

ENTRENAMIENTO DE PADRES EN UN CASO DE FOBIA A LA OSCURIDAD Y MIEDO A ESTAR SOLO EN LA CAMA

Paz López Herrero

Directora de Gabinete de Psicología Clínica

RESUMEN

En el artículo se describe la intervención terapéutica realizada con una adolescente que presentaba un problema de fobia a la oscuridad y miedo a estar sola en la cama. Inicialmente se definen tanto el entrenamiento de padres como una de las posibles intervenciones dentro del modelo conductual en terapia de familias; así como las fobias, diferenciándolas de los miedos y comentando sus características principales. En el tratamiento se implica a los padres de la adolescente, ya que ésta mostraba un rechazo hacia la intervención y la terapeuta. La profesional entrena a la familia para que trabaje de una forma activa durante el tratamiento.

Palabras clave: TERAPIA DE FAMILIAS, ENTRENAMIENTO DE PADRES, FOBIA A LA OSCURIDAD.

SUMMARY

In this article we describe a therapeutic treatment in an adolescent that had a problem of dark and fear being alone in bed. At the beginning we explain training parents as one of the possible

treatments in Behavioral Model in Family Therapy and also Phobias that are different from fears and we give their main characteristics. In the treatment we involve adolescent's parents because she was against intervention and the therapist. The professional trains the family to work actively during the treatment.

Key words: FAMILY THERAPY, TRAINING PARENTS, DARK PHOBIA.

I. EL ENTRENAMIENTO DE PADRES Y LAS FOBIAS

La terapia familiar trabaja con la familia nuclear, con las personas que por estar profundamente implicadas en el problema del paciente identificado, ven afectada su vida por la existencia del síntoma. El problema parte de la interacción especial que presenta el grupo familiar, (Dumas, 1989; Navarro Góngora, 1990).

Dentro del modelo conductual en terapia familiar, el entrenamiento a padres (o cónyuges) es una de las posibles intervenciones, encaminada a entrenarlos principalmente en el manejo de las conductas problema que les plantea alguno de sus hijos, (Sanz Yaque, 1985).

Dicho entrenamiento puede definirse como un conjunto de procedimientos para el tratamiento de los problemas de conducta de los hijos en casa. Los padres se reúnen con un terapeuta o "entrenador" que les enseña a usar un serie de técnicas específicas para modificar su interacción con los hijos, fomentar la conducta prosocial y disminuir las desviadas, (Kazdin, 1988).

El entrenamiento a padres tiene una serie de características generales:

- Usa técnicas de modificación de conducta, especialmente las basadas en el condicionamiento operante, (Kazdin, 1988).

- Utiliza paraprofesionales: los terapeutas implican a los padres en la terapia y éstos actúan en calidad de coterapeutas, (Graziano, 1977; Kazdin, 1988).

- Aumenta la eficacia en la terapia infantil, (Kazdin, 1988).

Las ventajas del entrenamiento a miembros de la familia (padres y cónyuges) serían:

- Los pacientes son menos reacios al tratamiento si lo lleva a cabo su propia familia; ya que no se incluyen elementos extraños (personas ajenas) y ser la familia el soporte activo de la intervención.

- Los éxitos obtenidos en cuanto a mantenimiento y generalización son más significativos, ya que se basan en un cambio en el subsistema familiar. Así, la familia que ha aprendido a interactuar de una forma más adecuada es probable que continúe haciéndolo y trascienda dichos logros a otras situaciones, (Berkowitz, y Graziano, 1972; Dumas, 1989).

- Se verifican mejor las tareas asignadas para casa, (Carnwath y Miller, 1989).

- Se reducen las visitas clínicas, (Carnwath y Miller, 1989).

- Se realiza un cambio en los patrones de refuerzo y aumenta el control ambiental, (Carnwath y Miller, 1989).

- Se proporcionan modelos para el mantenimiento, reincidencias y control de otros síntomas, (Carnwath y Miller, 1989).

Por lo tanto, al ser los padres coterapeutas el éxito del entrenamiento depende del grado de implicación de los mismos, (Graziano, 1977; Patterson, 1982).

El miedo es una respuesta normal que tiene una función adaptativa, ya que lleva a que el organismo evite las situaciones o cosas que lo puedan dañar.

En cambio, los miedos irracionales o reacciones fóbicas se caracterizan por lo siguiente, (Carrobles, 1985; Kennedy, 1988):

- Son una reacción excesiva, involuntaria e irracional.

- Suponen una respuesta no adaptativa.

- El contexto determina su importancia y su significado.

- Tienden a persistir y a prolongarse en el tiempo, aunque fluctúan en intensidad.

- No están relacionadas con la edad de desarrollo.

Siguiendo el modelo de aprendizaje social, tenemos tres posibles vías para la adquisición de dichas reacciones:

a) La experiencia directa.

b) La observación de otra persona, a través del llamado aprendizaje vicario.

c) La información a través de historias, tradiciones culturales, etc.

La manifestación de las fobias incluye los tres componentes del análisis de la conducta humana: sistema cognitivo, psicofisiológico y motor. Así, una fobia determinada puede afectar a otras áreas del comportamiento.

Los miedos en los niños no se han tenido muy en cuenta por los adultos, éstos tienden a minimizarlos pensando que son propios de determinadas edades y que, con el tiempo, desaparecen, (Kennedy, 1988). Sin embargo, no son ni transitorios ni benignos; por lo tanto, al igual que se hace con los adultos, deben ser estudiados y tratados, (Graziano, 1975), siendo recomendable una intervención que conlleve un entrenamiento y una actuación de los padres.

Se han descrito diversos casos de fobias en niños, en los que el papel activo de los padres (entrenados y en calidad de coterapeutas) ha sido fundamental: fobia a heridas corporales, (Ollendick y Gruen, 1972), ruidos fuertes, (Tasto, 1969), fobia al agua, (Bentler, 1962).

II. EXPOSICIÓN DEL CASO

1.- MOTIVO DE CONSULTA

P.A.L. tiene catorce años, cursa estudios de 1º de B.U.P. y acude a la consulta acompañada por sus padres. Estos son los que revelan su preocupación ante el hecho de que la hija se niega a dormir sola desde hace varios años. Así, a la hora de ir a acostarse, remolonea, se entretiene y suele decir: "no tengo sueño, quiero ver la T.V...". Se han dado cuenta de que este comportamiento suele aparecer cuando la niña está tensa porque hay tormenta, ha discutido con la familia, está preparando algún examen...

La adolescente se acuesta con la luz encendida y la puerta abierta (pese a que los padres duermen en la habitación de enfrente). Su sueño es ligero y se despierta y se desvela con facilidad. En estos momentos es cuando dice que las sombras y los ruidos de la habitación le dan miedo y acude al dormitorio de los padres para que alguno la acompañe y se acueste con ella.

En un principio los progenitores suelen negarse y le ordenan que vuelva a su cuarto, intentando no hacerle caso. P.A.L. permanece

en el umbral de la habitación de los padres, lloriqueando y llamándoles; tras sucesivos "intentos" ceden a su demanda y es la madre la que usualmente acaba acompañándola y durmiendo en su misma cama. A partir de aquí la niña se tranquiliza y duerme con normalidad.

2.- DATOS FAMILIARES

La paciente tiene un hermano de diecisiete años, que nunca ha planteado problemas. Tanto los padres como los abuelos reconocen que consienten y miman más a la niña ya que es la pequeña y la única nieta. Aparte de que "les sabe ganar", pues se muestra dulce y melosa con ellos.

Tiene un "temperamento fuerte", con lo cual se suele salir con la suya.

Los padres se muestran preocupados por el problema de la hija, porque se dan cuenta de que debería ser más independiente. La madre, en concreto, señala el hecho de que en ocasiones ve en la hija a una niña a la que incluso hay que vestir, y en otras, a una adolescente que se arregla (se viste y se maquilla como las demás) y sale con amigos de su edad.

3.- ESTUDIOS

No se muestra muy interesada por los mismos, le gustaría más aprender peluquería, con lo cual, no se refuerza. Eso sí, en época de exámenes se preocupa y se obsesiona.

4.- INTERESES Y MOTIVACIONES

Está interesada en:

- Hacer peluquería
- Jugar al balonmano
- Ir al gimnasio
- Estar con los amigos y retrasar la hora de vuelta a casa
- Ir a fiestas y discotecas

5.- OBSERVACIONES DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA

Se muestra nerviosa y juguetea con su ropa; se mantiene en un segundo plano durante la entrevista conjunta, sin hacer ningún comentario a lo que los padres van refiriendo. Cuando posteriormente se la entrevista sola, comienza a llorar y dice que no quería venir, que no le pasa nada, que no sabía a dónde la traían y que tendría que estar preparando un examen para el día siguiente.

Al mostrarse tan reticente y negativa, se decide incluir en la terapia a los padres y pedirles que actúen como "terapeutas".

6.- EVALUACIÓN

A través de las diversas entrevistas (semi-estructuradas), autoregistros semanales en los que se evaluaban las situaciones que provocaban ansiedad, junto con la identificación de sus distintos componentes (cognitivo, motor y fisiológico) y registro del grado diferencial de la ansiedad utilizando una escala de diez puntos (1-tranquila, 10-muy ansiosa) y autoinformes: Cuestionario de temores de Wolpe, FSS, III-122, (Carrobles, Costa, Del Ser y Bartolomé, 1986), con el propósito de detectar las áreas en las que aparecían problemas para centrar en ellas la intervención terapéutica, los datos recogidos son los siguientes:

Problema: le dan miedo la oscuridad, los ruidos, las sombras de la habitación, que alguien entre en su cuarto y le haga daño, estar sola en la cama, las tormentas.

Evolución: Hace unos tres años se cayó al agua en el puerto, aquella noche su madre durmió con ella en la misma cama ya que la paciente se encontraba muy nerviosa.

Frecuencia: Casi diaria y, como ya se ha comentado, aparece con más intensidad cuando está nerviosa, excitada o preocupada por algo: riñas, fiestas, tormentas, exámenes...

Gravedad: los padres son los que se quejan y a los que molestan dichas conductas desadaptativas de la paciente.

Determinantes biológicos: presenta alto nivel de activación muscular y autonómica.

Determinantes cognitivos: Sentimientos de miedo y preocupación, distorsiones cognitivas del tipo: "hay alguien en la habitación

que me va a hacer daño", "no voy a saber contestar las preguntas del examen...". Rumiación de la situación temida.

Determinantes motores: no se duerme, o se despierta con facilidad, da vueltas en la cama, llora, evita acostarse antes que los demás miembros de la familia y estar sola; deja la puerta de la habitación abierta y la luz encendida. Conductas de escape como: levantarse e ir a la habitación de sus padres en demanda de protección.

Descripción operativa del problema: Desde que se cayó en el puerto la paciente comenzó a tener dificultades con el sueño: estaba nerviosa, agitada, le costaba conciliar el sueño y se despertaba a menudo durante la noche. En aquella ocasión la madre durmió con ella. Y son esta protección y seguridad lo que sigue demandando en la actualidad cuando al estar nerviosa se despierta y no logra volver a dormirse.

El problema se mantiene al ceder los padres a la demanda de la hija, reforzando así su comportamiento.

7.- INTERVENCIÓN

La duración total de la terapia fue de doce sesiones (de noventa minutos cada una), con una periodicidad inicial semanal, que posteriormente y hacia el final del tratamiento, se redujo a quincenal. A lo largo de toda la intervención, P.A.L. mostró rechazo hacia la terapeuta y hacia la terapia, lo que llevó a la profesional a tomar la decisión de trabajar conjuntamente con los padres y convertirlos así en coterapeutas. En las sesiones se trabajaba separadamente con la adolescente y con los padres.

Tratamiento de la paciente

Se comenzó explicándole la función del psicólogo, así como las características más sobresalientes en la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las fobias. Lee el trabajo de Bonet, 1991: *Voy a aprender a ser un niño valiente, a no tener miedo, a no ponerme nervioso*. Todo ello, para atraerla hacia la terapia y despertar su participación activa, objetivo que se consiguió, parcialmente.

Posteriormente la intervención se basó en el aprendizaje y uso de diferentes técnicas de autocontrol, en concreto:

- Relajación de Jacobson
- Parada y cambio de pensamiento
- Autoinstrucciones
- Autorrefuerzo

El logro en el control de las respuestas motoras determinó que se introdujeran a continuación técnicas de contracondicionamiento, en concreto, generar respuestas incompatibles con la tensión y así se le recomendó a la adolescente que pintara y leyera en la habitación por la noche antes de acostarse (actividades agradables para ella). Por ello, se incrementaron las sensaciones placenteras que P.A.L. tenía en su cuarto, lo que le condujo a valorar más positivamente dicha habitación.

Una vez que tales técnicas de autocontrol estaban afianzadas y la paciente superó, sobre todo, la sensación de incapacidad, se incluyó una desensibilización sistemática (con exposición graduada) para lograr eliminar la tensión y el miedo que le producían determinados hechos y situaciones, entre otros, la oscuridad y estar sola en su cama.

Entrenamiento de padres

Se les informó claramente sobre los métodos operantes, (Carrobes, 1985; Peine y Howarth, 1989; Pear, 1991), y se dieron unas pautas sencillas de actuación en casa: cómo, cuándo actuar y qué decir. Se les instruye en la administración de refuerzos, en la extinción de respuestas y en la negociación de contratos. En resumen, se utilizaron:

a) Técnicas operantes

1. Refuerzo

- 1.1. Aprobación familiar (de los intentos y logros de P.A.L. en la terapia)
- 1.2. Distanciar las visitas a la consulta
- 1.3. Ir al gimnasio
- 1.4. Salidas nocturnas con amigos
- 1.5. Practicar el balonmano
- 1.6. Realizar prácticas de peluquería

2. Extinción

b) *Técnicas de aprendizaje social*

1. Contratos y manejos de contingencias

Durante las sesiones se resolvían dudas, se daban -en caso necesario- explicaciones complementarias y se señalaban nuevas metas.

Los progenitores aprendieron y utilizaron dichas técnicas con suma habilidad, lo que sin duda se debió a que en todo momento estuvieron muy implicados en la terapia.

Con el fin de que el entrenamiento se generalizara a las situaciones diarias, la terapeuta adoptó una actitud menos directiva y se espaciaron las visitas progresivamente (pasaron de ser semanales a quincenales).

8.- RESULTADOS

- Se acuesta a las 23,30 horas; previamente los padres le recuerdan que ha de hacer la relajación y que si en algún momentos, a lo largo de la noche, se despierta, ha de tener presentes y actuar en relación con las cuatro fases, (Bonet, 1991): preparación, enfrentamiento, pérdida de control y final.

- Se instala una lámpara de mesilla (de baja potencia) que posteriormente se elimina.

- Comienza a dormirse antes y su sueño es más profundo.

- En los primeros momentos de la terapia, si llamara a sus padres, éstos acudirían, pero en ningún caso se acostarían con ella en la misma cama, sino en la de al lado. Posteriormente, conforme la terapia, fue avanzando, ya no solicitaba su atención e iba utilizando sus propios recursos (técnicas de autocontrol adquiridas a la consulta y afianzadas en casa por los padres).

- Dice sentirse más a gusto en su habitación

- La puerta permanece abierta. Luego duerme con ella cerrada.

- Si durante la noche tiene necesidad de levantarse (para beber agua, ir al baño, etc.) lo hace sin pedir ayuda y con la luz apagada.

- Utiliza una bolsa de agua caliente (el calor la relaja)

- Realiza ejercicio físico que también la tranquiliza y, a la vez, le sirve de refuerzo, pues este tipo de actividad le gusta.

III. COMENTARIOS FINALES

La terapia conjunta realizada con los padres y con la paciente hizo que:

- El tratamiento fuera más eficaz: tanto en relación a la negativa de P.A.L. a someterse al mismo, así como a su mantenimiento y generalización.

- La terapia fue más rápida de lo que se esperaba, las visitas totales fueron doce, cuya duración fue de una hora y treinta minutos cada una.

- La familia se implicó en el problema y actuó de un modo activo para solventar el mismo. Se dió un cambio en los patrones de refuerzo y control del ambiente familiar.

Tras un seguimiento telefónico realizado a lo largo de seis meses (no se pudo continuar a causa del traslado de localidad de la familia), se comprobó el mantenimiento de los éxitos señalados.

Recordemos la importancia del trabajo de padres en el tratamiento de fobias en niños. En nuestro caso el entrenamiento de padres fue una de las intervenciones realizadas con el fin de implicar a la familia (en concreto, a los padres) en el manejo de fobia a la oscuridad y miedo a estar sola en la cama que presentaba la adolescente. Así, la terapeuta entrenó a los progenitores para que aprendieran a usar una serie de técnicas basadas en la modificación de conducta y cambiar el comportamiento de la paciente.

Podemos concluir que los logros alcanzados con la intervención se debieron en gran medida a la colaboración e implicación de los padres, que actuaron en calidad de coterapeutas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bentler, P.M. (1962). An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 185-189.
- Berkowitz, B.P. y Graziano, A.M. (1972). Training parents as behavior therapists: A review. *Behavior Research and Therapy*, 10, 197-317.
- Bonet, T. (1991). *Voy a aprender a ser un niño valiente, a no tener miedo, a no ponerme nervioso*. Valencia. Promolibro-Cinteco.

- Carnwath, T. y Miller, D. (1989). Trabajo con familiar. En *Psicoterapia Conductual en Asistencia Primaria: Manual Práctica*. Barcelona. Martínez Roca.
- Carrobes, J.A. (1985). El Modelo Conductual o del Aprendizaje Social: Enfoques y Aplicaciones. En *Análisis y Modificación de Conducta II: Aplicaciones Clínicas*. Madrid, UNED.
- Carrobes, Costa, Der Ser y Bartolomé (1986). Cuestionario de temores de Wolpe. En *La práctica de la terapia de conducta: Teoría y método de aplicación para la práctica clínica*. Valencia. Promolibro.
- Dumas, J.E. (1989). Treating Antisocial Behavior in Children: Child and Family Approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Graziano, A.M. (1975). *Behavior Therapy with Children*. Chicago. Aldine.
- Graziano, A.M. (1977). Parents as behavior therapist. *Progress in behavior modification*, 4, 251-298.
- Kazdin, A.E. (1988). *Tratamiento de la Conducta Antisocial en la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona. Martínez Roca.
- Kennedy, W.A. (1988). Reacciones obsesivo compulsivas y fóbicas. En Ollendick, T.H. y Hersen, M. *Psicopatología Infantil*. Barcelona. Martínez Roca.
- Navarro Góngora, J. (1990). *La terapia familiar como opción terapéutica*. Psiquis, XI, 27-39.
- Ollendick, T.H. y Gruen, G.E. (1972). Treatment of a bodily injury phobia with impositive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 389-393.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family processes*. Eugene, O.R. Castalia Publishing Company.
- Pear, J.J. (1991). Métodos operantes. En Caballo, V.E. (comp.). *Manual de técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Peine, H.A. y Howarth, R. (1989). *Padres e hijos. Problemas Cotidianos de Conducta*. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Sanz Yaque, A. (1985). Terapia familiar. En Carrobes, J.A. *Análisis y Modificación de la Conducta II: Aplicaciones Prácticas*. Madrid. UNED.
- Tasto, D.L. (1969). Systematic desensitization, muscle relaxation and visual imagery in the counter conditioning of a four year old phobic child. *Behavior Research and Therapy*, 7, 409-411.