuación le explicamos que la accesibilidad, comodidad y anonimato que ofrecía Internet explicaba que se utilizara cada vez más esta herramienta con el mismo fin, y que además, su baja autoestima y las dudas con su orientación sexual le hacían más vulnerable al cibersexo. También le explicamos que el uso de material pornográfico o la visita de una página web con estos contenidos no suponía un problema en sí mismo, pero en el momento en que la persona perdía la libertad de decidir si realizaba o no un comportamiento, que le generaba un malestar importante y que interfería notablemente en su vida, ese uso se convertía en una adicción que ya estaba teniendo importantes repercusiones. También analizamos a grandes rasgos que el hecho de que últimamente siempre asociara el uso de Internet al cibersexo, y de que este comportamiento se viera reforzado positivamente por la excitación sexual que le reportaba y la masturbación, y negativamente por la distracción de emociones negativas que precedían este comportamiento hacía que cada vez la adicción estuviera más consolidada. En la figura 18.1 aparece esquemáticamente el ciclo de la adicción que le presentamos al paciente.

Establecimiento de la motivación para el tratamiento

Dado que la percepción de la adicción al cibersexo como un problema serio era baja en el paciente, decidimos dedicar una sesión al fortalecimiento de la motivación para seguir un tratamiento que le ayudara en este problema. Para ello pedimos al

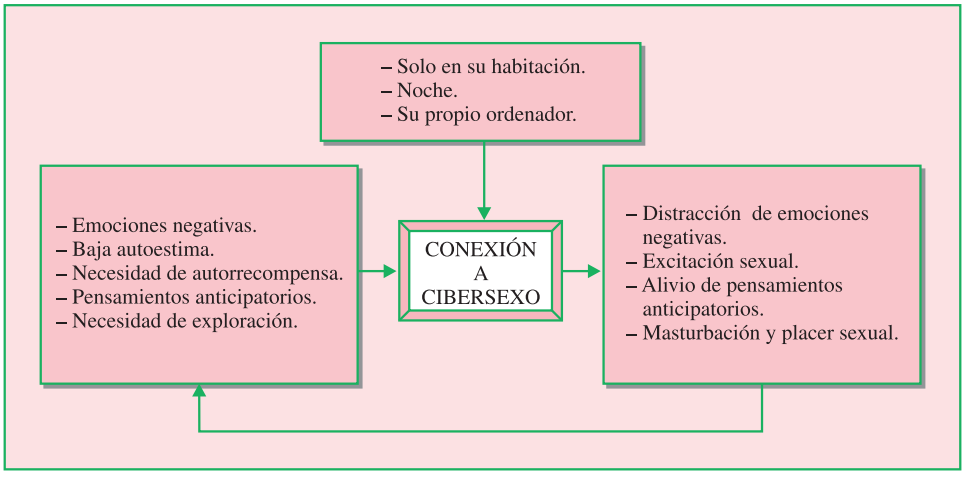


Figura 18.1.—El ciclo de la adicción al cibersexo.

© Ediciones Pirámide

paciente que nos relatara las ventajas que encontraba en el uso de internet con fines sexuales, y también le animamos a explorar las consecuencias negativas que ese comportamiento estaba teniendo en su vida. En la tabla 18.5 se pueden apreciar algunas de las respuestas que se dieron.

También utilizamos como estrategia el entrar en Internet delante del paciente en una página de re-

TABLA 18.5

Ventajas y desventajas del uso de cibersexo

Ventajas	Inconvenientes
• Me gustan las cosas que veo en los sitios web. • Me permite explorar cosas que de otro modo no me atrevería. • Me distrae cuando me siento mal y durante ese tiempo no pienso negativamente. • No corro ningún riesgo de que me vean. • No paso vergüenza. • No me cuesta ningún dinero. • Puedo tener una experiencia sexual sin miedo a infectarme con cualquier enfermedad. • Puedo tener una relación sin los prolegómenos de tener que conocer a alguien. • No importa mi timidez. • Puedo inventarme una identidad falsa. • Es anónimo, nadie sabe quién soy. • Me da morbo, me pongo a fantasear. • Me excito sexualmente y disfruto más masturbándome.	• Después de estar conectado me siento mal, como culpable o decepcionado de mí mismo. • Creo que cada vez soy más homosexual por culpa de Internet. • Cada vez me hace falta más. Comencé viendo desnudos y llegué a citarme con alguien. • Paso el día obsesionado con el momento en que me conectaré por la noche. • Me hace estar siempre distraído y parece que no me concentro en las cosas. • Voy mucho peor en los estudios. • Me acuesto tarde y por las mañanas me encuentro muy cansado y con mucho sueño. • Siento mi vista mucho más cansada que antes. • Mis padres están muy preocupados por mi culpa. • No me siento nada orgulloso de esto. • Al final es como un impulso que no puedo reprimir. • Posibles interferencias en una futura relación de pareja.

cursos para adictos al cibersexo y pedirle que la leyera en voz alta para que el paciente pudiera sentirse identificado con el perfil de quienes padecen este trastorno. El terapeuta añadió que una de las características de las adicciones era que generaban tolerancia (es decir, cada vez se necesitaba mayor cantidad de la conducta para conseguir el mismo efecto), lo cual el paciente ya había tenido ocasión de comprobar, y también que a largo plazo podría ocurrir que sólo el cibersexo fuera capaz de excitarle en detrimento de otras formas de expresión sexual más saludables, lo que en un futuro podría depararle problemas importantes en sus relaciones de pareja.

El anonimato es una de las características que ofrece Internet y uno de los factores que explican la adicción al cibersexo. Con el fin de contrarrestar esta percepción, le explicamos a Miguel que se puede descubrir la identidad de las personas que están conectadas a una página web. Le animamos a que visitara organizaciones de Internet que investigan el uso de la red (por ejemplo, *http://saxinvestigations.com/*) y que pueden descubrir no sólo quién está conectado a una página, sino qué se dice en los chats y quién envía un *e-mail* a quién.

Tras esta sesión, el paciente tomó más conciencia de que en realidad su comportamiento le reportaba muchas más consecuencias negativas de las que pensaba. Nosotros le hicimos ver cuán importante es estar muy motivado para poder salir de una adicción y que el tratamiento le iba a suponer un esfuerzo importante sin el cual sería imposible la

© Ediciones Pirámide

solución al problema. También le reforzamos enormemente por su valentía en el reconocimiento de que tenía un problema de este tipo que muchas personas mantienen oculto durante muchos años. Para finalizar le expusimos que el objetivo que pretendíamos con el tratamiento era la moderación en el uso de Internet con fines sexuales, a pesar de que temporalmente eso pudiera suponer la abstinencia total de Internet. No teníamos ninguna intención en promover su abstinencia sexual ni tampoco en reprimir sus fantasías sexuales. Simplemente se trataba de que recuperara la libertad perdida al generar una adicción que le obligaba a llevar algunos comportamientos que le interferían notablemente en su vida.

Entrenamiento en autocontrol: planificación ambiental

Una vez trabajada la motivación del paciente por seguir el tratamiento, establecimos un programa de tratamiento que formalmente seguía el esquema de un programa de autocontrol. En una primera fase se trataría de analizar, a partir de la información obtenida por los registros del paciente, cuáles eran los principales antecedentes de la conexión a Internet con fines sexuales para realizar una planificación ambiental que disminuyera al máximo la posibilidad de acceder al cibersexo. En una segunda fase, y mientras se ejerce un control lo más estricto posible sobre cualquier estímulo que pudiera facilitar el uso del cibersexo, se entrena al paciente en técnicas de autocontrol propiamente dicho, con el fin de incrementar sus estrategias o habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de conexión a cibersexo. Finalmente, en una tercera fase se trataría de ir dejando que el paciente se enfrentara a situaciones de dificultad creciente y progresiva, con el fin de que pueda poner a prueba sus estrategias aprendidas en el curso de la terapia.

La planificación ambiental como estrategia de autocontrol nos permite, por un lado, dificultar la conducta mientras se entrena al paciente en técnicas de control comportamental. Pero por otro lado, nos ayuda a contrarrestar el efecto del condicionamiento clásico en este tipo de problemas. En efecto, uno de los fenómenos que explican la adicción al cibersexo es la asociación entre Internet y estimulación sexual. Esta asociación sólo puede desaparecer tras un período en el que el sujeto utilice Internet sin que se dé la estimulación sexual, lo que se puede conseguir en general haciendo que el paciente entre en Internet en lugares donde la actividad sexual sería algo bastante difícil o indeseable, como bibliotecas, cafeterías o el lugar de trabajo o estudio. En el caso de pacientes con una compulsión grave, ni siquiera estar en lugar público sería suficiente para inhibir la actividad sexual, con lo cual habría que realizar sesiones dirigidas de Internet en las que el terapeuta o coterapeuta estuvieran presentes. Con el tiempo el sujeto puede utilizar Internet en lugares privados con la asistencia de programas informáticos y del Internet Server Provider (ISP) para bloquear el acceso a sitios web sexuales. En ese momento será importante que el paciente conozca los signos de alarma que preceden al uso del cibersexo (los cuales pueden ser conocidos a partir de los registros del propio paciente) y tener a su disposición estrategias de afrontamiento específicas.

En el caso que nos ocupa, Miguel utilizaba el cibersexo únicamente en el ordenador personal de su habitación y en su casa después de las cenas y sobre todo cuando sus padres se habían acostado. Dado que había que controlar sus posibilidades de acceso a Internet, le propusimos la necesidad de hablar con sus padres y comunicarles el problema que padecía. Miguel fue bastante reacio en un primer momento porque se avergonzaba ante la posibilidad de que los padres supieran que dedicaba las noches a navegar por ese tipo de páginas web y a chatear con fines sexuales. Sin embargo, era necesario que contáramos con su colaboración como coterapeutas, y por otra parte no había nada malo en reconocer que se tenía este problema. Tras una conversación con Miguel, finalmente lo entendió de manera que le propusimos dedicar la siguiente sesión a comunicar el problema a sus padres implicándoles en la terapia.

Además del hecho de que los padres conocieran el problema, lo que suponía ya un cierto control

© Ediciones Pirámide

social, propusimos a Miguel que durante un tiempo no utilizara Internet en su casa y que evitara hacerlo también de manera privada en ningún sitio donde nadie pudiera verlo. Podía utilizar el ordenador para realizar sus trabajos, pero se debía evitar la posibilidad de conexión a Internet desde su ordenador cuando no hubiera ninguna supervisión. Asimismo, su padre debía utilizar una contraseña para su ordenador portátil de manera que a Miguel le fuera imposible utilizarlo cuando estuvieran fuera los fines de semana. Por cierto, también podía ser útil que durante un tiempo Miguel acompañara algunos fines de semana a sus padres y otros fines de semana sus padres se quedaran en casa.

Más adelante se irían desvaneciendo las medidas de planificación ambiental. Un primer paso sería volver a permitir el acceso a Internet a Miguel, pero configurando el ordenador de modo que hubiera un control sobre los contenidos. El sistema es sencillo: se trata de entrar en Herramientas en el Internet Explorer y dentro de Herramientas clicar en Opciones de Internet. En Contenido, clicar Asesor de Contenido, Activar y entonces aparece la posibilidad de restringir los contenidos relativos a desnudez, lenguaje, sexo y violencia. A continuación hay que crear una contraseña de supervisor para que sólo aquel que conozca la contraseña pueda Activar, Desactivar o Cambiar la configuración del Asesor de Contenidos. Esta herramienta es muy útil para la planificación ambiental en los casos de adicción al cibersexo cuando esta actividad está limitada a un solo ordenador. Sin embargo, tiene una importante limitación. Con ella se pueden cribar bastante los contenidos de los sitios web, pero es imposible ejercer ningún control sobre los chats. En todo caso, se limita el acceso a los chats que aparece en las páginas pornográficas de la red, pero no se imposibilita el contenido de otros chats a los que se pueda conectar una persona.

El segundo paso sería no limitar el acceso a ningún tipo de contenido, pero permitir que los padres pudieran entrar en la habitación en cualquier momento para comprobar qué estaba haciendo Miguel. En el último paso no habría control alguno.

Terapia familiar

En general, muchos de los problemas de adicción al sexo presentan importantes repercusiones sobre la vida de pareja, familiar o social de los individuos que los padecen. En nuestro caso, Miguel no tenía pareja en el momento de buscar ayuda psicológica, pero la intervención de sus padres era necesaria para que pudieran colaborar en el tratamiento. A pesar de que costó convencer a Miguel de esta necesidad por la vergüenza que le producían tanto su problema de dudas con la orientación sexual como la adicción al cibersexo, nuestro paciente se atrevió a que planificáramos una sesión en la que estaríamos los cuatro. El terapeuta informó a los padres el diagnóstico de Miguel (se les hizo ver lo frecuente que resultaban ambos problemas y que la adicción al cibersexo era una adicción no más perversa que la adicción al tabaco), el tipo de tratamiento que se debía seguir, la importancia de su implicación y en qué consistía concretamente lo que debían hacer en esta primera fase de planificación ambiental. También se les hizo saber a solas, una vez había salido nuestro paciente de la consulta, la importancia de su actitud hacia Miguel y los sentimientos de vergüenza y culpabilidad que había experimentado últimamente.

Contrato de contingencias

El hecho de implicar a los padres en el tratamiento facilitó el uso de una estrategia que puede tener un efecto motivador y reforzador de la conducta deseada, el contrato de contingencias. Tras una negociación con el padre y el hijo se llegó al compromiso de que por cada día que Miguel no accediera a sitios web de sexo los padres le pagarían 4 euros, lo que podía suponer un total de 120 euros al mes que podría gastar en comprarse ropa, música, etc. En el caso de que incumpliese el contrato, Miguel admitía perder 60 euros, es decir, el equivalente a medio mes.

Cambio de contingencias

Como se ha comentado, el comportamiento de Miguel estaba claramente enmarcado en unos ante-

© Ediciones Pirámide

cedentes y se veía reforzado por la excitación sexual y la masturbación que seguía a las visitas al cibersexo. Por ello consideramos conveniente romper esa cadena de contingencias y hacer que Miguel desvinculara el cibersexo de estos factores. Utilizamos la siguiente estrategia. Miguel entraría en un sitio web de imágenes sexuales pero en la misma consulta psicológica con su terapeuta delante, discutiendo lo que sentía ante las distintas imágenes que iban apareciendo, y evidentemente sin posibilidad de masturbación. Esto se realizó en distintas sesiones a lo largo del tratamiento y se buscaba con ello también un cierto efecto de saciación y un cierto condicionamiento aversivo, ya que se prolongaba la visita al sitio web durante aproximadamente media hora y Miguel se sentía incómodo al realizar esta conducta ante el terapeuta. También se le pidió al padre que colaborara en esto realizando esta misma actividad en su casa en tres ocasiones. De este modo, se descontextualizaba la acción de utilizar el cibersexo y perdía buena parte de su carácter reforzante.

Discusión de pensamientos negativos: autoestima, homosexualidad y sentimiento de vergüenza

En la evaluación inicial, Miguel nos contaba que cuando comenzó a fijarse en chicos al visitar los sitios de Internet lo hacía con el fin de compararse con ellos. En un principio no buscaba excitarse sexualmente con estas imágenes (sí en cambio con las imágenes de las chicas), sus pensamientos no iban en la línea de que le gustaría mantener relaciones con tal o cual chico, sino más bien en el sentido de que había chicos que eran atractivos y a él le hubiera gustado ser como ellos. Estos pensamientos denotaban una baja autoestima que Miguel reconocía y que comprendía tanto la esfera física como la psicológica. Miguel decía que no se gustaba a sí mismo, no le gustaba su forma de ser, de comportarse y su cuerpo.

Por ello, consideramos conveniente trabajar sobre la autoestima de nuestro paciente. En el entrenamiento, comenzamos por pedirle a Miguel que se valorara en distintas dimensiones en unas escalas de 0 a 10 pero también de modo cualitativo, es decir, que se describiese tal como se veía. A partir de esa información, le hablamos de la importancia de la autoestima en la salud mental de un individuo y de cómo su baja autoestima no sólo le precipitó en su momento a compararse con chicos atractivos en Internet, sino que también era una de las consecuencias de su uso del cibersexo. Por un lado, Miguel se veía cada vez peor al compararse con chicos modélicos desde el punto de vista físico, lo que hacía que tras una sesión de cibersexo se sintiera deprimido. Pero también se deprimía porque se sentía culpable y poco orgulloso de sí mismo tras estas sesiones. Y al mismo tiempo, el ánimo disfórico era uno de los antecedentes emocionales de su entrada en cibersexo. Pero sus pensamientos negativos, no sólo giraban en torno a su autoconcepto físico. A Miguel tampoco le gustaba su forma de ser y particularmente tenía pensamientos de miedo y rechazo hacia la homosexualidad, y también pensamientos autoinculpatorios y de vergüenza por el hecho de utilizar cibersexo.

A través de la explicación del modelo ABC de Ellis, le enseñamos algunos de los errores cognitivos que cometemos al tener pensamientos negativos, y también vimos con Miguel algunos pasos que le podían ayudar a combatir estos pensamientos:

- ¿Qué estoy pensando? ¿Cuál es mi pensamiento?
- ¿Qué evidencias o razones tengo a favor y en contra de este pensamiento?
- ¿Qué probabilidad hay de que esté en lo cierto de 0 a 100?
- ¿Existen otras explicaciones alternativas?
- Desdramatización: ¿En el caso de estar en lo cierto, sería tan horrible? ¿Qué sería lo peor que me podría pasar?
- ¿Me resulta de alguna utilidad tener este pensamiento?

Dedicamos un total de tres sesiones a enseñarle a Miguel a retar sus pensamientos negativos y sustituirlos por otros más positivos y realistas. En la primera de ellas se trató el tema de su autoestima con la discusión del pensamiento «tengo un cuerpo

© Ediciones Pirámide

feo y poco atractivo». En la segunda, se abordó el tema del miedo y preocupación por la homosexualidad con la discusión del pensamiento «definitivamente soy homosexual y la gente me va a rechazar por esto». Y en la tercera se trató su sentimiento de vergüenza por ser adicto al cibersexo con el reto del pensamiento «soy un vicioso por hacer esto, mis padres se avergonzarán de mí». Tras cada una de estas sesiones se le dio como tarea para casa aplicar estos pasos a cualquier pensamiento negativo relacionado con el tema durante esa semana.

Además de esto, en la sesión dedicada a la autoestima se le pidió que hiciera un listado con características positivas, tanto físicas como psicológicas, de sí mismo y que lo leyera cada día nada más levantarse. También se le animó a hacer ejercicio físico para sentirse mejor con su propio cuerpo. En la sesión en la que se abordó el tema de la homosexualidad se puso especial énfasis en desdramatizar la posibilidad de que en un futuro decidiera tener relaciones con personas de su mismo sexo.

Entrenamiento en técnicas de distracción y exposición con prevención de respuesta

También dedicamos una sesión a entrenar a Miguel en técnicas de distracción que le ayudaran a no prestar atención a los pensamientos intrusivos a lo largo del día que solían tener que ver con el cibersexo y la homosexualidad. En concreto se le enseñaron los siguientes ejercicios:

— Centrarse en un objeto y describirlo con todo detalle.
— Conciencia sensorial: hacerse consciente de la información captada por sus sentidos.
— Ejercicios mentales como contar de cero a cien de tres en tres, nombrar animales, etc.
— Actividades absorbentes como cantar, leer, hacer un crucigrama, jugar, etc.
— Recuerdos y fantasías agradables lo más vívidos posible.

Para complementar esta técnica con la que deseábamos reducir la interferencia de los pensamientos o imágenes intrusivas en las actividades cotidianas durante el día, le pedimos al paciente que cuando a lo largo de un día le asaltaran muchas imágenes de este tipo, se expusiera a ellas por la noche, intentando mantenerlas en su mente con prevención de respuesta (es decir, sin conectarse a cibersexo) hasta que el grado de ansiedad hubiera disminuido notablemente.

Entrenamiento en solución de problemas

Consideramos conveniente entrenar a Miguel en la solución de problemas siguiendo los pasos desarrollados por D'Zurilla y Goldfried, ya que podrían ayudarle ante la posibilidad de que más adelante nuestro paciente sintiera deseo de volver a conectarse a cibersexo, de tomar una decisión respecto a tener una relación homosexual o cualquier otro conflicto ante el que pudiera encontrarse. Recordamos que estos pasos son:

— Orientación general.
— Formulación y definición del problema.
— Generación de alternativas.
— Toma de decisiones: análisis de las consecuencias de cada alternativa y valoración de las mismas.
— Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados.

Como ejemplo para su entrenamiento, utilizamos la decisión de conectarse a Internet y le pedimos a Miguel que guardara este ejercicio en la mesita de su habitación por si alguna vez lo necesitara.

Entrenamiento autoinstruccional

Tanto en el desarrollo de las sesiones relacionadas con el cambio de los pensamientos negativos como en la solución de problemas, aparecieron algunas conclusiones consistentes en pensamientos positivos y decisiones firmes de Miguel ante su problema. Nos pareció interesante que Miguel apuntara todos estos pensamientos positivos en forma muy breve, a modo de autoverbalización y que los anotara en una hoja. Se le aconsejó que

© Ediciones Pirámide

repasara estas verbalizaciones de vez en cuando para que cuando le viniera a su mente un pensamiento negativo pudiera intentar sustituirlo inmediatamente por uno de signo opuesto que hubiera sido la conclusión de anteriores discusiones cognitivas.

Planificación de actividades

Dado que Miguel solía conectarse a cibersexo por las noches y fines de semana, se trató con él la posibilidad de organizar otro tipo de actividades alternativas para los fines de semana que lo mantuvieran apartado del ordenador durante un tiempo. La actividad consensuada entre paciente y terapeuta fue el senderismo, que además le ayudó a hacer más amigos, a hacer ejercicio físico, relajarse y sentirse mejor consigo mismo. Entre semana, Miguel se reorganizó el tiempo para estudiar por las tardes y después de cenar no tener que hacer nada relacionado con los estudios ni con el ordenador. Sustituyó Internet por la lectura o la televisión.

Desvanecimiento o retirada gradual del control de estímulos

Tras el entrenamiento en las técnicas descritas anteriormente se tomó la decisión de ir desvaneciendo progresivamente el control de estímulos establecido en la fase de planificación ambiental, con el fin de que Miguel pudiera tener la oportunidad de aplicar estas estrategias a situaciones reales y que se mantuvieran los cambios alcanzados a pesar de que Miguel pudiera tener acceso al cibersexo.

En una primera fase, que duró un mes, se le permitió el acceso a Internet pero configurando el ordenador de modo que hubiera un control sobre los contenidos. Dentro de esta fase, le pedimos al padre de Miguel que eliminara el control de contenidos dos veces a la semana durante dos semanas los días señalados. Esos días, Miguel debía entrar en sitios web de desnudos eróticos durante 10 minutos y realizar un registro de cómo se había sentido. En estas visitas a cibersexo, Miguel tenía prohibido masturbarse, con el fin de evitar reforzar positivamente este comportamiento. Los registros y las sesiones posteriores con Miguel revelaron que no sentía ya el mismo morbo o excitación al entrar en esos sitios web. Más bien al contrario, se le hacía molesto y desagradable y lo encontraba como carente de sentido. El segundo paso en este proceso, con una duración de dos meses, fue no limitar el acceso a ningún tipo de contenido, pero permitir que los padres pudieran entrar en la habitación en cualquier momento para comprobar qué estaba haciendo Miguel. Nuestro paciente no reveló tener ningún deseo ni impulso de entrar en toda esta fase, excepto en dos ocasiones. En el último paso no habría ningún control.

Prevención de recaídas

Las recaídas en las adicciones presentan alguna diferencia respecto a las que se producen en otros trastornos. La más importante es que muchas veces los pacientes tienden a ocultar que han vuelto a caer en la adicción (en muchas ocasiones por vergüenza a reconocerlo), lo que unido a un cierto fenómeno de rebote, hace que en poco tiempo puedan llegar a desarrollar el problema a unas tasas muy altas. Por ello es fundamental preparar al paciente por si vuelve a sentir impulsos intensos de conectarse a cibersexo. El objetivo sería en esta fase evitar que vuelva a conectarse afrontando adecuadamente los deseos de hacerlo. En el caso de que se conecte, que lo haga el menor tiempo posible, esto es, que sea capaz de detener o interrumpir su conducta. Finalmente, que no lo haga en días sucesivos y lo comunique lo más pronto posible a sus padres y terapeuta, con el fin de evitar un agravamiento.

En el módulo de prevención de recaídas, hablamos con Miguel de todo esto, anticipamos la posibilidad de que en alguna situación concreta tuviera el impulso de conectarse al cibersexo, analizamos qué podía hacer ante esa situación y qué técnicas de las aprendidas podría aplicar en ese momento. Además se le pidió que escribiera una carta dirigida a sí mismo en el momento en que sintiera deseos de conectarse a un sitio web sexual, recordándose lo que había sufrido como consecuencia de este problema, por qué había decidido dejar de llevar a

© Ediciones Pirámide

cabo este comportamiento, el esfuerzo que le había costado y cómo se sentiría si volvía a caer en el mismo. Le recordamos los signos que indicarían que estaba cayendo de nuevo en la adicción para que fuera capaz de reconocerlos si ocurrían.

2.9. Resultados

Como se puede apreciar en las tablas 18.6, 18.7 y 18.8, los resultados de la intervención terapéutica en nuestro paciente fueron muy positivos. Se realizó una evaluación postest inmediatamente después del tratamiento y tres seguimientos a los 2 meses, 6 meses y un año después de finalizar el mismo.

Por lo que se refiere a la evolución de Miguel en las variables directamente relacionadas con la adicción al cibersexo y a Internet, el número de horas *on-line* en la última semana pasó de 22 en el pretest a 8 en el postest, y el número de horas en sitios web sexuales pasó de 16 a 1 en el postest, despareciendo prácticamente en su totalidad en los seguimientos. La puntuación total en el ISST también reflejó una disminución significativa entre el pretest (Pt = 18) y el postest (Pt = 1) como también se puede apreciar en el análisis de los distintos factores del cuestionario. Lo mismo sucede con la puntuación de adicción a Internet, que baja de 80 en el pretest a 24 en el postest. El porcentaje total de cambio en el postest, si incluimos la valoración de todas estas variables, fue del 84 por 100, y en el primer seguimiento, del 92,5 por 100, resultado muy notable que se mantuvo prácticamente en los posteriores seguimientos (nótese que en este por-

TABLA 18.6

Evolución del paciente en las variables directamente relacionadas con la adicción al cibersexo y a Internet

Variables	Pre	Post	Seguim. 1 (2 meses)	Seguim. 2 (6 meses)	Seguim. 3 (1 año)
N.º horas *on-line* en la última semana	22	8	7	7	8
N.º horas en páginas sexuales en la última semana	16	1	0	0,2	0,1
Compulsividad sexual *on-line* (ISST1)	5	1	0	1	0
Conducta sexual social *on-line* (ISST2)	5	0	0	0	0
Conducta sexual solitaria (ISST3)	4	1	0	1	1
Gasto sexual *on-line* (ISST4)	0	0	0	0	0
Interés en la conducta sexual *on-line* (ISST5)	2	0	0	0	0
Uso de otro ordenador con fines sexuales (ISST6)	0	0	0	0	0
Acceso a material sexual ilegal (ISST7)	0	0	0	0	0
Adicción total a cibersexo (ISST)	18	2	0	2	1
Adicción a Internet	80	24	23	23	26
Porcentaje total de cambio	0	84%	92,5%	91%	92%

© Ediciones Pirámide

TABLA 18.7

Evolución del paciente en las variables clínicas generales

Variables	Pretest	Postest	Seguim. 1 (2 meses)	Seguim. 2 (6 meses)	Seguim. 3 (1 año)
STAI-E	Percentil 75	Percentil 35	Percentil 20	Percentil 10	Percentil 15
STAI-R	Percentil 70	Percentil 60	Percentil 65	Percentil 60	Percentil 60
Depresión (BDI)	19	9	6	5	5
Autoestima	20	30	32	31	32
Grado de preocupación por la homosexualidad (0 a 10)	10	3	2	1	0
Porcentaje total de cambio	0	57%	71%	77%	77,5%

TABLA 18.8

Evolución del paciente en las variables de valoración del paciente y terapeuta de la mejoría terapéutica

Variables	Pretest	Postest	Seguim. 1 (2 meses)	Seguim. 2 (6 meses)	Seguim. 3 (1 año)
Malestar subjetivo (ESM)	10	3	2	2	1
Grado de interferencia global (CA)	4	0	0	1	0
Evaluación de la mejoría por parte del paciente (S6)	4 Sin cambios	2 Bastante mejor	1 Muchísimo mejor	1	1
Evaluación del estado por parte del terapeuta	4 Bastante perturbado	2 Ligeramente perturbado	2	1 Normal	1
Porcentaje total del cambio	0%	77,5%	87,5%	88,7%	97,5%

centaje se incluye el uso abusivo de Internet sin fines sexuales, por lo que un 100 por 100 hubiera sido una meta poco realista). Los resultados tendieron a mantenerse o incluso mejorar en los seguimientos.

Si analizamos la evolución en las variables clínicas generales, observamos cómo también se produce una importante mejoría que supone un porcentaje total de cambio del 57 por 100 en el postest y del 77 por 100 en el último seguimiento. Concretamente, en ansiedad-estado Miguel, pasó del percentil 75 en el pretest al 35 en el postest y 15 al año de finalizar la terapia. La ansiedad-rasgo, como es

© Ediciones Pirámide

de esperar, disminuyó en menor medida. El grado de depresión, sin embargo, pasó de 19 en el pretest a 9 en el postest y 5 en el último seguimiento. La autoestima mejoró también notablemente, progresando de 20 a 30, y el grado de preocupación por la homosexualidad se redujo de 10 en el pretest a 3 en el postest y 0 en el último seguimiento.

Finalmente, el malestar subjetivo fue valorado por Miguel como 3 en el postest y 1 en el último seguimiento, lo que supone una mejora muy significativa, ya que partíamos de una puntuación de 10 en el pretest. El grado de interferencia global que este problema causaba en su vida pasó de 4 (sobre un máximo de 5) a 0 en el postest, lo que prácticamente se mantuvo en los seguimientos. El paciente valoró tras el tratamiento que se encontraba «bastante mejor» y a los dos meses se valoró como «muchísimo mejor». Por su parte, el terapeuta valoró el estado del paciente como sólo «ligeramente perturbado» en el postest y esperó a los 6 meses para valorarlo como «normal». El porcentaje total de cambio alcanzado en este grupo de variables fue del 77 por 100 en el postest y llegó al 97 por 100 en el último seguimiento.

En resumen, consideramos que con el tratamiento descrito Miguel mejoró notablemente no sólo en las variables relacionadas con su adicción al cibersexo, sino también en su preocupación y angustia por la homosexualidad y otras variables clínicas relevantes, como la ansiedad, la depresión, autoestima y malestar subjetivo. Además, los seguimientos realizados hasta un año después de finalizar la terapia indican que los cambios alcanzados se mantuvieron e incrementaron con el tiempo.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. En el caso de que Miguel te hubiera dicho que no deseaba que sus padres se enteraran de su problema por vergüenza y que era mejor no decírselo, ¿hubieras accedido a su deseo? En caso contrario, ¿cómo le habrías justificado la necesidad de comunicarles su problema?
2. ¿Cómo hubieras planteado a sus padres el problema de Miguel y su posible papel en la terapia?
3. ¿Podrías redactar el contrato de contingencias que se aplicó al paciente?
4. Aplica los pasos propuestos para la discusión cognitiva en el caso del pensamiento «soy un vicioso por comportarme de este modo (conectarme al cibersexo)».
5. ¿Cuál podría ser el contenido en cada uno de los pasos de la solución de problemas o toma de decisiones en el caso de que Miguel tuviera la idea de volver a conectarse a cibersexo?
6. En el caso de que Miguel tuviera una recaída y volviera a consulta al mes de haber finalizado la terapia diciendo que había vuelto a usar cibersexo en cuatro ocasiones, ¿qué le dirías, cómo le motivarías y qué estrategia de intervención seguirías?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballester, R. y Gil, M. D. (1994). Salud sexual: análisis del comportamiento sexual de adolescentes, jóvenes y adultos en la Comunidad Valenciana. *Análisis y Modificación de Conducta, 20,* 111-138.

Braun-Harvey, D. (2003). Culturally relevant assessment and treatment for gay men's online sexual activity. *Sexual and Relationship Therapy, 18,* 371-384.

Carnes, P. (1983). *Out of the shadows.* Minneapolis, MN: CompCare.

Carnes, P. (1989). *Contrary to love: Helping the sexual addict.* Minneapolis, MN: CompCare.

Carnes, P. (1996). Addiction or compulsion: politics or illness? *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention, 3,* 127-150.

© Ediciones Pirámide

Carnes, P. y Adams, K. M. (2002). *Clinical management of sex addiction*. New York: Brunner-Routledge.

Center for Online and internet Addiction. Online document: *http://www.netaddiction.com/cybersexual_addiction.htm.*

Coombs, R. H. (2004). *Handbook of Addictive Disorders: A practical guide to diagnosis and treatment.* Hoboken, NJ: Wiley.

Cooper, A., Mänsson, S., Daneback, K., Tikkanen, R. y Ross, M. (2003). Predicting the future of internet sex: online sexual activities in Sweden. *Sexual and Relationship Therapy, 18,* 277-291.

Cooper, A., Delmonico, D. y Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers and compulsives: New findings and implications. En A. Cooper (ed.), *Cybersex*: *The dark side of the force* (pp. 5-29). Philadelphia: Brunner-Routledge.

Cooper, A., Putnam, D. E., Planchon, L. A. y Boies, S. C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention, 6,* 79-104.

Cooper, A., Scherer, C., Boies, S. y Gordon, B. (1999). Sexuality and the internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology, 30,* 154-164.

Delmonico, D. (1997). Cybersex: High tech sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention, 4,* 159-167.

Delmonico, D. y Carnes, P. (1999). Virtual sex addiction: when cibersex become the drug of choice. *CyberPsychology & Behavior, 2,* 457-463.

Delmonico, D. y Miller, J. (2003). The internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy, 18,* 261-276.

Earle, R. H., Earle, M. R. y Osborn, K. (1995). *Sex Addiction: Case studies and management.* New York: Brunner/Mazel.

Freeman-Longo, R. E. y Blanchard, G. T. (1998). *Sexual abuse in America: Epidemic of the 21th century.* Brandon: Safer Society Press.

Greenfield, D. (1999). Psychological characteristics of compulsive internet use: a preliminary analysis. *CyberPsychology and Behavior, 2,* 403-412.

Griffin-Shelley, E. (2003). The internet and sexuality: a literature review 1983-2002. *Sexual and Relationship Therapy, 18,* 355-370.

Griffiths, M. (2000). Excessive internet Use: Implications for sexual behavior. *CyberPsychology and Behavior, 3,* 537-552.

Griffiths, M. (2001). Sex on the internet: Observations and implications for internet sex addiction. *Journal of Sex Research, 38,* 333-342.

Henkin, W. y Carnes, P. (1998). Is sex addiction a myth? En S. Nolen-Hoeksema (ed.), *Clashing views on abnormal psychology: a taking sides custom reader* (pp. 196-215). New York: Guilford.

Kalichman, S. y Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment, 65,* 586-601.

Mengel, M. (2005). Addictive disorders: progress is being made, but more needs to be done. *PsycCritiques, 50*.

Orzack, M. H. y Orzack, D. S. (1999). Treatment of Computer Addicts with complex co-morbid psychiatric disorders. *CyberPsychology & Behavior, 2,* 465-473.

Orzack, M. H. y Ross, C. J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions? *Sexual Addiction & Compulsivity, 7,* 113-125. Special Issue: Cibersex: The dark side of the force.

Plant, M. y Plant, M. (2003). Sex Addiction: a comparison with dependence on psychoactive drugs. *Journal of Substance Use, 8,* 260-266.

Putnam, D. E. (2000). Initiation and maintenance of online sexual compulsivity: implications for assessment and treatment. *CyberPsychology & Behavior, 3,* 553-563.

Putnam, D. E. y Maheu, M. M. (2000). Online sexual addiction and compulsivity: Integrating Web resources and behavioral telehealth in treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention, 7,* 27-48.

Reed, M. D. (1994). Pornography addiction and compulsive sexual behavior. En D. Zillmann, J. Bryant et al., *Media, children and the family: social scientific, psychodinamic and clinical perspectives.* (pp. 249-269). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Schneider, J. P. (1994). Sex addiction: Controversy within mainstream addiction medicine, diagnosis based on the DSM-III-R and physician case histories. *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention, 1,* 19-44.

Young, K. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. En L. VandeCreek y T. Jackson (eds.), *Innovations in clinical practice: a source book.* Sarasota: Professional Resource Press, pp. 1-13.

© Ediciones Pirámide

ANEXO I. TEST DE ADICCIÓN A INTERNET

Center for Online and Internet Addiction (Trad. Rafael Ballester)
www.netaddiction.com/resources/cybersexual_addiction_test.htm

NOMBRE: ..... EDAD: .....

Con el fin de evaluar su grado de adicción a Internet, por favor conteste las siguientes preguntas siguiendo la escala indicada:

1 = Raramente.
2 = Ocasionalmente.
3 = Frecuentemente.
4 = A menudo.
5 = Siempre.

Recuerde que en sus respuestas sólo debe considerar el tiempo que gasta en Internet con propósitos distintos a los académicos o al trabajo.

	1	2	3	4	5
1. ¿Cuán a menudo cree que permanece *on-line* más tiempo del que pretendía?					X
2. ¿Cuán a menudo olvida quehaceres domésticos para estar más tiempo *on-line*?		X			
3. ¿Cuán a menudo prefiere excitarse con Internet a la intimidad con su pareja?			X		
4. ¿Cuán a menudo establece nuevas relaciones con otros usuarios de la red?			X		
5. ¿Cuán a menudo se quejan otros por el tiempo que gasta usted en Internet?			X		
6. ¿Cuán a menudo repercute la cantidad de tiempo que usted pasa conectado a la red en sus estudios?					X
7. ¿Cuán a menudo revisa su *e-mail* antes de hacer otra cosa que necesita hacer?		X			
8. ¿Cuán a menudo se ve perjudicado su rendimiento laboral a causa de Internet?					X
9. ¿Cuán a menudo se pone a la defensiva cuando alguien le pregunta qué hace en Internet?					X
10. ¿Cuán a menudo bloquea pensamientos molestos acerca de su vida con pensamientos tranquilizadores acerca de Internet?				X	
11. ¿Cuán a menudo se encuentra anticipando cuando volverá a conectarse a la red?				X	
12. ¿Cuán a menudo teme que su vida sin Internet fuera aburrida, vacía o triste?				X	
13. ¿Cuán a menudo se enfada, grita o se molesta si alguien le da la lata cuando está en Internet?				X	
14. ¿Cuán a menudo pierde el sueño debido a estar en Internet a altas horas de la noche?					X
15. ¿Cuán a menudo se encuentra pensando en Internet cuando no está conectado o fantasea con conectarse?				X	
16. ¿Cuán a menudo se encuentra diciendo «sólo unos minutos más» cuando está en Internet?					X
17. ¿Cuán a menudo intenta acortar el tiempo que pasa en la red y no lo consigue?					X
18. ¿Cuán a menudo intenta ocultar el tiempo que ha estado conectado a Internet?					X
19. ¿Cuán a menudo elige pasar más tiempo en Internet a salir con los demás?			X		
20. ¿Cuán a menudo se siente deprimido, malhumorado o nervioso cuando no está conectado a la red y se le pasa cuando vuelve a conectarse?				X	

Una vez haya terminado, sume sus puntuaciones para obtener una puntuación total. En principio, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el grado en el que el uso de Internet está causándole problemas en su vida. Puede seguir la siguiente escala para valorar su puntuación:

— 20-49 puntos: Usted es un usuario medio de Internet. En ocasiones puede navegar en la red algo demasiado de tiempo, pero en general tiene control sobre su uso.
— 50-79 puntos: Usted experimenta problemas ocasional o frecuentemente a causa de Internet. Debería considerar el impacto que Internet tiene en su vida.
— 80-100 puntos: Su uso de Internet está causándole problemas significativos en su vida. Debería evaluar este impacto y enfrentarse a los problemas que le causa Internet.

PUNTUACIÓN TOTAL del paciente: 80.

© Ediciones Pirámide

ANEXO II. TEST DE *SCREENING* DE SEXO EN INTERNET (ISST)

(Delmonico, 1997)
Trad. Rafael Ballester

NOMBRE: ..... EDAD: .....

Lea cada una de las siguientes afirmaciones. Escriba una V si considera que es una afirmación verdadera o casi siempre verdadera y una F si la considera falsa o casi siempre falsa.

Item	V o F
1. Tengo algunos sitios sexuales marcados	V
2. Paso más de cinco horas a la semana usando mi ordenador con fines sexuales	V
3. Me he afiliado a sitios sexuales para conseguir acceder a material sexual *on-line*	F
4. He comprado productos sexuales *on-line*	F
5. He buscado material sexual a través de un buscador de Internet	V
6. He gastado más dinero en material sexual *on-line* de lo que había planeado	F
7. El sexo en Internet ha interferido alguna vez con ciertos aspectos de mi vida	V
8. He participado en chats sexuales	V
9. Tengo un nombre de usuario o un nombre de pila que utilizo en Internet	V
10. Me he masturbado mientras estaba conectado a Internet	V
11. He accedido a sitios sexuales desde otros ordenadores distintos al de mi casa	F
12. Nadie sabe que uso el ordenador para propósitos sexuales	V
13. He intentado ocultar lo que hay en mi ordenador o monitor para que otros no lo vean	V
14. He permanecido despierto hasta después de medianoche para acceder a material sexual *on-line*	V
15. Utilizo Internet para experimentar con diferentes aspectos de la sexualidad (esclavitud sexual, homosexualidad, sexo anal, etc.)	V
16. Tengo mi propio sitio web que contiene algún material sexual	F
17. Me he prometido a mí mismo dejar de usar Internet con fines sexuales	V
18. En ocasiones utilizo cibersexo como un premio por haber conseguido algo (acabar un proyecto, un día estresante, etc.)	V
19. Cuando no consigo acceder a información sexual *on-line,* me siento ansioso, enfadado o decepcionado	V
20. He incrementado los riesgos de estar *on-line* (dar mi nombre y número de teléfono, conocer a gente fuera de la red, etc.)	V
21. Me he castigado a mí mismo cuando uso Internet con fines sexuales (por ejemplo, no utilizar el ordenador, cancelar mi suscripción a Internet, etc.)	V
22. He quedado cara a cara con alguien que he conocido en la red con fines románticos	V
23. Utilizo el humor y las insinuaciones o indirectas sexuales hacia otros cuando estoy en Internet	V
24. He tropezado con material sexual ilegal estando en Internet	F
25. Creo que soy un adicto al sexo por Internet	F

Total de afirmaciones Verdaderas: 18.
Total de afirmaciones Falsas: 7.

© Ediciones Pirámide

19 Tratamiento psicológico de un adolescente con problemas de ansiedad y consumo de cannabis

BEATRIZ TERRASSA BLÁZQUEZ
FRANCISCO JAVIER PÉREZ PAREJA

1. INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios señalan la relación existente entre adicciones y problemas de conducta en general. A pesar de la larga historia en el tratamiento de los mismos, la complejidad de dicha relación sigue siendo fuente de controversia. En este sentido, se establecen dos grandes líneas de análisis. Una primera plantearía la existencia de una vulnerabilidad psicosocial en forma de problemas sociales, trastornos emocionales o de conducta como antecedentes de los problemas adictivos. Dentro de este enfoque cabría incluirse el término de «patología dual». Una segunda línea consideraría la conducta adictiva como desencadenante de otros problemas de conducta. Éste es el caso que refiere el DSM-IV-TR (APA, 2002) en la categoría de «trastorno de ansiedad inducido por sustancias».

Sin embargo, desde el punto de vista clínico y en base al análisis experimental de la conducta, la relación funcional entre problemas de conducta en general y conductas adictivas en particular permitiría las siguientes posibilidades de análisis:

1. En algunos casos, la historia conductual de la persona actuaría como elemento antecedente de la conducta adictiva. Desde nuestro punto de vista, esta relación funcional puede haberse establecido a través de dos líneas conductuales.

En la primera cadena conductual, determinados estilos de funcionamiento social y psicológico actuarían como un factor de riesgo o de vulnerabilidad que facilitarían la aparición de un problema adictivo. En este caso, la labor del psicólogo se debería centrar en la detección precoz y en las intervenciones preventivas.

Por su parte, en la segunda cadena conductual, los estilos de funcionamiento de la persona pueden haber generado un trastorno concreto de conducta (por ejemplo, ansiedad), cuya consecuencia sea el comportamiento adictivo. El caso clínico que presentamos en este capítulo parte de este supuesto.

2. En otros casos es el comportamiento adictivo el que actúa como antecedente de otros trastornos de comportamiento (ansiedad por consumo de tóxicos, psicosis experimental, etc.).

Evidentemente, desde el punto de vista funcional, y en base a la historia de refuerzos de cada persona, desde la perspectiva clínica —e incluso desde la experimental— cabe hacer hincapié en que relación causal, y por tanto la relación funcional de los tres presupuestos antes mencionados, puede aparecer en todos los pacientes. Es decir, con independencia del momento histórico en el que el psicólogo se hace cargo del problema, la historia de su génesis, mantenimiento y efectos sobre el comportamiento general del paciente, no sólo puede contener uno o algunos de los elementos funcionales previamente citados, sino todos ellos. Por supuesto no en el mismo intervalo temporal.

En cualquier caso, consideramos que en población pre y adolescente los modelos sociales pueden

© Ediciones Pirámide

tener una influencia crítica como factor de riesgo (por ejemplo: la necesidad de integración en el grupo de iguales).

En este sentido, cabe señalarse cómo Pérez Pareja, Tijero y Pérez Pareja (2003), en su estudio del consumo de drogas ilegales desde la restauración de la democracia en España, destacan la importancia de las «modas», los condicionantes sociales, económicos y culturales en la incidencia del consumo de las distintas drogas que nos han acompañado desde los momentos de la «transición» hasta nuestros días.

Igualmente en esta línea, Calafat (2004) insiste en que determinadas sustancias, como es el caso de los «cannabidianos», han pasado a considerarse no sólo no peligrosas, sino menos nocivas que otras de carácter legal, como es el caso de tabaco o el alcohol. En efecto y tal como señala el autor, sustentando sus afirmaciones en las encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas, los cambios sociales en la percepción sobre los riesgos que suponen el consumo de determinadas adictivos ilegales, fundamentalmente el cannabis, han conducido consecuentemente a una pérdida de consideración sobre sus efectos nocivos y adictivos y, a la par, un incremento espectacular de su consumo.

De hecho, al menos en el ámbito de la comunidad autónoma de las Islas Baleares, el consumo de «cannabidianos» no sólo se ha incrementado entre adolescentes y preadolescentes, sino que la población general lo percibe como «menos peligroso» que el consumo de otros adictivos considerados legales. Igualmente, dicho consumo se ha venido asociando a un estilo de asumir el ocio y de «relativizar» los problemas.

Estos datos sugieren, al menos, la necesidad de abordar el componente social en los problemas que se relacionan con el consumo de drogas, pues, tal como hemos señalado, éstos pueden aparecer como factores críticos o como factores de riesgo sobreañadidos en la manifestación de problemas de conducta en el camino de la adaptación de los adolescentes a su realidad ambiental.

Por último, el caso clínico que presentamos pretende recoger la mayor parte de los problemas que hemos planteado en esta introducción. Sin embargo, somos conscientes de que los breves párrafos introductorios, no sólo no pretenden aclarar las relaciones entre problemas de conducta y adicciones, sino que, muy probablemente, sólo hemos añadido un dato más a la polémica.

2. CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Nicolás, de 17 años, acude a consulta acompañado de sus padres, remitido por su psiquiatra con un diagnóstico de «trastorno límite de la personalidad».

Convive con su madre de 45 y padre de 48 años, que regentan un restaurante en una zona turística de la isla de Mallorca. Tiene un hermano mayor de 23 años que, aunque al principio de la intervención estudiaba idiomas en Suiza, reside habitualmente en el domicilio familiar. Originarios de Granada, desde hace 22 años residen en una zona costera de Mallorca. Su nivel socioeconómico puede considerarse medio-alto.

Abandonó los estudios en 4.º curso de ESO y en estos momentos no realiza ningún tipo de actividad laboral o académica.

2.2. Motivo de consulta

El paciente, con una historia previa de tratamientos psiquiátricos, y según el propio paciente, ante la percepción de los pocos avances logrados en los mismos, «amenaza» a su psiquiatra con abandonar la terapia si éste no le propone una solución alternativa a «su problema». Ante esta demanda dicho psiquiatra le sugiere que acuda a nuestra consulta para «aprender a relajarse». Igualmente, aconseja a la madre que reciba algún tipo de tratamiento para controlar la ansiedad asociada a la convivencia con el paciente.

Nicolás acude a consulta con una actitud «desafiante» y «agresiva», manteniendo un contacto ocular permanente y exigiendo que «se le cure». Asimismo, se muestra muy irritado por su situa-

© Ediciones Pirámide

ción: «me jode mucho que el tiempo pase tan rápido y yo no pueda hacer nada por ponerme bien»; y emite frases no coherentes, del estilo: «las ansias que mi cuerpo producen para que se me pase el chungo hace que se me coman los nervios». Igualmente, manifiesta que en los tres últimos años ha tenido lo que él denomina crisis.

Finalmente, se queja de que actualmente tiene un elevado malestar general, que le recuerda episodios vividos con anterioridad.

2.3. Historia del problema

Nicolás nace en 1986 en Mallorca. El embarazo y el parto fueron normales. No constan problemas durante el desarrollo, aunque la madre informa que poco antes de cumplir los cinco meses empieza a padecer graves problemas de oídos a causa de los cuales le tienen que intervenir quirúrgicamente en cuatro ocasiones; la última cuando tenía 10 años. A consecuencia de esta patología tiene limitada la capacidad auditiva en el oído izquierdo y prohibido el ejercicio de la natación.

Según Nicolás, «a pesar de los dolores, me sentía muy querido por mi familia»; cuestión a la que su madre añade que «tal vez, en esa época le mimamos demasiado».

La escolarización fue normal durante los estudios primarios. Sin embargo, tal como nuevamente informa la madre, debido a «la cantidad de horas que trabajábamos su padre y yo, quien se encargaba de que Nicolás hiciera los deberes era su hermano mayor, Joaquín».

Al acabar quinto, sus padres le trasladan a un colegio privado donde finaliza la Primaria brillantemente.

Al comenzar la ESO, Nicolás empieza a tener problemas de integración social en el colegio («no me sentía uno más»; «me sentía rechazado por los compañeros») y de fracaso escolar («no estudiaba para que me aceptaran los compañeros»).

Finalizado 2.º de ESO se traslada al instituto de su localidad. Durante ese año los problemas de rendimiento no sólo no mejoran, sino que además, coincidiendo con la marcha de su hermano a estudiar idiomas a Alemania, éstos se incrementan. Ese mismo curso, comienza a tener lo que él denomina «bajones» («me dormía en las clases», «mareos», «desmayos», «miedo al fracaso», «no quería ir a clase ni ver a nadie», «no puedo relajarme», «siento algo en la barriga», «todo me preocupa», «no aprovecho el tiempo»). Según su madre, los «bajones» coincidían con episodios en los que Nicolás manifestaba cambios de humor constantes, irritabilidad y agitación motora.

Igualmente, su madre recuerda que en esos años había temporadas en que evitaba cualquier tipo de responsabilidad en las tareas domésticas, dejaba de «echar una mano en el restaurante», y «no quería saber nada de los amigos habituales».

Con 16 años, tras repetir 4.º y sin superar las evaluaciones, tiene que ingresar en la escuela de adultos con un contrato de trabajo que le proporcionan sus padres.

A partir de estos momentos, trabaja en temporada alta tres horas al día como ayudante de camarero en el restaurante familiar. No acude a las tutorías de la escuela de adultos, y el resto del tiempo lo dedica a estar con un grupo de amigos de la zona que como él tienen mucho tiempo libre. En el grupo se consume de forma habitual cannabis, cocaína y éxtasis, sustancias que Nicolás ya empezó a consumir de forma esporádica el año anterior; consumo que tanto a los profesionales que le trataron previamente como inicialmente a nosotros, nos fue ocultado.

Unas semanas después, y tras un episodio conflictivo del que el paciente no quiere hablar, se incrementan los comportamientos que Nicolás denomina «bajones». Tras este episodio, los padres consultan con un psicólogo. Éste les remite a un neurólogo, que les comunica que su hijo padece un trastorno epiléptico. Después de un año de tratamiento psicológico y no percibir mejoría deciden acudir a un psiquiatra, que inicialmente prescribe citalopram (Prisdal) —desconocemos las dosis prescritas— y que poco después diagnostica un trastorno bipolar atípico y le prescribe carbamazepina (Tegretol) —desconocemos las dosis prescritas—, que no sólo no disminuye el problema, sino que además le produce una yatrogenia hepática.

© Ediciones Pirámide

Por ello consultan a un tercer especialista que aún manteniendo el diagnóstico anterior, modifica la medicación y en este caso le prescribe carbonato de litio (Plenur) —desconocemos las dosis prescritas—. Al no responder a la misma, le retira totalmente la medicación y modifica el diagnóstico por el de trastorno límite de la personalidad.

En otro orden de cosas, Nicolás nos comenta sus dificultades en la interacción con personas del otro sexo, caracterizadas por una alta inhibición motora («cuando se me acercan me quedo parado como un tonto»), dificultades en iniciar y mantener conversaciones («no sé como meter baza»; «creo que diré tonterías»), así como respuestas de escape («si creo que le gusto a una chica, me escaqueo»). Finalmente, nos relata que por culpa de dicha inhibición la chica que le gustaba ha empezado a tener relaciones afectivas con un miembro de su grupo de amigos.

Tras la evaluación inicial al paciente y a su madre, los problemas más relevantes de Nicolás se podrían resumir en: bajo nivel de actividad laboral y escolar, inhibición motora y alta activación fisiológica y conductas de escape-evitación ante cualquier tipo de responsabilidad.

2.4. Evaluación

Antes de exponer el procedimiento de evaluación de los problemas de conducta de Nicolás, nos parece necesario resaltar algunos aspectos generales del mismo. En primer lugar, es importante destacar la necesidad de adaptar los procedimientos de evaluación a la población a la que va dirigida. En este sentido, es típico que los adolescentes acudan a consulta por requerimiento de sus padres y acompañados de los mismos; lo cual, puede favorecer que tengan actitudes defensivas y en consecuencia distorsionen sus respuestas (falsación, deseabilidad social, aquiescencia, etc.).

Con el objetivo de reducir estas distorsiones hicimos especial hincapié en garantizar al paciente la confidencialidad de los datos que pudiera aportar durante el proceso.

Asimismo, las sesiones de evaluación se centraron en Nicolás, de manera que tras una primera entrevista en la que se evaluó al paciente y a sus padres, por separado, se les propuso que el paciente acudiera solo a consulta. En líneas generales, pensamos que este procedimiento es necesario para favorecer la adherencia a la evaluación y tratamientos psicológicos en los adolescentes.

Igualmente, entre población adolescente el proceso de evaluación puede verse distorsionado por el incumplimiento de las tareas de evaluación, singularmente los autorregistros clásicos. En este sentido, la aplicación de instrumentos más atractivos y adaptados a sus costumbres favorece la evaluación. Es por ello que el uso de correo electrónico, mensajes SMS y diarios personales pueden mejorar la adherencia a la evaluación.

En el caso de Nicolás, a lo dicho hasta el momento, hay que añadir la historia de fracasos terapéuticos previos. Éstos habrían generado un cierto «pasotismo» y un comportamiento defensivo, además de una clara desmotivación hacia cualquier tipo de intervención psicológica.

Por último, cabe destacar que la observación del comportamiento, así como la «jerga» utilizada por Nicolás durante la entrevista inicial, nos incitó a plantearnos la hipótesis de que el paciente consumía cannabis. Considerando que se trata de una conducta socialmente «no deseable» y que Nicolás había ocultado tanto a sus padres como a los profesionales que le habían tratado previamente, optamos por posponer su evaluación a sesiones posteriores, con el objeto de garantizar la alianza terapéutica antes de incidir sobre un material que demostró ser muy sensible para el paciente.

2.4.1. *Instrumentos de evaluación*

En la tabla 19.1 pueden contemplarse de forma esquemática los instrumentos empleados y la función de los mismos durante el proceso de evaluación/intervención.

2.4.2. *Análisis topográfico*

Tal como comentamos en párrafos precedentes, las experiencias terapéuticas previas de Nicolás no facilitaban la posibilidad de utilizar autorregistros clásicos que nos permitieran registrar de forma

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.1

Instrumentos de evaluación

Instrumentos	Objetivos
Entrevista inicial con el paciente	— Identificar las conductas problema. — Establecer hipótesis explicativas sobre el origen y mantenimiento de las conductas problema. — Evaluar niveles de actividad incompatibles con la conducta problema.
Entrevista con allegados	— Validar externamente los datos obtenidos en la entrevista inicial con el paciente. — Evaluar el manejo de contingencias familiar respecto a las conductas objeto de intervención. — Contrastar la información transmitida por el paciente durante el proceso de tratamiento.
Entrevistas con el paciente durante la intervención	— Confirmar las hipótesis sobre las conductas problema. — Evaluar la adherencia a la terapia. — Verificar la eficacia terapéutica. — Orientar, instruir y planificar las acciones futuras. — Planificación terapéutica para generalizar los resultados.
Autorregistros del paciente: correos electrónicos, SMS, diario personal	— Identificar la topografía y funcionalidad de las conductas problema. — Verificar los cambios terapéuticos.
Observación de allegados	— Validar los datos obtenidos a través del proceso de evaluación e intervención.

precisa alguno de los parámetros, singularmente la frecuencia y duración, de las conductas problema. Teniendo en cuenta esta situación, acudimos al uso de correo electrónico, SMS y diario personal. Estos instrumentos parecía que resultaban más atractivos y fáciles de cumplimentar al paciente. Inicialmente, este procedimiento nos permitió identificar la mayoría de los parámetros que definían las conductas objeto de evaluación, así como establecer la línea base de las mismas.

Además, el paciente insistía en que la mayoría de las conductas problema aparecían diariamente y duraban todo el día. Asimismo, en el momento que acude a consulta parece tener un acusado estado de ánimo deprimido.

Finalmente, la línea base de las conductas problema de Nicolás se estableció tras la evaluación realizada tanto al propio paciente como a su madre durante 28 días.

De la misma, podemos realizar el análisis topográfico que aparece en la tabla 19.2.

Al respecto, es importante destacar que aunque en un principio cuatro semanas de establecimiento de la línea base puede parecer un período excesivo, hay que tener en cuenta las reticencias del paciente a la evaluación, dada su historia previa con los profesionales de la conducta, así como la ocultación de su adicción.

2.4.3. *Análisis funcional*

En primer lugar, es importante destacar que nuestra hipótesis explicativa de los problemas de Nicolás dista mucho de los planteamientos clínicos previos trazados por otros profesionales. En los párrafos que aparecen a continuación se justifica el cambio de enfoque evaluativo.

En efecto, y en base a los diagnósticos previos y a la historia clínica del paciente, todo apuntaba a

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.2

Valores medios diarios de frecuencia, duración, intensidad y grado de malestar establecidos en el periodo de obtención de la línea base (28 días) de las conductas problema*

Conductas problema	Frecuencia	Duración (puntualmente/breves momentos/bastante tiempo/mucho tiempo)	Intensidad (0-10)	Grado de malestar (0-10)
— Pensamientos anticipatorios negativos (por ejemplo, «no puedo abrir los ojos por miedo de lo que me voy a encontrar fuera de la habitación»; «tengo miedo de estar mal»; «tengo que hacer y no puedo»; «me jode mucho que el tiempo pase tan rápido y yo no pueda hacer nada por ponerme bien», etc.).	> 20	Bastante tiempo	7	8
— Pensamientos negativos («estoy cansado de la vida»).	9	Mucho tiempo	7	9
— Tristeza, ganas de llorar («estoy triste»).	2	Puntualmente	9	10
— Molestias fisiológicas: sensación de nudo en el estómago, nerviosismo, activación, mareos y sensaciones de desmayo, cansancio e hipersomnia.	3	Bastante tiempo	5	4
— Agitación motora («no puedo parar de moverme de un lado a otro de la casa»).	1	Bastante tiempo	4	5
— Inhibición conductual («no me apetece hablar»; «no quiero hacer nada»; «no puedo salir con los amigos»).	2	Mucho tiempo	9	10
— Consumo de cannabis (n.º de cigarrillos).	8			

* Los valores medios se han redondeado siguiendo el criterio de ajustar las puntuaciones < de 0,5 al inmediatamente inferior y las > a 0,5 al superior.

que podríamos estar ante una persona con algún tipo de «trastorno psicótico». Asimismo, tanto su comportamiento general como su forma de hablar (jerga), un tanto desestructurados («las ansias que mi cuerpo producen para que se me pase el chungo hace que se me coman los nervios»), parecían reforzar dicha sospecha.

Sin embargo, fueron precisamente su peculiar manera de expresarse y su apariencia externa (forma de vestir y de moverse) lo que nos hizo sospechar que el paciente pudiera consumir de manera frecuente y habitual cannabis.

En este punto, parece necesario hacer algún tipo de aclaraciones al respecto. En primer lugar, la jerga que utilizaba Nicolás estaba más próxima al discurso un tanto «metafísico» de los consumidores habituales de cannabis que al lenguaje incoherente, desestructurado y sin sentido del que habitualmente

© Ediciones Pirámide

articulan las personas con diagnóstico de algún «trastorno psicótico». En segundo lugar, el cansancio, la abulia, la hipersomnia, etc., a los que aludía el paciente como una característica propia de su comportamiento habitual, estaría nuevamente relacionada con su consumo que, como es bien sabido, tiene este tipo de efectos. Y en tercer lugar, la moda en el vestir y su cierta sobreactuación coincidían con los hábitos estéticos de este tipo de consumidores.

Por todo ello, y en base a este marco de referencia, nos planteamos que nuestro paciente podía encajar en el perfil de consumidor de cannabis.

En segundo lugar, y en función de estos datos, se justificaría una vez más el tiempo dedicado a la evaluación, ya que hicimos depender el mismo de la adherencia a la situación terapéutica y de la intensificación del vínculo entre terapeuta y paciente. Ello se justifica igualmente por la naturaleza sensible del material sobre el que pretendíamos inquirir. Pensamos que este proceder era el más adecuado para confirmar nuestra hipótesis según la cual lejos de estar ante un paciente con un trastorno psicótico más o menos definido, Nicolás bien podría haber desarrollado un problema de ansiedad junto a un comportamiento adictivo.

Una vez justificada nuestra manera de abordar el caso, en los párrafos siguientes se establece la secuencia funcional de los problemas conductuales de Nicolás.

En un primer momento, Nicolás ante situaciones de evaluación, tales como tener exámenes, sentirse valorado por su grupo de amigos o por personas del otro sexo, sistemáticamente anticipaba el fracaso. Dicha respuesta igualmente se reproducía en situaciones en las que tenía que asumir responsabilidades tanto familiares, sociales o escolares. Todo ello le provocaba una elevada activación fisiológica (sensación de nudo en el estómago, nerviosismo, activación, mareos y sensaciones de desmayo, cansancio e hipersomnia) y miedo al fracaso. En consecuencia, la estrategia que utilizaba Nicolás para reducir el malestar se manifestaba en respuestas de escape-evitación, tales como dejar de asistir a clase, no estudiar, permanecer en casa y, en general, abandonar sus rutinas cotidianas. Estas conductas quedarían reforzadas negativamente y mantendrían la cadena conductual.

Continuando con esta secuencia funcional, paradójicamente, los comportamientos de escape-evitación disminuirían su competencia adaptativa, ya que contribuirían a incrementar los fracasos y en consecuencia los miedos y la ansiedad; lo que a su vez reforzaría la conducta evitativa. En este sentido, dentro de las mismas tenemos que resaltar la aparición del consumo de cannabis como un comportamiento evitativo más.

En tercer lugar, las respuestas de escape-evitación imposibilitarían la adquisición de destrezas y habilidades clave para su edad, lo que contribuiría a seguir restando competencias para afrontar las demandas del medio.

La generalización de las respuestas de ansiedad y el fracaso a lo largo del tiempo de las estrategias evitativas, condujo a la pérdida de reforzadores positivos, lo cual justificaría la intensa caída del estado de ánimo actual de Nicolás (véase la tabla 19.3).

TABLA 19.3

Análisis global de la funcionalidad de las conductas problemáticas de Nicolás

Estímulos antecedentes	Respuestas	Consecuentes
Situaciones de evaluación (exámenes, aceptación social e interacciones con personas del otro sexo) y asunción de responsabilidades (escolares, sociales, familiares).	Ansiedad anticipatoria	RR de escape-evitación ⇓ Fracaso/pérdida de REF++ ⇓ Consumo de cannabis ⇓ Caída del estado de ánimo

© Ediciones Pirámide

Desde nuestro punto de vista este estado era fruto de un proceso de indefensión aprendida.

Un apartado específico, dada su importancia, merece el análisis de la conducta adictiva de Nicolás, sin olvidar que desde el punto de vista conceptual dicho comportamiento estaría dentro del conjunto de conductas evitativas del paciente. En este sentido, y para hacer más comprensible su aplicación, en la tabla 19.4 aparece el análisis funcional de la misma.

TABLA 19.4

Análisis funcional de la conducta adictiva

Estímulos antecedentes	Respuestas	Consecuentes
— Ansiedad debida a la abstinencia de los componentes cannabidianos y la nicotina.	Consumo de cannabis	Reducción de la ansiedad producida por el «mono».
— Ansiedad producida por las demandas del medio (pensar que tiene que hacer cosas, ideas negativas sobre sus capacidades, etc.).	Consumo de cannabis	Inhibición conductual, embotamiento, reducción de la autoestima.
— Interacción social con su pandilla («colegas»).	Consumo de cannabis	Refuerzo social.

Por último, cabe añadir que la inhibición conductual, las manifestaciones sobre el estado de ánimo y sobre la sintomatología psicofisiológica y las quejas somáticas en general, producían una intensa preocupación en los padres, fundamentalmente en la madre de Nicolás. Esta situación les llevaría a manifestarle constantemente dicha preocupación y a demandarle sobre su «estado de salud». En este sentido, y como manifestación de dicha preocupación, caben interpretarse las múltiples consultas realizadas a distintos especialistas en los meses inmediatamente anteriores de acudir a nuestra consulta. En consecuencia, la atención de los padres reforzaría positivamente las conductas inadecuadas del paciente (véase la tabla 19.5).

Igualmente, y tal como aparece en la historia clínica, no podemos descartar que en el inicio de los problemas adaptativos del paciente, la ausencia momentánea del hermano mayor actuase como un elemento de riesgo añadido, sobre todo dado el papel de tutorización y refuerzo que éste ejercía sobre el propio paciente.

En otro orden de cosas, y como corolario final de acuerdo a lo que recomienda el modelo de evaluación y modificación de conducta, el cambio terapéutico implica la instauración y refuerzo de conductas adaptativas. Partiendo de este principio analizamos la funcionalidad de las conductas «competentes» de Nicolás antes de iniciar la intervención (véase la tabla 19.6).

TABLA 19.5

Análisis funcional de la interacción familiar

Estímulos antecedentes	Respuestas	Consecuentes
Conductas problemáticas de Nicolás (inhibición conductual, sintomatología psicofisiológica, quejas somáticas y manifestaciones sobre el estado de ánimo).	Atención de los padres.	Incremento de las conductas problema de Nicolás.

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.6

Análisis global de la funcionalidad de las conductas «de competencia» de Nicolás asociadas a la interacción con el nuevo grupo social.

Estímulos antecedentes	Respuestas	Consecuentes
Actividades de grupo (jugar a futbito, salir a discoteca, hablar del trabajo, quedarse en casa viendo una peli, etc.).	Hacer deporte, comunicarse con los amigos, «pasar el rato» en casa de los amigos.	— Refuerzo social del grupo de conductas «competentes». — Extinción de RR «problemáticas».

2.5. Intervención

2.5.1. *Objetivos generales*

La consecución de los objetivos de la intervención se sustentó en la siguiente jerarquía:

1.º *Garantizar la adherencia terapéutica y la implicación del paciente en el proceso de evaluación e intervención.*
2.º *Eliminar el consumo de cannabis y planificar un cambio de grupo social de referencia.*
3.º *Eliminar las respuestas emocionales negativas, incrementar el nivel de actividad cotidiana y reforzar los comportamientos competentes.*
4.º *Mantener los logros terapéuticos y generalizar los resultados.*

2.5.2. *Desarrollo del procedimiento de intervención*

La consecución de los objetivos de la intervención se planteó con una periodicidad, duración y secuencialidad que aparece descrita en la tabla 19.7.

Resumiendo, el tratamiento de Nicolás se estructuró de la siguiente forma:

1.º *Garantizar la adherencia al proceso.*

Tomando en consideración la historia de fracasos terapéuticos previos del paciente que anticipaban una alta probabilidad de abandono, tuvimos presente este objetivo durante todo el proceso de intervención, especialmente durante las primeras sesiones de evaluación. Ello explicaría el considerable número de las mismas.

Por otra parte, para garantizar la colaboración y motivación de Nicolás centramos nuestra intervención en informarle acerca de sus curiosidades respecto al funcionamiento emocional y los principios básicos del aprendizaje de la conducta. Con la misma finalidad recurrimos a autorregistros «informales» (correo electrónico, SMS y diario personal), que dadas sus características y hábitos, le resultaban especialmente familiares y reforzantes.

Simultáneamente, insistimos en la necesidad de romper con la inhibición comportamental que mantenía hasta el momento, y para ello le ponderamos la importancia de comenzar a planificar sus actividades cotidianas.

2.º *Eliminar el consumo de cannabis y planificar un cambio de grupo social de referencia.*

Teniendo en cuenta el análisis funcional (véase la tabla 19.4) y la relación que el consumo de cannabis mantenía con las respuestas emocionales negativas de Nicolás, la eliminación de dicho hábito se realizó en base a los siguientes principios:

1. Cambio de grupo de amigos habituales.

Partiendo de que Nicolás ocasionalmente jugaba al fútbol sala con un grupo de amigos de su hermano —los cuales no consumían cannabis y parecían contar con un repertorio de conductas normalizadas—, planificamos una estrategia dirigida a incrementar las actividades de ocio realizadas en común con este grupo y de forma paulatina

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.7

Objetivos y técnicas utilizadas por sesiones

	Sesiones/ periodicidad/ duración	Objetivo/s	Técnicas
Niclás	1.ª sesión 1 h 30 m.	– Evaluación.	– Entrevista paciente y madre.
		– Adherencia al tratamiento.	– Consejo psicológico: información sobre el funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje.
	2.ª sesión 7 días después 1 h.	– Evaluación.	– Entrevista paciente.
		– Adherencia al tratamiento.	– Consejo psicológico: información sobre el funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje.
		– Reducción de activación psicofisiológica.	– Ejercicios de respiración.
		– Control del estado de ánimo.	– Planificación de actividades (reemprender actividad escolar).
		– Tareas para casa.	– Autorregistros a través de correo electrónico y diarios. – Planificación de tareas dirigidas a reemprender la actividad escolar.
	3.ª sesión 9 días después 30 m.	– Evaluación y revisión de tareas. – Consolidar aprendizajes previos.	– Entrevista paciente. – Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento.
		– Adherencia al tratamiento.	– Consejo psicológico: información sobre el funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje.
	4.ª sesión 12 días después 1 h.	– Evaluación y revisión de tareas. *Confirmar hipótesis de consumo de cannabis.* – Consolidar aprendizajes previos.	– Entrevista paciente. – Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento.
		– Adherencia al tratamiento.	– Consejo psicológico: información sobre el funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje.
		– Reducción de activación psicofisiológica.	– Relajación.
		– Control del estado de ánimo: – discriminación de situaciones que preceden, – aprendizaje de estrategias de afrontamiento específicas, – planificar actividades de ocio, familiares y escolares, – modificación de creencias irracionales acerca de sí mismo.	– Desviación de la atención. – Aumento de la actividad. – Reestructuración cognitiva. – Parada de pensamiento. – Autoinstrucciones/autorrefuerzos. – Planificación de actividades placenteras.
		– Tareas para casa.	– Autorregistros a través de correo electrónico y diarios. – Planificación de tareas dirigidas a reemprender la actividad escolar.
	5.ª sesión 9 días después 1 h.	– Evaluación y revisión de tareas. – Consolidar aprendizajes previos.	– Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Consejo psicológico.
		– Reducción de ansiedad.	– Relajación. – Actividad deportiva. – Reestructuración cognitiva.

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.7 *(continuación)*

	Sesiones/ periodicidad/ duración	Objetivo/s	Técnicas
Nicolás	5.ª sesión 9 días después 1 h.	– Control de los estados de ánimo: – discriminación de situaciones que preceden, – aprendizaje de estrategias de afrontamiento específicas, – planificar actividades placenteras, – modificación de creencias irracionales.	– Desviación de la atención. – Aumento de la actividad. – Reestructuración cognitiva. – Parada de pensamiento. – Autoinstrucciones/autorrefuerzos. – Planificación de actividades placenteras.
		– Reducción del consumo de cannabis: – reducir la anticipación del fracaso, – eliminación de situaciones de riesgo, – cambio de grupo de amigos.	– Control de estímulos. – Planificación de actividades. – Entrenamiento en habilidades sociales.
		– Tareas para casa.	– Autorregistros a través de SMS, correo electrónico y diarios. – Planificación de tareas dirigidas a continuar la actividad escolar y el cambio de grupo de amigos.
	6.ª-9.ª sesión 6.ª (15 días después); 7.ª, 8.ª y 9.ª (semanal) Todas 1 h.	– Evaluación y revisión de tareas. – Consolidar aprendizajes previos.	– Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Consejo psicológico.
		– Mejora en planificación y hábitos de estudio.	– Planificación de actividades escolares. – Método PLEMA (prelectura, lectura analítica, esquematización, memorización y autoevaluación).
		– Control de emociones negativas (ansiedad, depresión e ira): – reducción de cogniciones negativas, – reducción de reactancia psicofisiológica, – incremento de la autoestima, – reducción de las respuestas airadas y suspicaces.	– Relajación. – Actividad deportiva. – Reestructuración cognitiva. – Desviación de la atención. – Aumento de la actividad. – Parada de pensamiento. – Autoinstrucciones/autorrefuerzos. – Solución de problemas. – Planificación de actividades placenteras.
		– Eliminar el consumo de cannabis: – reducir la anticipación del fracaso, – control y anticipación de situaciones de riesgo, – cambio de grupo de amigos.	– Control de estímulos. – Aprendizaje discriminativo/control de antecedentes. – Solución de problemas. – Planificación de actividades.
		– Tareas para casa.	– Autorregistros a través de SMS, correo electrónico y diarios. – Planificación de tareas dirigidas a continuar la actividad escolar y social.
	10.ª-15.ª sesión 10.ª (8 días después); 11.ª (22 días después); 12.ª, 13.ª, 14.ª y 15.ª (semanal) Todas 1 h.	– Evaluación y revisión de tareas. – Consolidar aprendizajes previos.	– Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Consejo psicológico.

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.7 *(continuación)*

	Sesiones/ periodicidad/ duración	Objetivo/s	Técnicas
Nicolás	10.ª-15.ª sesión 10.ª (8 días después); 11.ª (22 días después); 12.ª, 13.ª, 14.ª y 15.ª (semanal) Todas 1 h.	– Mejorar el funcionamiento social: – planificar exposición a actividades sociales, – adquisición y mantenimiento de habilidades sociales específicas y asertividad, – mejorar habilidades de interacción con personas del otro sexo, – modificación de ideas irracionales, – generalizar los aprendizajes en el control del trastorno y de las emociones negativas asociadas, así como en el aprendizaje de habilidades sociales.	– Reestructuración cognitiva. – Modelado. – Moldeamiento. – Ensayos conductuales. – Refuerzo positivo/sugerencias de mejora. – Programas de refuerzo. – Planificación de actividades sociales. – Refuerzo social y diferencial de comportamientos adecuados.
		– Mantener niveles de control de emociones negativas (ansiedad, depresión e ira).	– Relajación. – Actividad deportiva. – Reestructuración cognitiva. – Desviación de la atención. – Aumento de la actividad. – Parada de pensamiento. – Autoinstrucciones/autorrefuerzos. – Solución de problemas. – Planificación de actividades placenteras.
		– Evitar las recaídas en el consumo de cannabis.	– Control de estímulos. – Aprendizaje discriminativo/control de antecedentes. – Solución de problemas. – Planificación de actividades.
		– Tareas para casa.	– Autorregistros a través de SMS, correo electrónico y diarios. – Planificación de tareas dirigidas a mantener la actividad escolar y social.
	16.ª-28.ª sesión 16.ª (13 días después); 17.ª (19 días después); 18.ª (22 días después); 19.ª (27 días después); 20.ª y 21.ª (1 mes después); 22.ª, 23.ª, 24.ª y 25.ª (15 días después); 26.ª (1 mes después); 27.ª y 28.ª (3 meses después) Todas 1 h.	– Evaluaciones (seguimientos). – Consolidar aprendizajes previos. – Generalizar los aprendizajes. – Planificación de tareas a medio y largo plazo.	– Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Planificación conductual. – Autorregistros a través de SMS, correo electrónico y diarios. – Planificación de tareas.
Madre	1.ª sesión (coincidiendo con la 1.ª sesión de Nicolás) 45 m.	– Evaluación.	– Entrevista.
	2.ª sesión (coincidiendo con la 6.ª sesión de Nicolás) 1 h.	– Evaluación y revisión de tareas propias y las de interacción con el paciente. – Consolidar aprendizajes previos.	– Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Consejo psicológico.

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.7 *(continuación)*

	Sesiones/ periodicidad/ duración	Objetivo/s	Técnicas
Madre	2.ª sesión (coincidiendo con la 6.ª sesión de Nicolás) 1 h.	– Control de emociones negativas.	– Relajación y/o ejercicios de respiración. – Reestructuración cognitiva. – Parada de pensamiento. – Autoinstrucciones/autorrefuerzos. – Planificación de actividades placenteras.
		– Tareas para casa.	– Observación de allegados. – Planificación de tareas.
	3.ª y 4.ª sesión (coincidiendo con la 7.ª y 8.ª sesión de Nicolás) 1 h.	– Evaluación y revisión de tareas propias y las de interacción con el paciente. – Consolidar aprendizajes previos.	– Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Consejo psicológico.
		– Manejo adecuado de contingencias de los comportamientos positivos y disruptivos del paciente.	– Modelado. – Moldeamiento. – Extinción. – Refuerzo positivo/sugerencias de mejora. – Programas de refuerzo.
		– Tareas para casa.	– Observación de allegados. – Planificación de tareas.
	Seguimientos	– Evaluación y revisión de tareas propias y las de interacción con el paciente. – Consolidar aprendizajes previos.	– Entrevistas telefónicas. – Refuerzo positivo/sugerencias de mejora/modelado/moldeamiento. – Consejo psicológico.
		– Tareas para casa.	– Observación de allegados. – Planificación de tareas.

sustituirlo por el grupo de amigos «consumidor» como referente habitual.

2. Control del estado de ánimo y de la ansiedad a través del incremento de la actividad cotidiana y del aprendizaje de estrategias de control emocional.

Sin perder de vista una reducción progresiva del consumo reforzado socialmente, intervenimos en las respuestas emocionales negativas (ansiedad y depresión) como factores de mantenimiento del consumo. Nuevamente hemos de recordar que Nicolás fumaba cannabis para reducir sus niveles de ansiedad, por lo que dicho consumo quedaba reforzado negativamente. Además, los efectos de dicho consumo actuaban como uno de los factores determinantes en la caída de su estado de ánimo y en otro tipo de comportamientos (irascibilidad, abulia e inhibición conductual) que generalmente se asocian a las adicciones cannabidianas.

Dicho con otras palabras, la estrategia para eliminar la conducta adictiva de Nicolás enlazaría con el tercer objetivo terapéutico, centrado en el control de las emociones negativas y el incremento de los comportamientos adaptativos.

3. Reducción de la ansiedad producida por la abstinencia del consumo de cannabis (y nicotina).

En este punto enseñamos a Nicolás a aplicar las estrategias de control emocional ante estímulos negativos relacionados con la ausencia del tóxico y el control sobre situaciones y estímulos de riesgo. Es decir, la generalización en el manejo de dichas estrategias y el control sobre las situaciones y los

© Ediciones Pirámide

estímulos de riesgo permitió eliminar completamente el hábito.

3.º *Eliminar las respuestas emocionales negativas, incrementar el nivel de actividad cotidiana y reforzar los comportamientos competentes.*

Dado que el origen de los problemas de Nicolás se asentaban en sus emociones negativas (ansiedad, ira y depresión) centramos nuestra actividad terapéutica en el control de las mismas ante demandas del medio (social, familiar y escolar).

Sin embargo, teniendo en cuenta la relación entre las mismas, priorizamos la intervención sobre el control de la ansiedad, haciendo especial hincapié en la exposición progresiva a situaciones de demanda del medio.

Cabe recordar que en la secuencia funcional de los problemas de Nicolás la ansiedad ante dichas demandas antecedía al consumo de cannabis y que ambos habían contribuido decisivamente a la aparición de comportamientos airados y en la caída del estado de ánimo. Sin olvidar que inicialmente en la intervención el incremento del ánimo resultó fundamental para poder favorecer el funcionamiento cotidiano, cognitivo y social.

Simultáneamente al control de las emociones negativas, y una vez iniciado la reducción del consumo de cannabis, se intervino en la mejora del funcionamiento cotidiano, escolar y social. En este punto hay que hacer especial hincapié en la importancia que dimos a la planificación de la reincorporación a su vida escolar y al aprendizaje de hábitos de estudio adecuados, dada la importancia que esta relación funcional parecía tener sobre el incremento de la activación general, la mejora de la autoestima y el cambio de su mundo de relaciones sociales.

A partir de los comportamientos trabajados previamente, se entrenó al paciente en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales específicas y se planificaron situaciones para entrenar en situación de consulta. En un segundo momento, se le expuso de forma progresiva a actividades sociales ya planificadas y ensayadas, como estrategia para facilitar sus interacciones sociales y su cambio de grupo de referencia.

4.º *Mantenimiento de los logros terapéuticos y generalización de los resultados.*

En general, el proceso de intervención se estableció en función de una jerarquía de problemas y una secuenciación de las estrategias de aprendizaje dirigidas a la modificación de las conductas clave. Se pretendía el mejor aprovechamiento de las sinergias generadas durante el tratamiento y, por tanto, facilitar los aprendizajes posteriores y la generalización de resultados. Así, por ejemplo, el control de la ansiedad ante las demandas del medio facilitaría el control del consumo de cannabis que junto al uso de autorrefuerzos y al incremento de las actividades reforzadoras incidiría disminuyendo las respuestas de depresión e ira, incrementaría la autoestima y mejoraría el funcionamiento cotidiano, escolar y social.

Por su parte, la intervención familiar se redujo a la madre de Nicolás. Por ello, estructuramos la información y las estrategias a seguir para que fuera un modelo a seguir para el resto de la familia. En este sentido, dicha intervención siguió la siguiente estructura:

1.º Se explicó el comportamiento problemático y adaptativo del paciente y sus factores de mantenimiento.
2.º Se le entrenó en el manejo de la ansiedad y en la prevención de las conductas de comprobación y control, sobre todo las referidas a la adicción de su hijo.
3.º Se le enseñó a manipular adecuadamente las contingencias derivadas del comportamiento del paciente.

2.6. Resultados

El análisis topográfico de la conducta durante la intervención y los seguimientos correspondientes pueden realizarse en función de los datos que aparecen en la tabla 19.8.

Poniendo en relación los resultados obtenidos con los objetivos marcados al inicio de la intervención caben destacarse los siguientes aspectos:

En primer lugar, creemos demostrada la importancia jerárquica de la intervención sobre la moti-

© Ediciones Pirámide

TABLA 19.8

Valores medios diarios de frecuencia, duración, intensidad y grado de malestar de las conductas problema establecidos en el periodo de obtención de la línea base (27 días), en la 5.ª, 9.ª y 15.ª sesión y seguimientos*

Conductas problema	Línea Base				5.ª sesión				9.ª sesión				15.ª sesión				Seguimientos			
	Frecuencia	Duración	Intensidad	Malestar	Frecuencia	Duración	Intensidad	Malestar	Frecuencia	Duración	Intensidad	Malestar	Frecuencia	Duración	Intensidad	Malestar	Frecuencia	Duración	Intensidad	Malestar
Pensamientos anticipatorios negativos	> 20	Bastante	7	8	18	Bastante	6	8	7	Breve	5	3	1	Breve	2	1	0			
Pensamientos negativos	9	Mucho	7	9	6	Bastante	5	7	3	Breve	3	3	2	Puntual	1	3	1	Puntual	1	0
Tristeza, ganas de llorar	2	Puntual	9	10	1	Puntual	6	9	1	Puntual	4	7	0				0			
Molestias fisiológicas	3	Bastante	5	4	3	Breve	5	3	0				0				0			
Agitación motora	1	Bastante	4	5	1	Bastante	3	3	1	Puntual	3	3	0				0			
Inhibición conductual	2	Mucho	9	10	1	Bastante	9	10	0				0				0			
Consumo de cannabis (n.º de cigarrillos)	8				4				2				0				0			

* Los valores medios se han redondeado siguiendo el criterio de ajustar las puntuaciones < de 0,5 al inmediatamente inferior y las > a 0,5 al superior.

vación, creación y mantenimiento de la alianza terapéutica como elemento fundamental para la consecución del resto de los objetivos terapéuticos. En este sentido, cabe recordar cómo en la 4.ª sesión Nicolás no sólo empezó a planificar actividades, sino que, por fin, nos informa de su conducta adictiva. Asimismo, nos relata un episodio en el que tras ser retenido durante unas horas por la policía por posesión de cannabis sufrió una crisis de ansiedad. Este incidente coincide en el tiempo con

© Ediciones Pirámide

el período inmediatamente anterior al momento en que acude a nuestra consulta.

Estos datos nos permitieron inferir que, efectivamente, se había establecido dicha alianza, y por tanto, a partir de este momento podíamos planificar la intervención de una manera más integrada e igualmente de la plena integración en el proceso terapéutico.

Por otra parte, las estrategias dirigidas a controlar las emociones negativas del paciente, desarrolladas en paralelo a la eliminación del hábito adictivo, permitieron, en función de la sinergias generadas, primero reducir y más tarde eliminar ambos problemas.

En este punto cabe recordar que nuestras hipótesis funcionales ya establecían dicha relación, de forma que la ansiedad ante las demandas del medio no sólo se constituía como un problema adaptativo del paciente, sino que actuaba como antecedente de la conducta adictiva. Por ello, creemos, se justifica que las estrategias de intervención basadas en las técnicas de reducción de la ansiedad se solapasen con las dirigidas al control del hábito adictivo.

Igualmente, la reducción del consumo incidió sobre los problemas derivados de la propia adicción (abulia, agitación, respuestas airadas, etc.).

Es evidente que a lo largo del proceso de intervención, la preocupación por la creación y el refuerzo de las conductas adaptativas de Nicolás fue uno de los objetivos fundamentales de la misma.

En efecto, el incremento de las competencias conductuales del paciente no sólo contribuyó a reducir la ansiedad ante las demandas del medio y a incrementar su autoestima, sino que además actuó como factor de prevención ante situaciones de riesgo asociadas a su adicción.

Por otra parte, el cambio de grupo de amigos, el incremento de los refuerzos sociales (familia, nuevos amigos, escuela) y de actividades cotidianas, actuaron en gran medida como elementos cruciales en el cambio terapéutico.

Igualmente, y teniendo en cuenta la importancia que dimos a la fase de mantenimiento y generalización de resultados (dedicamos un total de 13 sesiones de seguimiento), procuramos que los seguimientos se adaptaran a las demandas del paciente (por ejemplo, en el 7.º seguimiento, Nicolás pide consejo al iniciar una relación sentimental).

Respecto a los resultados obtenidos en los seguimientos, si bien el paciente informa de algún episodio negativo aislado, en ningún caso nos pareció significativo.

En el momento actual, Nicolás no sólo ha consolidado su relación con su nuevo grupo de amigos, sino que ha incrementado las competencias en las interacciones con las personas del otro sexo. Además, mantiene la actividad de estudio y recientemente ha aprobado el carné de conducir. También ha empezado a trabajar de forma remunerada fuera de la tutela familiar.

En cuanto a la «jerga» inicial es importante señalar que ésta prácticamente ha desaparecido y actualmente se expresa con un lenguaje «normalizado».

Por último, destacar que Nicolás informa que percibe el cambio terapéutico como muy positivo.

2.7. Conclusiones

Es indudable que la lógica en la secuencia del proceso de intervención viene marcada por la propia naturaleza de los comportamientos a tratar. En este sentido, los ejes que encaminaron el procedimiento fueron:

a) La *relación jerárquica* que existía entre los distintos comportamientos a tratar; de tal manera que tomando como fondo la conexión terapéutica con Nicolás pudimos centrarnos en la detección y control del consumo de cannabis y en la planificación de actividades cotidianas. Esta base nos permitió incidir en el manejo de sus emociones negativas, la eliminación del consumo y la activación general de su conducta, y a partir de ahí plantearnos como objetivo mejorar sus competencias sociales, escolares y familiares.

Desde este planteamiento inicial, la secuencia del proceso de intervención determinó la progresión de los resultados del

© Ediciones Pirámide

tratamiento. A medida que se manifestaban los efectos positivos de una determinada intervención sobre un área concreta, éstos tenían efectos sobre otras áreas, de forma que las interacciones entre ellas se hacían manifiestas y los efectos sinérgicos aceleraban la velocidad de los cambios.

b) La *intervención familiar,* centrada en proporcionar información adecuada acerca del problema del paciente y el aprendizaje en el manejo de refuerzos contingentes tanto sobre las conductas problema como sobre las adaptativas del mismo, actuó como agente facilitador del cambio terapéutico. Igualmente, el protagonismo de la madre como «modelo» para el resto de la familia evitó que aparecieran estilos parentales incongruentes.

c) La importancia de la *generalización* de los resultados y de las sesiones de *seguimiento*.

La insistencia en explicar y aplicar las mismas técnicas para distintas situaciones, no sólo demostró la eficacia de las mismas, sino que además contribuyó a reforzar en el paciente la percepción de control y de eficacia en el manejo de las demandas del medio, facilitando así el proceso de generalización y mantenimiento de los resultados.

d) Por último, y desde nuestro punto de vista, para garantizar el mantenimiento de la *motivación* y la *adherencia terapéutica* del paciente adolescente, el terapeuta debería tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Aunque es evidente la importancia de intervenir con los padres, debemos hacer especial hincapié en el papel del adolescente como protagonista de la intervención. En este sentido, se debe dejar claro, tanto a los padres como al adolescente, nuestro papel como terapeuta, no como confidente de los padres o intermediario entre éstos y el adolescente. En otras palabras, al adolescente se le debe garantizar su protagonismo y la confidencialidad del proceso.
2. Dilatar en el tiempo todo lo necesario el proceso de evaluación hasta que quede garantizada la alianza terapéutica.
3. Recurrir a estrategias y a instrumentos de evaluación que sean atractivos para el paciente y que formen parte de su contexto habitual.

Finalmente, y como conclusión general, en el estudio de la relación entre hábitos adictivos y problemas de conducta, pensamos que el análisis experimental del comportamiento y el modelo de evaluación y modificación de conducta aporta herramientas de trabajo fundamentales para dicho estudio.

Igualmente, la evaluación conductual puede evitar los errores diagnósticos sucesivos.

En otras palabras, en el campo de la evaluación e intervención sobre los problemas que relacionan adicciones y conductas disruptivas, la sistemática y la estandarización de las intervenciones tienen que estructurarse según la persona que las padece, su problemática concreta y la relación funcional de la misma. Es decir, tiene que especificarse qué persona tiene qué problema y de qué forma se mantiene el mismo.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. A continuación presentamos dos correos electrónicos de Nicolás, enviados antes y después del tratamiento. Analiza las diferencias existentes entre ambos, haciendo especial hincapié en el análisis de contenidos, las emociones expresadas y en la estructura formal.

© Ediciones Pirámide

Correo electrónico enviado antes del tratamiento

Pasan los días y yo sigo igual. La duda que antes tenía al pensar que yo estoy en este mundo para algo se desvanece con el paso de las horas. Al principio me pesaba tanto cuánto tardaría en irse, pero ahora cada minuto que pasa lo pienso y cada vez que lo pienso me hundo más. Ahora no sé qué hacer para olvidarme ni un solo segundo de cómo me encuentro y menos de qué hacer para afrontar mi situación.

Correo electrónico enviado después del tratamiento

Hola. ¿Qué tal va todo? A mi genial. Ahora me empiezo a dar cuenta de qué es la vida laboral, hace poco empecé a trabajar con un amigo en una empresa de mecánica de barcos, y aunque es un poco duro me va bien pq por lo menos gano algo de dinero y encima me siento mucho mejor conmigo mismo. No sé q me pasa, pero cada día q pasa me siento mejor, la única pega quién lo iba a decir es que ya me he cansado de María, ayer me agobió un poco al decirme si la quería ... a lo que no la contesté. Y ahora lo mismo de siempre, no sé cómo decirle q no quiero nada más, aunque se lo estoy empezando a dejar caer diciéndole q no me quiero agobiar y tal.
De todas formas, parece q todo el éxito q no he tenido con las chicas ahora lo tengo desde q me he quitado la careta. Me parece un poco extraño, pq parece q cuando uno aprende a fiarse de uno mismo más q de nadie todo va sobre ruedas, ahora no me cuesta para nada mantener una conversación con una chica. Y ahora con María no sé cómo decírselo pq no quiero quedar mal con ella. Pero bueno tendré q afrontarlo y decírselo pq lo q empieza uno también lo debe acabar diciendo la verdad no?? Y por lo demás ... q te voy a contar la familia super feliz todos estamos super unidos y super felices empezando por mi madre y terminando por ella q sólo con verla feliz yo soy más feliz aún. Por cierto cómo ves q aparte de trabajar de las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde, trabaje también por la noche en un bar de copas?? Bueno muchas gracias por atenderme.

P.d.: Un saludo enorme y bueno espero no, seguro q te va genial, chao.

2. En la hipótesis explicativa del consumo de cannabis de Nicolás es su respuesta de ansiedad la que predice dicho consumo. En base a la historia clínica del caso, ¿crees plenamente justificada dicha relación funcional? ¿Se podría justificar otra hipótesis según la cual el antecedente fuera la conducta adictiva? Justifica tu respuesta.

3. Construye una ficha dirigida a población adolescente en la que se aporte información sobre el funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje, destacando:

a) Diferencias entre las principales emociones negativas (ansiedad, depresión e ira).
b) Efectos de las mismas.
c) Estrategias de afrontamiento emocional.
d) Importancia del refuerzo en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos tanto desadaptativos como adaptativos.
e) El papel del refuerzo social.

4. Construye un protocolo para adolescentes dirigido a planificar actividades que permitan reemprender, mantener e incrementar las labores escolares, tomando en consideración:

a) Planificar la asistencia a clase.
b) Entrenamiento en técnicas para incrementar la atención y motivación en clase.
c) Condiciones ambientales de estudio.
d) Planificación temporal del estudio.
e) Objetivos generales y específicos de estudio.

© Ediciones Pirámide

f) Aplicación del método PLEMA (prelectura, lectura analítica, esquematización, memorización y autoevaluación).

5. Elabora una guía para los padres de Nicolás en la que se informe acerca del manejo de contingencias para reforzar los comportamientos adecuados y extinguir los desadaptativos.

6. Diseña un código de observación para la madre de Nicolás en el que se registren las verbalizaciones negativas de su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

Calafat, A. (2004). Jóvenes en el ámbito recreativo. Un espacio para la diversidad. Análisis de las encuestas nacionales, en A. Calafat, C. Fernández, M. Juan, E. Becoña y E. Gil (eds.), *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Valencia: Irefrea.

Calafat, A., Fernández Gómez, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004) (eds.). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad.* Valencia: Irefrea.

Pérez-Pareja, A. L., Tijero, G. y Pérez-Pareja, F. J. (2003). *Historia del consumo de drogas ilegales y respuestas terapéuticas en la España de la Tercera Restauración Borbónica (1975-2000).* Comunicación. XXIV Internacional Conference of Stress and anxiety Research Society (STAR). Lisboa, Portugal.

© Ediciones Pirámide

Intervención psicológica en un caso de alienación parental

20

FRANCISCO JAVIER PÉREZ PAREJA
CARMEN BORRÁS SANSALONI

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

La investigación realizada al respecto demuestra que los hijos de padres separados, o divorciados, presentan más problemas comportamentales y emocionales que los niños que viven en las denominadas familias intactas.

En los últimos años, y en relación con la valoración de la alternativa de custodia y el establecimiento del régimen de visitas más idóneo, el énfasis se ha puesto en la adaptación del menor a la nueva situación, de forma que el interés se centra en el modo en que éste responde a la situación de ruptura de sus padres.

En este sentido existen numerosos trabajos que ponen de manifiesto los problemas comportamentales y emocionales que tienden a presentar los hijos de padres separados, entre los que, sólo en nuestro país, cabe destacar los realizados por Cantón, Cortés y Justicia (2002), Novo, Arce y Rodríguez (2003) y Ramírez, Botella y Carrobles (1999).

En 1985, Gardner propone el término síndrome de alienación parental (SAP) para referirse a una alteración comportamental infantil que suele ocurrir en el proceso de ruptura conyugal, sobre todo si ésta es altamente conflictiva. No obstante, el concepto no se difunde mundialmente hasta 1992.

Dicho fenómeno, el cual igualmente es denominado inculcación maliciosa o simplemente malmeter, en España, durante un tiempo, socialmente se ha tendido a considerar como algo inevitable e incluso comprensible en los casos de separación y divorcio, lo que explicaría, al menos en parte, las escasas publicaciones existentes sobre el mismo.

El SAP debe ser diferenciado del alienamiento, el cual se refiere a la clara preferencia del menor por uno de sus progenitores tendiendo a alejarse del otro (Johnston y Campbell, 1988). El alienamiento no resulta necesariamente de comportamientos manipulativos por parte de un progenitor, sino que parece más relacionado con el estilo parental del progenitor con el que los niños se alienan, así como con el vínculo paternofilial emocional establecido. Se referiría, pues, al término progenitor psicológico.

Por el contrario, el SAP es el resultado de la manipulación de un progenitor —habitualmente el progenitor custodio— contra el otro. Como indica Aguilar (2004), «el trastorno aparece cuando un cónyuge envenena psicológicamente al niño para enemistarlo contra el otro».

Proporcionar al menor una imagen distorsionada del otro progenitor, enfatizando los aspectos más negativos y obviando, minimizando o relativizando lo positivo o considerado dentro de la normalidad, así como atribuirle todo lo malo de cuanto ha ocurrido y ocurre (la propia ruptura, reajustes económicos, cambios en los hábitos cotidianos, estados emocionales negativos, imposibilidad de atender más y mejor al menor, etc.) constituyen algunas de las acciones que el progenitor «alienador» lleva a

© Ediciones Pirámide

cabo de forma sistemática y más o menos sutil hacia el otro. De tal modo que el menor va generando sentimientos de odio hacia el progenitor alienado que irán menoscabando las relaciones paternofiliales, pudiendo incluso, llegar a anularlas totalmente.

El odio generado por el menor hacia el progenitor alienado se cristaliza en censuras, críticas y rechazos, bien injustificados, bien exagerados, siendo habitual su negativa a relacionarse con él, la cual alcanza su máxima expresión en el momento en que así lo expresa en un juzgado y los mecanismos jurídicos y judiciales se ponen en funcionamiento.

En definitiva, el síndrome de alienación parental, tal como indica Bolaños (2001), debe ser entendido como el resultado de una interacción entre factores personales, familiares y legales que dista mucho de favorecer la adaptación infantil o adolescente a la nueva situación familiar.

1.1. Caracterización clínica

Si bien el menor es quien padece en mayor medida —a corto, medio y largo plazo— las consecuencias del síndrome de alienación parental, de acuerdo con Bolaños (2002), los principales protagonistas del SAP son el progenitor aceptado y el progenitor rechazado. De tal modo, la caracterización clínica del trastorno debe contemplar tanto los comportamientos del menor o menores, del padre y de la madre como las interacciones paternofiliales y las interparentales.

La manifestación clínica del SAP en los hijos incluye, como síntomas primarios: campaña de denigración; débiles, absurdas o frívolas justificaciones para el desprecio; fenómeno del «pensador independiente»; apoyo reflexivo al progenitor alienador en el conflicto parental; ausencia de culpa acerca de la crueldad y la explotación del progenitor alienado; presencia de argumentos prestados; ampliación de la animadversión a la familia extensa y red social del progenitor (Gardner, 1998b). Asimismo, se observan contradicciones; información inapropiada e innecesaria; elevada percepción de urgencia y fragilidad; importante déficit de pensamiento complejo acerca de las relaciones interpersonales y sentimientos restrictivos (Waldron y Joanis, 1996) (tabla 20.1).

Si bien el aspecto más llamativo del SAP y que más entorpece las acciones judiciales dirigidas a garantizar —o al menos favorecer— una adecuada relación paternofilial entre el menor y el progenitor no custodio es la negativa del niño a relacionarse con éste, los menores que asisten a una separación o divorcio contencioso de sus padres, además, suelen presentar problemas externalizantes como conductas agresivas, consumo de drogas, comportamiento antisocial, conductas delictivas (Cantón, Cortés y Justicia, 2002). Mientras que como principales problemas emocionales asociados aparece la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. Caso de que la familia se encuentre inmersa en un proceso de alienación parental, los problemas comportamentales de los menores (conductas antisociales, abuso de drogas, etc.) deben ser entendidos como parte del mismo síndrome.

Igualmente, resulta habitual que los menores sometidos a la alienación parental además sean menores emocionalmente parentalizados; es decir, adoptan el papel de confidente y consejero de su progenitor, constituyéndose en fuente principal de apoyo emocional de éste.

En otras palabras, el menor se siente con el deber de proteger al progenitor alienador, estableciendo un pacto de lealtad en función de la dependencia emocional y material, mostrando incluso temor a desagradarle u oponerse a él. De tal modo, el menor, para adaptarse a esta situación, aprende a manipular, a hablar de sólo una parte de la verdad, a mentir, así como discursos y comportamientos repetitivos y a expresar falsas emociones.

Los niños víctimas del síndrome de alienación parental tienden a presentar: depresión crónica, incapacidad para adaptarse a ambientes sociales, problemas relacionados con su identidad e imagen, desesperación, marcada tendencia al aislamiento, comportamiento hostil y déficit en la capacidad de organización.

Más a largo plazo, pueden aparecer intensos sentimientos de culpabilidad cuando el menor, una vez adulto, se da cuenta de que fue cómplice de una gran injusticia hacia el progenitor alienado.

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.1

Síntomas del síndrome de alienación parental

Campaña de denigración	Obsesión por odiar a un progenitor por parte del menor que con frecuencia se manifiesta en forma de letanía.
Infundadas justificaciones para el desprecio	El menor ofrece argumentos irracionales e incluso ridículos para no desear estar con uno de sus progenitores.
Ausencia de ambivalencia	Todo es bueno en un progenitor y todo malo en el otro.
«Pensador independiente»	El menor orgullosamente asegura que la decisión de rechazar a un progenitor es únicamente suya. Niega cualquier posible influencia por parte del progenitor aceptado.
Apoyo reflexivo al progenitor alienador	Aceptación incondicional de la validez de los argumentos del progenitor aceptado contra el odiado incluso cuando al menor se le ofrecen evidencias de que aquél miente.
Ausencia de culpa acerca de su crueldad y explotación hacia el progenitor alienado	Total indiferencia ante los sentimientos del progenitor alienado.
Argumentos prestados	Utilización de frases y términos que no forman parte de su lenguaje y vocabulario. Los argumentos sobre el rechazo parecen ensayados.
Generalización del odio hacia la familia extensa y red social	Rechazo a toda persona que tiene que ver con el progenitor alienado y que anteriormente constituían para él una importante fuente de refuerzos.
Contradicciones	Entran las declaraciones del menor y sus narraciones acerca de los hechos históricos.
Información innecesaria y/o inapropiada	Acerca de la ruptura de sus progenitores y sobre el curso del proceso legal (denuncias, pruebas, propuestas, desacuerdos, etc.).
Percepción de urgencia y fragilidad	Todo parece tener importancia de vida o muerte.
Marcado déficit de pensamiento complejo acerca de las relaciones	Pensamiento rígido y concreto en el análisis de las relaciones interpersonales, sobre todo acerca de la relación entre sus progenitores.
Sentimientos restrictivos	El menor presenta sentimientos restrictivos en el permiso para amar y ser amado.

Por otra parte, es importante hacer notar que el menor inmerso en un proceso de alienación parental, a medida que va percibiendo al progenitor alienado como un ser extraño para él, va igualmente configurando al progenitor alienador como modelo a seguir tendiendo a reproducir, por tanto, tales

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.2

Perfil del progenitor alienador

— Estilo sobreprotector.
— Elevada dependencia emocional: Miedo a perder los hijos o su primacía parental.
— Altos niveles de ira, cólera o rabia.
— Una de sus principales prioridades es la venganza.
— Se muestra como una víctima de un trato injusto y cruel por parte de su ex pareja y ofrece argumentos a sus hijos de que ésta no es merecedora de ningún afecto. El mensaje que se transmite a los hijos suele ser que el otro progenitor no pertenece a la familia, que está relegado a una situación deplorable y que es desagradable ir a verle.
— Importante dificultad para individualizar (para reconocer que sus hijos son seres independientes de sí mismo).
— Necesidad de absoluto control sobre los hijos.
— Informa a cuanta persona puede y también a los hijos, con todo lujo de detalles, acerca de sus sentimientos negativos y de las malas experiencias vividas con su ex pareja.
— Exigencia de lealtad absoluta. Se obliga al menor a elegir entre uno de sus progenitores.
— Chantaje emocional: Hacerse la víctima, promover miedo, ansiedad, culpa, intimidación o amenazas. Si el menor muestra aprobación hacia el progenitor ausente, le amenaza con abandonarlo y enviarlo a vivir con éste.
— Son igualmente frecuentes las denuncias de amenazas y acoso, así como acusar al progenitor alienado de abuso sexual, especialmente si los hijos son pequeños y fácilmente manipulables.
— Comportamientos engañosos en relación al régimen de visitas: Mostrar una imagen de persona que se esfuerza en favorecer el contacto padre-hijos; mostrar sorpresa y desagrado cuando los hijos manifiestan oposición hacia el otro progenitor.
— Incapacidad para aceptar la ruptura o mantener la relación a través del conflicto.
— Intentos de obtener ventajas económicas (reparto de bienes, pensiones).

comportamientos; sin embargo, se trata de patrones patológicos, no adaptativos y/o con disfunciones importantes (véase la tabla 20.2).

El objetivo del progenitor alienador, en definitiva, parece ser excluir al progenitor alienado de la vida de los hijos, colocándose como protector de éstos, violando el principio de que cada progenitor debe contribuir positivamente al desarrollo biopsicosocial del menor (véase la tabla 20.3, donde se exponen algunos comportamientos habituales y característicos del progenitor alienador).

No obstante, si bien el progenitor rechazado suele generar sentimientos de lástima en los otros, ofreciendo una imagen de víctima de su ex pareja (de ahí que se le considere una víctima pasiva del progenitor alienador), en la mayoría de los casos suele compartir la responsabilidad de la aparición del síndrome. Así, parece que los progenitores rechazados, pese a sus constantes quejas al respecto, se encuentran satisfechos en la posición en que se encuentran (no tener que ejercer como agente educador, no tener que realizar modificaciones importantes en sus hábitos cotidianos: horarios, comidas, actividades extraescolares y de ocio, vida social, contactos con los centros educativos, etc.). En este sentido, se ha encontrado que los padres alienados o rechazados tienden a presentar importantes déficits en sus habilidades parentales así como tendencia a la evitación (tabla 20.4).

Dados los problemas detectados en los estilos educativos y de crianza, tanto en el progenitor alienador como en el alienado, algunos autores consideran que el SAP se deriva de la paternidad irresponsable; y, desde este prisma, se consideraría como una forma de maltrato infantil.

Asimismo, es importante hacer notar que por una parte, el rechazo hacia el progenitor alienado puede ser bien primario —inmediato a la ruptura— o secundario —los menores se niegan a ver al progenitor no custodio una vez transcurrido un

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.3

Comportamientos habituales en el progenitor alienador

- Negarse a pasar las llamadas telefónicas a los hijos.
- Organizar actividades con los hijos durante el período correspondiente al RV del otro progenitor (fiestas, excursiones, campamentos, viajes, etc.).
- Presentar a su nueva pareja a los hijos como su nueva madre o nuevo padre.
- Interceptar el correo y los paquetes enviados a los hijos.
- Desvalorizar e insultar al otro progenitor delante de los hijos.
- No informar al otro progenitor acerca de las actividades que realizan los hijos (actividades escolares, actuaciones teatrales y musicales, partidos deportivos, etc.).
- Hacer comentarios despectivos a los hijos sobre la nueva pareja del otro progenitor.
- Impedir al otro progenitor ejercer su derecho de visita.
- «Olvidarse» de informar al otro progenitor de citas importantes (visitas médicas, intervenciones quirúrgicas, etc.).
- Tomar decisiones importantes sobre los hijos sin consultar o informar al otro progenitor (cambio de colegio, etc.).
- Impedir al otro progenitor el acceso a los expedientes escolares y médicos de los hijos.
- Ausentarse sin los hijos y dejarlos con otra persona aunque el otro progenitor esté disponible y desee ocuparse de ellos.
- Implicar a su entorno (familia de origen, amigos, nueva pareja, etc.) en el «lavado de cerebro» de los hijos.
- Decir a los hijos que lo que les ha comprado el otro progenitor (por ejemplo, ropa) es feo y prohibirles ponérselo.
- Atribuir el mal comportamiento de los hijos o posibles problemas de los mismos al otro progenitor.
- Amenazar, reñir y/o castigar a los hijos si intentan ponerse en contacto con el otro progenitor.

tiempo tras la ruptura—; y, por otra, atendiendo a su intensidad, la alienación parental puede ser de tres tipos: ligera, moderada y severa, cada una de las cuales con diferente intensidad sintomática (Gardner, 1998a) (tabla 20.5).

Por otra parte, cabe señalar los criterios de identificación del SAP encontrados por Bone y Walsh (1999) y que, según estos mismos autores, permiten predecir de manera razonable que el proceso de alienación parental está en curso:

- *Obstrucción a todo contacto.* La razón más frecuentemente argumentada es que el otro progenitor no es capaz de ocuparse adecua-

TABLA 20.4

Perfil del progenitor alienado

- Víctima pasiva del progenitor alienador.
- Acostumbrado a adoptar el papel de víctima.
- A pesar de sus quejas puede satisfacerle permanecer en una posición marginal.
- Pueden utilizar como excusa el rechazo del hijo.
- Importantes déficits en las habilidades parentales de educación y crianza.
- Estilos educativos inadecuados.
- Escasa sensibilidad ante las necesidades de los hijos.
- Habitualmente más preocupado por la manipulación de su ex pareja que por su propia contribución al problema.
- Tiende a inhibir comportamientos para evitarse problemas o situaciones que le producen malestar.

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.5

Tipos de alienación parental

Síntomas	Leve	Moderado	Severo
Campaña de denigración	Mínima	Moderada	Intensa
Justificación del desprecio	Mínima	Moderada	Numerosas y absurdas
Ambivalencia emocional	Habitualmente	Ausencia	Ausencia
«Pensador independiente»	Habitualmente ausente	Presente	Presente
Apoyo reflexivo al progenitor alienante	Mínimo	Presente	Presente
Sentimientos de culpa	Habitualmente	Mínima o ausente	Ausencia
Generalización a la red social	Mínima	Presente	Intensa y con fanatismo
Dificultades en la transición de las visitas	Habitualmente ausentes	Moderadas	Frecuentes e intensas, a veces imposibles
Conducta durante las visitas	Buena	Antagonista y provocativa de modo intermitente	Caso de haber visitas, conducta destructiva y continuamente provocativa
Vínculo con el p. alienador	Sólido Saludable	Sólido De leve a moderadamente patológico	Con frecuencia, vinculación paranoide. Severamente patológico
Vínculo con el p. alienado	Sólido Saludable o mínimamente patológico	Sólido Saludable o mínimamente patológico	Sólido, sano o mínimamente patológico

damente de los hijos y que éstos no se sienten bien y/o presentan comportamientos inadecuados cuando vuelven de la visita.

— *Denuncias falsas de abuso.* Las más habituales, las referidas al abuso emocional. El progenitor alienador interpreta y utiliza las diferencias parentales como faltas del otro progenitor en vez de percibirlas como potencialmente enriquecedoras para los niños (por ejemplo, cambios importantes en horarios, realización de tareas que desaprueba, etc.).

Las más graves, cuando se imputan abusos sexuales (se estima que se dan en la mitad de las separaciones contenciosas altamente conflictivas), son más habituales cuando los niños son muy pequeños y manejables. Denuncias de otras formas de abuso, sobre todo si dejan huellas físicas, no son tan frecuentes.

— *Deterioro de la relación paternofilial desde la separación.* Constituye el criterio de mayor peso. Resulta de especial importan-

© Ediciones Pirámide

cia que la evaluación de la relación paternofilial previa a la ruptura se realice de forma minuciosa y que no se limite a la descripción que los hijos ofrecen de la situación actual.

— *Respuestas de miedo por parte de los hijos* ante la amenaza de «ser abandonado» (mandarlos a vivir con el otro) por el progenitor alienador que constantemente le somete a pruebas de lealtad. El niño desarrolla comportamientos dirigidos a no defraudar al progenitor alienador y así ser aceptado.

Por último, parece necesario enfatizar la importancia del diagnóstico diferencial del SAP respecto a otros problemas como pueden ser los comportamientos parentales negligentes. En este sentido hay que prestar atención a cinco criterios fundamentales (Gardner, 1998c): los recuerdos del hijo, la lucidez del progenitor, la patología del progenitor, las víctimas del abuso y el momento del abuso (tabla 20.6).

1.2. Etiología

Atendiendo a lo hasta aquí expuesto, el SAP se debe considerar como el resultado de una interacción de factores personales, familiares y legales que aparece en el contexto de la separación contenciosa.

En consecuencia, el SAP debería ser entendido como producto de los problemas de adaptación de los distintos miembros de la familia a la nueva situación. Así, y de acuerdo con Bolaños (2001), el

TABLA 20.6

Diagnóstico diferencial del SAP

Criterio	Otras formas de abuso o negligencia	SAP
Recuerdos del hijo	Bueno y altamente detallado.	No ha vivido lo que el alienador afirma, necesita ayuda para recordar lo sucedido. Escenarios menos creíbles. Si más de un hijo, distintas versiones al ser preguntados por separado.
Lucidez del progenitor	Se da cuenta de los efectos devastadores del deterioro de la vinculación paternofilial e intenta optimizarla.	El progenitor alienador no percibe los efectos negativos sobre el hijo.
Patología del progenitor	Caso de existir comportamientos psicopatológicos, éstos aparecen, si no en todas, en otras esferas de la vida (social, laboral, etc.).	El progenitor alienador aparenta estar sano y no presenta comportamientos problemáticos en otras áreas distintas a la familiar.
La víctima del abuso	Un progenitor que acusa al otro de abuso de sus hijos, con frecuencia también lo acusa de abusos hacia él mismo.	Denuncia o se queja únicamente del daño que el progenitor alienado hace a sus hijos.
Momento del abuso	Las quejas de abuso o negligencia son muy anteriores a la separación.	La campaña de denigración hacia el progenitor alienado comienza tras la separación.

© Ediciones Pirámide

SAP lo entendemos como un síndrome familiar en el que cada uno de sus miembros tiene una responsabilidad relacional en su construcción.

Por tanto, en la aparición, evolución y mantenimiento del SAP se deben considerar la evolución de la pareja antes y durante la ruptura, patrones básicos de comportamiento de ambos y posibles cambios emocionales ante la nueva situación, la participación de ambos en el SAP, así como la participación de los hijos y su comportamiento en una situación de dobles presiones parentales, lo que obliga a considerar tanto aspectos personales como relacionales, así como la influencia del contexto legal.

1.3. Epidemiología

Se estima que en Estados Unidos el 80 por 100 de los hijos de padres separados de forma contenciosa padecen el síndrome de alienación parental. Si se mantuviera esta proporción en España, cada año 20.000 niños podrían presentar dicho síndrome.

Según la Asociación Valenciana de Padres Separados (2005), se estima que el 30 por 100 de los hijos de las parejas rotas de forma contenciosa y altamente conflictiva odian a uno de sus progenitores porque han sido o están siendo manipulados por el progenitor aceptado. Otras fuentes ponen de manifiesto que más del 45 por 100 de los progenitores custodios alienan al no custodio.

Esta falta de acuerdo acerca de los datos epidemiológicos del SAP es atribuible, sobre todo, a cuestiones metodológicas.

Por otra parte, es mucho más frecuente que el progenitor alienador sea la madre que el padre. Cuestión que se deriva del hecho de que el 97,68 por 100 de las custodias se atribuyen a la madre de forma exclusiva.

Finalmente, y en cuanto a la modalidad de custodia en la que suele aparecer el SAP, cabe señalar que según los datos de que se dispone, el SAP parece darse únicamente en la modalidad de custodia exclusiva a favor de un progenitor, lo que ha llevado a proponer la custodia compartida como medida preventiva. Sin embargo, en este sentido cabe hacer notar que, al menos en nuestro país, en los casos de separación contenciosa, la tendencia sigue siendo atribuir la guarda y custodia exclusiva. Por tanto, podría tratarse de un dato engañoso que requiere mayor investigación.

1.4. Evaluación

La evaluación del SAP, al igual que otros muchos problemas relacionados con el ámbito legal, constituye uno de los temas aún pendientes. En este sentido, cabe recordar que si bien evaluación clínica y evaluación forense no son equiparables, esta última, con demasiada frecuencia, ha recurrido a técnicas e instrumentos de evaluación psicológica desarrollados en el ámbito clínico. Siguiendo a Grisso (1986, 1987) resultan necesarios modelos conceptuales alternativos o al menos que complementen los modelos de evaluación psicológica aplicados al ámbito clínico dotándoles de análisis y esquemas conceptuales legales; que el proceso de evaluación esté estrechamente unido tanto a las bases científicas de la psicología como a la modulación que el contexto real efectúa sobre los procesos; y desarrollo de instrumentos específicos y revisión de los derivados de otros contextos para establecer bajo qué condiciones son aplicables a los problemas legales.

Si bien el SAP tiene claras consecuencias clínicas en los distintos miembros de la familia, la mayoría de las evaluaciones solicitadas desde los juzgados de familia se refieren a la determinación de cuál de los dos progenitores es el más idóneo para ostentar la guarda y custodia del menor o menores, así como cuál es el régimen de visitas más adecuado a favor del progenitor no custodio. De tal modo, el objetivo de la evaluación psicológica en este ámbito es aportar información o material al juez para facilitar la toma de decisiones acerca del modo en que deben establecerse las relaciones entre padres e hijos; y, por otra parte, indicar qué sistemas de relación deberían adoptar ambos progenitores para proporcionar a sus hijos un desarrollo armónico, evitando, en la medida de lo posible, que éstos se vean afectados por las desavenencias

© Ediciones Pirámide

que entre los cónyuges existan o surjan, evitando también el deterioro de la imagen de cada uno de los padres ante los menores y los sentimientos de culpa de éstos ante la situación. Otro objetivo es aportar elementos útiles para poder evitar todo impedimento, por parte de cualquiera de los progenitores, del acceso de los hijos al otro.

De tal modo se puede afirmar que una de las tareas de los psicólogos forenses vinculados de un modo u otro con los juzgados de familia es, precisamente, prevenir la aparición de problemas tales como el SAP.

Pese a la relevancia y trascendencia de los resultados obtenidos en la evaluación practicada, los cuales, en cierto modo, van a guiar la decisión judicial al respecto, no existe una metodología estándar ni una metodología reconocida oficialmente como más adecuada o aceptada como más eficaz para los denominados peritajes psicológicos en este ámbito.

Por otra parte, dada la relativa juventud del SAP, el desarrollo de instrumentos y procedimientos de evaluación específicos es casi inexistente.

En consecuencia, la evaluación del SAP, en muchos casos, va a depender, fundamentalmente, del «leal saber y entender» del psicólogo, de su orientación teórico-práctica y de su experiencia en el manejo de las distintas pruebas que considere más adecuadas para sus objetivos, sin olvidar la conceptualización que haga acerca de este fenómeno.

Según nuestra opinión, la mejor aproximación con la que actualmente contamos en nuestro país es la propuesta por Ramírez (1997, 2003). Partiendo de que el principio vertebral de nuestra legislación es el mejor interés del menor, esta autora, en primer lugar, operativiza dicho principio definiéndolo como «la adaptación o ajuste postdivorcio del niño». Es decir, según este planteamiento, la mejor alternativa de custodia será *«aquella que facilite o favorezca en mayor medida la adaptación del niño tras la crisis marital»* (Ramírez, 2003, p. 90).

A partir de este principio se propone un modelo y metodología e instrumentación altamente útil y eficaz, tanto en el ámbito estrictamente forense como para la perspectiva que podríamos denominar más clínica; es decir, en la evaluación y tratamiento de algunos problemas relacionados con las separaciones contenciosas, entre los que destaca el SAP.

En la evaluación del SAP, la unidad de análisis debe ser la propia familia. La evaluación y diagnóstico sobrepasa al propio individuo —aunque igualmente debe ser objeto de estudio—. Se deben considerar las interacciones y relaciones significativas entre los distintos miembros de la unidad familiar, previamente al momento de la separación y el momento actual (Bolaños, 1991).

Como señala Bolaños (2001), la evaluación de la unidad familiar se debe realizar contemplando dos vertientes: la estructural y la procesal. La estructural incluye la composición familiar (extensa, nuclear y reconstituida), sus pautas de comportamiento, normas, recursos y potencialidades. La contextualización considera su relación con el sistema legal y el grado de participación de ambos progenitores en la aparición y mantenimiento de la situación problemática. La vertiente procesal proporciona un elemento más para la comprensión temporal, puesto que ubica a la familia en el proceso psicojurídico de separación.

Por otra parte, y en contra de la creencia de algunos evaluadores según la cual conocer el expediente judicial puede dar lugar a importantes sesgos, el análisis del mismo aporta información acerca del proceso legal, permitiendo generar hipótesis acerca del funcionamiento familiar y personal de las partes.

Las variables que parecen directamente implicadas en el SAP, y que por otra parte han demostrado constituir los mejores predictores de la adaptación postseparación de los hijos y que por tanto deben ser objeto de evaluación, incluyen:

A nivel familiar: El tipo y calidad de las relaciones parentales existentes según la dimensión hostilidad-cooperación, las relaciones paternofiliales pre y post ruptura, hábitos de educación y crianza, sistema de comunicación, estrategias de resolución de problemas.

Progenitores: Ajuste psicológico, adaptación-afectación ante la nueva situación, habilidades pa-

© Ediciones Pirámide

rentales y participación previa de cada progenitor en la educación y crianza de los hijos, red de apoyo social de cada progenitor, cambios operados en la conducta de los progenitores hacia los menores tras la ruptura (disciplina, comunicación, disponibilidad, etc.), grado de acuerdo interparental sobre la crianza y educación de los hijos, grado de conflictividad parental previa y posterior a la separación, estabilidad intrafamiliar postseparación (recursos económicos, rutinas diarias, etc.) y contacto mantenido con el progenitor no custodio.

Menores: Sus necesidades y nivel de adaptación personal (cognitivo-emocional) y sus posibles problemas de comportamiento, su adaptación, motivación y rendimiento escolar, sus necesidades sociales (fuentes de apoyo y hábitos de ocio), percepción filial de las figuras parentales, su comprensión y dificultades ante la separación. En resumen, interesa determinar el ajuste o adaptación del menor a distintos niveles: conductual, emocional, social, escolar y familiar.

Aspectos que se corresponden con el modelo de áreas y variables a evaluar en casos de custodia disputada propuesto por Ramírez (1997).

La metodología e instrumentación que permite vertebrar el proceso de evaluación psicológica en este contexto dependerá sobre todo del caso particular, si bien el protocolo propuesto por Ramírez (1997, 2003) contempla algunos de estos aspectos, tal es el caso de la edad del menor.

1.5. Tratamiento

Si bien hay quien defiende la custodia compartida de forma automática como panacea en la prevención y también en la eliminación del SAP, lamentablemente el tratamiento del mismo no se puede limitar a la adopción de determinadas medidas legales. Sin menosprecio del enfoque legal, nosotros, por razones obvias, nos centraremos únicamente en los aspectos propios de la psicología. Sin embargo hay que subrayar que la intervención psicológica del SAP siempre se debería realizar en el marco del procedimiento legal y con el apoyo judicial.

Asimismo hay que tener en cuenta el estadio en el que se encuentra el SAP (ligero, medio o severo). Es decir, mientras que el estadio I o ligero del SAP, en términos generales, no parece requerir ningún tipo de intervención legal ni terapéutica, los estadios II y III —medio y severo respectivamente— requieren la adopción de medidas tanto legales como terapéuticas.

Siguiendo las recomendaciones de Gardner (1999), la intervención psicológica del SAP debe contemplar una serie de aspectos que podríamos resumir en cinco puntos fundamentales: bases para la terapia, las sanciones, consideraciones para el tratamiento del progenitor alienador, pautas para el tratamiento de los hijos y pautas para el tratamiento del padre alienado.

a) *Bases para la intervención*

La terapia debe estar a cargo de un solo terapeuta y debe ser ordenada por el juez. El psicólogo, en tal caso, debe estar en comunicación directa con el juez.

Es necesario informar al progenitor alienador de que toda obstrucción al tratamiento, y cada falta en relación al cumplimiento del derecho de visita del otro progenitor, será inmediatamente notificada al juez.

Por otra parte, debe igualmente informarse de que la confidencialidad se ve alterada, de modo que el terapeuta puede proporcionar toda la información obtenida durante la evaluación y tratamiento a terceras personas (juez, abogados de ambas partes). En este sentido, recomendamos que al aceptar el caso se solicite a los progenitores su consentimiento expreso y por escrito sobre este particular.

b) *Las sanciones*

Todas las sanciones deben estar previstas y desarrolladas. Es importante que el terapeuta, con mandato del juez, pueda utilizarlas caso de incumplimiento u obstrucción al tratamiento. Sanciones que pueden ir desde la emisión de un informe desfavorable hasta la privación de libertad, pero que siempre deberán estar dentro de nuestra legislación.

© Ediciones Pirámide

c) *Consideraciones para el tratamiento del progenitor alienador*

Es frecuente que el progenitor alienador consienta someterse a terapia buscando que el terapeuta lo apoye en su causa. También resulta habitual que muestre un elevado interés pero que no sólo no coopere, sino que puede llegar a hacer lo imposible para sabotearla. Cuando sea posible, se aconseja implicar a alguna persona significativa (p. ej., su madre).

d) *Consideraciones para el tratamiento del progenitor alienado*

El progenitor alienado, tiende a no saber qué hacer ante lo que le ocurre a él y a su familia. En este sentido es importante informarle acerca de los mecanismos implicados en el SAP y su responsabilidad/implicación, tanto en su aparición como en su mantenimiento, para después poder proporcionarle las estrategias para minimizarlo.

e) *Consideraciones para el tratamiento de los hijos*

Es importante atender a las motivaciones argumentadas por los hijos, tanto para no ver al progenitor alienado como para cumplir con las visitas («voy sólo porque me compra cosas») dirigidas a contentar al progenitor alienador. También hay que considerar que los niños con SAP tienden a mentir, exagerar, disfrazar la verdad e incluso manipular al terapeuta.

La mediación ha demostrado ser la estrategia terapéutica más eficaz en el tratamiento del SAP. Tal como indica Bolaños (2002), la participación de todos los miembros de la familia en el proceso de mediación se fundamenta en el hecho de que se trata de un síndrome familiar en el que todos tienen una responsabilidad relacional. Sin embargo, como bien recuerda este autor, el SAP constituye un tema más entre los muchos que deben abordarse. Como paso previo imprescindible, ambos progenitores deben reconocerse mutuamente su legitimidad como padres.

La finalidad última de la mediación no es el cumplimiento de un régimen de visitas, sino garantizar la continuidad de los progenitores así como la adaptación de todos los miembros.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Identificación del paciente

Se trata de una familia compuesta por tres miembros. Juan, el padre, de 47 años de edad, natural de Salamanca, es un médico de reconocido prestigio que según informa, por presiones de su esposa decide fijar su residencia en un pequeño pueblo de Mallorca. Francisca, de 45 años de edad es abogada en ejercicio. Juan y Francisca contrajeron matrimonio hace 15 años. De dicha unión nació Andrés, que cuenta con 9 años de edad. Andrés cursa 4.º de Educación Primaria en un centro concertado, confesional, y presenta un adecuado rendimiento académico.

Juan y Francisca se separan de forma efectiva tras firmar convenio regulador según el cual la madre ostenta la guarda y custodia, estableciéndose un régimen de visitas a favor de Juan consistente en fines de semana alternos desde el sábado a las 10 h hasta el domingo a las 20 h, así como dos visitas semanales —martes y jueves— desde la salida del colegio hasta las 20 h. En todos los casos con recogida y reintegro del menor en el domicilio materno.

A partir de la separación, Juan fija su residencia en Palma mientras que Francisca y Andrés permanecen en el domicilio conyugal en el que también residen los abuelos maternos.

Casi desde el momento de la separación Francisca comienza a poner algunos problemas referidos al régimen de visitas, del estilo *«vives muy lejos y no está bien someter a Andrés a tantos kilómetros de ida y vuelta», «viene muy cansado y después tiene que hacer los deberes y estudiar»,* proponiendo que las visitas tengan lugar en el domicilio conyugal, en su presencia o en la de sus padres. A lo que Juan en un principio accede. Progresivamente, Francisca va introduciendo cambios, tales como actividades extraescolares en horario de visitas de

© Ediciones Pirámide

Juan (martes y jueves por la tarde y sábados por la mañana). Asimismo obstaculiza las visitas con argumentos tales como *«el niño no está bien, no te lo lleves, dale tiempo», «el niño no quiere ir y hay que respetarlo»,* llegando incluso a no abrir la puerta.

Tras más de un año de denuncias cruzadas interpuestas y dada la elevada conflictividad aparecida, el juez dicta primero, que las transiciones de las visitas tengan lugar en lugar neutral pero aun así Francisca se niega a entregar a Andrés. Posteriormente se dicta que la entrega y recogida de Andrés debe realizarse en el juzgado, obteniéndose igualmente resultados negativos: Andrés se escapa, grita, llora, pega a su padre y a los policías y manifiesta abiertamente que no quiere ir con su padre.

Mientras, Francisca va presentando numerosos escritos en los que argumenta lo contraproducente que pueden llegar a ser las visitas para el desarrollo de su hijo. Asimismo indica que Andrés no necesita la figura paterna, puesto que *«para eso ya está su padre»* (de ella).

En las últimas ocasiones que se ha cumplido el régimen de visitas (RV) —dos veces en tres meses—, Juan ha tenido que llevarse a Andrés por la fuerza.

2.2. Motivo de consulta

Tras la propuesta de los abogados de ambas partes, el juez nos remite el caso. Nos cita en el juzgado y nos explica que «con esta familia ya ha agotado todos los recursos legales». Nos solicita una evaluación de la misma, así como posibles soluciones, porque, pese a la elevada conflictividad, no le parece justificado suspender el RV a favor de Juan.

La familia inicialmente acude a consulta por separado. Tanto Francisca como Juan se muestran como altamente motivados para solucionar el problema, mientras que Andrés se muestra reacio a colaborar con cuanto tenga que ver con su padre.

2.3. Historia del problema

Las versiones del problema, como casi era de esperar, son diametralmente opuestas. Francisca explica con todo lujo de detalles que se equivocó con Juan, que *«es una persona aparentemente encantadora pero que en realidad es un monstruo con una elevada capacidad de simulación, que a ella la tuvo engañada durante 15 años, y cómo no nos va a engañar a nosotros»*. Lo describe como algo —no alguien— totalmente inservible. Señala que nunca ha hecho nada por la familia ni por ella, que nunca se ha ocupado de Andrés. Igualmente, Francisca indica que si sólo hubiera sido un mal marido no habría problema, pero que sobre todo es muy mal padre y que ni ella ni su hijo lo necesitan para nada. A Andrés lo describe como un niño bondadoso, educado, muy cariñoso, obediente, académicamente brillante, generoso, muy atento y mucho más maduro y responsable que lo que le correspondería por edad. Aspectos que le hacen pensar que el problema es sin duda Juan.

Francisca indica igualmente que se separaron por decisión de ella hace dos años, pero que se podría decir que llevan separados mucho más, porque aunque vivieran bajo el mismo techo ya no tenían nada que ver desde hacía al menos tres años más. Francisca señala que hasta el día de hoy y también durante los años de convivencia ella era quien tomaba todas las decisiones respecto a Andrés porque Juan lo hace todo mal.

Por otra parte, enfatiza que si decidió separarse fue por Andrés porque *«tener un padre así debe ser humillante»* y que ella puede ejercer tanto de padre como de madre. En este sentido indica que Andrés está mucho mejor en todos los aspectos desde que su padre abandonó el domicilio y que piensa que no quiere ver a Juan porque *«le ha fallado como padre»*.

En cuanto a su posición ante el cumplimento del RV, Francisca señala que *«ella nunca obligará a un hijo suyo a hacer nada que no quiera, porque su deber es protegerlo y entonces sería ella quien le estaría defraudando, de tal modo que si Andrés no quiere ir con su padre, ella debe respetarlo»*.

Por su parte, Juan señala que no sabe qué puede haber pasado ni con su matrimonio ni con su hijo, que él siempre ha hecho lo imposible para evitar problemas y que si no se ha implicado más en la educación y crianza de Andrés es porque Francisca

© Ediciones Pirámide

no le ha dejado. Aun así indica que siempre se había llevado muy bien con Andrés, con quien compartía muchas cosas y mantenía una gran complicidad. Sin embargo, casi desde el mismo momento en que sale del domicilio, Andrés empezó a mostrarse raro, lo cual relativizó pensando que pronto se acostumbraría a la nueva situación, pero que en lugar de ir mejorando todo ha ido a peor: Andrés le pega, le insulta, le escupe, se escapa, cuando está con él no quiere hacer nada de lo que le propone (se pasa el rato delante de la televisión), rompe cosas y le exige que dé más dinero a su madre. En este sentido, el padre señala que estos comportamientos están siempre presentes durante las visitas —sea cual sea su duración—, y son cada vez más intensos e incluso peligrosos (la última vez Andrés empezó a pegarle con los puños mientras él conducía e intentó bajarse del coche en marcha).

Juan indica haberlo intentado todo: no hacerle caso, hablar con él, castigarle e incluso pegarle, así como pedir ayuda a Francisca, pero que ha sido totalmente inútil, de modo que ha recurrido a los tribunales porque se resiste a tener que renunciar a su hijo. Señala que la situación está muy deteriorada y que se siente totalmente derrotado y sin recursos.

Andrés, al ser preguntado por sus motivos para no querer ir con su padre, indica que en su casa está muy bien y para qué se va a ir a otro lado, que la casa de su padre no le gusta, que le da porquería para comer, que es un tonto que no sirve para nada y que lo único que ha hecho es amargarle la vida a él y a su madre, así que se merece todo lo que le pasa y más.

2.4. Evaluación

La evaluación se basó en el modelo e instrumentación propuestos por Ramírez (1997, 2003) con algunas modificaciones. El procedimiento propuesto por esta autora maximiza los principios de objetividad y relevancia, optando por tanto por el uso de instrumentos referidos a variables específicas del modelo de evaluación en casos de custodia disputada, desarrollado sobre la base de los datos empíricos disponibles sobre los factores predictores del ajuste de los hijos tras la separación parental. Asimismo, enfatiza la validez convergente de los datos y establece un proceso ordenado de estimación de las variables contempladas.

2.4.1. *Técnicas, instrumentos y procedimientos*

Progenitores

— *Entrevista semiestructurada.*
— *Cuestionario sobre la custodia de los hijos en procedimientos judiciales* (adaptación de Ibáñez sobre el modelo de Watson). Proporciona información acerca de la percepción de los distintos miembros de la familia, autoeficacia percibida, asunción de tareas diarias, postura ante la separación: propuestas relativas a custodia, régimen de visitas, etc.
— *Cuestionario de análisis clínico (CAQ)* (Krug, 1970).
— *Cuestionario de habilidades y técnicas educativas (CHTE)* (Ibáñez). Instrumento que permite sistematizar los datos referidos a los planteamientos, comportamientos y reacciones emocionales del evaluado en relación con la educación de los hijos. Consta de tres factores principales: «cómo piensa», «cómo siente» y «cómo actúa», que permiten una aproximación cualitativa a la adecuación de los estilos educativos de los progenitores, así como comparar éstos según la dimensión congruencia-discrepancia interparental. (Existe una nueva versión del CHTE: el Inventario de estilo educativo familiar —IEEF—.)
— *Escala de evaluación de estrategias de afrontamiento de problemas* (Larsen, Olson y McCubbin, 1983. Traducción de Ramírez).
— *Cuestionario de hábitos de disciplina/autoridad* (Borrás, 1998, basado en Ramírez, 1997).
— *Cuestionario de hábitos de ocio* (Borrás, 1998, basado en Ramírez, 1997).

© Ediciones Pirámide

Estos últimos cuestionarios proporcionan información cualitativa, por una parte, acerca de los recursos educativos, percepción como figura de autoridad, modos en los que se han tomado las decisiones sobre la educación de los hijos, etc.; y, el segundo, información cuantitativa acerca del tiempo dedicado a los hijos, así como información cualitativa acerca de las actividades recreativas y costumbres familiares festivas (Navidad, cumpleaños, etc.). Entre las ventajas de los mismos cabe destacar que proporcionan información acerca de los hábitos familiares antes de la separación, permitiendo una comparación posterior con la situación actual, ofrece información referida a la autoevaluación de un progenitor y la valoración que éste hace del otro. Cuestiones de gran utilidad para la determinación de la cooperación —hostilidad y congruencia— discrepancia interparental.

- *Escala de competencia / apoyo social de los progenitores* (Ramírez, 1997, original modificado por Borrás, 1998), que permite valorar la competencia autopercibida y las posibles ayudas con las que cuenta cada progenitor en el cuidado y crianza de los hijos, así como las necesidades emocionales, económicas, etc., y su intensidad que presenta el evaluado, las fuentes de refuerzo social, etc.
- Entrevistas conjuntas.

Andrés

- *Entrevista semiestructurada.*
- *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)* (Hernández, 1983, 1990, 1998, 2002).
- *Cuestionario para hijos de padres divorciados sobre la vida familiar y propia* (Ibáñez, adaptado del formulado por Kurder-Siestky).
- *Listado de preferencias infantiles* (Hazzard y Christensen, traducción de Sanz).
- *Inventario de percepción de los padres* (Ramírez, 1997).
- *Relaciones paternofiliales valoradas por los hijos* (Ramírez, 1997).
- *Cuestionario de relaciones parentales valoradas por los hijos* (Ramírez, 1997).
- *Red de apoyo social de los hijos* (Ramírez, 1997).
- *Observación* de las relaciones paternofiliales: espontáneas, en situación de juego y en tareas cooperativas.

La evaluación se estructuró en tres sesiones de dos horas de duración con cada progenitor de forma individual, aplicando los distintos instrumentos en el orden expuesto más arriba, más dos entrevistas conjuntas de dos horas. Por otra parte, la evaluación de Andrés se realizó en dos sesiones individuales más una sesión con cada uno de sus padres, todas ellas de unas dos horas de duración aproximadamente.

2.4.2. *Resultados más destacables de la evaluación*

Francisca

En el CAQ, Francisca obtiene puntuaciones dentro del rango de normalidad en todas las escalas excepto en paranoia (Pa: PD = 9) y esquizofrenia: (Sc: PD = 9). Según los datos obtenidos en los distintos autoinformes, presenta adecuados recursos educativos y de crianza (nivel de adecuación global muy alto en el CHTE) aunque con tendencia a la sobreprotección y a la permisividad, percibe los recursos de Juan como punitivos, inconsistentes, absurdos o simplemente inexistentes. En síntesis, ofrece una imagen muy positiva de sí misma y una imagen lo más negativa posible de Juan. Dado este estado de cosas, se decidió aplicarle el Cuestionario de reacción personal (CRP) (Ávila y Tomé, 1987), obteniendo elevadas puntuaciones en deseabilidad social.

Admite abiertamente que ella se preocupa por tener informado a su hijo de todo cuanto acontece en relación con la separación porque, según argumenta, *«debe conocer toda la verdad»*. Reconoce que Andrés presenta comportamientos inadecuados ante la presencia de su padre, aunque los justifica; y, en este sentido, enfatiza que ella se ve en el deber de compensar la «torpeza» de Juan.

© Ediciones Pirámide

Sus propuestas acerca de las relaciones paternofiliales entre Juan y Andrés resultan altamente restrictivas y del tipo: *«lo mejor para el niño, y para todos, sería suspender el RV y en todo caso ya llegará el día en que si Andrés quiere, irá con su padre»*.

Juan

Según los datos obtenidos en el CAQ, Juan presenta altos niveles de preocupación, sentimientos de intranquilidad y falta de energía (D5: PD = 10), insatisfacción (D2: PD = 9), elevados sentimientos de culpabilidad (D6: PD = 9). Atendiendo a los resultados obtenidos tanto en el CHTE como en el Cuestionario de disciplina/autoridad y en el cuestionario de habilidades de ocio, parece que Juan presenta adecuadas habilidades parentales, si bien con frecuencia tiende a no aplicarlas, según indica, *«para no crear más problemas»*. Por otra parte, es capaz de proponer distintas alternativas operativas que permitan garantizar el contacto con su hijo. Presenta un apoyo social sólido.

Por otra parte, se obtienen datos que ponen de manifiesto una elevada conflictividad interparental.

Andrés

Según los datos obtenidos en el TAMAI, Andrés presenta una adecuada adaptación personal, escolar y social. En cuanto a la adaptación familiar destaca que si bien presenta una adecuada percepción de su madre, según la cual ésta presentaría un estilo educativo personalizado-asistencial, por otra parte percibe a su padre como altamente aversivo (se obtuvieron puntuaciones significativas en rechazo afectivo, perfeccionismo hostil y marginación afectiva). Datos congruentes con los obtenidos en el Inventario de percepción de los padres. Atendiendo a los resultados obtenidos mediante los distintos instrumentos utilizados, se observó igualmente una percepción muy polarizada de sus padres: atribuye todo lo bueno y deseable a su madre y todo lo malo e indeseable a su padre.

Por otra parte, cabe señalar que la observación de las relaciones paternofiliales puso de manifiesto que Andrés, en presencia de su madre, tiende a mostrarse sumiso, inhibido aunque altamente cooperativo en la realización de distintas tareas pero siempre buscando el permiso de su madre. No se observa contacto físico alguno entre ambos. Por el contrario, con su padre, Andrés se muestra altamente desinhibido y no cooperativo, desafiante y rechaza todo contacto físico con su padre.

De las entrevistas conjuntas con Juan y Francisca destacan los intentos de ésta por imponer sus decisiones y las dificultades de Juan para defender sus derechos ante ella.

En otro orden de cosas, a partir de los resultados obtenidos se identifican los siguientes criterios del SAP:

1. *Campaña de denigración:* Destacando las manifestaciones verbales de desprecio, informaciones sobre su padre únicamente negativas de forma reiterada, comportamientos agresivos verbales y físicos observados en la interacción paternofilial.
2. *Justificaciones fútiles, poco creíbles, absurdas y pobremente fundamentadas:* Del estilo: «no quiero ver a mi padre, pues porque no», «no sabe hacer tortillas, saben a lejía», «plancha mal», «no se lo merece», «no lo necesito para nada, para eso tengo a mi abuelo».
3. *Ausencia total de ambivalencia*.
4. *Independencia:* Se esfuerza en convencernos de que ha llegado a todas estas conclusiones él sólo, que no se ha visto influenciado por nadie ni por nada, «su padre se lo ha ganado a pulso por lo malo e inútil que es».
5. *Sostén deliberado:* Aceptación incondicional de la validez de los argumentos de su madre.
6. *Ausencia de culpa:* Indiferencia ante los sentimientos de su padre, justificación de sus acciones que le eximen de culpa «que me deje en paz y entonces no le pegaré», «hago todo esto porque no quiero estar con él, la culpa es suya y sólo suya».
7. *Argumentos y escenarios prestados:* Expresiones tales como «yo nunca he tenido

© Ediciones Pirámide

padre, él sólo ha sido el donante», «su característica más definitoria es su negligencia», «nunca me cambió un pañal», «es un guarro, cuando se casó con mi madre la casa no reunía las condiciones mínimas de habitabilidad y si fuera por él así seguiríamos».

8. *Información innecesaria:* Conocimiento detallado de todo el proceso legal, denuncias interpuestas por sus padres (las de la madre las percibe como justificadas y necesarias, las de su padre hechas a mala fe), conoce la cifra exacta de la pensión de alimentos así como el día y el modo de abono de la misma.
9. *Percepción de urgencia y fragilidad:* «tengo que dejar de ver a mi padre inmediatamente, de lo contrario acabaré totalmente tarado».
10. *Sentimientos restrictivos:* «Si quiero a mi madre nunca me puedo llevar bien con mi padre, se ha portado muy mal».

Asimismo se identifican los criterios de SAP enunciados por Bone y Walsh (1999) descritos con anterioridad. Según los resultados obtenidos, el SAP detectado se encuentra en un estadio III; es decir, de intensidad severa o grave.

2.5. Análisis funcional

Si bien entendemos el SAP como un síndrome familiar resultante de la interacción de factores personales, familiares y legales (Bolaños, 2001), dada la temática objeto de este libro, nos vamos a centrar en los comportamientos de Andrés.

Tal como se expone en la figura 20.1, en el momento de acudir a consulta, el estímulo antecedente de las conductas inadecuadas de Andrés, es la mera presencia de Juan, presencia física que elicita los comportamientos agresivos e inadecuados de Andrés, tras los cuales, contingentemente, logra la aprobación de su madre así como que su padre desista, lo cual refuerza positivamente las conductas inadecuadas de Andrés.

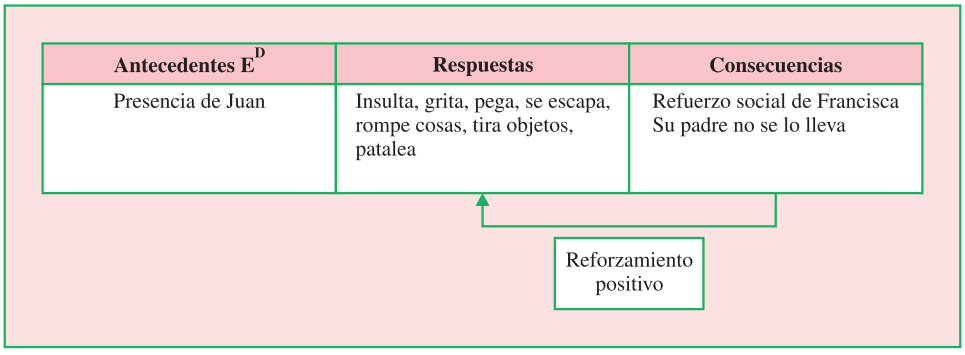


Figura 20.1.—Análisis funcional de los comportamientos de Andrés.

2.6. Repercusiones negativas

En términos globales, la principal repercusión derivada de la presente situación familiar son los problemas de adaptación de los distintos miembros.

Aparentemente, la menos afectada es Francisca. Juan, además de encontrarse en una situación familiar conflictiva que dificulta enormemente el adecuado desarrollo de las relaciones paternofiliales, en relación con la misma, presenta estado de ánimo deprimido de significación. Socialmente, ha eliminado todo contacto en situación de ocio y empieza a resentirse en el ámbito laboral: comete errores, problemas de atención y concentración, se siente bloqueado, y dice no atender a sus pacientes como debiera.

© Ediciones Pirámide

En Andrés se identifican problemas de adaptación familiar, conductas manipulativas y agresivas (verbales y físicas). Problemas de adaptación que de acuerdo con los datos disponibles constituyen un factor de riesgo en la aparición de problemas a corto y largo plazo.

Por otra parte, si bien parece que los problemas de Andrés se encuentran limitados a la relación con su padre, los abuelos maternos indican que desde la separación Andrés se ha vuelto un niño muy difícil de controlar, que sólo obedece a su madre. Asimismo, ambos señalan que les gustaría poder ayudar pero que creen que lo mejor es quedarse al margen porque Francisca está muy irascible y todo cuanto le puedan sugerir en relación al tema lo interpreta como un ataque. Dicen no estar de acuerdo con lo que está haciendo Francisca, pero que es su hija y que deben permanecer a su lado, sobre todo porque por culpa de este tema se está quedando sin amigos.

Adicionalmente, los informes del centro escolar obrantes en autos indican que su rendimiento académico sigue siendo bueno aunque menor que de costumbre, se muestra poco participativo en clase y en los recreos tiende a estar solo, evita el contacto tanto con su compañeros como con los adultos y si se le insiste se muestra violento.

En otro orden de cosas, respecto al interés y expectativas sobre los resultados del tratamiento cabe señalar: tanto el padre como la madre manifestaron verbalmente su interés en solucionar el problema; sin embargo, Francisca enfatiza una y otra vez que a ella no se le puede pedir que haga nada porque ella no tiene ningún problema con su hijo y que la solución es muy clara aunque nadie lo quiera ver: suspender el RV.

Juan tiene gran interés en solucionar el problema pero dice sentirse muy desesperanzado y sin fuerzas para nada.

Andrés mantiene sentirse bien y que su único problema es su padre y que no quiere verlo.

2.7. Intervención

Como paso previo a la intervención, se remite al juez el informe de los resultados obtenidos en la evaluación. Se tiene una reunión en el juzgado correspondiente a la que asiste el juez, los abogados de ambas partes y nosotros, en la que se explican los resultados obtenidos y se propone la realización de una mediación familiar, con el fin de llegar a acuerdos entre las partes y restablecer el contacto de Andrés con su padre.

Todos se muestran de acuerdo con la propuesta y llegan a los siguientes acuerdos:

- El juez dicta resolución según la cual ambas partes deben seguir tratamiento y abonar los honorarios a partes iguales.
- Los abogados se comprometen a aconsejar a sus respectivos clientes que colaboren adecuadamente en el proceso de mediación.
- El juez establece las sanciones de incumplimiento, consistentes en multas, arrestos domiciliarios y, en último extremo, caso de acumular faltas, cambio de tenencia de la guarda y custodia de Andrés.
- Se remitirán informes quincenales acerca de la evolución: objetivos específicos propuestos, medios para su consecución, resultados y posibles incidentes, así como periocidad, número de sesiones y duración de las mismas.

A continuación se exponen las sesiones mantenidas, las cuales se resumen en la tabla 20.7.

Primera sesión

A la que asisten Juan y Francisca. Se establecen las bases de la intervención: se les recuerda que se está siguiendo una orden judicial, se explica la relatividad de la confidencialidad y se les solicita que firmen un documento según el cual nos autorizan a informar acerca de los resultados obtenidos y actuaciones realizadas, a lo cual ambos acceden sin problema. Asimismo se les recuerdan las posibles sanciones por incumplimiento de las pautas marcadas.

Se informa de que uno de los objetivos es el restablecimiento de las relaciones entre Juan y Andrés, pero que sobre todo lo que se persigue es el bienestar de todos los miembros de la familia.

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.7

Resumen del procedimiento de intervención. Objetivos y técnicas utilizadas

Sesión	Objetivos	Técnicas
1.ª Progenitores	— Establecer las bases de la intervención. — Adquirir compromisos.	— Información. — Contrato conductual.
2.ª Andrés	— Conseguir un ambiente relajado. — Establecer normas de relación.	— Juego.
3.ª Andrés	— Reducción de estados emocionales negativos (ansiedad, ira). — Identificación de aspectos positivos en ambos progenitores. — Identificación de reforzadores.	— Entrenamiento en relajación. — Exposición al recuerdo/técnicas narrativas. — Reevaluación cognitiva.
4.ª Progenitores	— Identificación de temas a tratar. — Llegar a acuerdos parciales.	— Resolución de problemas. — Negociación. — Contrato conductual.
5.ª Andrés	— Eliminar falsas creencias sobre la separación parental. — Expresión de necesidades. — Mejorar la empatía. — Reiniciar el contacto paternofilial.	— Información/técnicas de reflejo. — Ensayos conductuales, modelado, sugerencias de mejora y manejo de contingencias. — Autoobservación y autorregistro. — Relación paternofilial programada.
6.ª Progenitores	— Llegar a acuerdos sobre la educación y crianza de Andrés. — Optimizar las habilidades parentales.	— Información acerca de los efectos de los distintos estilos educativos. — Información acerca de los efectos de la discrepancia educativa. — Resolución de problemas. — Negociación. — Contrato conductual. — Entrenamiento en manejo de contingencias. — Técnicas de autocontrol/autoinstrucciones.
7.ª Andrés	— Reestablecimiento de las habilidades parentales. — Reducción de estados emocionales negativos.	— Visita programada. — Relajación.
8.ª Progenitores	— Llegar a nuevos acuerdos. — Expresión sentimientos. — Mejorar el ajuste psicológico.	— Resolución de problemas. — Negociación. — Expresión emocional. — Reestructuración cognitiva.
9.ª Andrés	— Objetivar percepciones. — Expresión sentimientos.	— Reevaluación cognitiva. — Expresión emocional.

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.7 *(continuación)*

Sesión	Objetivos	Técnicas
10.ª Progenitores	— Objetivar percepciones. — Nuevos acuerdos.	— Reevaluación cognitiva. — Resolución de problemas. — Negociación. — Contrato conductual.
11.ª Progenitores	Reevaluación.	
12.ª Andrés	Reevaluación.	
13.ª-25.ª	Seguimiento.	

En segundo lugar, se busca que tanto Francisca como Juan se reconozcan mutuamente su legitimidad como progenitores. Juan lo asume sin problema alguno. Francisca manifiesta *«no puedo reconocerle como progenitor de mi hijo porque sólo ha sido el padre biológico, él nunca ha hecho nada»*. Ante esta situación, se opta por recurrir al análisis de las relaciones familiares en casos de ruptura en términos globales. Se comprueba que analizando otros casos, Francisca realiza planteamientos objetivos y adecuados, solicitándole después que lo traslade a su caso particular. Tras este ejercicio, Francisca es capaz de reconocer a Juan como progenitor legítimo de Andrés aunque no pierde ocasión para hacerle reproches.

Dada la insistencia de Francisca en que ella no tiene ningún problema y que no entiende por qué debe seguir ninguna terapia, en esta sesión se acuerda que hasta que se le indique lo contrario, su única tarea consistirá en acompañar a Andrés a la consulta dos veces por semana: lunes y jueves a las 18 h. Cuestión que se estableció por escrito y Francisca firmó.

En este sentido, es importante señalar que se seleccionó este horario con el fin de no interferir en el cumplimiento de la dinámica escolar, así como otras costumbres como aseo, merienda, etc.

Por otra parte, atendiendo al hecho de que en el momento en que el caso nos fue remitido, las relaciones de Andrés con Juan eran prácticamente inexistentes y altamente conflictivas, se propuso suspender, aunque fuera sólo temporalmente, las visitas. Ante lo cual Francisca se mostró muy satisfecha, mientras que Juan inicialmente se opuso, alegando que lo que él pretendía era ver más a su hijo no menos. Se le explica la conveniencia de ir avanzando de forma progresiva, así como las ventajas de los contactos cortos y frecuentes en lugar de intentar mantener los contactos de fin de semana de forma alterna. Juan señala comprenderlo y firma su compromiso aunque solicitando que las visitas se restablezcan cuanto antes.

Antes de dar concluida la sesión, se les pide que para la próxima sesión, al cabo de una semana, confeccionen una lista, por escrito, de las cosas que les gustaría cambiar respecto a la situación familiar actual, incluyendo tanto deseos como necesidades.

En otro orden de cosas, con Juan se acordó asimismo llevar a cabo sesiones individuales dirigidas a reducir su activación, mejorar su estado de ánimo y optimizar sus habilidades sociales y parentales. Dado que hemos optado por centrarnos en los problemas de Andrés, no vamos aquí a exponer de forma pormenorizada el desarrollo del tratamiento seguido con Juan de forma individual, aunque parece oportuno señalar que se mantuvieron ocho sesiones —una semanal— en las que se le entrenó en relajación muscular progresiva, técnicas de auto-

© Ediciones Pirámide

control, recuperación de refuerzos (fundamentalmente actividades de ocio), entrenamiento asertivo y habilidades de negociación.

Segunda sesión y primera con Andrés

Andrés estaba citado a las 18 h del jueves, a las 10 h del mismo día llama su madre explicando que lo lamenta muchísimo pero que no podrá asistir porque se le ha estropeado el coche. Se le explica que no es excusa y que existen otros medios de transporte y se le recuerda que, según lo acordado, se le comunicará al juez toda incidencia sobre el incumplimiento del tratamiento, fuera justificada o no.

Andrés llega a la consulta a las 18,15 h acompañado de su madre. Se sugiere a Francisca que en lugar de quedarse en la sala de espera vaya a dar un paseo.

Inicialmente, Andrés se muestra tosco y se limita a manifestar que ha venido porque le han obligado. Se le indica que eso nos basta y que todos, de un modo u otro, estamos cumpliendo con nuestro deber.

La primera parte de la sesión se dedica a conseguir que Andrés se sienta cómodo y que no nos perciba como una amenaza. Se recurre a distintas actividades sujetas a normas que incluyen jugar a las damas y después al juego de las palabras cruzadas. En este último se acuerda utilizar únicamente palabras en castellano y no dar como válidos los nombres propios, insultos ni palabras groseras. Estas actividades se llevan a cabo de forma distendida haciendo uso de bromas, así como de refuerzos contingentes a la mejor jugada (lacasitos).

Se consigue arrancar sonrisas a Andrés y alguna que otra carcajada. Al final de la sesión —de una hora y media— manifiesta habérselo pasado muy bien y querer volver aunque pide por favor que no se lo digamos a su madre.

Tercera sesión y segunda con Andrés

Lunes a las 18 h. Andrés acude puntualmente acompañado de su madre, a la que volvemos a sugerir que nos deje solos. Iniciamos sesión preguntándole qué ha hecho durante estos días que no nos hemos visto y cómo lo ha pasado. Mantenemos conversación informal durante unos minutos y le proponemos un nuevo juego: enumerar actividades que le resulten placenteras y con quién le gusta o gustaría realizarlas (puede indicar un número indefinido de personas y no necesariamente de su entorno ni reales, por ejemplo, *Spiderman)*. Andrés indica: jugar a fútbol con sus amigos, leer y dibujar —solo—, así como que le gustaba jugar a la *Play,* hacer esquí acuático e ir de excursión, pero que hace tiempo que ya no lo hace, porque eran cosas que hacía con su padre. Al ser preguntado dice que no las quiere hacer y no quiere verlo porque está muy enfadado con él porque se ha ido de su casa. Vuelve al discurso de que es malo, egoísta, que lo hace todo mal y que no lo necesita para nada.

Andrés se empieza a mostrar ansioso: problemas de expresión verbal, eleva el volumen de voz, se levanta y sienta constantemente, y se rasca la cara insistentemente. Se le enseña el manejo de la respiración haciendo uso de una pelota sobre el vientre para facilitarle el aprendizaje y control de la técnica. Asimismo, se le entrena en relajación recurriendo a la estrategia de tensión y distensión. Se le pide que se ponga de pie, que cierre los ojos y que se imagine que es una vela —un cirio—, que recuerde cómo es: recta y dura, y que intente adoptar su forma manteniendo los brazos bien pegados al cuerpo, las piernas juntas y que ponga «el cuerpo duro». Una vez lo consigue, le decimos que ahora vamos a encender la vela, que visualice qué pasa, la cera se pone blandita, blandita, se va derritiendo, él es la vela y que vaya distendiendo los músculos poco a poco de la cabeza a los pies.

Tras ese ejercicio dice encontrarse bien y muy tranquilo. Se le indica que lo practique todos los días y que lo utilice siempre que se encuentre ansioso o cuando se encuentre en una situación que no es de su agrado aunque, si ocurre en público, le aconsejamos hacerlo en un lugar discreto como puede ser en el aseo.

Asimismo, se acuerda con Andrés que si estando con nosotros se siente ansioso, nada más empezar a experimentar malestar que levante la mano.

Se propone a Andrés una nueva actividad: enumerar características, comportamientos, formas de

© Ediciones Pirámide

ser o de proceder, virtudes, que él valora en la gente en general y que le hace sentir bien. Una vez confeccionada esta lista, se le pide que identifique la presencia-ausencia de cada uno de estos comportamientos, primero en su madre, y después en su padre, independientemente de la cantidad (si lo hacen poco, bastante, mucho o muchísimo). Según informa, prácticamente todos estos comportamientos están presentes en su madre, cuando tiene que valorar la presencia-ausencia de los mismos en su padre, levanta la mano. Hacemos un paréntesis para ejercitar la respiración y la «vela», cuando indica estar tranquilo, volvemos a la tarea anterior. Andrés identifica igualmente en su padre casi todos los comportamientos positivos enumerados, aunque sistemáticamente indica *«antes sí, desde que se fue no»*.

Se acuerda con Andrés, que para el próximo día nos traiga por escrito una relación de cosas, actividades, etc., que solía hacer con su padre y que le resultaban agradables.

Se termina la sesión —de aproximadamente dos horas— jugando al ahorcado y echando mano de los lacasitos.

Cuarta sesión, segunda con Francisca y Juan

Francisca vuelve a llamar el mismo día anunciando que no podrá asistir a la sesión porque su madre está muy resfriada y debe quedarse a cuidarla. Se le recuerda que debe asistir obligatoriamente.

Acuden ambos puntualmente, aunque Francisca recordando el esfuerzo que le supone, con el discurso: quien tiene que modificar su vida es ella, precisamente la que no tiene problemas con el niño y que para que Juan solucione los suyos ella no tiene por qué complicarse. Se utiliza la extinción ante este tipo de quejas.

Se anuncia que vamos a pasar a tratar las necesidades, deseos o sugerencias de cambio que cada uno de ellos aporte (tarea de la semana anterior) estableciendo las siguientes normas: respetar el tiempo y la palabra del otro, hablar únicamente cuando se le pida, no insultar ni utilizar términos ofensivos. Asimismo, se acuerda que caso de que alguno de ellos se sienta incómodo, así lo indique.

Se repasa el listado de cada uno de ellos y, en primer término, se seleccionan aquellos aspectos en los que coinciden: la necesidad de tranquilidad y el deseo de bienestar para Andrés. En segundo lugar se les pide que los definan de forma operativa.

Respecto al primero, Francisca refiere que su tranquilidad depende de la estabilidad económica y que desde que se separaron ella trabaja menos para atender mejor a Andrés y que por tanto tiene menos ingresos pero los mismos gastos, o más. Por su parte, Juan al hablar de tranquilidad hace alusión a la necesidad de no tener tantas preocupaciones, sentirse emocionalmente bien y no levantarse cada mañana pensando en qué denuncia le habrá puesto Francisca, si verá o no verá a Andrés y cómo reaccionará éste.

Una vez definido el problema se trabaja la resolución de problemas, enseñándoles a generar alternativas de solución y valorando ventajas y desventajas de cada una de ellas para poder decidir sobre la más eficaz en términos de mayor beneficio y menor coste.

Se les insiste en que no se trata en absoluto de hacerse reproches sobre hechos pasados ni mucho menos decidir quién tiene la culpa o quién es el bueno y quién es el malo. El objetivo es solucionar los problemas presentes, prevenir algunos futuros y establecer las bases relacionales a corto y largo plazo.

Cada uno de ellos expone al otro sus propuestas de solución. Se les pide que reflexionen unos minutos sobre cada una de ellas antes de manifestar su opinión, solicitándoles también que caso de no estar de acuerdo, propongan otra alternativa.

Tras la negociación correspondiente, se llega a un primer acuerdo parcial: Juan accede a incrementar la cantidad en concepto de pensión de alimentos de Andrés en 300 euros, y Francisca se compromete a no interponer ninguna denuncia «por sorpresa»; es decir, caso de aparecer algún problema o cuestión que ella considere denunciable, previamente será tratado en las sesiones. Ambas partes firman los acuerdos conseguidos.

© Ediciones Pirámide

Como tarea para casa, se propone que hagan lo mismo acerca del bienestar de Andrés: que lo definan operativamente, que generen distintas alternativas de solución y que expliciten las ventajas y desventajas de cada una. Todo ello por escrito. Se finaliza la sesión a las dos horas, y ambos manifiestan irse bastante satisfechos con el acuerdo firmado, sobre todo Francisca.

Quinta sesión y tercera con Andrés

Andrés es acompañado por el abuelo paterno, es puntual. Francisca llama el día antes explicando que le resulta imposible llevar a Andrés por razones laborales pidiendo por favor si sería posible que le acompañara su padre.

Se comienza la sesión revisando las tareas para casa: el listado de actividades que solía hacer con su padre y que le resultaban agradables y el entrenamiento en respiración y relajación.

Se le explica con frases cortas y claras que quienes se han separado son sus padres y que él tiene todo el derecho —que constituye un deber de sus padres— a seguir teniendo un padre y una madre, y que en ningún caso se le va a obligar a elegir, que se puede seguir queriendo a los dos. Se comprueba que lo ha entendido mediante técnicas de reflejo.

Se le propone hacer una partida de palabras cruzadas, según las normas habituales. Se aprovecha esta actividad para que tenga el primer contacto con Juan después de más de dos meses. Cuando Andrés ve a su padre, esconde la cabeza colocándola entre sus brazos. Se le pide a Juan que se siente a un lado de la mesa y se le solicita a Andrés que haga los ejercicios que ya conoce. Se le explica que sólo vamos a jugar. Jugamos padre, hijo y terapeuta, haciendo uso de los lacasitos. Tras la partida, Juan se despide e intenta darle un beso a Andrés. Andrés lo rechaza pero le dice adiós.

Previamente se le habían dado instrucciones precisas a Juan: que se centrara únicamente en el juego, que no hablara de otros temas, que podía intentar mantener contacto con su hijo pero que no forzara la situación, así como que caso de que Andrés tuviera comportamientos inadecuados o agresivos que no le riñera ni pegara, que ya intervendríamos nosotros (no hizo falta). Asimismo, también se le había explicado que el opuesto del cariño no era el odio sino la indiferencia.

Una vez se va Juan, se le pide a Andrés que exprese cómo se siente. Se trabaja la expresión de sentimientos y de necesidades, así como manejo de habilidades de empatía mediante ensayos conductuales, sugerencias de mejora y modelado. A partir de trabajar con estas técnicas, Andrés manifiesta *«estar muy enfadado con su padre porque se ha ido»,* así como que piensa que *«se han tomado decisiones sin contar con él para nada»* y *«si le importara algo a su padre, no se hubiera ido»*. Se discuten estas cuestiones en términos objetivos que apoyen o rechacen sus hipótesis.

Se le anima a practicar la expresión de sentimientos y necesidades en distintos ámbitos y situaciones (escolar y familiar, expresión de agrado-desagrado, acuerdo-desacuerdo, etc.). En este sentido, se le adjunta un registro donde debe apuntar qué ha hecho, en qué situaciones, y qué consecuencias ha tenido, además debe indicar su grado de satisfacción (tabla 20.8). Se le explica qué debe apuntar y cómo, insistiendo en que deje pasar el mínimo tiempo posible desde que ocurre hasta que apunta.

A las dos horas, se da por finalizada la sesión. De modo informal se le pregunta qué opina sobre lo que se ha hecho hoy, Andrés señala que aunque le ha sorprendido mucho ver a su padre y que no sabía qué hacer, en realidad tampoco le ha desagradado, y añade: *«Bueno, en realidad me ha gustado verlo, pero no se lo digas a mi madre. ¿Puedo coger más lacasitos?»*.

Sexta sesión, tercera con Juan y Francisca

Se inicia la sesión, revisando las tareas para casa; es decir, se aborda las tareas de definición operativa y resolución de problemas acerca del bienestar de Andrés. Si bien en términos generales ambos coinciden, Francisca intenta imponer el principio de los menos cambios posibles de forma rígida, apelando a la necesidad de estabilidad am-

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.8

Autorregistro de expresión de sentimientos y necesidades para Andrés

Día y hora	Dónde	Con quién o a quién	Qué ha pasado antes	Cómo me he sentido	Qué he dicho o hecho	Qué ha pasado después	Grado de satisfacción (0-4)

biental total: el mismo cuidador (ella), el mismo entorno (el suyo), los mismos horarios (merienda, estudio, ducha, etc.). Igualmente, argumenta que su deber, de ambos, es proteger a Andrés de todo posible inconveniente.

Antes de continuar, se les explica y se les entrega un resumen por escrito, a ambos, de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de los distintos estilos educativos, con especial atención al estilo sobreprotector (tabla 20.9).

TABLA 20.9

Consecuencias de los distintos estilos educativos sobre los hijos. Resumen

Estilo autoritario	— Tienden a destacar académicamente y acatan muy bien las normas aunque también existe una elevada probabilidad de que se rebelen y hagan justo lo contrario. — Tienden a ser de pensamiento rígido y a presentar serios problemas ante la necesidad de cambiar de planes. — Bajo autoconcepto y autoestima. — Poca autonomía personal. — Tienden a presentar intensos sentimientos de culpabilidad si no pueden cumplir las expectativas de los padres. — Elevado autocontrol aunque externo (cumplimiento de normas en la medida que es visto). — Elevados sentimientos de rencor, culpabilidad y ansiedad. — Conductas agresivas. Si hacia él: tienden a mostrarse huraños, culpables y a minusvalorarse aunque bajo una apariencia de niño «modosito», así como a padecer trastornos psicosomáticos. Si la ira la dirigen hacia los demás: suelen romper cosas de forma intencionada, etc. — A corto plazo se trata de un estilo socializador aunque se puede conseguir el efecto contrario.

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.9 *(continuación)*

Estilo sobreprotector	— Mínima tolerancia a la frustración. — Escaso autocontrol. — Altamente dependientes. — Fuera del contexto familiar: grandes dificultades para valerse por sus propios medios, elevada ansiedad e inseguridad. — Tienden a no valorar las cosas. — Suelen ser egoístas e incapaces de agradecer nada porque perciben como normal que los demás estén pendientes de ellos. — No desarrollan una percepción realista del medio.
Estilo asertivo	— Elevada autoestima y autoconfianza. — Elevada capacidad para tomar decisiones. — Adecuadas habilidades de relación interpersonal. — Elevada capacidad de cooperación.
Estilo negligente	— Ausencia de incorporación/interiorización de normas. — Inestabilidad emocional. — Inconsistencia en sus propósitos. — Dificultad para trabajar en equipo. — Pobres resultados académicos relacionados con la falta de esfuerzo. — Baja autonomía personal. — Aprendizajes al azar o retrasos en los mismos. — Si hay falta de afecto: muy baja autoestima, tendencia a buscar afecto en cualquier lugar y a conductas socialmente inadecuadas o desviadas.

En esta misma sesión se les ofrece información acerca de la discrepancia educativa, haciendo hincapié en el hecho de que una elevada discrepancia conforma un indicador de una situación educativa familiar como problemática y que puede dar lugar a distintos problemas de adaptación en los hijos, tal es el caso de Andrés.

Se dedica la sesión a que Juan y Francisca identifiquen los elementos fundamentales de educación y crianza, a su discusión y establecimiento de acuerdos. Se incluyeron aquí aspectos cotidianos como tareas de cuidado diario, y cómo actuar ante distintas situaciones, establecimiento de normas claras y que Andrés conozca las consecuencias de su incumplimiento, ofreciendo pautas para el manejo de contingencias. Asimismo, se intentó llegar a acuerdos en el sentido de que ambos, si bien cada uno con su estilo personal propio, adoptaran las mismas medidas y normas, así como el compromiso de que no se utilizara al otro como amenaza (por ejemplo, *«como sigas así te mando con tu padre»*, o *«tú madre se va a enterar»)*.

Se firma un nuevo contrato conductual. Francisca aprovecha para hacer el comentario: *«Por mucho que firme y que se le enseñe, Juan nunca sabrá»*. Se le ignora por completo. Por su parte, Juan manifiesta *«estar seguro de que esto no dará buen resultado porque Francisca seguirá con su sabotaje»*. Antes de pasar al siguiente punto, se les recuerda la importancia tanto de no desautorizar al otro (eso incluye la no manifestación de comentarios despectivos) como no anticiparse y remitirse siempre a los hechos y momento actual. Se repasan técnicas de autocontrol y manejo de autoinstrucciones.

Finalmente, se comunica a Francisca que se han iniciado los contactos entre Juan y Andrés. Francisca se muestra entonces muy enfadada y comienza a gritar y amenaza con irse. Utilizando un tono de voz suave aunque de forma firme se le

© Ediciones Pirámide

pide que por favor nos acompañe a otra dependencia, solicitando a Juan que espere. En la otra habitación se le recuerdan a Francisca los objetivos de la mediación, los cuales incluyen el restablecimiento de las relaciones paternofiliales, se le recuerda también lo tratado en esa misma sesión acerca de su preocupación por el bienestar de Andrés. Francisca pide disculpas por su comportamiento anterior y rompe a llorar, explicando que tiene mucho miedo de que le quiten a Andrés, que ya se ha quedado sin marido, sin amigos, sin su propia familia y que si se queda sin Andrés no podrá soportarlo, porque es lo único que tiene. Se le tranquiliza explicándole que nadie pretende quitarle a Andrés, que nuestra posición es totalmente neutral y que lo que se persigue es el bienestar de todos ellos, ella incluida. Con Francisca se acuerda volver al despacho donde aguarda Juan, despedirse amistosamente —al menos de forma cordial— y que ella se quede para tratar algunos temas individualmente.

Ante Juan, Francisca manifiesta su acuerdo con el inicio de los contactos con su hijo pero le suplica que tenga paciencia con él.

Seguidamente se mantiene una sesión individual con Francisca con el objeto de minimizar su estado emocional negativo. Se le recuerda que sigue teniendo una familia aunque distinta; respecto a sus padres se le indica que ellos están de su parte de forma incondicional simplemente por el hecho de ser su hija, y que han declinado la invitación a colaborar por no interferir en sus deseos y no alterarla. En este sentido, se le sugiere que hable con sus padres, que les exprese sus miedos y que les explique en qué pueden ayudarla y cómo. Dado que Francisca indica autopercibirse como competente para hacerlo nos limitamos a señalar que caso de que existiera algún problema o dificultad nos lo haga saber.

Por otra parte, y en cuanto a Andrés, se le recuerda su legitimidad como progenitora, los riesgos y problemas que presenta actualmente Andrés y la ineficacia de pretender mantenerle a su lado por la fuerza o mediante chantaje.

En cuanto al punto «quedarse sin marido», se alude al hecho de que quien tomó la decisión de separación fue precisamente ella y de forma unilateral. Francisca, entre sollozos, dice creer haberse equivocado aunque no esté enamorada de Juan. Se decide dejar este tema para más adelante, dada la carga emocional que conlleva. Finalmente, acerca de los amigos se le dan instrucciones de ser ella quien llame y proponga alguna actividad a una amiga, que debe ser realizada antes de la próxima sesión.

Se acuerda mantener sesiones individuales con Francisca semanalmente.

Séptima sesión, cuarta con Andrés

Se inicia la sesión revisando las tareas para casa: autoobservación y registro de expresión de sentimientos y necesidades. Se le refuerza dándole la enhorabuena y unos pocos lacasitos. Asimismo, se revisa su identificación de datos objetivos que apoyen o contradigan lo que él piensa. Se sigue observando una tendencia a dar una interpretación negativa de las cosas cuando éstas tienen que ver con su padre, aunque ya no le atribuye la responsabilidad sobre ellas.

Se le anuncia que va a venir su padre. Cuando llega Juan se decide ir a tomar algo. Previamente ya se había acordado con Juan los términos en los que se haría: inicialmente iríamos los tres —Juan, Andrés y terapeuta—; se iban a abordar únicamente temas positivos o neutros, pero nunca con cariz de interrogatorio, dando instrucciones al respecto: en vez de preguntar «¿qué has hecho hoy?», preguntar «¿qué, has tenido buen día?», obviar preguntas acerca del rendimiento académico y acerca de su madre. Asimismo, se le enfatizó que no le riñera y no hiciera reproches. Se le sugiere que una vez nos hayamos ausentado —de igual modo se acordó que únicamente se les acompañaría hasta una heladería próxima y que a los pocos minutos nos excusaríamos— hable de los buenos tiempos pasados, que recree juegos privados que dan a cada relación su carácter único (palabras, códigos, etc.) y proponga alguna actividad a realizar próximamente.

Por otra parte, se le previene acerca de la posibilidad de que Andrés pueda tener una crisis de cólera o de rabia, ante la cual se le recomienda re-

© Ediciones Pirámide

curra a la extinción e intente focalizar la atención de Andrés en otra cosa, o simplemente que le pregunte si ya desea volver a nuestra consulta.

Se le indica, igualmente, que en el caso de que Andrés le acuse de determinados hechos —sean falsos o no— no debe insistir en el hecho de si la acusación es cierta o no, y que se limite a manejar respuestas simples y breves.

Finalmente se alude a los acuerdos contraídos acerca de la educación y crianza de Andrés y el manejo de contingencias.

Al cabo de una hora aproximadamente, se vuelve a por ellos. Nos despedimos de Juan y nos quedamos con Andrés. Se le solicita que nos cuente cómo se siente ahora mismo y qué ha experimentado el rato que ha estado con su padre. Andrés, enfurruñado, dice que la visita con su padre ha sido una porquería (en realidad es bastante más escatológico en su descripción), que se lo ha pasado bien pero que ha sido tan corta que no ha dado tiempo para nada. Se enfada y comienza a dar patadas a las paredes, puertas y muebles. Se le llama la atención de forma firme diciéndole: «¡Andrés, para!»; se le pide que se tranquilice respirando tal como le enseñamos y haciendo los ejercicios de la vela. Una vez tranquilo, se le pregunta qué le parecería que su padre le fuera a buscar al colegio la semana que viene y estar con él hasta la hora de cenar. Andrés señala que le gustaría pero que su madre no le va a dejar. Se le solicita que se centre únicamente en la primera parte.

Antes de despedir a Andrés nos aseguramos de que se encuentra emocionalmente bien, intercambiamos unas bromas sonoras (le gusta imitar y oír ruidos curiosos) mientras esperamos que Francisca venga a buscarlo. Cuando ésta llega se le informa de cómo ha ido la visita con Juan y se le dan instrucciones de no interrogar a Andrés.

Octava sesión, cuarta con Juan y Francisca

Se revisan las tareas para casa y, de forma conjunta, se analizan los cambios operados hasta el momento. Si bien tienen claro que todavía queda mucho por hacer, manifiestan sentirse bastante satisfechos con lo conseguido hasta ahora. Se trata el tema de las visitas de Andrés llegando rápidamente al acuerdo de que la semana siguiente Juan recogerá a Andrés del colegio y que lo reintegrará en el domicilio materno a la hora de la cena —a las 21 h—, con el compromiso de ocuparse de que Andrés haga las tareas escolares. Se acuerda un día que no tenga actividades extraescolares y, si es posible, que no tenga controles al día siguiente (ante tanta condición, parecía difícil pero se consiguió fijar el miércoles). Se expresa por escrito y se firma el acuerdo.

En segundo término se pide a Juan y a Francisca que se expliquen mutuamente cómo se sienten y cómo creen que se siente el otro. Antes de dar inicio a este ejercicio, se les recuerda la necesidad de respetar el turno, no utilizar insultos ni palabras malsonantes, ni gritar.

En este sentido, cabe hacer notar que respetaron bastante bien las normas establecidas y que se les tuvo que llamar la atención sólo tres veces, todas por interrumpir al otro.

Con este ejercicio, además de practicar la asertividad, la expresión de sentimientos y la empatía, se pretendía eliminar falsas ideas acerca del otro.

Se llega a un acuerdo sobre el restablecimiento de las visitas a favor de Juan entre semana y sin pernocta, para posteriormente, según los resultados, restablecer el RV de fines de semana. Se transcribe dicho acuerdo y Juan y Francisca lo firman.

Se decide, igualmente, introducir modificaciones respecto a la periocidad de las visitas. Hasta el momento, habían sido dos visitas semanales con Andrés y una visita conjunta semanal con Juan y Francisca, además de una visita semanal de forma individual de 45 minutos de duración con Juan y con Francisca, respectivamente. Pues bien, a partir de entonces, se establece una periodicidad semanal para Andrés y de forma posterior a la visita con su padre el miércoles próximo.

Como tareas para casa, se pide a Francisca y a Juan que además de mantener lo acordado hasta el momento, revisen sus respectivos listados de necesidades y deseos enunciados en la primera sesión, para poder ir introduciendo nuevos temas.

© Ediciones Pirámide

Novena sesión, quinta con Andrés

Se revisan las tareas para casa, se analiza su percepción acerca de la visita con su padre a la salida del colegio hasta la hora de la cena, la cual califica como bastante buena.

Se le anima a expresar cómo se siente y que especifique de forma concreta qué cosas, actividades, comportamientos de su padre, le han gustado más o le han resultado más agradables, y posteriormente se le pide cómo hubiera podido mejorarse cada una de ellas (qué hubiera podido hacer él y qué hubiera podido hacer su padre).

Se comunica a Andrés que a partir de la semana siguiente su padre le irá a buscar a la salida de clase dos veces por semana y a la hora de cenar le llevará a casa de su madre.

Por otra parte, Andrés indica que con su madre todo va mejor, que ya no lo agobia tanto con comentarios negativos acerca de su padre. Se finaliza la sesión a los 45 minutos.

Décima sesión, quinta con Juan y Francisca

Se inicia la sesión solicitándoles que cada uno de ellos exprese sus percepciones e impresiones acerca de la visita del miércoles. Sus respectivas valoraciones no sólo coinciden, sino que también se corresponden con la información aportada por Andrés.

Se les refuerzan sus respectivas actuaciones respecto al restablecimiento de las relaciones familiares y se propone retomar la lista de deseos y necesidades. Francisca interrumpe —solicitando permiso para ello— y manifiesta que por lo que a ella se refiere no tiene nada más que tratar, que reconoce que se ha equivocado y que está muy satisfecha con lo que se está consiguiendo: su hijo está más tranquilo, ella también, las relaciones con sus padres han mejorado, no riñe tanto a Andrés, ha vuelto a recuperar el contacto con algunas amigas, y no sólo ya no siente odio por Juan, sino que le agradece explícitamente haber incrementado la pensión de alimentos de forma voluntaria.

Juan, por su parte, dice estar de acuerdo con no tratar más temas, pues los considera más que secundarios, y solicita discutir una propuesta: cambiar de domicilio, y trasladarlo si no al mismo pueblo donde vive Andrés sí al menos al mismo término municipal. Se analizan las ventajas (estabilidad ambiental, menos recorridos y mayor aprovechamiento de las visitas, entre otras), así como las desventajas (fundamentalmente de carácter económico), pero la toma de decisiones sobre este particular se deja para más adelante.

Por otra parte, con el fin de agilizar el contacto con Andrés y eliminar la imagen de continua oposición entre ellos que tiene el menor, se propone el establecimiento de llamadas telefónicas de forma regular (cada dos días, a las 21,30 h); asimismo, se acuerda que las inicie Francisca, y tras saludar a Juan, le pase la llamada a Andrés.

Igualmente, se llega a acuerdos sobre la toma de decisiones acerca de Andrés, comunicación de eventos importantes, acceso a expedientes médicos e informes académicos, etc.

Undécima sesión, sexta con Juan y Francisca

Se procede a la reevaluación de algunas variables: habilidades de educación y crianza, habilidades de ocio y habilidades de disciplina/autoridad mediante los mismos instrumentos utilizados en la fase de evaluación aunque adaptados al momento actual. Igualmente, se vuelve a aplicar el cuestionario sobre la custodia de los hijos en procedimientos judiciales, así como el CAQ.

Finalmente, se acuerda la periodicidad quincenal de las sesiones de seguimiento, entre otros motivos para poder informar al juez en los plazos acordados.

Duodécima sesión, sexta con Andrés

Se reevalúa tanto su nivel de adaptación como su percepción sobre las relaciones interparentales y paternofiliales, así como su grado de satisfacción autoinformado acerca de la nueva situación.

2.8. Resultados

Según los resultados obtenidos en la reevaluación, tras la intervención Juan mejoró significativamente sus habilidades parentales (sobre todo su

© Ediciones Pirámide

ejecución). Asimismo, se observa una reducción muy significativa en la discrepancia parental, así como modificaciones importantes en la dimensión hostilidad-cooperación, pudiendo incluso hablar de la segunda.

Por otra parte, los resultados obtenidos en el CAQ indican una reducción significativa de los problemas que presentaban tanto Juan como Francisca, alcanzando, en la mayoría de los casos, puntuaciones dentro o cerca de la normalidad.

Se establece por escrito la progresión de los contactos paternofiliales y los plazos en los que debe llevarse a cabo, así como lugar de recogida y entrega y asunción de tareas cotidianas de cuidado diario durante las visitas.

En la cuarta sesión de seguimiento se puede hablar ya de restablecimiento total de la relación manteniéndose los acuerdos económicos.

Según informa Juan, Andrés ya no se muestra violento ni agresivo aunque tiene alguna explosión —de leve a moderada— de ira, observándose igualmente algunos intentos de manipulación por parte del menor.

Paralelamente, cabe recordar, tal como ya se ha apuntado anteriormente, que se fueron emitiendo informes quincenales al juzgado.

Dada la nueva situación relacional entre los distintos miembros de la familia, y puesto que se había cumplido el acuerdo de dejar de litigar, tras así comentarlo con Juan y Francisca, tras la cuarta sesión de seguimiento se mantuvo una nueva reunión con los abogados de ambas partes con el fin de establecer los términos de un nuevo convenio regulador: custodia compartida con residencia habitual en el domicilio materno; se estipula, como ya se venía haciendo, un incremento de 300 euros de la pensión de alimentos a ingresar en cuenta entre el 1 y el 5 de cada mes, gastos extraordinarios a medias; y, por otro lado, un régimen de visitas a favor del progenitor no custodio consistente en la mitad de las vacaciones escolares, fines de semana alternos desde la salida del colegio y reintegro el lunes en el centro escolar más un día a la semana —fijándose el miércoles— con pernoctas, desde la salida del colegio, y reintegro, igualmente, al día siguiente en el centro escolar.

En otro orden de cosas, y en cuanto a la valoración del tratamiento, éste puede ser considerado exitoso a distintos niveles: judicial —ámbito desde el cual procedía la demanda—, personal y familiar. Lo cual, en contra de lo indicado por Gardner en sus distintos trabajos, pone de manifiesto que las familias con un SAP de intensidad severa igualmente son susceptibles de tratamiento.

Finalmente, consideramos de interés indicar que, según nuestra experiencia, resulta más eficaz llevar a cabo la mediación en el mínimo plazo de tiempo posible aunque de forma intensiva.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Construye un código de observación de las relaciones paternofiliales, estableciendo las categorías comportamentales, muestreo temporal, muestreo conductual, condiciones de observación y forma de registro.
2. Analiza la pertinencia-impertinencia (alcance y limitaciones) de la terapia de pareja en comparación con la mediación en el caso de síndrome de alienación parental expuesto en este capítulo.
3. Elabora una jerarquía de temas a tratar en la mediación estableciendo criterios de prioridad: importancia otorgada por alguna o ambas partes, grado de conflictividad, interferencia.
4. Selecciona algunos de los problemas que presentan los distintos miembros de la composición familiar del caso y realiza el análisis funcional pertinente.
5. Enumera posibles incidencias a lo largo del tratamiento del SAP (llantos, enfrentamientos verbales, intentos de manipulación del terapeuta, sabotaje, etc.) y propón y discute distintas habilidades del terapeuta para su manejo.

© Ediciones Pirámide

6. En términos de éxito-fracaso terapéutico, analiza la importancia de la voluntariedad de las partes en la participación en el proceso de mediación y en la decisión de los contenidos que se incluyen, así como la necesidad de la legitimación del mediador por parte de la pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, J. M. (2004). *Síndrome de alienación parental: hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro*. Córdoba: Alzadura.

Asociación de Padres de Familia Separados de la Comunidad Valenciana (APFS) (2005) *www.adiospapa.org*.

Bolaños, I. (1991). El peritaje psicológico en Derecho de Familia. En L. Ortega-Monasterio (ed.), *Psicopatología jurídica y forense*. Barcelona: PPU.

Bolaños, I. (2001). *Estudio descriptivo del Síndrome de Alienación Parental en procesos de separación y divorcio. Diseño y aplicación de un programa piloto de mediación familiar*. Barcelona: (sin publicar).

Bolaños, I. (2002). El síndrome de alienación parental. Descripción y abordajes psico-legales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2* (3), 25-45.

Bone, J. M. y Walsh, M. R. (1999). Parental Alienation Syndrome: How to detect it and what to do about it. *The Florida Bar Journal, 73* (3), 44-48.

Cantón, J., Cortés, M. R. y Justicia, M. D. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2* (3), 47-66.

Gardner, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum, 29* (2), 3-7.

Gardner, R. A. (1998a). Recommendations for dealing with parents who induce a Parental Alienation Síndrome Families. *Court Review of American Judges Association, 28* (1), 14-21.

Gardner, R. A. (1998b). *The parental alienation syndrome: A guide for mental health and legal professionals.* New York: Creative therapeutics.

Gardner, R. A. (1998c). Differentiating between the parental alienation syndrome and bona FIDE abuse/neglect. *http://rgardner.com/refs/ar1.html.*

Gardner, R. A. (1999). Family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome. *The American Journal of Family Therapy, 27,* 195-212.

Grisso, T. (1986). *Evaluating competencies. Forensic assessments and instruments*. New York: Plenum Press.

Grisso, T. (1987). Economic and Scientific Future of Forensic Psychological Assessment. *American Psychologist, 42* (9), 831-839.

Johnston, J. y Campbell, L. E. (1988). *Impasses of divorce: The dynamics and resolution of family conflict*. New York: Free Press.

Novo, M., Arce, R. y Rodríguez, M. J. (2003). Separación conyugal: Consecuencias y reacciones postdivorcio de los hijos. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación, 8* (10), 1138-2663.

Ramírez, M. (1997). *Evaluación psicológica en procesos de custodia infantil. Tesis doctoral.* Madrid (sin publicar).

Ramírez, M. (2003). *Cuando los padres se separan. Alternativas de custodia para los hijos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ramírez, M., Botella, J. y Carrobles, J. A. (1999). Creencias infantiles sobre la separación parental. *Psicología Conductual, 7* (1), 49-73.

Waldron, K. H. y Joanis, D. E. (1996). Understanding and collaboratively treating parental alienation syndrome. *American Journal of Family Law, 10,* 121-133.

© Ediciones Pirámide

Tratamiento psicológico de una niña agresora sexual

21

CRISTINA GUERRICAECHEVARRÍA
ENRIQUE ECHEBURÚA ODRIOZOLA

1. INTRODUCCIÓN

Las agresiones sexuales a menores constituyen un problema universal que está y ha estado presente, de una u otra forma, en todas las culturas y sociedades. Lo que es peculiar de nuestra sociedad es la mayor descohesión familiar, que actúa como un caldo de cultivo propicio para este tipo de abusos, y la sensibilidad creciente sobre este tema, fruto de una mayor evolución de la sociedad y del énfasis puesto en la protección del niño como sujeto de derechos. Por ello, y más allá del mayor o menor aumento en relación con épocas pasadas, actualmente se conoce más de este tema, al margen de que existan aún *cifras negras* que no emergen al exterior (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Redondo, 2000).

En realidad, un 15-20 por 100 de la población puede experimentar algún tipo de abuso sexual a lo largo de su vida, si bien una definición más estricta del mismo —limitada a las conductas graves que interfieren negativamente en el desarrollo evolutivo del niño— puede ser aplicada al 4-8 por 100, lo que supone un problema social importante y que afecta a uno y otro sexo (Sanmartín, 1999). Los menores no son, sin embargo, sólo víctimas de las agresiones sexuales, sino que también pueden ser agresores. De hecho, el 20 por 100 de este tipo de delitos está causado por otros menores (López, 1997).

El principal reto del abuso sexual es descubrirlo. Al no haber en muchos casos huellas físicas y al sentirse las víctimas avergonzadas de lo ocurrido o amenazadas por el agresor, los abusos pueden quedar ocultos. Por otra parte, no es siempre fácil determinar la validez del testimonio de los niños, sobre todo cuando éstos son muy pequeños. Pero, en general, los niños distinguen claramente los abusos sexuales de las muestras de afecto sanas y naturales. Rara vez la fantasía del menor construye historias de este tipo fabuladas, a no ser que cuente con alguna inducción externa (como puede ocurrir, por ejemplo, en el caso de divorcios muy conflictivos). Por ello, es más frecuente el abuso *oculto* que el abuso *inventado*. De hecho, los niños, al sentirse avergonzados por lo ocurrido, tienden con frecuencia a mantenerlo oculto, con la dificultad generada para encontrar protección de inmediato y con el riesgo añadido de una mayor interferencia en su crecimiento afectivo y en su capacidad posterior de amar y ser amados de una forma gratificante. De este modo, no es raro descubrir el abuso sexual de forma casual o cuando se consulta por un motivo aparentemente ajeno (cfr. Cantón y Cortés, 2000).

Por otra parte, no hay que confundir el *abuso sexual infantil* —que representa un ámbito conceptual más amplio— con la *pedofilia*. La pedofilia es un tipo de parafilia que consiste en la excitación o el placer sexual derivados de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con niños prepúberes. Los pedófilos abusan sexualmente de los niños (a excepción de algunos, que limitan su actividad a

© Ediciones Pirámide

las fantasías masturbatorias con niños), pero hay abusadores que no son propiamente pedófilos. Se trata, en este último caso, de personas que presentan una orientación sexual no desviada, pero que en circunstancias especiales de estrés, de ira, de dificultades en la relación de pareja o de aislamiento social llevan a cabo conductas sexuales con menores.

El tratamiento del agresor sexual, más aún cuando se trata de un menor, es un aspecto fundamental en el enfoque integrado de este problema (Sánchez, 2000; Soria y Hernández, 1994). Este objetivo no está exento de dificultades. Si bien se cuenta actualmente con tratamientos efectivos, las estrategias de negación del abuso y la escasa motivación para el tratamiento son los obstáculos más difíciles de sortear en estas personas. Al margen de los resultados obtenidos hasta la fecha —más bien modestos—, el esfuerzo merece la pena. En primer lugar, porque las medidas judiciales resultan insuficientes para garantizar la eliminación de la conducta problemática. En segundo lugar, porque con el tratamiento del abusador, junto con otras medidas, se contribuye a proteger a las víctimas en los casos de los abusos intrafamiliares, en donde, de una u otra forma, se va a mantener la convivencia del agresor y de la víctima. Y por último, porque la intervención terapéutica sobre el agresor es una forma de proteger a otros niños, especialmente en los casos de abuso extrafamiliar, sobre los que se podría proyectar la conducta reincidente del agresor.

Son varios los componentes que constituyen la terapia para los abusadores sexuales y que son variables en función de las características específicas del caso (Marshall y Serran, 2004). Entre estos componentes figuran la aceptación y comprensión del problema, la prevención de nuevos episodios de abuso (con un énfasis en el control de estímulos), la modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual, la canalización de los impulsos sexuales inadecuados, el aumento de las habilidades sociales, el entrenamiento en autocontrol y solución de problemas, la mejora de la autoestima y las estrategias de prevención de recaídas. Un desarrollo detallado de este programa puede encontrarse en Echeburúa y Guerricaechevarría (2000).

El interés del caso elegido en este capítulo deriva de su carácter atípico y, por tanto, menos estudiado. A diferencia de lo habitual, en este caso la agresora es una menor de sexo femenino, las víctimas son niños y niñas (no sólo niñas) y se utiliza la agresión sexual como vía de escape y como estrategia de afrontamiento ante *problemas no sexuales*. Por ello, el programa propuesto se adapta a las circunstancias específicas de este caso.

2. CASO CLÍNICO[1]

2.1. Características de la paciente

Lourdes, de 12 años, vive con sus padres y sus dos hermanas, de 9 y 1,5 años respectivamente. Las dos mayores nacieron en Ecuador y son hijas de la madre y de otro hombre al que no han conocido. La pareja actual de la madre y padre de la pequeña adoptó a Lourdes y a su hermana siendo éstas muy pequeñas. De hecho, hasta pocas semanas antes de los incidentes que motivaron la intervención, Lourdes desconocía que no fuera su padre biológico.

La madre de la niña conoció a su actual marido, que es un empresario español, en un viaje de negocios de éste a su país. Tras iniciar una relación, viajaron a España con el objetivo de contraer matrimonio y organizar un hogar donde vivir todos juntos. Las niñas quedaron entonces a cargo de una familia amiga de la madre. Esta separación se prolongó dos años aproximadamente, tiempo durante el cual los padres mantenían contactos telefónicos regulares con ellas y viajaban esporádicamente a visitarlas. Finalmente, hace 7 años, las niñas fueron traídas a nuestro país y se integraron a su nueva vida.

El padre de Lourdes es propietario de varias empresas, y ello le implica pasar muchas horas

[1] Todos los datos de identificación han sido alterados, sin afectar a la estructura del caso, para preservar el anonimato de la paciente y de los demás niños.

© Ediciones Pirámide

fuera de casa. La madre se dedica a las labores del hogar y cuenta con el apoyo de una chica interna que se hace cargo de las niñas. El nivel socioeconómico de la familia es muy alto.

2.2. Motivo de consulta. Análisis del problema

En abril de 2004 los Servicios Sociales de San Sebastián reciben la notificación de que Lourdes, de 12 años, ha cometido abusos sexuales con otros niños, de ambos sexos, menores que ella, todos ellos pertenecientes a un colegio privado religioso de esta ciudad.

Dicho servicio solicita una valoración de la menor orientada a evaluar su estado psicológico y a analizar los factores asociados a la comisión de los abusos y el inicio, en su caso, del tratamiento psicológico oportuno. Se trata de un doble objetivo: *a*) cortar con los abusos sexuales y proteger, por tanto, a las víctimas para evitar su revictimización o la victimización de casos nuevos, y *b*) tratar psicológicamente a una menor, con el fin de poder rehabilitarla adecuadamente.

Aunque desde un principio la niña ha reconocido haber llevado a cabo comportamientos inadecuados con otros niños más pequeños, en un primer momento minimizaba los actos cometidos, tanto en su frecuencia como en su intensidad. Tras un paulatino proceso de ajuste y contraste con los datos disponibles, la menor ha llegado a asumir la totalidad de los actos descritos por las víctimas y su responsabilidad sobre la comisión de los mismos. Expresa sentimientos de culpa y remordimientos por lo sucedido y reconoce también cierto alivio tras haberse descubierto el asunto y tener, por tanto, la posibilidad de ponerle fin.

En concreto, la menor reconoce haber forzado a siete niños del colegio, de entre 6 y 7 años de edad, a mantener contactos sexuales entre ellos. Según refiere, estos hechos se han producido recientemente (en los últimos dos meses aproximadamente) en diversas ocasiones y, en la mayoría de los casos, en los cuartos de baño de la escuela. La niña les ordenaba quitarse la bata y les obligaba a que se dieran besos en la boca, se tocaran diferentes partes del cuerpo e incluso, en una ocasión (con dos niñas), que tuvieran contactos bucogenitales. Ella les daba las indicaciones verbalmente e incluía amenazas y advertencias para que no se lo contaran a sus padres y lo mantuvieran en secreto. Los niños reconocían que cedían y callaban por temor a las represalias que Lourdes pudiera tomar contra ellos, así como por vergüenza y miedo a ser acusados o responsabilizados de lo que estaba sucediendo.

Por otra parte, estos actos venían acompañados de amenazas y humillaciones en forma de insultos o castigos (atarles, ponerles de cara a la pared, exigirles golosinas, *«prohibir»* el contacto con otras niñas, etc.) durante los abusos o, posteriormente, en el patio o en el comedor. De hecho, las niñas referían temer a la paciente. Sin embargo, ésta insiste en no haber llevado a cabo directamente ningún tipo de tocamiento ni de agresión física.

La menor añade que en algunas de estas situaciones también había participado como colaboradora Ana, otra niña de su clase. De hecho, ella misma le invitaba a través de notas escritas envia-

TABLA 21.1

Ejemplo del relato de la madre de una de las víctimas

Esa mañana, cuando mi hija Rosa se disponía a vestirse, me pareció ver que tenía irritada la zona de la entrepierna. Al preguntarle qué le pasaba, su actitud no fue normal, pues su reacción fue de taparse la zona con la camiseta y decirme con cara de pánico «nada, nada, no me pasa nada». Me preocupó su actitud, pues no es normal en ella. Tras mi larga insistencia, por fin me lo contó: que Lourdes —cuyo nombre ya me sonaba de otras ocasiones— le había dicho el día anterior que ninguna niña le hacía enfadar tanto como ella y que a una amiga suya y a ella les había mandado chuparse «eso» (refiriéndose a los labios vaginales). Después, analizando todo lo ocurrido, a Rosa le costó mucho dormirse la noche anterior. Estaba muy intranquila. Tras preguntarle qué le pasaba, su respuesta fue: «no puedo dormir, me duele la tripa». Al día siguiente, tras saber lo sucedido, comprendí la angustia de Rosa porque estaba amenazada si contaba algo en casa.

© Ediciones Pirámide

das durante las clases a que acudiera a observar lo que *«conseguía que las niñas hicieran entre ellas»*.

Los hechos se conocieron a través de los padres de las víctimas. En concreto, una de las niñas relató a su madre lo que estaba sucediendo a raíz de que ésta observara un enrojecimiento en la zona genital y le insistiera en saber los motivos. Los padres, alarmados por lo que la niña les contó, se pusieron en contacto con los padres de los otros niños implicados y juntos elaboraron unos escritos (tabla 21.1) que entregaron en el colegio para exigir que tomaran medidas.

2.3. Factores antecedentes

Como ya se ha especificado en la presentación del caso, la niña nace en Ecuador hace 12 años. Cuando contaba con tres años de edad, su madre conoce a su actual marido. La pareja decide venir a España para contraer matrimonio y legalizar su situación, con la intención de traer más tarde a las niñas con ellos. Este período se prolonga durante dos años, tiempo en el que las niñas quedan en su pueblo natal a cargo de una familia vecina. A cambio, la madre les envía desde España mensualmente una cantidad económica para la manutención y cuidado de las menores. En este plazo la madre visita a las niñas en diversas ocasiones y mantiene un contacto telefónico regular.

Es en este contexto en el que la niña refiere haber sufrido malos tratos físicos, psicológicos y sexuales por parte de la familia que las cuidaba. Los recuerdos son difusos, algunos de ellos en forma de imágenes aisladas, de flases, debido a su corta edad (entre 3 y 5 años) y al tiempo transcurrido desde entonces. En concreto, describe haber recibido un trato muy desigual con respecto a los otros hijos y haber sufrido insultos, desprecios y humillaciones, especialmente por parte de la madre y sus dos niños. Asimismo, también relata haber sido golpeada y cómo incluso, en una ocasión, la mujer le metió la cabeza en un balde de agua como forma de castigo.

En cuanto al abuso sexual, la niña únicamente recuerda una imagen detallada de la situación. Cree que ocurrió en la segunda casa donde estuvieron alojados —por lo que calcula que tendría aproximadamente 5 años de edad—, en concreto en el dormitorio en donde dormía la mujer. Sólo consigue recordar que ésta le forzó a que le chupara los genitales. Piensa que fue la única vez que esto ocurrió. Nunca había contado nada a nadie sobre lo sucedido porque temía lo que ella le pudiera hacer y, una vez en España, porque quiso *«olvidarlo»* y no generar preocupaciones o problemas a sus padres. Durante este tiempo ha tratado de no pensar en ello. Sin embargo, cuando ha sido la propia niña la que ha cometido abusos sobre otros menores, volvió a tener pensamientos recurrentes sobre ello.

La madre de la niña reconoce que, en una ocasión, sus hermanas le dijeron que creían que las niñas estaban siendo maltratadas por sus cuidadores, pero ella no les creyó. También la niña le comentó una vez que esta mujer le pegaba; sin embargo, lo interpretó en el contexto de un castigo no desproporcionado.

2.4. Factores precipitantes

Una vez que las niñas llegaron a España, son escolarizadas en el colegio religioso privado en donde se encuentran actualmente. La hermana menor se adaptó fácilmente y se integró socialmente sin dificultad. Sin embargo, la mayor (la paciente), que tiende a ser evitativa y carece de la capacidad de adaptación de su hermana, sufrió serios problemas en este sentido. Al sentirse excluida por ser inmigrante, ha vivido muy mal esta situación. La niña refiere haber recibido insultos, desprecios, humillaciones e incluso acoso por parte de los niños de su clase. Se ha sentido aislada y estigmatizada y en numerosas ocasiones se ha visto envuelta en discusiones y peleas con otros compañeros.

La madre de la niña confirma que en los últimos años ésta ha proferido reiteradas quejas de compañeros y profesores y que le ha pedido repetidamente que la cambiara de colegio. Ellos pensaban que eran *«cosas de niños»* y no le dieron mayor importancia. Todo ello parece repercutir notablemente en sus resultados académicos, que han sido muy insuficientes. De hecho, durante el curso en el que su-

© Ediciones Pirámide

cedieron los abusos, sus calificaciones estaban siendo muy negativas e incluso les habían planteado la posibilidad de repetir el curso, si no mejoraba radicalmente su rendimiento.

Por otro lado, unas semanas antes de que comenzaran a producirse los abusos, la niña descubrió de forma casual —al observar unas viejas fotos del álbum familiar— que ni su hermana ni ella son hijas biológicas de su padre y que todos lo habían ocultado durante estos años. El hecho de no conocer a su verdadero padre, de que éste abandonara a su madre y de que no quisiera hacerse cargo de ellas, de que no hayan sabido nada sobre él en todos estos años... fue inicialmente muy impactante para la niña y le costó mucho *digerir* las explicaciones que sus padres le dieron.

2.5. Instrumentos de evaluación

La valoración de la niña ha estado orientada a cuatro objetivos fundamentales:

— En primer lugar, analizar las características y las circunstancias en las que se produjeron los abusos sexuales.
— En segundo lugar, analizar el perfil psicológico de la niña y la posible existencia de algún trastorno psicopatológico asociado a la comisión de las agresiones.
— En tercer lugar, recoger los datos psicobiográficos de la menor y explorar los posibles factores de su historia personal relacionados con la comisión de los abusos.
— Por último, evaluar su estado psicológico tras la reacción de su entorno familiar y social a la revelación de los abusos.

Se ha recurrido a las siguientes *fuentes de información:*

— Entrevistas psicológicas con la menor.
— Entrevistas con los padres de la niña.
— Relatos de las víctimas de los abusos.

En la exploración psicológica se han utilizado los siguientes *instrumentos de evaluación:*

— *Entrevista clínica.*
— *Entrevista general semiestructurada sobre abusos sexuales.*
— *Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAI-C) (Spielberger, 1973).*
— *Inventario de depresión para niños (CDI) (Kovacs, 1992).*
— *Escala Magallanes de adaptación (EMA) (García y Magaz, 1997).*
— *Escala de conducta asertiva para niños (CABS) (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987).*

— *Entrevista clínica*

Se trata de una entrevista que permite conocer las características demográficas de la paciente, la composición familiar, su historia personal y su situación actual en las diferentes áreas de su vida (familiar, escolar, social, tiempo libre, etc.).

— *Entrevista general semiestructurada sobre abusos sexuales*

Está orientada a recoger las características de los abusos sexuales en cuanto a su frecuencia y duración, el tipo de actos implicados, las circunstancias asociadas, los medios coactivos empleados, la relación con las víctimas, etc. Asimismo, se analizan las consecuencias derivadas de los abusos y la reacción del entorno familiar y social. Por último, se incluye la valoración de la percepción de los abusos por parte del agresor y se analizan las distorsiones cognitivas empleadas en su propia interpretación de la situación abusiva.

— *Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAI-C)* (Spielberger, 1973)

El *STAI-C* ha surgido como una derivación del *STAI* (inventario de ansiedad destinado a adultos y adolescentes) para la aplicación individual o colectiva a niños de 9 a 15 años (o para niños menores que tengan una capacidad de lectura y comprensión suficientes) y ha sido elaborado por los mismos autores. El tiempo de aplicación oscila entre los 15 y los 20 minutos.

© Ediciones Pirámide

Si bien este inventario fue diseñado originalmente para medir una dimensión estable de personalidad (la ansiedad como *rasgo),* incluye también una escala de *estado*. Consta de 40 elementos (20 en cada escala), que cuentan con tres alternativas de respuesta.

La versión española del *STAI-C* tiene un coeficiente de fiabilidad alto (0,85-0,89) y un coeficiente de validez concurrente asimismo alto (0,75) con otras escalas de ansiedad. La adaptación española de este cuestionario está publicada por Ediciones TEA.

— *Inventario de depresión para niños (CDI)* (Kovacs, 1992)

El *CDI* es un instrumento diseñado para medir la evaluación de la sintomatología depresiva en niños, tanto en la población general como en la clínica. Consta de 27 elementos con tres opciones de respuesta y puede aplicarse de forma individual o colectiva a niños de 7 a 15 años. La duración de la aplicación oscila entre los 10 y 25 minutos.

Se obtiene una puntuación general de depresión que se descompone en dos subescalas: disforia y autoestima negativa. Se establece el punto de corte en 13 puntos. La adaptación española del *CDI* está publicada por Ediciones TEA.

— *Escala Magallanes de adaptación (EMA)* (García y Magaz, 1997)

La *EMA* está orientada a la evaluación de los niveles de adaptación familiar, escolar y personal. Consta de 90 ítems divididos en 6 subescalas: adaptación al padre y a la madre (40 elementos), a los profesores, a los compañeros y a la escuela en general (31 elementos) y, por último, personal (19 elementos).

Es de utilidad desde los 12 a los 18 años. Ha sido baremada con muestras españolas por el Grupo ALBOR-COHS. Las subescalas presentan una alta fiabilidad test-retest (padre, 0,88; madre, 0,92; profesores, 0,84; compañeros, 0,95; escuela en general, 0,92; y personal, 0,85) y una buena consistencia interna (padre, 0,91; madre, 0,90; profesores, 0,91; compañeros, 0,92; escuela en general, 0,81; y personal, 0,90). Asimismo, la validez criterial fue del 100 por 100, realizada a partir de la valoración del orientador del centro de los niños evaluados.

— *Escala de conducta asertiva para niños (CABS)* (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1983)

La *CABS* está diseñada para medir el comportamiento asertivo y agresivo en niños. Consta de 27 situaciones, con cinco respuestas posibles, de las que el niño debe escoger la que refleje de forma más exacta su comportamiento social habitual. Se ofrece un intervalo completo de respuestas, de la pasiva a la agresiva, incluyendo la asertiva.

Globalmente, la media de la CABS es de 13 para niños de 4.º a 6.º de la escuela primaria, con una desviación típica aproximada de 7.

2.6. Diagnóstico psicológico

Los resultados de la evaluación psicológica descartan la existencia de un trastorno psicopatológico asociado a las agresiones. En concreto, no se detecta una desviación específica a nivel sexual. La comisión de los abusos no parecía buscar la obtención de una excitación sexual ni siquiera la satisfacción de un deseo a este nivel. También se descarta la presencia de un trastorno disocial (312.8) según el *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), ya que, al margen de los hechos descritos, no se ha identificado la presencia de *«un patrón persistente de comportamiento en el que se violen los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad»*.

Sin embargo, la evaluación psicológica pone de manifiesto la existencia de síntomas psicopatológicos significativos. Así, los resultados muestran la presencia de un elevado nivel de ansiedad (STAIC/R; PD = 51) y un bajo estado de ánimo (CDI; PD = 20). Asimismo, la niña tiene dificultades en su adaptación general, tanto a nivel familiar (Afm = 41; Afp = 36) como escolar (Aep = 7), social (Aec = 7) y personal (Aper = 40). Las pruebas reflejan un auto-

© Ediciones Pirámide

concepto muy pobre y un fuerte sentimiento de estigmatización. En este sentido, es difícil determinar si los síntomas descritos han venido derivados del conocimiento de los abusos por parte de su entorno cercano y de las reacciones posteriores o si ya existían previamente, fruto de las experiencias vividas a lo largo de su desarrollo evolutivo (abandono, malos tratos y abusos sexuales, dificultades de integración, aislamiento y acoso por parte de sus compañeros, etc.) (tabla 21.2).

TABLA 21.2

Resultados en la evaluación antes del tratamiento

Inventarios y escalas	Puntuación obtenida	Punto de corte	Rango
Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAI-C)			
— *Estado*	**41**	29	20-60
— *Rasgo*	**51**	35	20-60
Inventario de depresión para niños (CDI)	**20**	13	0-54
Escala Magallanes de adaptación (EMA)			
Padre	**36**	58*	0-80
Madre	**41**	62	0-80
Profesores	**7**	33	0-56
Compañeros	**7**	31	0-44
Clase	**5**	18	0-24
Personal	**40**	40	0-76
Escala de conducta asertiva para niños (CABS)	**15**	13	0-54

* El punto de corte propuesto corresponde al percentil 35.

Por otro lado, aunque la niña demuestra conocer las normas correctas de comportamiento y disponer de un adecuado manejo de las situaciones sociales, utiliza estrategias evitativas de afrontamiento y tiende a mostrarse pasiva, especialmente a la hora de asumir su responsabilidad en determinadas situaciones. Según describen sus padres, con frecuencia recurre a la mentira cuando es cuestionada su conducta.

Por último, respecto a los recursos psicológicos de los que dispone, se trata de una niña en general responsable y obediente, cariñosa, extravertida, a la que le gustan mucho los niños pequeños (de hecho, no tiene ningún inconveniente de hacerse cargo del cuidado de su hermana pequeña), y cuenta con apoyo social fuera del entorno escolar (niños de su edad, de ambos sexos, hijos de unos amigos de sus padres).

2.7. Hipótesis explicativa

En cuanto a la posible hipótesis explicativa de sus comportamientos, la comisión de los abusos parece tratarse de la realización de un acto de humillación e imposición y de un ejercicio de poder sobre personas que percibía vulnerables por su edad. Es decir, se ha tratado de un acto de autoafirmación.

En concreto, los sentimientos de rabia y frustración asociados a su malestar psicológico han

© Ediciones Pirámide

tomado forma en estas conductas abusivas y, para ello, la niña ha reproducido aquellos comportamientos que ella misma ha experimentado a lo largo de estos años (desprecios, humillaciones, abusos físicos y sexuales, etc.) por parte de personas significativas de su entorno.

En suma, se han llevado a cabo conductas abusivas sexuales, más que con una finalidad sexual, como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional experimentado, basándose en el aprendizaje temprano experimentado en su propio cuerpo.

2.8. Tratamiento

2.8.1. *Prevención de nuevos episodios de abuso*

Como en toda situación de abuso sexual, el primer objetivo de la intervención debe ser garantizar la seguridad de las víctimas. En este caso, una vez conocidos los hechos, la primera medida que se adoptó fue la salida inmediata de la menor del centro escolar. Esta decisión fue tomada tanto para hacer efectivo el distanciamiento de la niña con el resto de las víctimas, y prevenir la existencia de nuevos abusos, como para tranquilizar a los padres de los menores agredidos y del resto de alumnos de la escuela. De hecho, el suceso trascendió de forma desproporcionada (se habló de abusos sexuales sin especificar los comportamientos implicados) y ello generó una gran alarma social. La reacción inicial de las familias de las víctimas fue la de hacer unos escritos describiendo las situaciones relatadas por sus hijos, presentarlos a la dirección del colegio y exigir la toma de medidas inmediatas.

Precisamente en este sentido, el colegio puso de inmediato en conocimiento de los hechos a la Delegación de Educación, que, a su vez, lo notificó a los servicios sociales. De esta forma, las medidas que se adoptaron fueron las siguientes:

— La salida inmediata de la menor del centro escolar.
— La valoración de las consecuencias psicológicas de los abusos en los menores víctimas.
— La valoración psicológica de la niña agresora y el inicio de la intervención necesaria para evitar posibles nuevos abusos.
— Un apoyo extraescolar particular a la niña agresora para facilitar que ésta finalice el curso académico lejos del centro.

Por ello, el primer objetivo del tratamiento con Lourdes y su familia ha sido abordar las estrategias adoptadas desde las instituciones. La disposición de los padres de la niña ha sido muy positiva desde el primer momento y han aceptado cada una de las medidas que se han propuesto.

Por otra parte, una vez finalizada la valoración de la niña, se les explicó los objetivos de la intervención psicológica, así como la necesidad de su implicación durante todo el proceso.

2.8.2. *Motivación para el tratamiento*

La niña acude a la primera sesión acompañada de sus padres, que se muestran evidentemente preocupados por lo sucedido. Dado que la actitud inicial de la niña es esquiva y poco participativa, y que muestra una estrategia de negación parcial del problema, se plantea la necesidad de llevar a cabo antes del tratamiento propiamente dicho una entrevista motivacional individual (Miller y Rollnick, 1999).

Los principales objetivos de esta entrevista, adaptada a este caso, son los siguientes:

1. Establecer una buena relación terapéutica que permita la exploración de los problemas de la niña.
2. Explicar a la menor qué es un psicólogo, cómo se trabaja con los niños y, en concreto, cómo se va abordar el problema y con qué objetivos.
3. Resaltar que no se trata de juzgarla o castigarla por lo sucedido, sino que se va a buscar que asuma la responsabilidad de los hechos con el único objetivo de ayudarla, entender mejor lo ocurrido y evitar que vuelva a suceder.
4. Marcar unos objetivos terapéuticos realistas y acordes con las circunstancias

© Ediciones Pirámide

(edad, situación familiar, recursos psicológicos, etc.) propias de la menor.
5. Fijar un programa terapéutico breve (4 meses), a base de sesiones con una periodicidad semanal.
6. Mostrar una actitud de ayuda activa por parte de la terapeuta, que dé una retroalimentación constante a la niña de todos los logros parciales obtenidos y que pueda hacer frente a la motivación fluctuante durante el proceso terapéutico.

Se trata, en definitiva, por una parte, de implicarla activamente en el proceso terapéutico haciéndole ver los beneficios del mismo; y por otra, de eliminar su miedo a ser juzgada al reconocer los actos cometidos, resaltando que la necesidad de un tratamiento no supone un castigo, sino una oportunidad para superar lo sucedido y sentirse mejor. Un psicólogo está para *ayudar* a una persona, no para *castigarla*.

2.8.3. *Objetivos terapéuticos*

Se han planteado los siguientes objetivos terapéuticos: en primer lugar, lograr un reconocimiento de los abusos sexuales en sus reales dimensiones, así como modificar las ideas distorsionadas asociadas; en segundo lugar, proporcionar una educación sexual ajustada a su nivel de edad; y, por último, mejorar su autoestima y fomentar la capacidad empática, la asertividad y la solución de problemas.

2.8.4. *Técnicas de intervención*

En las primeras sesiones la niña se muestra muy reacia a hablar de los abusos. Desconoce que se dispone de información exacta sobre lo sucedido —a través de los relatos de las víctimas a los que se ha tenido acceso— y, por ello, trata de reducir los abusos a un *«juego»* puntual que llevó a cabo con un par de niñas del colegio. En ningún momento reconoce el componente impositivo del acto ni las características sexuales del mismo. En definitiva, tergiversa y minimiza los abusos y, de esta forma, evita la aceptación de la responsabilidad de los hechos.

Por ello, la actuación terapéutica se centra inicialmente en la aceptación y asunción de la responsabilidad personal de lo ocurrido, así como en la comprensión de los efectos de la agresión sobre las víctimas y sobre sus familias. En este sentido, resulta imprescindible ajustar la situación abusiva a sus reales dimensiones. Se requiere de 2-3 sesiones hasta llegar a que Lourdes realice una descripción real y objetiva de los episodios de abuso sexual. Después de abordarlos conjuntamente en la consulta, y dado que a la niña le cuesta enormemente hablar de ello, se le manda como tarea para casa relatar por escrito su versión de los hechos y describir no sólo las conductas que llevaba a cabo realmente, sino también los pensamientos y sentimientos que le llevaron a cometer los actos abusivos y su estado emocional en el momento de las agresiones, así como su interpretación de los comportamientos y sentimientos de las víctimas. Finalmente, Lourdes llega a describir los hechos tal y como fueron y a asumir su total responsabilidad en la comisión de los abusos. Cuando ocurre esto, manifiesta sentimientos de vergüenza y culpa e incluso reconoce haber sentido cierto alivio al describir totalmente lo sucedido.

Por otra parte, este relato permite reestructurar todos aquellos pensamientos distorsionados que están en la base de la negación, la minimización y la justificación de los comportamientos abusivos, así como explicarle sus implicaciones (tabla 21.3).

TABLA 21.3

Ejemplos de distorsiones cognitivas de Lourdes

— *«Lo que les hacía era solamente un juego».*
— *«A Pedro y a Raquel les até con una cuerda, pero no les hice nada. Cuando me dijeron que les soltara, les solté».*
— *«Los niños no decían que no; en realidad, no decían nada».*
— *«Rosa y Marina se reían, como todos».*
— *«A los niños no les importaba».*

© Ediciones Pirámide

En definitiva, durante las cuatro primeras sesiones, es necesario un paulatino proceso de ajuste y de reestructuración en diferentes aspectos. De este modo, la niña pasa de querer implicar en la autoría de los hechos a la otra compañera y de negar su responsabilidad *(«Ana se llevaba a Rosa y a Marina al baño, pero no sé lo que hacían»)* en un primer momento, a asumir su papel activo y único en los hechos *(«les ordené que se dieran besos y que se chuparan la parte de delante»).* Además, Lourdes debe aceptar la repercusión que estos actos tienen en los niños, porque en un principio minimiza sus efectos *(«era un juego», «se reían como todos»,* etc.). En este sentido se incluye una explicación de las consecuencias de los abusos sexuales en las víctimas, tanto a corto como a largo plazo, con el objetivo de conseguir una mayor empatía con éstas. Asimismo, se aborda el concepto mismo de abuso sexual, tanto desde la perspectiva del que lo comete como del que lo sufre.

Del mismo modo se le explica el papel psicológico que ha desempeñado el ejercicio del abuso sexual en su caso (acto de autoafirmación a base de humillar y de imponerse sobre niños y niñas vulnerables), modulado por las experiencias que ella ha tenido en los años anteriores. Se trata de hacerle ver que ha utilizado el sexo como una estrategia de afrontamiento del malestar experimentado y que ahora se le van a enseñar otras vías no perjudiciales (ni para ella misma ni para los demás) para conseguir el mismo objetivo.

Por otra parte, se dedica la quinta sesión a garantizar una educación sexual adecuada en la niña. Por tanto, se le proporciona una información sexual adaptada a su nivel de edad y se modifican actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad. Se abarca un amplio espectro de temas: desde unos conocimientos básicos de anatomía hasta una información específica sobre los mitos y las relaciones homosexuales. Este último aspecto genera inquietud en la niña, ya que, precisamente por haber sido víctima en Ecuador de una situación abusiva por parte de una mujer, Lourdes se pregunta si ello pudiera influirle en sus relaciones con los chicos. Se aclaran, por tanto, estas dudas basándonos en sus propias experiencias recientes (le gusta uno de los chicos de la cuadrilla y nunca se ha sentido atraída por niñas en ese sentido).

Una vez asumida la responsabilidad de los abusos y ajustada la interpretación de los mismos, resulta necesario abordar los sentimientos de vergüenza y de estigmatización que Lourdes manifiesta tras este proceso. Para ello, se va tratar de eliminar *«etiquetas»* con las que ella misma se describe *(«soy mala», «no soy como las demás»)* y reevaluarlas adecuadamente, sustituyéndolas por descripciones no peyorativas *(«he hecho cosas malas», «me han pasado cosas distintas a las otras niñas»).*

Se trata, en definitiva, de mejorar su autoestima y de modificar el concepto que tiene de sí misma (sesiones 6.ª-8.ª). Para ello, además de lo anteriormente expuesto, se incluyen también técnicas conductuales, orientadas, en concreto, a que retome actividades gratificantes y a que se implique en tareas positivas determinadas (salidas con el grupo de amigos y amigas, realización de actividades deportivas, etc.). Un aspecto que influyó muy positivamente en este sentido ha sido el inicio del curso escolar; Lourdes acude a un nuevo centro educativo, ubicado en el mismo pueblo donde reside la familia, y se incorpora a un pequeño grupo en el que hay también otros niños inmigrantes. La integración ha sido muy buena prácticamente desde el principio y ello le ha ayudado a sentirse como los demás. No obstante, el apoyo escolar particular se mantiene de manera que Lourdes adquiera el nivel correspondiente a su curso y pueda seguir el ritmo de sus compañeros.

Por último, pero no menos importante, durante las ocho sesiones siguientes (sesiones 9.ª-16.ª), se desarrolla un entrenamiento en asertividad y habilidades sociales con el objetivo de que la niña no necesite recurrir a comportamientos abusivos como estrategia de afrontamiento de la ira o como forma de búsqueda de poder o de control. Para ello, tras una explicación teórica por parte de la terapeuta de lo que son las habilidades sociales y la asertividad y de su importancia en la vida diaria, se llevan a cabo diferentes módulos de enseñanza, a través de los cuales se abordan aspectos como saber dar una negativa, quejarse, defender sus derechos y tomar decisiones adecuadas (Michelson, Sugai, Wood y

© Ediciones Pirámide

Kazdin, 1987). Los pasos que en cada caso incluía el entrenamiento son los siguientes:

1. Breve exposición del fundamento teórico de la habilidad.
2. Modelado por parte de la terapeuta de la puesta en marcha de la habilidad.
3. Ensayos conductuales durante la sesión mediante *role-playing* e intercambio de papeles.
4. Asignación de tareas para casa:
   - — Responder por escrito a distintas situaciones que la niña debe afrontar de forma asertiva.
   - — Escribir cada día tres ejemplos que le hayan sucedido y describir cómo respondió en cada situación.
5. Corrección de las tareas para casa.

2.8.5. *Intervención con la familia*

La intervención terapéutica con los padres se ha considerado necesaria desde el inicio del tratamiento de la niña, tanto para garantizar la prevención de nuevos abusos —tal y como ya se ha explicado— como para proporcionarles el apoyo psicológico necesario para afrontar la situación creada, especialmente dura para ellos, y alcanzar los objetivos planteados.

Para ello se requieren tres sesiones en pareja, a lo largo de las cuales se plantean los siguientes objetivos: asesoramiento psicoeducativo, apoyo emocional y reestructuración cognitiva y entrenamiento en estrategias específicas de actuación y en control de contingencias.

En un primer momento, los padres deben conocer los resultados de la valoración psicológica de su hija para asimilar los hechos y comprender los factores antecedentes y precipitantes de las situaciones abusivas. Se les expone cómo Lourdes ha utilizado el sexo como un acto de autoafirmación, a base de humillar y de imponerse sobre niños y niñas vulnerables, y como una estrategia inadecuada de afrontamiento del malestar experimentado por las experiencias vividas en los años anteriores. Se lleva a cabo, por tanto, un asesoramiento psicoeducativo orientado a resolver las dudas y las preocupaciones planteadas sobre la ocurrencia de los abusos: los motivos de la niña para llevar a cabo dichos actos, la posible patología subyacente, el riesgo de reincidencia en el futuro, el estado actual psicológico y las posibilidades de recuperación futura, así como las consecuencias psicológicas para las víctimas de estas situaciones. Toda esta información ayuda a eliminar las creencias erróneas sobre los abusos sexuales y a reevaluar determinadas ideas distorsionadas sobre la niña tras el descubrimiento de los hechos.

Por otra parte, tras recibir esta información, se detectan en ambos padres, pero especialmente en la madre, fuertes sentimientos de culpa y fracaso. Les resulta inevitable preguntarse cómo ellos en ningún momento sospecharon de los posibles abusos físicos, psicológicos y sexuales por parte de la familia a la que confiaron sus hijas, cómo la niña no tuvo la confianza para contárselo y cómo no han sido conscientes del malestar de la niña durante estos años. Se adjudican, por tanto, la responsabilidad de que todo ello haya sucedido y no hayan sabido proteger adecuadamente a la niña ni ayudarla. Como consecuencia de ello, resulta imprescindible reevaluar todas estas ideas distorsionadas que están

TABLA 21.4

Pautas específicas de actuación para los padres de la niña

Lo que NO deben hacer:
- — *NO justificar o minimizar los actos abusivos.*
- — *NO responsabilizar a las víctimas.*
- — *NO transmitirle que olvide lo sucedido.*
- — *NO utilizar etiquetas peyorativas hacia la niña.*
- — *NO dejarse llevar por la rabia y castigarle inconsistentemente.*
- — *NO avergonzarle delante de amigos o familiares.*

Lo que deben hacer:
- — *Dar su justa importancia a los abusos.*
- — *Escucharle cuando quiera hablar de ello.*
- — *Ofrecerle apoyo y comprensión para la asunción de los hechos.*
- — *Insistir en el cambio como una meta alcanzable.*

© Ediciones Pirámide

en el origen de la culpabilidad, del sentimiento de fracaso y de la percepción de incapacidad para proteger a sus hijas en el futuro.

Asimismo, se les proporcionan pautas específicas de actuación para el adecuado control de sus propias reacciones y de los comportamientos de la niña. Las principales orientaciones figuran en la tabla 21.4.

2.8.6. *Resultados*

Al cabo de 16 sesiones (a los 4 meses de tratamiento), cuando se ha concluido ya con la terapia, se realiza una nueva evaluación a la niña. Asimismo, se hace un seguimiento a los 6 meses de terminar la intervención psicológica.

Los resultados obtenidos en las distintas pruebas en estas evaluaciones, así como los correspondientes a la evaluación anterior al tratamiento, figuran expuestos en la tabla 21.5.

A la vista de estos datos y de las entrevistas mantenidas con Lourdes y con sus padres por separado, se puede concluir que se han alcanzado los objetivos terapéuticos planteados. La niña ha reconocido los hechos en su totalidad y ha asumido su responsabilidad única sobre los mismos. Se ha dado

TABLA 21.5

Resultados en la evaluación antes, después del tratamiento y en el seguimiento de 6 meses

Inventarios y escalas	Pretratamiento	Postratamiento	6 meses
Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAI-C)	**41** **51**	**23** **21**	**22** **20**
Inventario de depresión para niños (CDI)	**20**	**2**	**1**
Escala Magallanes de adaptación (EMA)			
Padre	**36**	**69**	**71**
Madre	**41**	**77**	**77**
Profesores	**7**	**55**	**50**
Compañeros	**7**	**44**	**44**
Clase	**5**	**24**	**24**
Personal	**40**	**72**	**75**
Escala de conducta asertiva para niños (CABS)	**15**	**7**	**4**

cuenta, asimismo, de los motivos que le han llevado a comportarse de esa forma aparentemente inexplicable. Al mismo tiempo se han eliminado las distintas creencias erróneas sobre los abusos sexuales y la sexualidad en general, así como los sentimientos de vergüenza y estigmatización. En este sentido, Lourdes ha adquirido una información sexual adaptada a su nivel de edad y los conocimientos básicos sobre las relaciones interpersonales y sexuales.

Por otra parte, los abusos sexuales no han vuelto a repetirse y la niña se muestra crítica consigo misma respecto a lo ocurrido. Incluso se interesa por la evolución de los niños a los que sometió a abusos sexuales. Lourdes realiza actividades de forma regular con su antiguo grupo de amigos/as e incluso ha aumentado su círculo social con algunos compañeros de su nuevo colegio, con los que, al residir en el mismo pueblo, mantiene un contacto

© Ediciones Pirámide

cotidiano. Todo ello ha contribuido a una mejora sustancial en su autoestima y ha ayudado a estabilizar la adquisición de un nuevo estilo de comunicación, más asertivo y expresivo.

Estos cambios se mantienen también en el seguimiento de los 6 meses. La información de Lourdes es básicamente coincidente con la aportada por sus padres. Todos perciben que la situación ha mejorado considerablemente y que la niña se encuentra mejor y funciona de forma más adaptativa en las distintas áreas de su vida.

Por su parte, los padres han digerido correctamente lo sucedido y han aprendido estrategias para el control adecuado de su hija.

El único aspecto en el que no ha mejorado es el rendimiento escolar. A pesar del apoyo extraescolar que ha recibido y que se ha mantenido, la niña no dispone de un sólido hábito de estudio y está teniendo dificultades para seguir el ritmo del curso. En este sentido, las padres se plantean la posibilidad de que acuda a un centro donde le enseñen técnicas de estudio y aprenda estrategias específicas para potenciar la atención, la concentración y la memoria.

2.8.7. *Conclusiones*

El abuso sexual de niños es un fenómeno complejo. No se puede entender sólo como una cuestión de *desequilibrados,* sino que responde a un *modelo ecológico,* es decir, a un compendio multifactorial de los factores de riesgo: la persona agresora, el menor, la familia y el entorno social (Sanmartín, 1999).

En este caso se han dado varias de estas circunstancias. La agresora ha sido objeto de maltrato y de abusos sexuales en la infancia y ahora ha utilizado la agresión sexual como una vía inadecuada de afrontamiento del estrés cotidiano. A su vez, la familia, al haber vivido lejos de la niña cuando ésta tenía entre 3 y 5 años, no actuó como un factor de protección. Y, por otra parte, la mujer cuidadora se sentía impune con sus conductas de abuso porque la niña era muy pequeña y la familia real de la niña se encontraba muy lejos.

Los abusos sexuales se han utilizado en este caso como una vía de autoafirmación de la agresora en relación con las víctimas. La agresora se mostraba incapaz de hacer frente al estrés de la vida cotidiana (la adaptación al colegio, el descubrimiento casual de su padre biológico, etc.) y recurrió a la agresión sexual como una forma de expresión de poder sobre las víctimas. Que haya elegido ésta y no otra vía de autoafirmación se relaciona con sus antecedentes de maltrato y de abuso sexual en la familia cuidadora cuando ella tenía de 3 a 5 años. Se ha reproducido, por tanto, un *efecto espejo,* que denota la influencia de las experiencias de abuso infantiles en los comportamientos futuros (cfr. Johnson, Smailes, Cohen et al., 2004; Marshall, 2001).

Las medidas adoptadas en este caso han sido múltiples. En primer lugar, proteger a las víctimas de una ulterior revictimización, lo que supone sacar a la menor del centro escolar. En segundo lugar, hacer una evaluación psicológica de las víctimas y darles el apoyo psicológico necesario. En tercer lugar, tratar psicológicamente a la niña agresora, que es a fin de cuentas una menor, para corregir esas conductas anómalas y evitar la reincidencia futura. Y en cuarto lugar, dar a la niña agresora el apoyo extraescolar específico para que pueda terminar el curso académico adecuadamente sin acudir al centro y buscar otras alternativas de centros escolares para el curso próximo.

Este caso muestra que el tratamiento de los agresores sexuales es posible y que se pueden obtener buenos resultados. Si se han conseguido logros esperanzadores con adultos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall y Serran, 2004; Redondo, Navarro, Martínez, Luque y Andrés, 2005), la necesidad de intentarlo con menores es ineludible. En este caso el tratamiento ha sido relativamente breve (16 sesiones individuales, con una periodicidad semanal, en un período total de 4 meses), lo que prueba que, además de efectivo, ha sido eficiente. El apoyo familiar, de modo complementario, parece también determinante. Los resultados positivos se mantienen en el seguimiento de los 6 meses. Conviene, en todo caso, hacer un seguimiento más prolongado para garantizar la adecuada evolución psicológica de esta niña y evitar la ten-

© Ediciones Pirámide

dencia a la reincidencia que se da en estos casos (cfr. Urra, 2003).

El mayor reto en los agresores sexuales es abordar el problema del reconocimiento de la agresión y de la motivación para el tratamiento. La entrevista motivacional puede ser una herramienta adecuada para ello (Cooper, 2005; Lord y Willmot, 2004). Asimismo, las características más o menos empáticas del terapeuta parecen desempeñar un papel importante en este proceso (Marshall, Serran, Fernández et al., 2003).

Por último, la prevención del abuso sexual es una responsabilidad de todos (Bonner, 1999). Las medidas encaminadas a atajar este problema son múltiples. En primer lugar, adoptar estrategias de prevención efectivas en la familia y en la escuela (López y Del Campo, 1997) *(prevención primaria),* especialmente en poblaciones específicas calificadas como grupos de riesgo *(prevención secundaria)*. En segundo lugar, educar a los profesionales relacionados con la infancia (profesores, pediatras, psicólogos infantiles, etc.) en la detección temprana de este problema. En tercer lugar, atender a las víctimas y a las familias en los casos necesarios. Y en cuarto lugar, tratar psicológicamente a los agresores *(prevención terciaria),* sobre todo cuando se trata de un abuso sexual intrafamiliar, porque se cuenta en la actualidad con tratamientos eficaces (Chaffin, 1994). De este modo, la intervención con las víctimas se emplea, por regla general, en conjunción con los esfuerzos para reformar al agresor y para potenciar la capacidad de la familia para apoyar a los menores.

Asimismo, la prevención debe estar orientada no sólo a formar a diferentes estamentos (padres, profesores, pediatras, etc.) en relación con la detección del abuso, sino a facilitar la notificación y el manejo de la situación, así como a hacer una valoración adecuada de lo ocurrido.

En suma, las agresiones sexuales ya no son un tema tabú; se conoce con mayor finura la detección del abuso y se evalúa con mayor precisión la credibilidad del testimonio (Santilla, Korjman y Kenneth, 2004; Vázquez, 2004); y, especialmente, se cuenta con centros de atención y con profesionales preparados para abordarlo.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. ¿Podría establecerse en la paciente un diagnóstico de parafilia?
2. ¿Por qué se ha descartado la presencia de un trastorno disocial?
3. ¿Por qué no se inicia directamente el tratamiento después de la evaluación?
4. ¿Por qué es necesario que la niña describa detalladamente los abusos cuando a ella le produce un claro malestar recordarlos?
5. ¿Qué papel desempeñan en la niña las distorsiones cognitivas sobre los abusos sexuales cometidos por ella misma?
6. ¿Por qué se incluye dentro del programa de tratamiento el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales?
7. ¿Qué aspectos sería conveniente considerar en próximos seguimientos para evitar una posible reincidencia?

© Ediciones Pirámide

Soluciones de las actividades prácticas

1. No. La niña no presenta una parafilia, ya que no siente excitación sexual al llevar a cabo los actos abusivos ni tampoco muestra una presencia de fantasías sexuales asociadas a estas situaciones. En este sentido debe descartarse cualquier diagnóstico de pedofilia o de sadismo. Al tratarse de una menor, no puede hacerse un diagnóstico de pedofilia. Tampoco se trata de sadismo porque no disfruta provocando el sufrimiento de los niños. Más bien se trata de un caso de abuso sexual en que se utiliza el sexo como una forma de dominación ante los niños abusados.

2. Por dos motivos básicos: en primer lugar, porque la imposición de los actos sexuales se ha llevado a cabo en contadas ocasiones y en segundo lugar, porque es el único comportamiento desadaptado que presenta la niña. El trastorno disocial, según el *DSM-IV-TR,* incluye como criterio, entre otros, el haber forzado a alguien a una actividad sexual. Sin embargo, el diagnóstico de este trastorno exige la presencia de *un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad* y requiere de la presencia (durante los últimos 12 meses) de tres o más criterios relacionados con la agresión de personas y animales, la destrucción de la propiedad, robos o violaciones graves de normas. Y éste no es el caso aplicable a esta niña.

3. Antes de iniciar cualquier terapia debe considerarse la motivación para la intervención. Precisamente el principal problema en el tratamiento de los agresores sexuales es la escasa motivación para el cambio de la conducta y, en consecuencia, para la terapia. A ello se une en este caso que los niños suelen mostrarse inicialmente reacios a tratar con una desconocida y que no comprenden los objetivos de un tratamiento psicológico. De hecho, la actitud inicial de la niña era esquiva y poco participativa y mostraba una estrategia de negación parcial del problema. Por ello, se planteó la necesidad de llevar a cabo antes del tratamiento propiamente dicho una entrevista motivacional individual, con el objetivo de establecer una buena relación terapéutica, situar el problema en sus justas dimensiones, hacerle ver las ventajas del cambio terapéutico y ayudarle a afrontar sus dificultades.

4. Por dos motivos básicos: en primer lugar, porque es imprescindible el total reconocimiento de los abusos para que la niña asuma su responsabilidad, afronte el malestar asociado a los sentimientos de culpa y vergüenza y comprenda los factores que explican su comportamiento; y en segundo lugar, porque esta descripción permite detectar ideas distorsionadas sobre los abusos en forma de minimizaciones, justificaciones, infravaloración del daño para las víctimas, etc., que posteriormente han de abordarse y modificarse. Por tanto, no exponerle a este malestar reforzaría sus estrategias de negación y evitación cognitiva, así como las distorsiones cognitivas que están en la base de las mismas, y podría suponer un importante factor de riesgo en la ocurrencia de nuevos episodios de abuso.

5. Las ideas distorsionadas sobre los contactos sexuales son funcionales: el ofensor evita la aceptación de la responsabilidad de los hechos. La negación evita a la niña asumir la autoría de lo ocurrido y, por tanto, el reconocimiento de unos actos que ella misma identifica como reprobables. Las minimizaciones y justificaciones tratan de difuminar su responsabilidad sobre los abusos y así evitar los sentimientos de culpa o vergüenza sobre los mismos. En definitiva, las distor-

© Ediciones Pirámide

siones cognitivas constituyen estrategias de negación y evitación. Se trata de mecanismos de defensa que le permiten huir de la responsabilidad y no enfrentarse a la realidad tal y como es.

6. La niña ha utilizado el sexo como una estrategia de afrontamiento del malestar experimentado por las situaciones vividas. El objetivo del entrenamiento es que la niña no necesite recurrir a comportamientos abusivos como estrategia de afrontamiento de la ira, o como forma de búsqueda de poder o de control, y que aprenda otras vías no perjudiciales (ni para ella misma ni para los demás) para conseguir el mismo fin. Se trata, por tanto, de intervenir sobre un aspecto que en este caso aparece asociado a los abusos sexuales y que, en un momento determinado, ha facilitado su ocurrencia. De esta manera es posible prevenir posibles *«recaídas»*.

7. Aunque en el presente caso se ha llevado a cabo un seguimiento a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento y se ha constatado que la evolución positiva se mantiene estable, se considera conveniente alargar este proceso y, de esta manera, supervisar los siguientes aspectos:

— En primer lugar, confirmar la normalización de su ritmo de vida en todas las áreas evaluadas (familiar, social, escolar y personal).

— Y en segundo lugar, consolidar la puesta en marcha de estrategias adecuadas de afrontamiento ante posibles situaciones de riesgo. En concreto, la niña ha aprendido a identificar, por un lado, las emociones, cogniciones y conductas asociadas a la comisión de los abusos; y por otro, a afrontar adecuadamente las situaciones que, en su caso, pueden actuar como precipitadoras de una recaída.

En realidad, a medida que la paciente va normalizando la vida en todas sus áreas y que puede afrontar eficazmente las situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementa de forma acumulativa y, por ello, la probabilidad de una futura recaída disminuye notablemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª ed. rev.)*. Washington, DC: APA.

Bonner, B. L. (1999). Prevención y tratamiento del abuso sexual. En J. Sanmartín (ed.), *Violencia contra niños.* Barcelona: Ariel.

Cantón, J. y Cortés, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil.* Madrid: Pirámide.

Chaffin, M. (1994). Research in action: Treatment of child sexual abusers. *Journal of Interpersonal Violence, 9,* 224-237.

Cooper, S. (2005). Understanding, treating, and managing sex offenders who deny their offence. *Journal of Sexual Aggression, 11,* 85-94.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico.* Barcelona: Ariel.

García, M. y Magaz, A. (1997). *Escala Magallanes de Adaptación.* Madrid: Albor-Cohs.

Johnson, J., Smailes, E., Cohen, P. et al. (2004). Anti-social parental behaviour, problematic parenting and aggressive offspring behaviour during adulthood: A 25-year longitudinal investigation. *British Journal of Criminology, 44,* 915-930.

Kovacs, M. (1992). *Children´s Depression Inventory (CDI).* Toronto: Multi-Health Systems, Inc.

López, F. (1997). Abuso sexual: un problema desconocido. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez (eds.), *Niños maltratados.* Madrid: Díaz de Santos.

© Ediciones Pirámide

López, F. y Del Campo, A. (1997). *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y madres.* Salamanca: Amarú.

Lord, A. y Willmot, P. (2004). The process of overcoming denial in sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression, 10,* 51-61.

Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales.* Barcelona: Ariel.

Marshall, W. L., Serran, G. A., Fernández, Y. M. et al. (2003). Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression, 9,* 25-30.

Marshall, W. L. y Serran, G. A. (2004). Tratamiento del agresor sexual. En J. Sanmartín (ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos.* Barcelona: Ariel.

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento.* Barcelona: Martínez-Roca.

Redondo, S. (ed.) (2002). *Delincuencia sexual y sociedad.* Barcelona: Ariel.

Redondo, S., Navarro, J. C., Martínez, M., Luque, E. y Andrés, A. (2005). Evaluación del tratamiento psicológico de los agresores sexuales en la prisión de Brians. *Boletín Criminológico, 79,* 1-4.

Sánchez, C. (2000). *Qué es la agresión sexual.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Sanmartín, J. (ed.) (1999). *Violencia contra niños.* Barcelona: Ariel.

Santilla, P., Korjman, J. y Kenneth, S. N. (2004). Effects of interview phase, repeated interviewing, presence of a support person, and anatomically detailed dolls on child sexual abuse interviews. *Psychology, Crime and Law, 10,* 21-35.

Soria, M. A. y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima.* Barcelona: Marcombo Boixareu Editores.

Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory in Children.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1988).

Urra, J. (2003). *Agresores sexuales. Casos reales. Riesgo de reincidencia.* Madrid: EOS.

Vázquez, B. (ed.) (2004). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio.* Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

© Ediciones Pirámide

Detección, diagnóstico e intervención en un caso de síndrome límite en la infancia

22

M.ª CLAUSTRE JANÉ BALLABRIGA
SERGI BALLESPÍ SOLA
EDELMIRA DOMÈNECH LLABERIA

Existe un grupo de niños que se consideran límites. Son niños con problemas del desarrollo y otros trastornos psicopatológicos severos, que a menudo no pueden ser diagnosticados con los criterios del DSM o de otro tipo de clasificaciones categoriales (Meijer y Treffers, 1991; Petti y Vela, 1990; Scheeringa, 2001). Este grupo de niños tampoco pueden ser clasificados con el epígrafe criterial de trastorno no especificado, dado que éste no es adecuado a niños con presencia de marcada ansiedad, miedos inusuales, conductas perseverativas y problemas en la relación social (Weisbrot y Carlson, 2005); además estos niños pueden presentar síntomas maníacos, dificultades ante los cambios, problemas motores y alteraciones en la pragmática del lenguaje. Los síntomas más comunes son los trastornos del vínculo y la interacción, reacciones ansiosas idiosincráticas, episodios de conductas desorganizadas y gran variabilidad emocional. Se trataría de un síndrome que por una parte se aproxima al trastorno límite, mientras que por otra está más estrechamente relacionado al espectro de los trastornos autistas (Demb y Noskin, 2001). Sin embargo, estos niños necesitan ser evaluados y tratados en los cuatro dominios básicos del trastorno: humor y problemas de ansiedad, síntomas psicóticos, lenguaje y problemas del pensamiento, relaciones y problemas sociales.

1. McDD (MULTIPLE COMPLEX DEVELOPMENTAL DISORDER)

1.1. Concepto

El término McDD (Multiple Complex Developmental Disorder) se refiere al síndrome límite en la infancia (Lincoln, Bloom, Katz y Boksenbaum, 1998; Towbin, Dykens, Pearson y Cohen, 1993). El síndrome límite probablemente hace referencia a un grupo heterogéneo de población (Petti y Vela, 1990) que presenta una sintomatología poco precisa que dificulta su definición (Ad-Dab'Bagh y Greenfield, 2001). Pine (1986) hipotetiza que estos niños tienen defectos neuropsicológicos constitucionales que producen dificultades en la interacción social, en el aprendizaje y en la regulación de la ansiedad. Cohen, Shaywitz, Young y Shaywitz (1983) y Cohen, Paul y Vokmar (1986) apuntan a la presencia de patrones desviados del desarrollo aparentes a partir de los 4 años de edad y que afectan cinco áreas del desarrollo: 1) procesos cognitivos: dificultades de diferenciar fantasía de realidad y organizar racional y secuencialmente los pensamientos; 2) relaciones sociales: aislamiento de sus pares, sentimientos ambivalentes hacia los adultos, alta sensibilidad al rechazo y falta de sensibilidad hacia los demás; 3) regulación de la ansiedad;

© Ediciones Pirámide

4) inmadurez: signos neurológicos menores y retraso del desarrollo motriz, y 5) actividad y atención: impulsividad, distractibilidad e hipo o hiperactividad. Towbin et al., (1993) modifican los criterios de Cohen et al., (1986) y presentan unos criterios diagnósticos nuevos bajo el epígrafe de McDD, cuya validez externa e interna está avalada por diferentes estudios (Guzder, Paris, Zelkowitz y Marchessault, 1996; Lincoln et al., 1998; Paris, Zelkowitz, Guzder, Joseph y Feldman, 1999; Van der Gaag, Buitelaar, Van der Ban, Bezemer y Van Engeland, 1995) (tabla 22.1).

TABLA 22.1

Criterios diagnósticos McDD (Towbin et al., 1993)

A) Problemas en la regulación de los estados afectivos y de la ansiedad manifestados por dos o más de los siguientes ítems:

1. Ansiedad generalizada intensa, tensión difusa o irritabilidad.
2. Miedos y fobias inusuales en contenidos o intensidad.
3. Episodios de pánico recurrentes, terror y ansiedad.
4. Episodios de conducta desorganizada o regresiva con la presencia de conductas inmaduras, primitivas y/o autolesivas que pueden durar de minutos a días.
5. Gran variabilidad emocional con o sin precipitantes ambientales.
6. Alta frecuencia de reacciones ansiosas idiosincráticas como largos períodos de risas, sonrisas, atolondramiento y afecto inapropiado a la situación.

B) Problemas consistentes en la sensibilidad y la conducta social manifestados por uno o más de los siguientes ítems:

1. Desinterés social, desvinculación, evitación o retraimiento en la relación de manera especial con los adultos. A menudo la interacción puede parecer amistosa y cooperativa, pero muy superficial y basada únicamente en las necesidades materiales.
2. Inhabilidad para iniciar y/o mantener relaciones con sus iguales.
3. Interacción ambivalente con los adultos, particularmente con los padres y los cuidadores, manifestado por dependencia, sobrecontrol, conducta agresiva y oposicionista. Afecto fraccionado hacia padres y cuidadores.
4. Limitaciones severas de la capacidad de empatía.

C) Problemas en los procesos cognitivos manifestados por uno o más de los siguientes ítems:

1. Problemas de pensamiento incluyendo irracionalidad, pensamientos repentinos intrusivos, pensamientos mágicos, neologismos o palabras sin sentido y repetitivas, ideas ilógicas.
2. Confusión entre la realidad y la fantasía.
3. Perplejidad y fácilmente confundible.
4. Delusiones, incluyendo fantasías de omnipotencia personal, preocupaciones paranoides, excesivamente entusiasta con las figuras de ficción, fantasías de poseer poderes especiales.

D) No cumplir criterios diagnósticos de trastorno generalizado del desarrollo.
E) Duración de los síntomas como mínimo de 6 meses.

El McDD es un trastorno que se diferencia del espectro autista (Cohen et al., 1986; Scheeringa, 2001; Sturm, Fernell y Gillberg, 2004; Van der Gaag et al., 1995) y que se caracteriza principalmente por la presencia de trastornos del pensamiento, interacción social restrictiva y problemas en la regulación afectiva (ansiedad). Estos niños presentan también problemas en la función ejecutiva

© Ediciones Pirámide

que compromete su habilidad para responder de manera adecuada a la ansiedad y que se agrava por el retraso del desarrollo del lenguaje que compromete su habilidad para verbalizar sus conflictos (Lincoln et al., 1998). Son niños que presentan, además, una conducta desorganizada y oposicionista (Ad-Dab'Bagh y Greenfield, 2001). En resumen, se trata de un perfil psicosocial, neurofisiológico y neuropsicológico característico.

1.2. Diagnóstico y evaluación

El proceso de evaluación del McDD debe contar con el examen de cinco dominios básicos: ansiedad, regulación del afecto, comunicación, psicosis y relaciones sociales. Es importante entender las ansiedades de estos niños así como sus explosiones de irritabilidad. Para explorar los síntomas psicóticos hay que centrarse en la presencia de pensamientos inusuales y de altos niveles de fantasía impropios del período de desarrollo del niño. Además, debe tenerse en cuenta que los padres serán malos informantes de los problemas de pensamiento de su hijo, de la misma manera que no se puede contar con ellos para la evaluación de los trastornos del lenguaje y de la comunicación (Weisbrot y Carlson, 2005). Es necesario conocer si el niño tiene amigos, quiere tener amigos o prefiere jugar con niños más pequeños, dado que la relación con los iguales suele ser ausente, retrasada o desviada.

En la historia familiar de estos niños se pueden encontrar diferentes trastornos psicopatológicos, algunos marcados por altos niveles de vulnerabilidad familiar como: trastorno bipolar, TDA-H, trastornos de aprendizaje, etc. Por tanto, en la entrevista con los padres hay que preguntar sobre sus antecedentes familiares y pedir una descripción detallada de los síntomas en caso de presencia de algún trastorno familiar. Por otro lado, no debe olvidarse preguntar a padres y profesores sobre la atención, la conducta, el humor, la ansiedad y posibles síntomas de TGD (trastornos generalizados del desarrollo).

El diagnóstico diferencial del McDD ha de tener en cuenta de manera especial dos entidades nosológicas: el MDI *(Multidimensional Impaired Syndrome)* y el trastorno de personalidad esquizotípico (tabla 22.2). De todas formas, no se pueden olvidar las relaciones existentes entre el McDD y los trastornos del espectro autista que requiere un diagnóstico diferencial preciso de manera especial con el trastorno de Asperger, el trastorno semántico-pragmático y el trastorno multisistémico del desarrollo (tabla 22.3). Las relaciones sociales recíprocas están afectadas de manera similar en el

TABLA 22.2

Diagnóstico diferencial (Meijer y Treffers, 1991; Wolff, 1995; Buitelaar y Van der Gaag, 1998)

Dominio	Multiple Complex Developmental Disorder (McDD)	Multidimensionally Impaired Syndrome (MDI)	Trastornos de personalidad esquizotípico
Síntomas de ansiedad	Ansiedad generalizada intensa, tensión e irritabilidad difusa, miedos y fobias inusuales o peculiares en el contenido o la intensidad, episodios de pánico recurrentes, terrores.	Inespecificados.	Excesiva ansiedad social asociada a miedos paranoides.
Regulación del afecto	Significativa y amplia variabilidad emocional en proporción con el evento precipitante.	Períodos diarios de labilidad emocional desproporcionada con el evento precipitante.	Efecto inapropiado o constricto.

© Ediciones Pirámide

TABLA 22.2 *(continuación)*

Dominio	Multiple Complex Developmental Disorder (McDD)	Multidimensionally Impaired Syndrome (MDI)	Trastornos de personalidad esquizotípico
Síntomas psicóticos	Pensamiento mágico, confusión ilógica entre la realidad y la fantasía, fantasías de grandiosidad sobre poderes especiales.	Habilidad pobre para separar la realidad de la fantasía.	Ideas de referencia, experiencias perceptivas inusuales, desconfiado, excéntrico.
Trastornos del pensamiento y del lenguaje	Problemas del pensamiento incluyendo súbitas intrusiones en el proceso normal del pensamiento, neologismos o palabras sin sentido repetitivas, abiertamente ilógico, ideas extrañas.	Los trastornos de pensamiento se excluyen de manera específica.	Pensamientos extraños, vagos, circunstanciales. Lenguaje metafórico sobreelaborado o estereotipado.
Problemas en el funcionamiento social	Desinterés social, relaciones instrumentales indiferenciadas; nivel alto de ambivalencia con los adultos, manifestado por dependencia, sobrecontrol, conducta agresiva, oposicionista y capacidad de empatía limitada.	Pautas de relación social deterioradas especialmente con los iguales.	Falta de amigos y compañeros.

TABLA 22.3

Diagnóstico diferencial basado en los problemas de la interacción social del McDD y los trastornos del espectro autista

	McDD	TGD-NE	T. Semántico-Pragmático	MsDD	T. Asperger
Discrimina	T. del pensamiento. Ansiedad. Conducta agresiva. Estrés psicosocial.	Comunicación no verbal. Falta de interés. Falta de reciprocidad emocional. Relaciones sociales.	Pautas del lenguaje.	Problemas de comunicación. Procesamiento sensorial. Problemas emocionales. Relaciones sociales.	Intereses restrictivos. Rutinas. Lenguaje idiosincrático. Torpeza motriz.
No discrimina	Relaciones con los iguales. Empatía	Relaciones con los iguales.	Conducta social.	Procesamiento auditivo.	Interacción social. Comunicación. Adaptación conductual.

TGD-NE (trastorno generalizado del desarrollo no especificado).
MsDD (trastorno multisistémico del desarrollo).

© Ediciones Pirámide

McDD y en los trastornos del espectro autista, pero las alteraciones en el contacto ocular y en la comunicación gestual no están presentes en el McDD y en cambio se añade los problemas de la interacción (Scheeringa, 2001). Lo que hasta hoy aclara mejor el diagnóstico diferencial entre los trastornos del espectro autista y el McDD son los estudios neurofisiológicos, como la medición de los potenciales evocados a través de estímulos visuales (Kemner, Van der Gaga, Verbaten y Van Engeland, 1999), y de otro orden, los niveles de cortisol medidos en la respuesta al estrés psicosocial (Jansen, Gispen-de Wied, Van der Gaag y Van Engeland, 2003). En definitiva, los niños con McDD se diferencian de los niños que padecen algún trastorno del espectro autista en la menor severidad de los problemas de la interacción social, la comunicación, las estereotipias (en caso que se presenten) y la rigidez conductual (Buitelaar y Van der Gaag, 1998); mientras que los problemas de atención e impulsividad, la motricidad y los niveles de actividad son las áreas cognitivo-conductuales más afectadas en los niños con McDD (Sturm et al., 2004).

También, debe tenerse en cuenta la posible comorbilidad del McDD con otros trastornos, en especial con el TDAH cuando existen pautas de atención anómalas y problemas en el procesamiento auditivo (Finley-Belgrad y Davies, 2004). Lincoln et al. (1998) señalan que los niños con McDD se diferencian de los TDAH por la presencia de problemas conductuales y emocionales, los déficits neuropsicológicos del procesamiento auditivo y en las tareas cognitivas atencionales basadas en la audición.

1.3. Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico, la intervención psicológica debe iniciarse de inmediato. Esta intervención debería centrarse en cuatro pasos: 1) sobre cada dominio disfuncional; 2) explicación e información a los padres, niños y escuela; 3) proveer de los centros y fuentes donde el paciente podría ser mejor atendido, y 4) desarrollar un programa conductual para los problemas más frecuentes en colaboración con educadores y cuidadores (Weisbrot y Carlson, 2005).

La escuela ha de poder adaptarse a las necesidades de estos niños. La educación de estos pacientes necesita una atención individualizada o en grupos muy reducidos y, en caso de no ser posible, debería asignarse una ayuda individual cuando se hallan ubicados en grupos numerosos. Los colegios ofrecen oportunidades para poder estructurar las interacciones sociales de los pacientes y evitar procesos de *bullying* que pueden sufrir estos niños por su falta de empatía y sus dificultades en mantener unas relaciones adecuadas con sus iguales.

Es necesario contar también con un especialista en comunicación para asegurarse que el niño entiende los contenidos escolares. Además, es necesario establecer pautas de intervención específicas en la pragmática de la comunicación resumidas en la tabla 22.4.

TABLA 22.4

Pautas comunicativas que necesita aprender el niño (Weisbrot y Carlson, 2005)

- Normas de conversación
- Temas de conversación (inicio, mantenimiento y final).
- Importancia de las pautas no verbales de comunicación.
- Variabilidad de las pautas sociales dependiendo de los contextos.
- Conocimiento operativo del lenguaje de las emociones y de los estados mentales.
- Aprender a escuchar con interés.
- El significado de la comunicación ocular, el tono de voz, la inflexión, etc.
- Cómo los diferentes contextos y ubicaciones afectan el tono y volumen de la voz, el estilo del habla, etc.
- Proximidad física.
- Descodificar las expresiones faciales.
- Instrucciones para ayudar a descifrar la comunicación no literal incluyendo ironía, chistes, sarcasmos, tonos emocionales, etc.

No existe tratamiento psicofarmacológico específico del trastorno. Pero se utilizan fármacos con

© Ediciones Pirámide

el objeto de paliar los síntomas psicóticos, disminuir los niveles de ansiedad, estabilizar el humor y mejorar la socialización cuando sea necesario. Los fármacos referenciados por la mayoría de trabajos revisados son: los antipsicóticos atípicos, los estabilizadores del humor, los estimulantes y los antidepresivos SSRI (inhibidores recaptación de la serotonina) (Ad-Dab'Bagh, Greenfield, Milne-Smith y Freedman, 2000; Weisbrot y Carlson, 2005).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1. Identificación del paciente

Marc acude a consulta psicológica en octubre. Tiene 11 años y 6 meses, vive con su familia compuesta de padres y dos hermanos de 7 y 3 años, en una pequeña localidad de la comarca de la Garrotxa (Girona). Estudia primero de ESO en el instituto público ubicado en la capital de la comarca. Le gusta mucho el deporte, en especial el balonmano. Forma parte del equipo infantil de la localidad, aunque considera que no es un buen jugador. Los fines de semana los dedica de pleno a Els Escoltes, entidad infanto-juvenil dedicada a actividades educativas y excursionistas. Padre y madre tienen estudios de grado medio, el padre trabaja de técnico en una empresa multinacional de informática, mientras que la madre dirige una escuela de educación infantil. El nivel socioeconómico de la familia es medio-alto.

2.2. Motivo de consulta

El paciente acude a consulta por criterio propio de su familia. Su madre está muy preocupada por el rendimiento académico de Marc, pero además le preocupa su dificultad por hacer y mantener amigos, su incapacidad de relacionarse con sus compañeros, su falta de coordinación motriz, el hecho de constatar una preocupación constante en su hijo, la presencia de muchos miedos, movimientos extraños con las manos y la boca, las dificultades en la escritura y la comprensión de la lectura, y en suma, las dificultades de su hijo en conseguir la suficiente independencia de los padres.

2.3. Historia del problema

A la primera entrevista acuden padre y madre. Explican que Marc ha seguido diferentes tratamientos a lo largo de su vida, pero que aunque en un principio parecía que estaban funcionando bien, a la larga ninguno de ellos ha tenido los resultados esperados. El primer tratamiento recibido se basaba en la terapia de integración auditiva: técnica de Tomatis (Berard, 1993) recomendada por su optometrista. Posteriormente, acuden a un centro de salud mental infanto-juvenil y se inicia un tratamiento psicofarmacológico con metilfenidato. Dado que las dificultades continúan, se deciden por una intervención médica alternativa e inician un tratamiento de homeopatía (Borax 6LM). La madre, ante la evidencia de mantenimiento y agravamiento de las conductas, decide buscar nuevas alternativas.

En la entrevista de acogida, los padres explican que en el nacimiento hubo sufrimiento fetal y que desde pequeño se hicieron patentes los problemas motrices y de relaciones sociales. Marc siempre ha presentado dificultades en la organización del espacio, su ritmo siempre ha sido muy lento y desde pequeño se vio que presentaba una falta de atención importante. De siempre, ha presentado muchos miedos (sufrir daños, la muerte, las situaciones peligrosas...), aprensiones, y conductas muy obsesivas. Es un niño muy organizado, materialista, muy egoísta y difícilmente es capaz de compartir nada. Le cuesta mucho mantener relaciones sociales con sus iguales, mientras que le es más fácil poderlas mantener con los adultos; en la actualidad no tiene amigos y suele comentar que sus compañeros no le aceptan en la pandilla. En la escuela le es muy difícil el cálculo mental, y aunque pone mucho esfuerzo en la realización de las tareas escolares, es muy lento. Se bloquea en los exámenes. Presenta una alta capacidad memorística. Físicamente es un niño muy fuerte aunque su aspecto da la impresión de ser muy vulnerable.

© Ediciones Pirámide

Mención aparte, la madre insiste mucho en los problemas con el lenguaje. Explica que siempre ha parecido que no entendía muy bien las cosas. Le cuesta mucho la lectura, no le gustan las asignaturas que exigen un buen nivel de razonamiento verbal, y es donde presenta mayor dificultad. No es capaz de aceptar ninguna broma, dado que no las entiende, y lo mismo ocurre con el lenguaje en sentido figurado. Así y todo, es un niño comprometido con los estudios y lucha mucho para poder seguir adelante. De hecho siempre ha puesto un enorme esfuerzo para conseguirlo.

La madre sigue explicando que otro de los aspectos que le preocupa mucho de su hijo es su baja autoestima. Las cosas buenas o favorables no las explica, dado que está convencido que a él no le puede ocurrir nada bueno. El padre, que hasta el momento había ido asintiendo las afirmaciones de su esposa, hace referencia a que le preocupa mucho las relaciones de Marc con sus hermanos, afirma que le da la sensación que es como si Marc no quisiera crecer, dado que se entiende mucho mejor con el pequeño y parece que busca de manera continuada su compañía, aunque luego es capaz de pasar totalmente de él. En este momento se hace referencia a la presencia de enuresis primaria.

2.4. Hipótesis diagnósticas y proceso de evaluación

De los datos recogidos en la entrevista con los padres se desprende que existen dificultades de tipo cognitivo, de la comunicación, de las relaciones sociales, de la motricidad, pautas de ansiedad y síntomas depresivos; además se apuntan posibles problemas atencionales y de aprendizaje. Por tanto, se estructura el proceso de evaluación multiinformada (padres, profesores-tutores y paciente) en las áreas antes mencionadas (tabla 22.5).

TABLA 22.5

Áreas e instrumentos de evaluación

Área	Pruebas seleccionadas	Informante			
		Sujeto	Padre	Madre	Tutor
Capacidad cognitiva	Escala de inteligencia de Weschler para niños revisada (WISC-R, Weschler, 1993).	X			
	Matrices progresivas de Raven (1938).	X			
Trastornos psicopatológicos	Child Behavior Chekclist (CBCL) (Achenbach y Rescorla, 2000).		X	X	
	Child Symptom Inventory (CSI-4) (Sprafkin y Gadow, 1996).		X	X	X
	Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-KID) (Sheedan, Shytle, Milo, 2000).	X			
	Escala d'Avaluació dels Trets Autistes (ATA) (Jane et al., 1994).		X	X	X
	Criterios McDD (Towbin et al., 1993).		X	X	X
Depresión	Children Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1985).	X			
Teoría de la mente (ToM)	Prueba de Anne y Sally (Baron-Cohen et al., 1985).	X			
	Tarea de los Smarties (Perner et al., 1989).	X			

© Ediciones Pirámide

2.5. Resultados de la exploración psicológica y diagnóstico

Marc se muestra colaborador durante la exploración psicológica, aunque se cansa rápidamente. Está inquieto, se mueve constantemente en la silla, juega con el lápiz, se distrae con mucha facilidad, se muestra tímido y retraído, intenta no mirar nunca a la cara directamente, hace continuas afirmaciones de «no lo sé», «no lo entiendo», pregunta constantemente cuándo lo vendrán a recoger los padres. Durante la administración de las pruebas se muestra cansado, preocupado y continuamente afirma que es incapaz de hacerlo. De todas formas, acepta continuar con el proceso de examen y a medida que va conociendo mejor al personal que lo evalúa, comienza a participar y colaborar de manera más activa. Los resultados del proceso evaluativo (tabla 22.6) aportan evidencias de estar ante un caso muy atípico de trastorno psicopatológico infanto-juvenil, y lleva al equipo evaluador a plantearse nuevas hipótesis diagnósticas dada la conflictividad del cuadro presentado. De hecho, Marc no cumplía de manera completa ningún criterio diagnóstico de las clasifi-

TABLA 22.6

Resultados de la evaluación psicológica

Instrumento	Resultados	Baremo	Informante			
			P	M	p	S
WISC-R	Información	6				X
	Comprensión	6				X
	Aritmética	6				X
	Semejanzas	9				X
	Vocabulario	5				X
	Dígitos	7				X
	Figuras incompletas	9				X
	Historietas	9				X
	Cubos	7				X
	Rompecabezas	2				X
	Claves	5				X
	Laberintos	7				X
	Qiv	89				X
	Qim	83				X
	QIT	85				X
RAVEN	Percentil	24				X
	Rango	IV				X
CBCL	Quejas somáticas (*)	7 9	X	X		
	Esquizoide (*)	7 7	X	X		
	Incomunicación (*)	20 21	X	X		
	Inmaduro (*)	11 12	X	X		
	Obsesión-compulsión	6 7	X	X		
	Retraimiento-hostilidad (*)	16 17	X	X		
	Delincuencia	6 3	X	X		
	Agresividad (*)	19 26	X	X		
	Hiperactividad (*)	12 13	X	X		

© Ediciones Pirámide

TABLA 22.6 *(continuación)*

Instrumento	Resultados	Baremo	Informante			
			P	M	p	S
CSI-4	TDA-H (tipo desatento) (*)	7 7 8	X	X	X	
	TDA-H (tipo hiperactivo)	1 3 2	X	X	X	
	TDA-H (tipo combinado)	- - -	X	X	X	
	Trastorno oposicionista desafiante	2 5 3	X	X	X	
	Trastorno de conducta	0 0 1	X	X	X	
	Trastorno de ansiedad generalizada (*)	4 3 5	X	X	X	
	Fobia específica (*)	1 1 1	X	X	X	
	Obsesiones (*)	1 1 1	X	X	X	
	Compulsiones (*)	1 1 1	X	X	X	
	Trastornos de estrés postraumático	0 1 0	X	X	X	
	Tics motores (*)	1 1 1	X	X	X	
	Tics vocales (*)	0 1 1	X	X	X	
	Esquizofrenia	0 0 0	X	X	X	
	Trastorno depresivo	0 3 1	X	X	X	
	Trastorno distímico (*)	2 2 3	X	X	X	
	Trastorno autista	5 5 6	X	X	X	
	Trastorno de Asperger (*)	3 5 5	X	X	X	
	Fobia social (*)	3 4 4	X	X	X	
	Trastorno de ansiedad de separación	0 1 -	X	X	X	
	Enuresis	0 0 -	X	X	X	
	Encopresis	0 0 -	X	X	X	
MINI-KID	Trastorno distímico (**)					X
	Trastorno ansiedad de separación (**)					X
	Fobia social (**)					X
	Trastorno obsesivo-compulsivo (**)					X
	Trastorno ansiedad generalizada (**)					X
Criterios McDD (Towbin et al., 1993)	Problemas en la regulación de los estados afectivos (*)	4 5 4	X	X	X	
	Problemas en la sensibilidad y conducta social (*)	4 4 4	X	X	X	
	Problemas en los procesos cognitivos (*)	2 2 2	X	X	X	
CDI	Trastorno depresivo	12				X
ToM	Sally & Anne	Sí				X
	Smarties Test	Sí				X

P = Padre; M = Madre; p = Profesor; S = Paciente.
(*) Rango clínico (**) Alta intomatología sin cumplir criterios DSM-IV.

caciones criteriales normalmente utilizadas (DSM-IV-TR; CIE-10), y aunque los rasgos comunicativos y sociales apuntaban a un trastorno próximo al espectro autista, la presencia de altos niveles de ansiedad general, el tipo de vínculo parental y los problemas de pensamiento llevaron a la posibilidad de contrastar un posible McDD. Revisados en el caso el cumplimiento o no de los criterios de Towbin

© Ediciones Pirámide

et al. (1993) se llega a la conclusión que Marc presenta un problema límite, es decir, un McDD.

2.6. Análisis psicológico

Los factores principales identificados en la historia del paciente, y que de manera directa o indirecta ayudan al mantenimiento de las conductas problema, son: 1) las relaciones familiares; 2) los estilos educativos parentales; 3) el propio autoconcepto y autopercepción del paciente, y 4) el tipo de escolaridad, y en definitiva, la interrelación entre los cuatro factores enumerados. En la tabla 22.7 se presenta el análisis psicológico pormenorizado del caso clínico presentado.

TABLA 22.7

Análisis psicológico

Área	Conducta problema	Consecuencias
Cognitiva	Inmadurez. Dificultades de la atención. Dificultades de concentración. Dificultades para solucionar problemas. Dificultades en el aprendizaje (en general). Obsesiones perseverativas.	Conducta infantil. Baja autoestima. Bajo rendimiento escolar. Autopercepción negativa.
Comunicación	Dificultades de la expresión oral. Dificultades de la expresión escrita. Falta de empatía.	Bajo rendimiento escolar. Dificultades relaciones sociales.
Motora	Lentitud. Torpeza motriz.	Baja autoestima. Bajo rendimiento escolar. Autopercepción negativa.
Afectiva	Miedos múltiples. Dependencia familiar. Crisis de angustia. Labilidad emocional. Ansiedad generalizada. Ansiedad de separación.	Dependencia. Falta de autonomía.
Sociabilidad	Retirada social. Conductas evitativas.	Poca relación con los iguales. Falta de amigos. Aislamiento social.

Las alteraciones que Marc presentaba en el momento de realizar el diagnóstico impedían severamente el desarrollo y funcionamiento cotidiano del propio paciente y también de su familia. De hecho, la vida familiar estaba centrada en proteger y ayudar a Marc en todas las actividades diarias (escuela, amigos, autocuidado, etc.).

2.7. Intervención

La intervención más útil es aquella que promueve hábitos saludables y previene o modifica la conducta problema en el contexto espacio-tiempo en el cual se produce. Partiendo de este principio básico, el plan de intervención que se diseña para

© Ediciones Pirámide

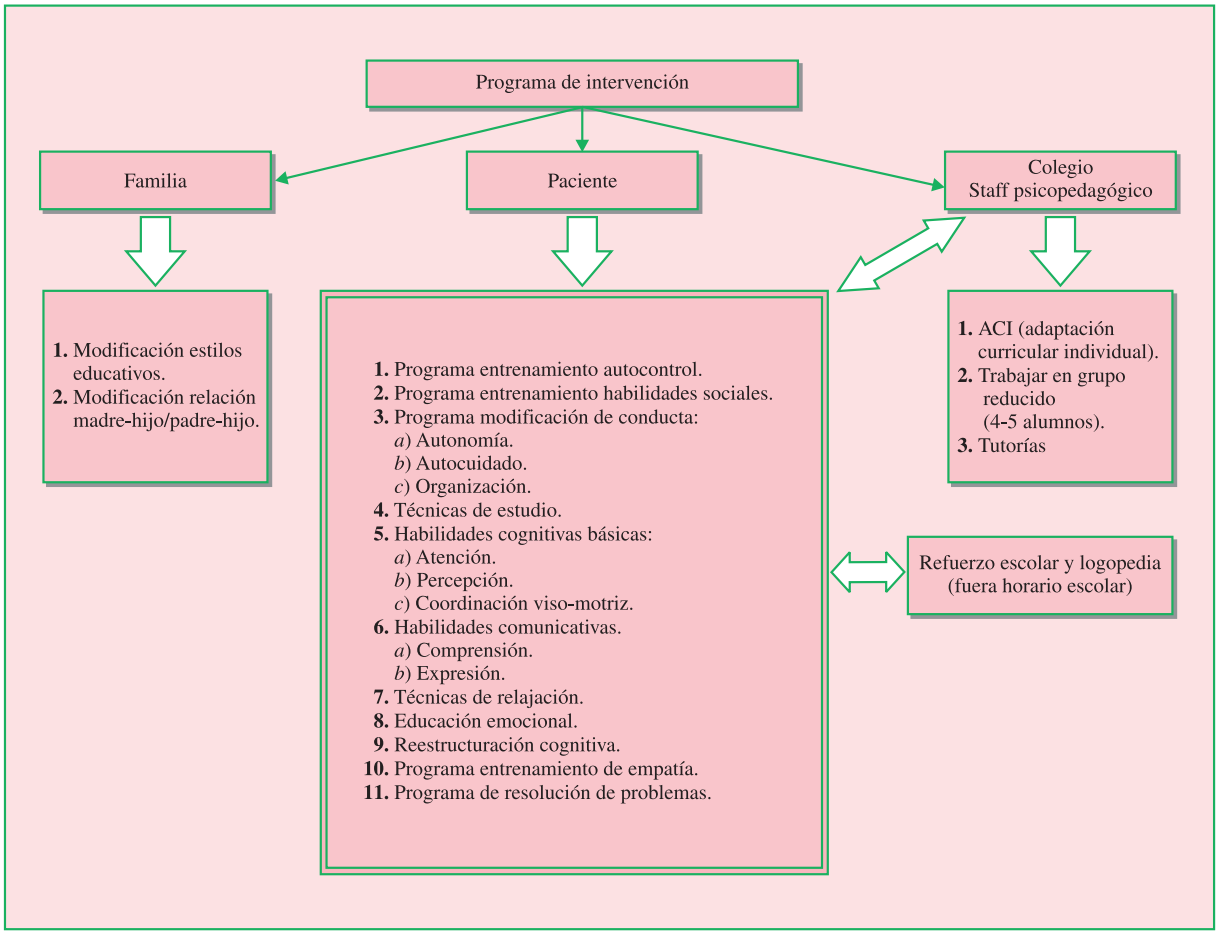


Figura 22.1.—Técnicas y plan de intervención.

Marc abarca tres apartados (figura 22.1): intervención a través de los padres, intervención en el marco escolar e intervención clínica individual. Por tanto, se establece un programa de tratamiento multicomponente de amplio espectro que incluirá objetivos a corto y largo plazo en todos los dominios y áreas de intervención.

2.7.1. *Intervención a través de los padres*

El objetivo básico que se pretende lograr es responsabilizar a los padres en la participación activa de los problemas de Marc, y de manera más amplia, en la solución de las dificultades familiares que se generan. Para conseguirlo es necesario que el terapeuta enseñe a los padres los recursos que les permitirán desarrollar un repertorio de habilidades que posibilitará una mejor interacción. Se pretende aumentar los conocimientos, las habilidades, la confianza, la autosuficiencia y los recursos de los padres; fomentar un ambiente educativo sano y favorecer las competencias sociales, emocionales, de lenguaje, intelectuales mediante el cambio del estilo educativo parental. Para ello, se entrenará a los padres en:

© Ediciones Pirámide

a) Observar e identificar la aparición de las diferentes conductas desajustadas e irregulares.
b) Aprender diferentes técnicas para mejorar las conductas de su hijo y sus relaciones familiares.
c) Aprender a reforzar las conductas adaptadas y no reforzar las conductas desadaptadas.
d) Establecer un estilo educativo sano y adaptado.

Para establecerlo se elabora un protocolo temporal de intervención familiar que englobará tanto los objetivos a corto plazo como los objetivos a largo plazo, así como el seguimiento y la ayuda familiar (tabla 22.8). Las sesiones con los padres se realizarán cada dos semanas de manera individual,

TABLA 22.8

Intervención familiar

Tiempo	Sesiones	Contenido
Corto plazo (cada 15 días)	1	Información sobre las características del McDD.
	2	Discusión de las características propias de Marc, de la familia y de la situación social en general.
		Entrenamiento de los principios básicos de manejo de la conducta de Marc.
	3	Entrenamiento de habilidades de atención positiva y de no prestar atención a conductas interferentes, infantiles y dependientes.
	4	Entrenamiento en dar órdenes de manera eficaz y aumentar la autonomía y responsabilidad de Marc.
		Explicar el funcionamiento de una economía de fichas.
	5	Explicar el funcionamiento del coste de respuesta.
Largo plazo (cada 30 días)	1	Revisar los avances y los problemas surgidos.
		Mantener los objetivos no conseguidos.
		Establecer nuevos objetivos.
		Pautas de ayuda familiar.

debido a las características particulares de Marc, que dificultan el hecho de integrar a los padres en un grupo terapéutico con características similares. En cada sesión se revisa el funcionamiento de las técnicas aprendidas, su aplicación en casa y se trabaja en nuevos objetivos y estrategias.

2.7.2. *Intervención escolar*

La intervención en la escuela se centra en tres aspectos fundamentales del proceso: el proceso general de inserción de Marc en la educación ordinaria aprovechando los recursos del propio centro; la acción tutorial que facilita la intervención grupal, y por último, los programas que requieren atención especial fuera del horario escolar.

El establecimiento de las primeras pautas de intervención se efectúa a través del tutor. En un primer momento se actúa formulando una ACI (adaptación curricular individual) específica para Marc que implica una atención más personalizada en algunas áreas del programa escolar. La ACI conlleva que el paciente entre a formar parte de un grupo reducido (4-5 alumnos) que reciben atención especial y personalizada en materias que no pueden seguir los contenidos básicos del curso. En el caso de Marc se centra en las áreas del lenguaje y de las matemáticas. Además, se establece un programa de

© Ediciones Pirámide

intervención destinado a mejorar diferentes aspectos cuando Marc está en el aula con todos sus compañeros. Este programa está centrado en aumentar las conductas de atención y controlar la cantidad y la calidad del trabajo escolar de Marc.

Se aprovecha la posibilidad de trabajar desde la misma escuela dos puntos básicos en el programa de intervención individual: las habilidades sociales y el autocontrol. Esta intervención se lleva a cabo a través de las tutorías establecidas en el centro y dirigidas por el equipo psicopedagógico del mismo. Cabe mencionar el hecho de que siempre el personal del centro se mostró dispuesto a colaborar en todo, lo cual facilitó de manera importante el poder establecer los programas de intervención más adecuados para Marc y que al mismo tiempo fueran eficaces para sus compañeros. Se llevaron a cabo dos encuentros con el personal del centro para pactar y poder ayudar al entrenamiento del personal que se responsabilizaría de los programas, llegándose al acuerdo de utilizar el protocolo de entrenamiento en habilidades sociales de Fine, Forth, Gilbert y Haley (1991) (tabla 22.9) y el protocolo de autocontrol de Stark, Reynolds y Kaslow (1987) (tabla 22.10).

Por último, fuera del horario escolar se llevan a cabo los programas de técnicas de estudio y entrenamiento de habilidades cognitivas básicas y la intervención logopédica, que tendrá por objetivo trabajar las áreas deficitarias específicas del McDD (tabla 22.4). Estos programas se realizan dos veces por semana de manera alterna aprovechando el

TABLA 22.9

Protocolo de entrenamiento en habilidades sociales (Fine et al., 1991)

Sesión	Contenido	Descripción
1.ª	Introducción	— Presentación de los miembros del grupo. — Definición de las habilidades sociales. — Exposición general de los objetivos del programa señalando las metas de aprender gradualmente nuevas formas de relacionarse con los padres, profesores, hermanos, compañeros... — Descripción de las habilidades sociales del programa.
2.ª-12.ª	Desarrollo	— Revisión de los autorregistros analizando los éxitos y los fracasos de la tareas de casa. — Presentación de una habilidad social específica. — Descomposición de sus elementos expresivos, receptivos e interactivos. — Discusión de las ventajas de su aplicación. — Puesta en común de situaciones de la vida real propuestas por los mismos componentes del grupo. — Modelado por parte del tutor de la habilidad correspondiente en la situación social indicada. — Representación de papeles por parte de los miembros del grupo *(role-playing)* (se graba la representación). — Visionar el vídeo reforzando las actuaciones positivas de los miembros del grupo y retroalimentación correctora en forma de sugerimientos correctores constructivos. — Nueva representación de papeles hasta conseguir el éxito. — Generalización a la vida real mediante deberes para casa que consisten en practicar la habilidad social trabajada en grupo. — Autorregistro de la práctica realizada.

© Ediciones Pirámide

TABLA 22.10

Protocolo de autocontrol (Stark et al., 1987)

Sesiones	Contenido
1.ª-4.ª	— Selección y autorregistro de actividades agradables, tipo y frecuencia con la ayuda de un listado y una hoja de anotaciones. — Selección y autorregistro de autodeclaraciones positivas con la ayuda de un listado y una hoja de anotaciones. — Autoevaluación del estado de ánimo diario en una escala de 0 a 10. — Refuerzo intermitente para completar los autorregistros.
5.ª	— Focalización de la atención en las consecuencias retrasadas y no en las inmediatas y autorregistro de los efectos a largo plazo de la propia conducta.
6.ª-7.ª	— Reatribución de los éxitos y de los fracasos.
8.ª-9.ª	— Establecimiento de criterios más realistas para valorar la propia actuación. — Molecularización de los objetivos generales en objetivos concretos fácilmente asequibles. — Planificación de cambios positivos en el estilo de vida.
10.ª-11.ª	— Aumento del autorreforzamiento externo y encubierto por los esfuerzos en mejorar. — Disminución del autocastigo externo y encubierto.
12.ª	— Repaso y revisión general del programa.

hecho de que el resto de la intervención llevada a cabo en la escuela se puede realizar dentro del propio horario escolar.

2.7.3. *Intervención clínica*

Estructura de las sesiones terapéuticas

Cada sesión con Marc se organiza en cinco pasos: 1) para empezar la sesión se realiza un breve registro de su situación afectiva actual; 2) a continuación se revisan las tareas que debe haber realizado en casa enfatizando el valor de su trabajo y teniendo en cuenta sus sentimientos, pensamientos y reacciones; 3) se revisa la agenda; éste es un proceso básico en todas la sesiones que ayuda y apoya la colaboración de Marc con el terapeuta al mismo tiempo que permite dialogar sobre los problemas y situaciones vividas entre una sesión y otra; 4) se centra en el contenido real de la sesión basado en aprender pautas de asertividad y empatía, reforzar el modelo cognitivo (pensamientos y atribuciones), resolución de problemas sociales, control del estrés y dar importancia y relevancia a los síntomas presentados. Finalmente, 5) se asignan nuevas tareas para casa.

Programa de relajación

En las primeras sesiones de la intervención psicológica se enseña a Marc a relajarse y de esta manera conseguir disminuir sus niveles de ansiedad y ayudar a establecer pautas de autocontrol. Se decide partir del protocolo de relajación de Cautela y Groden (1989), que permite que Marc utilice está técnica siempre que le sea necesaria antes de entrar en situaciones en las que crea que se va a poner tenso, se altere o se sienta ansioso. En la primera sesión se explica a Marc el porqué de este tipo de intervención, se ponen ejemplos de diferentes situaciones en las cuales puede que necesite utilizar la relajación, se le presenta el registro de seguimiento

© Ediciones Pirámide

y cómo deberá rellenarlo y utilizarlo, para acabar explicándole que deberá realizar los ejercicios dos veces al día durante 15 días, y a partir de este momento los podrá realizar siempre que él lo crea conveniente. En la segunda sesión se pasa al aprendizaje y la práctica del proceso de relajación (tabla 22.11) y se le entrega el registro semanal que deberá cumplimentar. Antes de dar por acabado el aprendizaje de la técnica se pregunta a Marc si tiene alguna pregunta o quiere algún tipo de aclaración.

TABLA 22.11

Protocolo de relajación (Cautela y Groden, 1989)

Sesión	Contenido
1.ª	Explicación de la técnica.
2.ª	1. Posición de relajación. 2. Tensar y relajar grupos musculares (frente, ojos, nariz, sonrisa, lengua, mandíbula, labios, cuello, brazos, piernas, espalda, tórax, estómago). 3. Ejercicios de respiración. 4. Pasar de la tensión a la relajación.

Programa de intervención cognitiva-conductual

Dadas las características propias de Marc se decide seguir el protocolo de terapia creativa de Hobday y Ollier (1998), por que nos permite una mayor flexibilidad, un trabajo más creativo y puede ayudarnos a conseguir una mayor interacción y comunicación con el paciente. Además, teniendo en cuenta que el proceso de intervención en este caso sería a largo plazo, era del todo necesario poder contar con la posibilidad de ir variando el material y de esta manera conseguir una mayor motivación y participación del paciente en la terapia. Por otro lado, este protocolo ofrece la posibilidad de trabajar a diferentes niveles según el estadio de desarrollo del paciente y este punto fue determinante en el caso de Marc, dado que se debía comenzar con técnicas y procedimientos con contenidos infantiles para ir evolucionando a medida que el paciente fuera adquiriendo y desarrollando unos estilos y unas pautas de comportamiento más afines a su edad. En la tabla 22.12 se presenta el esquema del proceso de intervención terapéutica y posibles ejercicios para trabajar las distintas áreas.

TABLA 22.12

Protocolo de intervención cognitiva-conductual (terapia creativa) (Hobday y Ollier, 1998)

Objetivo	Edad	Técnicas y ejercicios
Conocerse	4-14 años	1. Mi mundo 2. Acabar frases 3. Feliz, triste, enfadado 4. ¿Por qué?

© Ediciones Pirámide

TABLA 22.12 *(continuación)*

Objetivo	Edad	Técnicas y ejercicios
Sentimientos	3-16 años	1. Máscaras 2. Escalas de humor 3. Juego de naipes de sentimientos 4. Cartas 5. Sentimientos familiares
Aumentar la motivación para poder cambiar	3-16 años	1. Cuadros de *confort* 2. Subir montes 3. La campana 4. Las escaleras 5. La pared 6. El pozo
Controlar el estrés	5-16 años	1. La caja 2. La muñeca vieja 3. Pensamientos reforzados 4. Mi calendario 5. Las espirales
Aprender nuevas conductas	3-17 años	1. ¿Te puedo ayudar? 2. Practicar ser perfecto 3. La mano segura 4. Subir y bajar la calle 5. Jugar conmigo 6. Buscar palabras
Probar nuevas pautas de conducta	6-16 años	1. La batalla 2. Aclarar el pensamiento 3. Ganar 4. La escapada 5. Autoconversación 6. El perfil del futuro
Buscar palabras perdidas	3-16 años	1. Aumentar la memoria pictórica 2. Recordar un libro 3. La vela de la memoria 4. Para siempre una parte de mí mismo
Entender mi familia	3-16 años	1. Dibujar la familia 2. ¿Quién es quién? 3. El árbol familiar 4. Preguntas de la familia 5. Cajas de educación familiar
Promover el autoconcepto positivo	4-17 años	1. Pensamientos positivos de uno mismo 2. Cajas de importancia 3. Yo creo 4. Permisos
Revisar los progresos	5-16 años	1. El mejor aprendizaje 2. Pasado, presente y futuro 3. La historia lejana

© Ediciones Pirámide

En el marco del proceso de intervención se utiliza también la *técnica del diálogo socrático terapéutico* (Friedberg y McClure, 2002), que nos permite, a través de preguntas, elicitar e identificar los pensamientos automáticos, ligar los pensamientos automáticos con los sentimientos y las conductas del paciente, conectar pensamientos-sentimientos-conductas en una sola secuencia con una respuesta empática, obtener la colaboración del paciente en todos los pasos anteriores y poder trabajar las creencias erróneas que pueda tener. La utilización del diálogo socrático facilita trabajar la empatía, y esto es un objetivo básico del programa de intervención en Marc.

2.8. Resultados del proceso de intervención

En el caso de Marc, la valoración de los resultados se efectúa de manera continuada para que permita ir guiando y cambiando las intervenciones efectuadas, a la vez que facilita modificar aquellos aspectos del programa que no acaban de tener la eficacia esperada. Partimos de la idea básica que el síndrome que padece Marc requiere, en algunos aspectos, una intervención continuada a largo plazo, mientras que en otros se puede establecer un programa a corto plazo. Estas características hacen que nos decidamos por crear unos registros de evaluación de los procesos de intervención en cada una de las áreas tratadas que nos ayuden a conocer los progresos, ver en qué pautas de los programas hemos de seguir insistiendo y en qué áreas debemos ya pasar al nivel siguiente. Se pacta un período básico de seguimiento de cada 60 días, tanto para la intervención familiar como para la intervención psicoeducativa y clínica.

Para poder valorar los progresos se decide un baremo cualitativo, dado que se considera más apropiado a los problemas de Marc y que también permite valorar mejor sus avances y la eficacia de los programas. Se establecen cinco pautas: S (superado), P (progresa adecuadamente), PA (progresa con mucha ayuda), NP (no hay progreso cualitativamente significativo) y N (no progresa). En el mismo registro se tiene también en cuenta las posibles interferencias observadas en el proceso: este aspecto se considera prioritario en la explicación de la posible falta de avances, y por consiguiente se decidió tenerlo en cuenta para considerarlo en las posibles modificaciones del tratamiento (tabla 22.13).

TABLA 22.13

Registro del progreso de la intervención

Intervención	Área	Síntoma	Interferencias			Baremo				
			Personales	Familiares	Sociales	S	P	PA	NP	N
Familiar	Autonomía Conductas disruptivas Relaciones familiares									
Escolar	ACI Trabajo en el aula Habilidades sociales Autocontrol Técnicas de estudio									
Logopédica	Expresión Comprensión Pragmática									

© Ediciones Pirámide

TABLA 22.13 *(continuación)*

Intervención	Área	Síntoma	Interferencias			Baremo				
			Personales	Familiares	Sociales	S	P	PA	NP	N
Clínica	Relajación Reestructuración cognitiva Modificación de conducta Resolución de problemas Control del estrés									

Los datos aportados del tratamiento se refieren a un período de 18 meses y permiten afirmar que ha habido un cambio realmente positivo en:

a) Autonomía personal.
b) Independencia de la familia.
c) Conductas disruptivas en contexto familiar.
d) Relaciones familiares.
e) Rendimiento escolar.
f) Trabajo en el aula.
g) Comprensión del lenguaje.
h) Expresión oral y escrita.
i) Pragmática del lenguaje.
j) Autoestima.
k) Control del estrés.

Así y todo, Marc debe seguir trabajando en las áreas antes mencionadas de manera continuada. Por otro lado, los aspectos que, aunque han evolucionado favorablemente, siguen presentando amplios conflictos se centran sobre todo en: las relaciones sociales (de manera especial las relaciones con sus pares), la organización del tiempo y el control de la ansiedad. No obstante, la calidad de vida de Marc ha mejorado de manera considerable, su funcionamiento diario no suele interferir en la actualidad la vida familiar, social y escolar. Y, aunque hay que seguir trabajando, los resultados del tratamiento hasta el momento son esperanzadores, sin que se haya planteado en ningún caso la remisión total del síndrome, ya que el objetivo fundamental del tratamiento es conseguir una calidad de vida correcta, una mejor adaptación social y un funcionamiento personal más adaptado.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. ¿Cuáles serían los síntomas fundamentales para poder realizar un diagnóstico diferencial entre un McDD y un trastorno generalizado del desarrollo?
2. ¿Por qué se hace necesaria una intervención multicomponente en el caso de Marc?
3. ¿Sería posible llevar a cabo un tratamiento eficaz sin tener en cuenta todos los ámbitos del desarrollo de Marc? ¿Por qué?
4. ¿Qué ventajas crees que puede tener realizar las diferentes intervenciones de manera ecológica? (es decir, partiendo de las actividades y ocupaciones diarias del paciente).
5. ¿Por qué en el tratamiento se plantean objetivos a corto y a largo plazo?
6. En este caso, ¿es posible tener como objetivo una remisión completa del síndrome? ¿Por qué?

© Ediciones Pirámide

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA school form & profiles.* Burlington, VT. Library of Congress.

Ad-Dab'Bagh, Y., Greenfield, B., Milne-Smith, J. y Freedman, H. (2000). Impatient treatment of severe disruptive behaviour disorders with Risperidone and milieu therapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 45,* 376-382.

Ad-Dab'Bagh, Y. y Greenfield, B. (2001). Multiple Complex Developmental Disorder: The «Multiple and Complex» evolution of the «Childhood Borderline Syndrome» construct. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40* (8), 954-964.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a «Theory of mind»? *Cognition, 21,* 37-46.

Berard, G. (1993). *Hearing Equals Behavior.* New Canaan, CT: Texas.

Buitelaar, J. K. y Van der Gaag, R. J. (1998). Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39* (6), 911-919.

Cautela, J. R. y Groden, J. (1989). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial.* Barcelona: Martínez Roca.

Cohen, D. J., Paul, R. y Vokmar, F. R. (1986). Issues in the classification of pervasive developmental disorders: toward DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25,* 213-220.

Cohen, D. J., Shaywitz, S. E., Young, J. G. y Shaywitz, B. A. (1983). Borderline syndromes and attention deficit disorders of childhood: clinical and neurochemical perspectives. En K. S. Robson (ed.), *The Borderline Child*. New York: McGraw-Hill (pp. 197-221).

Demb, H. B. y Noskin, B. S. (2001). The use of the term Multiple Complex Developmental Disorder in a diagnostic clinic serving young children with developmental disabilities: A report of 15 cases. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 4* (2), 49-60.

Fine, S., Forth, A., Gilbert, M. y Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 79-85.

Finley-Belgrad, E. A. y Davies, J. A. (2004). Personality Disorder: Borderline. *EMedicine, march 10, http://emedicine.com.*

Friedberg, R. D. y McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents.* London: Guilford Press.

Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P. y Marchessaul, K. (1996). Risk factors for borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 26-33.

Hobday, A. y Ollier, K. (1998). *Creative therapy. Activities with children and adolescents.* London: BPS Blackwell.

Jané, M. C., Capdevila, R. M. y Domènech, E. (1994). Escala de Evaluación de los Rasgos Autistas (ATA): Validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 4,* 254-263.

Jansen, L. M. C., Gispen-de Wied, Ch. C., Van der Gaag, R. J. y Van Engeland, H. (2003). Differentiation between Autism and Multiple Complex Developmental Disorder in response to psychosocial stress. *Neuropsychopharmacology, 28,* 582-590.

Kemner, C., Van der Gaag, R. J., Verbaten, M. y Van Engeland, H. (1999). ERP differences among subtypes of pervasive developmental disorders. *Biological Psychiatry, 46,* 781-789.

Kovacs, M. (1985). The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bulletin, 21,* 991-994.

Lincoln, A. J., Bloom, D., Katz, M. y Boksenbaum, N. (1998). Neuropsychological and neurophysiological indices of auditory processing impairment in children with multiple complex developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37,* 100-112.

Meijer, M. y Treffers, P. (1991). Borderline and schizotypal disorders in children and adolescent. *British Journal of Psychiatry, 158,* 205-212.

Paris, J., Zelkowitz, P., Guzder, J., Joseph, S. y Feldman, R. (1999). Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 770-774.

© Ediciones Pirámide

Perner, J., Frith, U. y Leslie, A. M. (1989). Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 775-782.

Petti, T. A. y Vela, R. M. (1990). Borderline disorders of childhood: An overview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 327-337.

Pine, F. (1986). On the development of the «borderline-child-to-be». *American Journal of Orthopsychiatry, 56,* 450-457.

Raven, J. C. (1938). *Progressive Matrices.* London: H. K. Lewis & Co.

Scheeringa, M. S. (2001). The differential diagnosis of impaired reciprocal social interaction in children: A review of disorders. *Child Psychiatry and Human Development, 32* (1), 71-89.

Stark, K. D., Reynolds, W. M. y Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15,* 91–113.

Sturm, H., Fernell, E. y Gillberg, C. (2004). Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels: associated impairments and subgroups.*Developmental Medicine & Child Neurology, 46,* 444-447.

Towbin, K., Dykens, E. M., Pearson, G. y Cohen, D. J. (1993). Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 775-782.

Van der Gaag, R. J. (1993). Multiple Complex Developmental Disorder Symptoms. En H. van Engeland y M. N. Verbaten (eds.), *Multiplex Developmental Disorders: An exploration of Borderline on the autsitic spectrum.* Scheveningen: Rijksuniversiteit te Utrecht (pp. 163-168).

Van der Gaag, R. J., Buitelaar J., Van der Ban E., Bezemer M. y Van Engeland, H. (1995). A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1096-1106.

Weisbrot, D. M. y Carlson, G. A. (2005). «Diagnostically homeless». *Current Psychiatric·On line*, *4* (2), February.

Weschler, D. (1974). *Manual for the Weschler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R).* Madrid: TEA.

Wechsler, D. (1993). *WISC-R. Escala de inteligencia de Wechsler para niños.* Madrid: TEA (trabajo original publicado en 1974: *WISC-R. Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised.* New York: The Psychological Corporation).

Wolff, S. (1995). *Loners: the life path of unusual children.* London: Routledge.

© Ediciones Pirámide

TÍTULOS RELACIONADOS

ADICCIÓN A LA COMPRA, *R. Rodríguez Villarino, J. M. Otero-López y R. Rodríguez Castro.*
ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, *E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña.*
AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PÁNICO, *A. Bados López.*
ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, *J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A. B. Candela.*
AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, *E. Echeburúa.*
CÓMO ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, *S. N. Haynes, A. Godoy y A. Gavino.*
CONSULTORÍA CONDUCTUAL, *M.ª X. Froján Parga (coord.).*
DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA, C. *Rodríguez-Naranjo.*
DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA DE LOS PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE, *C. Saldaña (coord.).*
EL ADOLESCENTE EN SU MUNDO, *J. Toro Trallero.*
EL JUEGO PATOLÓGICO, *E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación Gaudium (coords.).*
GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, *A. Gavino Lázaro.*
GUÍA DE ÉTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, *C. del Río.*
GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES I, II Y III, *M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.).*
INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL, *M. Servera Barceló (coord.).*
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, *J. Olivares, D. Macià, A. I. Rosa y P. J. Olivares.*
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE, *P. J. Jiménez Martín.*
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, *F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.).*
LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL, *J. Martín Hernández.*
LA VOZ Y LAS DISFONÍAS DISFUNCIONALES, *R. M.ª Rivas y M.ª J. Fiuza.*
LAS RAÍCES DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA, *M. Pérez.*
LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS NO SON ENFERMEDADES, *E. López y M. Costa.*
MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos específicos, *V. E. Caballo y M. A. Simón (coords.).*
MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos generales, *V. E. Caballo y M. A. Simón (coords.).*
MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, *I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez.*
MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIA, *J. M. Ortigosa, M.ª J. Quiles y F. X. Méndez.*
MANUAL DE PSICOONCOLOGÍA, *J. A. Cruzado Rodríguez (Coord.).*
MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, *J. F. Rodríguez Testal y P. J. Mesa Cid.*
MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, *P. J. Mesa Cid y J. F. Rodríguez Testal.*
MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, *V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobles (dirs.)*
MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA, *F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz.*
MANUAL DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA *L. M.ª Llavona y F. X. Méndez.*
MANUAL PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA, *M. Costa Cabanillas y E. López Méndez.*
MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSCOLÓGICO DE LOS DELINCUENTES, *S. Redondo Illescas.*
MANUAL PRÁCTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO, *J. Fernández Montalvo y E. Echeburúa.*
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, *R. G. Miltenberger.*
MÚLTIPLES APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), *M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez.*
PRESERVACIÓN FAMILIAR, *M.ª J. Rodrigo, M.ª L. Máiquez, J. C. Martín y S. Byrne.*
PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS, *G. López-Guimerà y D. Sánchez-Carracedo.*
PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS, *M. Isorna Folgar y D. Saavedra Pino (coords.).*
PSICOLOGÍA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, *J. A. Mora Mérida, J. García Rodríguez, S. Toro Bueno y J. A. Zarco Resa.*
PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, *M.ª T. González (coord.).*
PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, *F. J. Labrador y M.ª Crespo.*
PSICOLOGÍA DE LA SALUD, *J. Gil Roales-Nieto (dir.).*
PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, *A. I. Rosa Alcázar y P. J. Olivares Olivares (Coords.).*
PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ, *R. Fernández-Ballesteros (dir.).*
PSICOMOTRICIDAD, *M. Bernaldo de Quirós Aragón.*
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, *R. González Barrón (coord.).*
PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA. Adaptado al DSM-5, *M. Ortiz-Tallo.*
PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO, *L. Ezpeleta y J. Toro.*
PSICOPATOLOGÍA INFANTIL BÁSICA, *J. Rodríguez Sacristán (dir.).*
PSICOTERAPIAS, *J. L. Martorell.*
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS, *A. Rodríguez González (coord.).*
TDAH Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, *C. López Soler y A. Romero Medina (Coords.).*
TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas.*
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores, *K. G. Wilson y M. C. Luciano Soriano.*
TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA., *I. Moreno García.*
TERAPIA PSICOLÓGICA, *J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (coords.).*
TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, *F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.).*
TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL), *E. Mendoza (coord.).*
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA, *F. Alcantud Marín (coord.).*
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MUTISMO SELECTIVO, *J. Olivares, A. I. Rosa y P. J. Olivares.*
TRATAMIENTOS CONDUCTUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, *J. Olivares, F. X. Méndez y D. Macià.*
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, *J. Vila Castellar y M.ª del C. Fernández-Santaella.*
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS CLÍNICOS, *A. Gavino Lázaro.*
VIGOREXIA, *A. García Alonso.*
VIVIR CON LA DROGA, *J. Valverde Molina.*