



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/ 2016  
Convocatoria de Junio

**Modalidad:** Estudio de caso único

**Título:** Intervención cognitivo-conductual en un caso de miedo infantil

**Autor:** Betsaida Sánchez Hurtado

**Tutor/a:** Diego Macià Anton

Elche a 14 de Junio de 2016

## Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Descripción del caso.....	5
3.1 Identificación del paciente.....	5
3.2 Historia del problema y motivo de consulta.....	5
3.3 Evaluación del caso.....	6
3.4 Análisis topográfico.....	8
3.5 Análisis funcional.....	8
3.6 Aplicación del tratamiento.....	10
4. Resultados.....	16
5. Discusión.....	17
6. Referencias.....	19
Tabla 1. Planificación de las sesiones de evaluación y tratamiento.....	13
Tabla 2. Evaluación inicial y final del miedo de Hugo.....	17
Figura 1. Esquema del análisis funcional.....	9
Figura 2. Puntuación en el registro de sueño infantil.....	16

## Resumen

En este trabajo se presenta el caso de un niño de 5 años con miedo a la oscuridad que se negaba a dormir solo y atrasaba el momento de irse a dormir mediante conductas opositoras. Se realizó una evaluación conductual mediante entrevista, se aplicó el Inventario de miedo a la Oscuridad, la Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad (EMO), la Escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS) y autoinforme del miedo infantil, así como registros de observación del sueño infantil. Tras la evaluación se llevó a cabo la devolución del análisis funcional y topográfico, se plantearon los objetivos de la intervención y se determinaron las técnicas de intervención, tales como respiración diafragmática, técnicas de visualización y exposición progresiva y en vivo de las situaciones evitadas. El tratamiento se basó en el Protocolo Terapéutico para niños y adolescentes con fobia a la oscuridad de Orgilés, aplicado por los padres en el contexto natural y se desarrolló en 8 sesiones. Se discuten los resultados de la intervención, que confirman la eficacia del tratamiento basado en ser breve, intenso, con el uso del juego para la exposición en el tratamiento. Su realización fue en el hogar mediante entrenamiento a padres.

*Palabras clave: Experimento de caso único, miedo infantil, tratamiento cognitivo-conductual, fobia a la oscuridad, protocolo terapéutico, ansiedad*

## Introducción

La fobia a la oscuridad es uno de los problemas más frecuentes por los que los padres solicitan tratamiento psicológico para sus hijos. La mayoría de los niños tienen miedo a dormir solos en algún momento de su vida, especialmente entre los 3 y los 6 años, cuando no son capaces de diferenciar la realidad de la fantasía.

La prevalencia de la fobia a la oscuridad en niños españoles se sitúa en torno al 2 por 100 aproximadamente, convirtiéndose en una de las fobias específicas más frecuentes en la infancia (Orgilés, 2014).

Un porcentaje muy elevado de ellos (generalmente por encima del 40%) suelen padecer miedos importantes que a veces interfieren de forma significativa en su desarrollo. Adquiere una especial relevancia y unas dimensiones particulares debido a que: 1) Interfieren en su desarrollo y maduración interpersonal, 2) perturba su rendimiento académico, 3) altera el funcionamiento y equilibrio familiar, 4) puede agravarse y constituir un factor de riesgo para otros trastornos psiquiátricos (depresión, drogadicción, etc.), y 6) es común que los trastornos que manifiestan los adultos se generen durante la infancia o adolescencia (Sandín, 1997).

La fobia a la oscuridad impedirá a los niños disfrutar de actividades que son habituales a su edad, siendo a su vez, un trastorno con importantes repercusiones en el ámbito familiar. La insistencia en dormir acompañados puede provocar otros problemas tales como estrés por parte de los progenitores al sentirse incapaces de manejar el problema de su hijo, o por las interferencias producida en sus tareas o rutinas diarias. Además, es común la falta de discrepancias en la pareja al no estar de acuerdo con las pautas que deben aplicar, mostrando un estilo educativo inconsistente. El cansancio después de una noche con frecuentes llamadas es considerable, es el causante del insomnio en adultos (American Academy of Sleep Medicine; Sleep Research Society, 2016). Así como una mayor irritabilidad y sentimientos negativos hacia su hijo. En otras ocasiones también, el problema repercute en los hermanos quienes por medio del aprendizaje por observación pueden reproducir las conductas de miedo (Mooney, Graciano, Katz, 1985).

Los estudios realizados donde se revisan los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad, los programas multicomponente alcanzaron los mejores resultados cuando los tratamientos eran breves e intensivos, incluían exposición en vivo con el estímulo fóbico, entrenamiento individual y la participación de los padres en la terapia (Orgilés, Méndez y Rosa, 2005). De este modo tras el entrenamiento de los padres es posible llevar a cabo la intervención en el contexto natural donde se desarrolla el problema y aumenta la probabilidad de éxito del tratamiento (Méndez, Orgilés y Espada, 2009)

De esta manera, la mayor parte de tratamientos implican la exposición a los estímulos temidos, pues dicha exposición junto con la ausencia de las consecuencias temidas, tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas (Sosa y Capafons, 2005). Siendo que la mejor forma de conseguir que el niño se exponga a los estímulos temidos es mediante el uso del juego (Méndez, Orgilés y Espada, 2003)

Así, la finalidad de este estudio es comprobar, en un caso único, la eficacia del protocolo terapéutico para niños y adolescentes con fobia a la oscuridad de Mireia Orgilés (2014). Este es un protocolo multicomponente de duración breve e intensa, que incluye elección de la técnica de exposición en vivo para el tratamiento, entrenamiento individual del niño en estrategias de afrontamiento para la exposición a la oscuridad, tales como el entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad, modificación de los pensamientos ansiógenos, reducción de los miedos imaginarios o reales, aplicado en el contexto natural, mediante la participación de los padres en la terapia.

## Descripción del caso

### Identificación del paciente

El paciente es un niño de 5 años al que llamaremos Hugo. Se encuentra en 1º de Infantil en un colegio público. Pertenece a una familia reconstituida de nivel sociocultural/económico medio. Es el menor de tres hermanas. En la actualidad vive con su padre, madre y una de sus hermanas, de 16 años. La hermana mayor, de 25 años, vive fuera de casa, pero mantiene contacto con frecuencia con la familia. La 3º hermana, de 17 años, por parte de padre, es fruto de una relación anterior de este. No reside en el domicilio familiar, y mantiene poco contacto con el núcleo familiar.

### Historia del problema y motivo de consulta

La madre explica que Hugo nunca ha llegado a dormir en su cama solo desde que le quitaron la cuna. Para dormirse lo hace primero en la cama de los padres, y una vez dormido, estos lo pasan a la cama de su habitación. También comenta que la gran mayoría de noches Hugo tiene pesadillas. Se despierta llorando, y gritando, pidiéndole a sus padres que vayan a la habitación porque tiene miedo y hay zombies o monstruos. La madre dice que, en estas situaciones en las que se despierta en mitad de la noche por pesadillas, Hugo nunca ha ido a la habitación de sus padres, no sale al pasillo a oscuras. Ante estas situaciones los padres,

con más frecuencia el padre, va a la habitación enciende las luces y se lo lleva a dormir con ellos el resto de la noche.

Cuando llega la hora de ir a dormir lo alarga todo lo que puede o poniendo excusas “ahora no, que quiero ver la tele”, “es que quiero una lechita” (lechita es un batido de chocolate), “no he terminado de ver tito yayo” o cualquier otra. Si se le fuerza a ir a dormir, apagando la tele, quitándole el ordenador, no accediendo a que vea otro capítulo, dejarle que se tome algo de comer, Hugo llora, chilla, se tira al suelo, y en ocasiones, da golpe o tira cosas. Solo accede a ir a dormir si los padres le ponen la televisión en la habitación de matrimonio y allí sigue viéndola con ellos, hasta que se queda dormido. Siendo esta la solución adoptada por los padres para evitar las conductas disruptivas anteriormente mencionadas a la hora de irse a dormir. La madre comenta que en su segundo domicilio veraniego presenta las mismas conductas, aclarando que en este domicilio Hugo no tiene habitación propia sino que comparte habitación con ellos.

Por otro lado, Hugo muestra además miedo para ir al baño solo, a la cocina a por agua o cualquier otra habitación de la casa si está apagada la luz. Siempre pide a sus padres o hermanas que lo acompañen. El niño expresa que no va porque le da miedo la oscuridad. Tampoco permanece en una habitación solo a menos que haya alguien más en ella. La madre aprecia que esto sucede por la noche y por el día, aumentando su intensidad cuando empieza a oscurecer, aunque tenga la luz encendida, entonces Hugo llama a alguien para que vaya y esté en la habitación en la que se encuentre con él. La progenitora explica que como intento de solución también ha intentado encender la luz y decir que no podía ir, animando al niño que fuera solo a otra habitación. A lo que él responde llorando de forma intensa, pidiendo que le acompañara y gritando, mostrando síntomas de ansiedad. Y finalmente no yendo.

La madre también ha probado a irse de una habitación en la que se encuentra con él, sin él, sin encender las luces del pasillo, hasta otra habitación. Cuando el niño se da cuenta, llora y pide a la madre que vuelva. No saliendo en ningún caso al pasillo, se queda en la habitación paralizado. Como resultado los progenitores suelen acudir a ayudarlo y calmarlo.

La madre atribuye esta falta de autonomía a la actitud sobreprotectora del padre. Con el que dice tener discrepancias en cuanto al tratamiento del tema del miedo del niño, en mayor medida con que duerma con ellos en la cama.

## **Evaluación del caso**

Para la evaluación del caso se realizó una primera entrevista con la madre del menor, utilizando la *Guía para la entrevista con los padres* propuesta por (Orgilés, 2014) con la que

se recabó información sobre el motivo de consulta e historia del problema. Mediante dicha entrevista se indagó sobre las situaciones en las que se producían las conductas fóbicas, las características de dichas conductas, las reacciones del niño ante la oscuridad, la reacción de los padres ante las conductas del niño, y las consecuencias que se producían después de ellas, así como las rutinas para ir a dormir e información sobre un posible diagnóstico diferencial con ansiedad por separación y ansiedad generalizada debido a la edad del niño.

Una vez realizada la entrevista con la madre se realizó una entrevista con el niño utilizando la *Guía para la entrevista con el niño* (Orgilés, 2014) para conocer la experiencia subjetiva de ansiedad del niño, así como complementar y confirmar la información proporcionada por la madre sobre el motivo de consulta, el estímulo fóbico, la respuesta del niño ante la oscuridad, la reacción de los padres y otros familiares y las repercusiones negativas de las mismas.

En formato de entrevista también le fue aplicado al niño el *Inventario de miedo a la oscuridad* (Méndez, Orgilés y Espada, 2009), formado por 45 ítems relacionados con la oscuridad y que permite conocer qué tipo de estímulos o situaciones relacionadas con la oscuridad teme el niño.

Para conocer si el miedo a la oscuridad se trataba de un miedo evolutivo o una fobia se administró la *Escala de evaluación del miedo a la Oscuridad* (EMO) (Méndez y Santacruz, 1996) basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. La escala está formada por 10 ítems y una escala de estimación de once puntos que oscila de nada de miedo (0) a muchísimo miedo a la oscuridad (10).

Con el fin de establecer la línea base, se administró a lo largo de cada semana, el *registro de observación de sueño infantil* propuesto por (Orgilés, 2014) para conocer la frecuencia de la respuesta de ansiedad, su duración, intensidad, situación que la antecede y la reacción de las personas que se encuentran con el niño, para posteriormente poder planificar el tratamiento. Este registro permitió conocer la hora en la que se indica al niño que debe ir a dormir, la hora en la que se duerme, hora en la que se despierta, las ayudas que necesita el niño para dormir y los episodios de miedo durante la noche. Dichos registros fueron cumplimentados por la madre cada mañana plasmando la información de la noche anterior. Habiéndosele explicado previamente como administrar dicha estrategia de evaluación.

Por otro lado, para conocer los hábitos del niño al ir a dormir se utilizó el *Autoinforme de miedo infantil* (Orgilés, Owens, Espada, Piqueras y Carballo, 2013) Está formado por 16 ítems y cuatro subescalas que recogen información sobre las rutinas diarias para ir a dormir y las ayudas que el niño necesita, las conductas de evitación o de afrontamiento que el niño lleva acabo, y las conductas de seguridad. La calidad del sueño percibida por el niño y el rechazo a ir a la cama y permanecer acostado por la noche.

Además, para llevar a cabo el diagnóstico diferencial de la fobia a la oscuridad con el trastorno de ansiedad por separación o con el trastorno de ansiedad generalizada, debido las respuestas comunes que comparten dichos trastornos, se utilizó la *Escala de ansiedad infantil* de Spence (SCAS) (Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada, 2012) formada por 45 ítems que evalúan los 6 trastornos por ansiedad más frecuentes en la infancia y adolescencia. La subescalas para la ansiedad por separación y para la ansiedad generalizada constan de 6 ítems cada una. Para cada síntoma, se debe indicar la frecuencia de ocurrencia en una escala de cuatro valores: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3).

Una vez concluida la evaluación, y atendiendo a los criterios diagnósticos para la fobia específica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014), se observó que el niño cumplía con todos los criterios diagnósticos, excepto el referente al momento de desarrollo evolutivo, puesto que Hugo hace 4 meses que ha cumplido 5 años en el momento de la evaluación, por lo que el miedo a la oscuridad que presentaba podría ser considerado un miedo común en la etapa evolutiva del desarrollo en la que se encontraba, en la que además predominan los miedos a seres imaginarios (fantasmas, monstruos, etc.) (Orgilés, 2014). Teniendo en cuenta que los miedos que son transitorios y están vinculados a la edad no deberían ser considerados como fobias (King, 1994)

Sin embargo, este criterio no se consideró motivo para posponer el tratamiento, ya que en consonancia con el estudio de King (1994) donde destacan como características relevantes la magnitud o intensidad, el efecto desadaptativo y la duración de las conductas problema. Concluyendo que el criterio más significativo para definir un miedo como fobia es el que tenga en cuenta el malestar personal (sufrimiento) y la interferencia con el estilo de vida cotidiana del niño/adolescente.

Así la decisión de iniciar la terapia se basó en el grado significativo de malestar del menor y la interferencia en el funcionamiento familiar.

### **Análisis topográfico**

A través de las entrevistas y los registros, la madre de Hugo indica que el niño sufre un elevado malestar todos los días de la semana en el momento de tener que irse a dormir. El niño manifiesta su ansiedad mediante rabietas, lloros, gritos, poniendo excusas para no ir a la cama, etc. que suelen durar de entre 45 minutos a una hora.

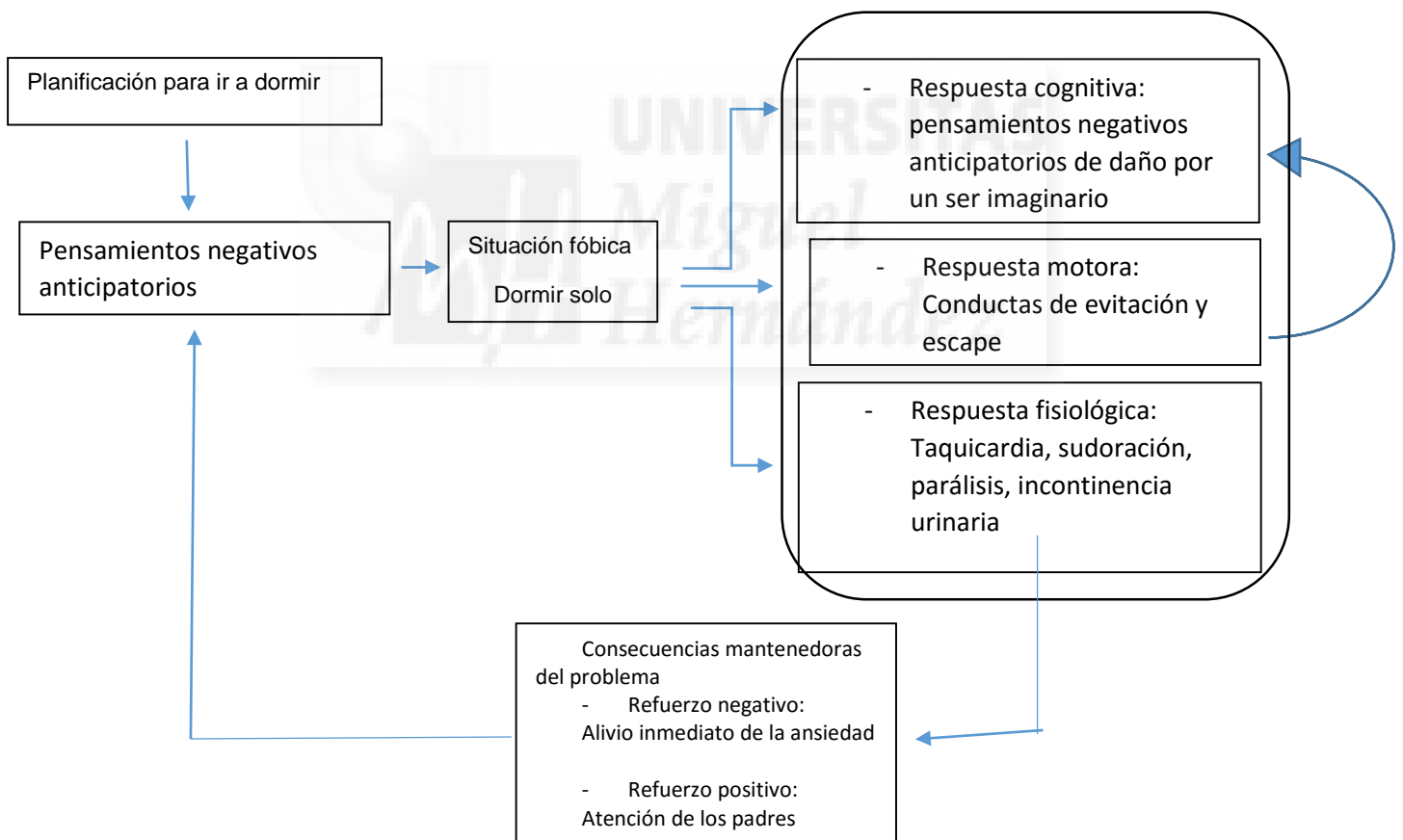
### **Análisis funcional**

A través del análisis funcional del caso se pudo determinar cómo los estímulos que preceden la respuesta de ansiedad de Hugo eran la oscuridad y los pensamientos negativos anticipatorios al momento de irse a la cama. Las conductas problema que experimentaba eran



de tipo cognitivo (preocupación y pensamientos negativos), donde el tema central de sus pensamientos es la posible aparición de algún ser imaginario como zombies o monstruos en su habitación; conductas de tipo psicofisiológico tales como taquicardia, sudoración, incontinencia urinaria, rigidez muscular; y conductas motoras tales como llorar, poner excusas, dormir en la cama de sus padres, llamarlos para que acudieran a su habitación, encender la luz, siendo estas conductas de evitación y escape. La principal consecuencia que favorecía el mantenimiento de la conducta problema es la desaparición inmediata de la ansiedad del niño, siendo ésta un refuerzo negativo. Y la atención que recibe por parte de sus padres, que actuaba como refuerzo positivo, produciéndose en ambos casos un aprendizaje por condicionamiento operante (Figura 1).

**Figura 1.** Esquema del análisis funcional del caso



### Aplicación del tratamiento

Los objetivos terapéuticos que se plantearon, teniendo en cuenta las características del caso, son:

- a) Que Hugo durmiera solo en su habitación sin ayuda
- b) Eliminar las llamadas a los padres por la noche
- c) Instaurar hábitos adecuados para el momento de ir a dormir
- d) Eliminar los miedos imaginarios a los monstruos

El tratamiento de elección para este caso fue el Protocolo Terapéutico para niños y adolescentes con fobia a la oscuridad de Orgilés. Propuesta de intervención que combina elementos educativos, conductuales y de terapia cognitiva, y que es aplicable con niños a partir de los 6 años de edad. El tratamiento constó de un total de 8 sesiones de frecuencia semanal y duración de una hora, hora y media aproximadamente. Estando el seguimiento previsto a los 3, 6 y 12 meses de la finalización del tratamiento.

### **Sesión 1: evaluación del caso**

La primera sesión se dedicó a la evaluación inicial del caso únicamente con la madre. En ella se le pidió que completara la *EMO*. También se le entregó el *Registro de sueño infantil* para que cumplimentara cada día de la semana.

### **Sesión 2: evaluación del caso**

Se dedicó a recoger información del caso a través del niño. Se inició la entrevista al niño siguiendo *el Guion de la entrevista con el niño* propuesta por Orgilés (2014). A continuación se le administró el *Inventario de miedo a la oscuridad* y el *Autoinforme de Sueño Infantil* en forma de entrevista atendiendo a las capacidades del niño, siendo realizada por parte de la terapeuta.

Fue recogido el registro de sueño infantil cumplimentado por la madre, así como se le informó de que se examinaría toda la información proporcionada por ella y por el niño, y en la siguiente sesión se le daría información sobre el problema y la propuesta de tratamiento.

### **Sesión 3: fase educativa**

Se comenzó comentando los resultados de la evaluación con la madre. Según los resultados obtenidos en la *Escala de Miedo a la Oscuridad* Hugo cumpliría con el diagnóstico de fobia específica, aunque atendiendo al momento del desarrollo evolutivo en el que se encontraba el niño como se comenta en el apartado de *evaluación del caso*. Según los resultados obtenidos en el *Inventario de Miedo a la Oscuridad*, Hugo resalta el miedo a la oscuridad, a las pesadillas y a los seres imaginarios.

La sesión fue dedicada además a la psicoeducación de la madre acerca de que es la ansiedad y sus características, los mecanismos de adquisición y mantenimiento de las conductas en el caso de Hugo, así como las características de las conductas de miedo. Le fue explicada la asociación que Hugo había realizado con respecto a la oscuridad según el aprendizaje de condicionamiento clásico, operante y observacional. Se le explicó la asociación que se establece cuando el niño es atendido con la luz encendida, al despertarse alterado por una pesadilla en mitad de la noche, y como el niño asocia la luz con la seguridad que le transmite la presencia de la madre, y relaciona la oscuridad con el miedo que le producen las pesadillas a solas en la habitación.

Se puso en conocimiento de la madre como Hugo obtiene como ganancia la atención de sus padres durante la noche, además del cese de la ansiedad, siendo reforzante para él. De la misma manera, se le explicó como Hugo observando películas y series de zombies, percibe que muchas cosas negativas ocurren por la noche, lo cual fomenta su miedo a la oscuridad.

Por último, en esta sesión se realizó la propuesta de tratamiento, y se plantearon los objetivos del mismo remarcando la necesidad de implicación de ambos progenitores y la importancia de un papel activo por su parte puesto que el tratamiento se llevaría a cabo en casa. Dado que en la evaluación del caso se detectaron rutinas no adecuadas para ir a dormir, se concretaron durante la sesión pautas para la hora de ir a la cama con las que se determinaron la hora de ir a la cama, quien le daba a Hugo la orden de ir a dormir, la rutina a seguir en el proceso de acostarse y la hora en la que el niño se levantaría.

Durante la sesión se recomendó la lectura a la madre del psicocuento *Un libro que guía: El miedo a la oscuridad* (Orgilés, 2016) para casa. Se recogió el registro de sueño infantil y se entregó uno nuevo.

#### **Sesión 4: fase educativa con el niño y aprendizaje de técnicas de control de la ansiedad**

La cuarta sesión se llevó a cabo con el niño, en la que se le explicó por qué temía a la oscuridad y se aclararon las dudas que planteó. Se le explicó de forma lúdica los objetivos del tratamiento, cómo y por qué debía exponerse a su miedo a la oscuridad y que aprendería estrategias que le ayudarían a enfrentarse a él.

La segunda parte de la sesión se dedicó a explicarle a Hugo como respirar lenta y profundamente, proporcionando modelado y practicando los ejercicios junto con la terapeuta.

Para finalizar la sesión se le explicó a la madre, junto con el niño, que este estaba aprendiendo técnicas de respiración, enseñando a la madre también los ejercicios de respiración para ponerlos en práctica en casa una vez al día. Junto con esto se le entregó un

registro para que cumplimentar cada vez que se practicara la técnica, y se le entregó un nuevo registro de sueño infantil para la semana siguiente.

### **Sesión 5: Reducción de los miedos imaginarios**

El objetivo de esta sesión fue intervenir en los miedos imaginarios a monstruos que presentaba el niño mediante exposición en imaginación a través del dibujo. Para ello se le pidió a Hugo que dibujara al ser que imaginaba, el cual realizó como un zombie chico con la ropa rota, pálido, enfadado y sangre en la cara que caminaba hacia él porque se lo quería comer. Junto con la terapeuta Hugo dibujó el zombie que le asustaba y una vez hecho se le preguntó si se le ocurría alguna forma de cambiar ese dibujo para que no le diera miedo y le gustara. Se le explicó que igual que era capaz de imaginar un ser con un aspecto físico que le daba miedo, podía imaginar que ese ser cambiaba de imagen a una que no le diera miedo.

Además, se le instruyó a madre e hijo, en evocar recordara recuerdos felices y relajantes para él, para que tratara de recordar esos momentos a la hora de ir a dormir o cuando se despertara de una pesadilla, de forma que desviara su imaginación de escenas agradables que competían con las escenas ansiógenas y que le ayudaría a relajarse y evitar imaginar seres extraños. En esto último se le entrenó a la madre también para que pudiera ayudar al niño a realizarlo en los momentos en que se necesitara. También se les recuerda practicar la respiración lenta y profunda.

En la parte final de la sesión se pidió a la madre el registro de sueño infantil y se le entregó un nuevo registro que utilizarían a lo largo de la semana siguiente.

### **Sesión 6: Aprendizaje de la aplicación de la técnica de exposición al miedo.**

La sesión número 6 comenzó explicando a la madre, sin que estuviera Hugo presente, en qué consistía la exposición y cuál es su función en el tratamiento. Al tratarse de un niño de 5 años se acordó con la progenitora realizar la exposición de forma lúdica a través de juegos y cuentos (Méndez, 2012). Para ello se elaboró una jerarquía de exposición a partir de la línea base de las condiciones en las que dormía Hugo en ese momento (en la cama con los padres, luz encendida, etc.). Además, se planificó junto con la madre el sistema de reforzamiento que se emplearía para reforzar las conductas de afrontamiento del niño, comentándose las actividades que se realizarían durante esa semana, así como se planificó cómo iba a utilizarse la economía de fichas (Orgilés, Méndez y Espada, 2005).

La segunda parte de la sesión se realizó en presencia del niño, al que se le explicó en qué consistiría la exposición y que se utilizaría un sistema de reforzamiento de sus conductas de afrontamiento. La intervención comenzó con la lectura del cuento *Alex: Una misión secreta* (Gavino, 2016).

Se resolvieron las dudas que se plantearon y por último se le entregó el registro de ítems de la jerarquía, el registro de fichas, se recogió el registro de sueño infantil y se entregó uno nuevo para la semana siguiente.

### **Sesión 7: Supervisión de la aplicación de la exposición.**

Esta sesión consistió en supervisar la exposición a la oscuridad. Para comenzar se revisó con la madre cómo habían transcurrido las tareas de exposición de la primera semana. Se resolvieron las dudas surgidas y los posibles problemas. Además se recogió el registro de sueño infantil y se entregó uno nuevo.

### **Sesión 8: Evaluación de los resultados del tratamiento**

Se valoró la intervención mediante entrevista a la madre. Se recordaron las pautas básicas para posibles episodios de oposición a la hora de ir a dormir. Se le pidió además que cumplimentara de nuevo la Escala de Miedo a la Oscuridad. Se volvió a aplicar el Inventario de Miedo a la Oscuridad al niño.

TABLA 1. Planificación de las sesiones de evaluación y tratamiento.

<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tareas para casa</b>
<b>1.<sup>a</sup></b>	Evaluación: recoger información sobre el problema.	<u>Con la madre:</u> Entrevista y aplicación de la <i>Escala de evaluación del miedo a la oscuridad</i>	Cumplimentar cada noche el registro de sueño
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrección de los instrumentos de evaluación administrados.</li> </ul>	
<b>2.<sup>a</sup></b>	Evaluación: recoger información sobre el problema	<u>Con el niño:</u> Entrevista, aplicación del <i>Inventario de miedo a la oscuridad</i> y el <i>autoinforme de sueño infantil</i> .	Cumplimentar cada noche el registro de sueño infantil.
		Entrenamiento de estrategias de	

		afrontamiento a la ansiedad. Revisión del registro de sueño infantil.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrección del Inventario de miedo a la Oscuridad, del Autoinforme de sueño infantil.</li> <li>• Análisis topográfico y funcional del caso</li> <li>• Planteamiento de los objetivos del tratamiento.</li> </ul>	
3. <sup>a</sup>	Evaluación: Devolución de información y fase educativa.	<u>Con la madre:</u> Información sobre la génesis y mantenimiento de la fobia. Información sobre el tratamiento. Pautas con la madre para casa.	Cumplimentar cada noche el registro de sueño infantil.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación del entrenamiento en respiración.</li> </ul>	
4. <sup>a</sup>	Evaluación: Devolución de información y fase educativa. Aprender técnicas de control de la ansiedad.	<u>Con el niño:</u> Información sobre la génesis y mantenimiento de la fobia. Entrenamiento en técnicas de respiración.	Cumplimentar cada noche el registro de sueño infantil. Práctica de respiración.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de la técnica de exposición para los miedos imaginarios.</li> </ul>	
5. <sup>a</sup>	Reducir los miedos imaginarios	<u>Con el niño:</u> Exposición en imaginación a los miedos imaginarios	Cumplimentar cada noche el registro de sueño infantil. Práctica de respiración.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de la técnica de exposición al miedo</li> </ul>	
6. <sup>a</sup>	Aprender a aplicar la técnica de exposición al miedo.	<u>Con los padres:</u> Entrenamiento en la aplicación de la exposición	Cumplimentar cada noche el registro de sueño infantil.

		<p>Información sobre el sistema de reforzamiento.</p> <p><u>Con el niño:</u> Explicación de la técnica de exposición y sistema de reforzamiento.</p>
7. <sup>a</sup>	Supervisar la aplicación de la exposición	<p><u>Con los padres:</u> Supervisión de los resultados de la exposición. Complimentar cada noche el registro de sueño infantil</p> <p><u>Con el niño:</u> Reforzamiento de los logros</p>
Última sesión	Evaluación de los resultados del tratamiento	<p><u>Con los padres:</u> Entrevista Se revisa el registro de sueño infantil Completan la <i>Escala de evaluación del miedo a la oscuridad.</i></p> <p><u>Con el niño:</u> Reforzamiento de los logros terapéuticos.</p>
Última sesión		<p>Pautas de afrontamiento de las recaídas.</p>

## Resultados

El tipo de diseño de investigación empleado fue un diseño de tipo A – B cuasiexperimental de caso único con evaluación conductual antes y durante el tratamiento. Habiéndose realizado a su vez dos tipos de valoraciones pre y post tratamiento mediante cuestionarios.

A continuación se presenta en la Figura 2 las puntuaciones del *Registro de sueño infantil*, donde se observa como el miedo fue disminuyendo presentándose un pico en el momento del tratamiento en el que se comenzó con la exposición a la oscuridad siendo un resultado esperado. El miedo por la noche va disminuyendo hasta niveles no disruptivos para el menor y la familia, acostándose sin la necesidad de protestas ni llantos. Los resultados indican ausencia de fobia a la oscuridad, aunque la madre refiere durante la observación por las noches un pequeño grado de miedo a la oscuridad, pesadillas y películas o cuentos de miedo, pero no lo considera problemático. Se adjuntan los resultados de varias pruebas (Tabla 3).

Figura 2. Puntuación en el Registro de sueño infantil



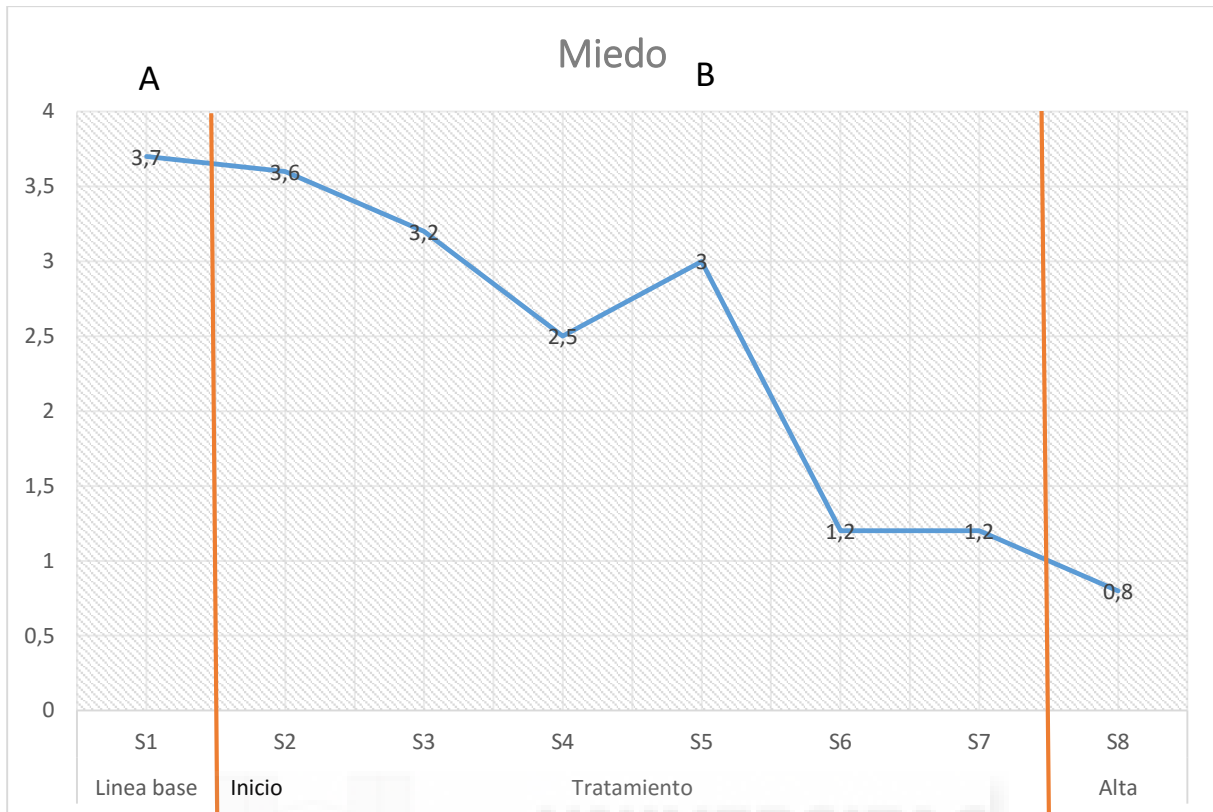


Tabla 2. Evaluación inicial y final del miedo de Hugo.

Test	Puntuación pretest	Puntuación posttest	Rango	Interpretación Pretest	Posttest
Escala de miedo a la oscuridad	63	14	0-100	Diagnóstico de fobia específica	No diagnóstico de fobia específica
Inventario de miedo a la oscuridad	37	4	0-90	Miedos relacionados con seres imaginarios y películas	Miedo a las pesadillas
Registro de observación	3,7	0,6	0-4	Mucho miedo a la hora de acostarse	Poco miedo o ningún miedo al acostarse.
Autoinforme de sueño infantil	11	4	0-32	Problemas muy puntuales para dormir.	Ningún problema para dormir.

Escala de Ansiedad para Niños de Spence	27/11 (subescala de miedos a daños físicos)	12	0-112
			Puntuaciones bajas en todas las escalas menos en la subescala de miedo a daños físicos que es mediana.
			Puntuaciones bajas en todas las subescalas. Ningún síntoma asociado a ningún trastorno.

---

## Discusión

Tras los resultados obtenidos se confirma la eficacia del Protocolo Terapéutico para niños y adolescentes con fobia a la oscuridad de Orgilés (2014), pues se observó cómo tras seis semanas de tratamiento el niño adquiere las habilidades necesarias para afrontar eficazmente la situación temida experimentando el menor nivel de malestar.

De acuerdo con estudios anteriores (Orgilés, Méndez y Rosa, 2005) y de caso único (Méndez, Orgilés y Espada, 2006) basar la exposición al estímulo fóbico mediante el uso del juego a través de biblioterapia conductual en el tratamiento de miedo a la oscuridad resulta eficaz. Así como desarrollar el tratamiento en el hogar mediante entrenamiento previo a los padres (Méndez, Orgilés y Espada, 2003; Orgilés, Méndez y Espada, 2005).

Una limitación del estudio fue el bajo control de las posibles variables extrañas que pudieran aparecer durante el tratamiento, puesto que se llevó a cabo en el hogar, donde no fue posible un control exhaustivo del ambiente. Otra de las limitaciones presentadas a lo largo de la evaluación del caso, fue la dificultad del niño para completar los cuestionarios debido a su edad. Sin embargo, puesto que el miedo es una reacción subjetiva, con lo que es conveniente durante la evaluación conocer la experiencia del niño, dicha limitación se solventó siendo el autoinforme aplicado por la terapeuta en modo de entrevista, preguntando uno a uno los ítems del cuestionario.

Una de las limitaciones notables en el trascurso del caso fue la falta de implicación por parte de uno de los progenitores. Con el objetivo de que los dos progenitores colaborasen en la terapia, la terapeuta transmitió la importancia de que ambos aplicasen las mismas pautas. Y para que las creencias del progenitor, el cual no intervino directamente en la terapia, no interfirieran en la ejecución de la madre que actuaba como coterapeuta, la terapeuta se

encargó de que ambos recibieran la misma información. Así, mediante un documento por escrito que se entregaba a la madre, se le informaba del objetivo semanal y de las tareas que se realizarían en casa bajo la supervisión de la madre. Durante la fase educativa del tratamiento se le entregó a través de la madre información por escrito sobre la génesis y mantenimiento del problema, y del tratamiento que se aplicaría. Así como se le pidió a la madre que compartiera con el padre la información que recibía en cada sesión, asegurándose de que el niño no estuviese delante. Además, se ofreció al padre la posibilidad de contactar telefónicamente o a través de correo electrónico con la terapeuta para aclarar sus dudas o ampliar información sobre la intervención.

Por otra parte, no ha sido posible, concluir el seguimiento de los resultados del tratamiento del caso por falta de tiempo, el cual está previsto a los 3, 6 y 12 meses.

Al tratarse de un estudio de caso único, la generalización de los resultados es limitada.

En resumen, el Protocolo Terapéutico para niños y adolescentes con fobia a la oscuridad de Orgilés (2014) ha resultado eficaz logrando la disminución del miedo a la oscuridad de forma sencilla para aplicarla en el hogar y atractiva para el niño.



- American Academy of Sleep Medicine; Sleep Research Society. (2016). Sleep meeting. Recuperado a partir de <http://www.sleepmeeting.org/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM - 5 (5ª ed.)* Buenos Aires. Editorial medica panamericana.
- Gavino, A. (2016). *Álex: en una misión secreta*. Madrid: Piramide.
- King, N. J. (1994). Psychological assessment. En T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 365 - 378). New York: Plenum Press.
- Méndez, F.X. (2012). *Manual de miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.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 (3), 199-210.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2006). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres. En *Terapia psicológica con niños y adolescentes* (pp.

- 23-47). Madrid: Editorial Pirámide.
- Méndez, F. X, y Santacruz, I. (1996). Escala de evaluación del miedo a la Oscuridad. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Mooney, K.C., Graciano, A. M., Katz, J. N. (1985). A factor analytic Investigation of Children's Nighttime fear and coping responses. *The journal of genetic Psychology*, 146(2).
- Orgilés, M. (2014). *Tratando...fobia a la oscuridad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Piramide.
- Orgilés, M. (2016). *Un libro que guía: El miedo a la Oscuridad*. Psicocuentos. Madrid: Piramide.
- Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005). 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 Rosa A, I. (2005). Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural. *Análisis y Modificación de conducta*, 29 (125), 395-422.
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the Spence's Children Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 271 - 281.
- Orgilés, M., Owens, J., Espada, J. P., Piqueras, J. A. y Carballo, J. L. (2013). Psychometric properties of the Sleep Self-Report (SSR) in Spanish Children. *Child: Care, Health and Development*, 39 (2), 288 - 295.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson - Psicología.
- Sosa, D. y Capafons, J. I. (2005). *Tratando...fobias específicas*. Madrid: Piramide.