

Tratamiento cognitivo-conductual de fobias simples

M. Cervera Laviña

J. Toro Trallero

*Departamento de Psiquiatría y Psicobiología
Clínica. Universidad de Barcelona*

Dentro del repertorio de trastornos por ansiedad en infancia y adolescencia haremos especial referencia a la ansiedad en fobias simples. Y en concreto a la fobia a la soledad nocturna, es decir, al temor durante estas épocas (infancia y adolescencia) a permanecer solo por la noche en la cama o lejos del núcleo familiar, que ilustraremos a través de dos casos.

En el tratamiento hemos aplicado una combinación de técnicas cognitivas y conductuales. La decisión de emplear ambas técnicas y no una sola de ellas se basa en que la ansiedad que experimentan estos niños y adolescentes tiene unas manifestaciones cognitivas, y otras conductuales, además de las somáticas sobre las que «de rebote» se pretende incidir.

Los principales trastornos observables en los miedos y fobias infantiles podemos sistematizarlos de la siguiente manera en lo que concierne a la fobia a la soledad nocturna:

A. Trastornos somáticos

- Taquicardia
- Temblores
- Sudoración
- Hiperpnea
- otros...

B. Distorsiones cognitivas

Anticipaciones ansiógenas concretas:

- Inseguridad personal: temor a sentir dolor, sufrir un ataque, ser herido, morir...
- Inseguridad familiar: temor a que esto mismo le suceda al padre, madre...
- Seres imaginarios tales como: brujas, fantasmas, demonios...
- Hechos naturales tales como: viento, tormenta, temblor de tierra...

Anticipaciones ansiógenas inespecíficas: el niño tiene miedo pero le es imposible concretarlo, y al recorrer toda una larga lista... sigue sin concretarlo.

- Autoevaluación negativa de las habilidades de afrontamiento.

C. Cambios conductuales

(En este apartado los trastornos pueden ser muy diversos; sólo haremos referencia a los más frecuentes).

- Llanto.
- Exigencia de compañía al acostarse.
- Id. a media noche.
- Solicitud de que otros permanezcan levantados hasta conciliar el sueño.
- Negarse a dormir fuera de casa.

TRATAMIENTOS

Ante una fobia a la soledad nocturna, podemos emplear diferentes técnicas; no es preciso describirlas por ser suficientemente conocidas, únicamente nombraremos las más usuales:

- Relajación.
- Exposición imaginada.
- Exposición «in vivo».
- Desensibilización sistemática imaginada.
- Desensibilización sistemática «in vivo».
- Imágenes emotivas.
- Imitación de modelos.
- Intervención familiar.

Marks en su libro sobre tratamiento de las neurosis enumera una lista de 56 tratamientos diferentes en los que de un modo u otro interviene la *exposición* (intención paradójica, reforzamiento encubierto, tratamiento contrafóbico, ansiedad inducida, etc...). Los tratamientos de exposición pueden variar en intensidad de los estímulos, en tiempo de exposición... es decir, se trata de un «continuum».

Todos los terapeutas están de acuerdo en que sea cual sea la técnica elegida, es conveniente que el sujeto tome parte activa en el tratamiento y que se enfrente con los estímulos fóbicos. En general parece que la exposición prolongada es más eficaz que la exposición breve. Pero en cuanto a intensidad del estímulo hay que procurar que el grado de ansiedad del sujeto no sobrepase ciertos límites de tolerancia.

En la mayoría de estas técnicas queda implícito el componente cognitivo, pero en algunos casos se abordará de una manera preferente a través de cualquiera de los distintos procedimientos como son las técnicas de autocontrol (Rehm), las autoinstrucciones (Meichenbaum), o la inoculación de stress (Meichenbaum).

Durante los últimos 50 años se ha despertado un notable interés por el estudio de los temores infantiles, pero en cambio se ha pres-

tado escasa atención a la mediación cognitiva tanto para explicar su etiología como para estructurar el procedimiento terapéutico.

Criterios para la elección del procedimiento

Para la elección de la técnica principal y, si procede, de las complementarias, tenemos en cuenta estos factores:

1. *Intensidad y frecuencia* con que se presentan los síntomas. Si una clase de síntomas perturba más que otra la vida cotidiana del niño, serán aquellos los que habrá de tratar en primer lugar.

2. *Características individuales del sujeto*. En este grupo hay que tener presente factores tales como:

a) *Edad* del niño. (Por ejemplo: si es de escasa edad deberá incidirse más en la intervención familiar).

b) Factores de personalidad tales como la dimensión *extraversión-introversión*. (Posiblemente en el extravertido puedan ser más útiles estrategias conductuales, mientras que en el introvertido puedan serlo las técnicas cognitivas.)

c) *Estilo atributivo* del sujeto, es decir, su tendencia a exteriorizar o interiorizar la causa del problema, a generalizar o especificar, o a considerarlo estable o inestable.

d) Posible existencia de *trastornos afectivos emocionales*: depresión, ansiedad generalizada...

e) *Contexto familiar*. Tenerlo en cuenta es imprescindible dado que una parte del tratamiento deberá realizarse en el ambiente doméstico y con la colaboración familiar. Por consiguiente, es preciso conocer las circunstancias ambientales y la respuesta familiar ante la reacción fóbica del niño a fin de poder modificarlas en caso de ser perturbadoras o ineficaces. El error más habitual suele ser el exceso de atención social recibido por el paciente y por tanto una ganancia secundaria como consecuencia de su fobia. Señalemos además que la mayoría de estudios realizados ha-

cen patente la correlación entre fobias infantiles y antecedentes fóbicos familiares, así como ansiedad general.

f) Y, por último, *estilo de afrontamiento de los problemas*. Habitual en el niño en cuestión. A partir de dos grandes estilos de afrontamiento (activo y pasivo), hemos sistematizado del siguiente modo las conductas a través de las cuales suelen manifestarse:

Estilo pasivo: el niño se limita a sentir miedo, pero no actúa.

Estilo activo:

- Negación del problema
- Conductas de evitación:
 - prolongar el tiempo de ver T.V... pedir ir al W.C... pedir agua...
 - negarse a dormir fuera de casa...
- Autocontrol cognitivo:
 - Pensamientos placenteros.
 - Relajación
 - Decirse a sí mismo que no hay motivo para sentir miedo.
- Solicitud ayuda:
 - Pedir compañía.
 - Ir a dormir a la cama de los padres, hermanos...
- Conducta supersticiosa:
 - Aferrarse a muñecos de trapo.
 - Abrazar almohada.
 - Taparse con la sábana.
- Verificaciones compulsivas:
 - Mirar debajo de la cama.
 - Comprobar que todo está en su sitio.
 - Asegurarse de que las puertas están cerradas.

Así pues, consideramos que no existe una técnica «mejor» o «única» para la fobia nocturna, sino que en cada caso particular se deben tener en cuenta todos estos criterios para decidir el mejor procedimiento a emplear. A veces, a lo largo del tratamiento será preciso cambiar la técnica empleada.

* * *

A continuación resumiremos muy brevemente dos casos de fobia simple a la soledad nocturna tratados con procedimientos cognitivo-conductuales.

Son dos casos muy parecidos en cuanto al motivo de sus fobias y características generales. Se trata de dos niñas de 11 años y 9 meses, y de 11 años y 6 meses respectivamente, que experimentan un intenso temor a quedarse solas en la cama por la noche, que han presentado episodios claros de ansiedad, solicitan la compañía de los padres al acostarse y también a media noche si se despiertan. Para una de ellas ha sido totalmente imposible pasar una noche fuera del núcleo familiar.

Son muchas las semejanzas entre ambas niñas, tanto en edad como nivel socio-cultural familiar, estilo de escuela a la que asisten, rendimiento académico, sociabilidad, etc.

Ambas niñas fueron sometidas a una amplia exploración psicológica. Sólo obtuvieron resultados significativos en el cuestionario EPQ-J, en el que una de ellas obtuvo una puntuación alta en extraversión, mientras la otra lo hacía en introversión y neuroticismo.

El abordaje terapéutico consistió en:

- Análisis del problema con las pacientes.
- Suministro de información acerca de la génesis y características de las fobias.
- Suministro de información acerca de la desensibilización sistemática.
- Elaboración de una jerarquía de estímulos fóbicos (10 ítems).
- Práctica de la desensibilización imaginada.
- Práctica de la desensibilización «in vivo».
- Organización de la intervención familiar en casa.

La evolución diferente de ambas niñas obligó a realizar algunas adaptaciones menores (por ejemplo, momento del día para practicar la relajación), y otras más importantes. Entre éstas la sustitución de la desensibilización imaginada (en una de las niñas) por la relajación con presentación de imágenes placenteras, manteniendo en cambio la desensibilización «in vivo», con atenuación del soporte

(presencia del padre). En esta niña se añadió medicación inductora del sueño por presentar insomnio muy acusado. Y a la vez, se aplicó desensibilización «in vivo» con atenuación del soporte y provocación de cogniciones incompatibles a su temor a ir sola por la calle.

En ambas niñas los primeros ítems de la jerarquía se desensibilizaron muy rápidamente. El progreso ante los ítems más ansiógenos fue más lento y laborioso.

Los objetivos quedaron cumplidos tras diez meses de tratamiento desarrollado con una sesión semanal durante los tres primeros meses y quincenal en los siguientes.

Opinamos que las diferencias de evolución de ambas niñas que obligaron a introducir modificaciones en el primer diseño, están relacionadas con las características de personalidad, principalmente con la dimensión de extraversión-introversión. Por otro lado, señalamos que la niña más introvertida, la que obligó a mayores cambios, contaba con antecedentes familiares fóbicos.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders* (third edition). Washington: American Psychiatric Association.

BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

BURNS, D. D. y BECK, A. T. (1978). «Cognitive behavior modification of mood disorders». En FOREYT, J. P. y RATHJEN, D. P. (Eds.): *Cognitive behavior therapy: research and application*, New York: Plenum Press.

KENDALL, P. C. y HOLLON, S. D. (1981). «Assessing self-referent speech: methods in the measurement of self-statements». En KENDALL, P. C. y HOLLON, S. D. (Eds.): *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.

KENNEDY, W. A. (1983). «Obsessive-compulsive and phobic reactions». En OLLENDICK, T. H. y HERSEM, M. (Eds.). *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Plenum Press.

LAZARUS, A. A. y ABRAMOVITZ, A. (1973). «The use of emotional imagery in the treatment of childhood phobias». En ASHEN, B. A. y POSER, E. G. (Eds.) *Adaptive learning: behavior modification with children*. New York: Pergamon.

MAHONEY, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass: Ballinger.

MARKS, I. (1981). *Cure and care of neurosis*. New York: Wiley.

MORRIS, R. J. y KRATOCHWILL, T. R. (1984). *Treating children: fears and phobias*. New York: Pergamon Press.

O'BRIEN, G. T. y BARLOW, D. H. (1984). «Agoraphobia». En TURNER, S. M. (Ed.): *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.

SCHWARZ, S. y JOHNSON, J. H. (1981). *Psychopathology of childhood: a clinical experimental approach*. New York: Pergamon Press.

STURGIS, E. T. y SCOTT, R. (1984). «Simple phobia». En TURNER, S. M. (Ed.): *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.

TROWER, P. y TURLAND, D. (1984). «Social phobia». En TURNER, S. M. (Ed.): *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.

YATES, A. J. (1970). *Behavior therapy*. New York: Wiley.