

■ Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir

Alejandra Antón

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Resumen

El presente trabajo describe el tratamiento cognitivo-conductual aplicado en 12 sesiones en el caso de un niño de 11 años con sintomatología ansiosa a la hora de conciliar el sueño, asociándose este problema a la evitación de múltiples situaciones en las que aparecía la oportunidad de dormir fuera de casa. Se realizó una evaluación mediante entrevista semiestructurada, y se aplicó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI). También se utilizaron diarios de sueño y escalas subjetivas de estimación de miedos. Se llevó a cabo la devolución del análisis funcional y topográfico, se plantearon los objetivos de la intervención y se determinaron las técnicas necesarias para conseguir éstos. A lo largo del tratamiento se utilizó la respiración diafragmática y la relajación muscular de Koeppen, técnicas de visualización, técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones de competencia, y exposición progresiva y en vivo a las situaciones evitadas. Finalizado el tratamiento, se dedicó una sesión a trabajar en prevención de recaídas, con el objetivo de que el niño fuera capaz de relacionar la emisión de una respuesta de afrontamiento adecuada ante una posible situación problema futura.

Palabras clave: Niños, sueño infantil, dificultades para dormir, ansiedad anticipatoria, técnicas de afrontamiento.

Abstract

This paper describes a 12-session cognitive-behavioral treatment applied to an 11-year old child with anxiety symptoms at bedtime, problem associated to the avoidance of multiple situations in which appeared the opportunity to sleep outside from home. A semistructured interview was conducted, and the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) and the Child Depression Questionnaire of Kovacs (CDI) were administered. Sleep diaries and subjective scales for fears estimation were also used. The functional and topographic analyses were elaborated and the intervention techniques were chosen. During the treatment, the diaphragmatic breathing training, the Koeppen relaxation technique, visualization techniques, cognitive techniques such as self-instruction training, and progressive exposure to avoided situations were applied. After treatment, a session was included to relapse prevention, in order to the child be able to learn an adequate coping response to a possible future problem situation.

Keywords: Children, sleep, difficulty sleeping, anticipatory anxiety, coping techniques.

El sueño experimenta importantes cambios a lo largo de la vida. Tanto la cantidad de horas como la forma de dicho sueño cambian con la edad a medida que se produce la maduración del cerebro hasta adquirir las características del sueño adulto. Podemos distinguir dos tipos de sueño: el sueño lento o no REM, caracterizado por presentar una disminución de la mayor parte de funciones fisiológicas (fases 1 a 4) y el sueño paradójico o REM, en el que existe una actividad cerebral característica de estados de vigilia, al tiempo que una hipotonía mucho mayor que en las fases lentas, aparición de sueños, etc. Durante la infancia, los problemas de sueño constituyen una de las quejas más frecuentes en las consultas de Pediatría. En este período, las principales alteraciones son la resistencia del niño para acostarse, la dificultad para conciliar el sueño, el despertarse por la noche, las pesadillas, el sonambulismo y el despertar temprano.

En cuanto a la clasificación de los trastornos del sueño, podemos remitirnos a diversas fuentes, siendo algunas de ellas la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV-R (APA, 2000). El DSM-IV-R, uno de los más utilizados en la práctica clínica, agrupa los trastornos del sueño en tres categorías: (a) Trastornos primarios del sueño; disomnias y parasomnias, (b) Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental, y (c) Otros trastornos del sueño; trastorno del sueño debido a una enfermedad médica e inducido por consumo de sustancias.

De entre todos los problemas de sueño, el insomnio es el más frecuente en la infancia, pudiendo afectar a más del 30% de la población infantil (Estivill y Cilveti, 1994). Supone la presencia de dificultades para quedarse dormido y el despertar frecuente durante la noche, siendo muy difícil que vuelva a dormirse él solo, lo cual afecta al número de horas que duerme y a la calidad del sueño. Se habla de dos tipos de insomnio infantil: insomnio por hábitos incorrectos e insomnio por trastornos psicológicos. Son trastornos frecuentes en edades tempranas y supone la aparición de dificultades en el inicio y mantenimiento del hábito del sueño, a veces asociado a la aparición de nuevas situaciones y acontecimientos (por ejemplo, la entrada al colegio), y supone en múltiples ocasiones asociaciones inadecuadas relacionadas habitualmente con frecuentes cambios por parte de los padres para que el niño se duerma.

Debido a que las conductas inadecuadas durante el sueño son bastante frecuentes en la infancia, podemos considerar que existe un problema en base a criterios como la frecuencia e intensidad de la conducta, el número de dificultades a la hora de ir a dormir, y el tiempo de mantenimiento del problema. Si se tiene en cuenta la relación entre ansiedad y sueño, un estado de ansiedad de una intensidad moderada produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño. Al mismo tiempo, el retardo en conseguir dormir puede favorecer la aparición de pensamientos intrusivos, que no hacen sino generar un estado de activación más elevado, tanto fisiológica como emocionalmente, incrementando la respuesta de ansiedad y creando un círculo vicioso que empeora las condiciones para conciliar el sueño.

El sueño está determinado por múltiples factores: la hora del día en el que está localizado, factores intrínsecos al organismo, conductas que facilitan o inhiben el sueño, y el ambiente en el que el niño duerme. Teniendo en cuenta la cantidad de elementos implicados, tanto la calidad como la cantidad del sueño infantil son temas que suelen preocupar bastante a los padres y provocarles altos niveles de ansiedad.

En cuanto a la intervención psicológica, lo habitual es intervenir a nivel conductual y cognitivo, utilizando técnicas de relajación y respiración, apoyo e información a los padres, técnicas de distracción, reestructuración cognitiva, modificaciones en el estilo de vida, higiene del sueño, etc.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Pablo es un niño de 11 años que cursa 6º de Primaria en un colegio privado de la ciudad de Badajoz. Su desarrollo ha seguido un cauce de normalidad en todas las áreas de interés. Convive con sus padres y una hermana mayor de 15 años. El ambiente familiar es bueno. Tiene un nivel intelectual medio y un buen rendimiento académico. El nivel educativo y económico de los padres es medio-alto (ambos tienen estudios superiores). Viven en las afueras de la ciudad, en una pequeña urbanización. Tiene buenas relaciones sociales y un extenso grupo de amigos. Es considerado por sus padres como un niño sociable, alegre, responsable y cariñoso. Entre sus principales aficiones encontramos las de carácter físico, tales como jugar al tenis y al fútbol.

Motivo de consulta

Pablo es derivado por su pediatra a la Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil del Hospital Perpetuo Socorro en Badajoz. El motivo de consulta descrito desde pediatría es "ansiedad a la hora de dormir". En relación con el sueño, los padres indican que a los siete meses aproximadamente consiguieron instaurar en el niño un patrón de sueño satisfactorio, que se ha mantenido hasta el momento actual. Pablo siempre ha sido un niño que ha presentado mucha facilidad a la hora de dormir, una vez que se duerme presenta un sueño tranquilo y tiene unas rutinas previas a dormir adecuadas. Duerme solo en su habitación, la cual se encuentra en la planta baja de un apartamento, junto a la habitación de la hermana. Sus padres duermen en la planta superior del domicilio.

Historia del problema

Las dificultades por las que es derivado a consulta empezaron a manifestarse nueve meses antes cuando, tras acudir a un campamento, empezó a presentar problemas a la hora de conciliar el sueño, algo que nunca había sucedido en campamentos anteriores años atrás. Dichos problemas que se hicieron presentes el primer día del campamento, se mantuvieron durante toda la semana que duró el mismo. Tras el campamento y a raíz de esta situación, Pablo empezó a evitar cualquier situación en la que tuviera que dormir fuera del hogar, presentando mucha ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de quedarse en algún sitio a dormir y no poder conciliar el sueño. Dichas dificultades se mantuvieron durante aproximadamente 6 meses sin solicitar ayuda profesional, de manera que cuando acuden a consulta los problemas ya se han generalizado al ámbito familiar, teniendo los padres muchas dificultades para manejar la situación. Describen que ha habido un aumento de la atención hacia la conducta de Pablo, y se han modificado en éste algunas rutinas y hábitos a la hora de dormir tales como: petición

de acostarse más tarde, dormir con la luz del pasillo encendida, solicitud de que la hermana ya esté dormida o se acueste a horas similares, etc. Si la hermana no está en casa o el tiempo que transcurre entre que Pablo se acuesta y concilia el sueño es elevado, los padres también llegan a modificar sus hábitos de sueño, permitiendo que Pablo suba a la habitación de éstos para dormir juntos o bajando ellos a la habitación de Pablo para acompañarlo hasta que se duerma o incluso dormir en la misma habitación.

Los padres no describen ningún otro problema en la vida cotidiana de Pablo y consideran que las dificultades nocturnas no han repercutido en ninguna otra área del funcionamiento diario. Es la primera vez que Pablo recibe tratamiento psicológico. Tanto él como sus padres presentan una alta motivación hacia la intervención. Así también, los padres de Pablo nos explican que esta situación preocupa al niño, ya que ha solicitado explícitamente que no cuenten al entorno más cercano sus dificultades ya que "le da mucha vergüenza que alguien se entere y que piensen que es una tontería".

Al explorar otras áreas de dificultad a lo largo del proceso evolutivo, nos indican que Pablo siempre ha sido un niño sin problemas relevantes, solo destacan de él y en comparación con su hermana y otros niños de su edad, que es algo más miedoso y que suele preocuparse más de lo habitual cuando algún familiar está enfermo. Si hay dificultades en casa o tiene exámenes o muchas tareas escolares a veces presenta ansiedad, aunque no lo valoran como algo excesivo ni como algo problemático. En el momento actual, presenta algunas dificultades para quedarse solo en casa aunque sea por períodos de tiempo breves, aspecto que no les preocupa en exceso, pero que tampoco les importaría modificar.

Evaluación del caso

Para evaluar el problema, se realizó una entrevista semiestructurada tanto a los padres como a Pablo. Fueron necesarias dos sesiones de evaluación, ya que a Pablo le costó mucho informar sobre su problema en la primera entrevista; apenas expresaba qué le sucedía y cuando lo intentaba aparecía el llanto. Ante esto, se planteó con él como objetivo inicial empatizar, crear un buen clima de confianza, y obtener y proporcionar información de forma gradual. Ya en la segunda entrevista se mostró más participativo y relajado. Como a la primera sesión sólo acudió uno de los padres, se aprovechó esa segunda entrevista para que pudieran acudir ambos progenitores, pudiendo ampliar la información y obtener otro punto de vista. En las dos sesiones de evaluación se obtuvo información sobre el motivo de consulta, antecedentes personales y familiares (tanto aspectos físicos como psicológicos), rendimiento escolar, relaciones interpersonales, historia médica y desarrollo evolutivo en principales áreas de interés, relaciones familiares, etc. Tras la primera entrevista y como tarea para casa, se le pidió que cumplimentase la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) ya que, tal y como describieron los padres en el primer encuentro, Pablo siempre había sido más miedoso que otros niños de su edad, más preocupado que otros iguales por aspectos como los estudios o la salud de la familia, y con dificultades desde que era pequeño para quedarse solo en casa aunque fuera por períodos breves de tiempo. Así también, se decidió aplicar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs,

debido a las dificultades de expresión de Pablo en la primera entrevista, la aparición del llanto y el hecho de que los padres expresaran que el estado de ánimo era algo más bajo cuando se hablaba sobre su problema o se acercaba la hora de dormir. De esta manera, aunque el estado de ánimo bajo presente en relación al sueño no se generalizaba a otras áreas ni afectaba al funcionamiento diario, se pretendía descartar sintomatología depresiva de significado clínico y por tanto, una posible intervención. Finalmente, se administraron diarios de sueño tanto a Pablo como a sus padres para obtener una línea base de la conducta problema y mayor información sobre la misma.

Teniendo en cuenta que se iba a realizar una segunda sesión de evaluación, se dio a los padres unas sencillas pautas de actuación, tales como no reforzar los miedos del niño, aplicar extinción ante las conductas de queja y llanto, reforzar positivamente las conductas autónomas y de autorregulación con respecto al sueño, y especialmente no reforzar negativamente el problema permitiendo que Pablo durmiese con sus padres o quedándose a dormir éstos en la habitación de él.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

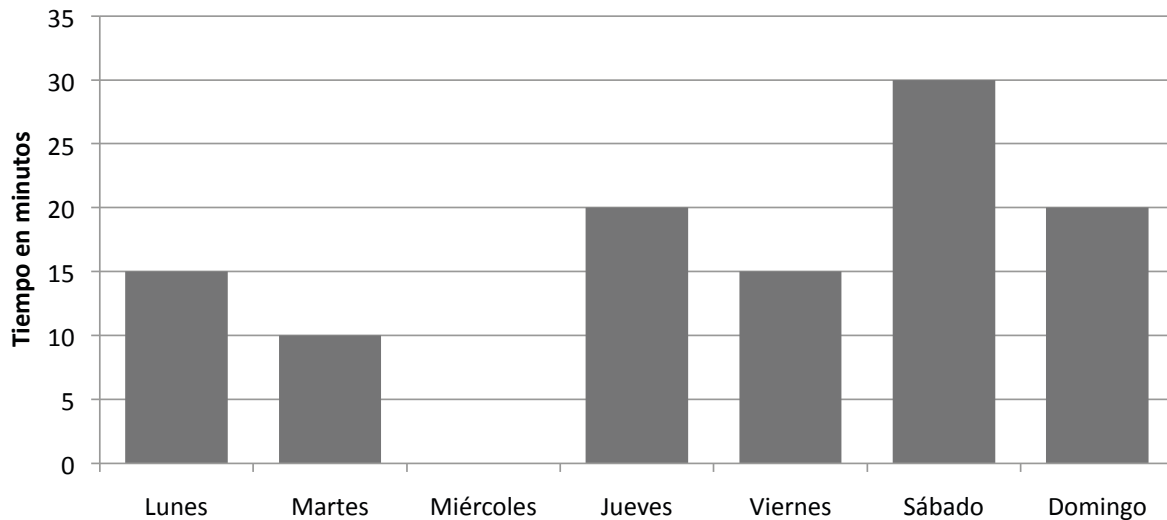
Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Spence, 1998): Es un instrumento de autoinforme con 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Aparte de la puntuación total, pueden calcularse seis subpuntuaciones; ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems, corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems centrados en preocupaciones y síntomas físicos). Se puede aplicar a niños y adolescentes de 8 a 18 años. La consistencia interna es adecuada, tanto en población de escolares como en poblaciones clínicas.

Inventario de depresión para niños (CDI; Kovacs y Beck, 1992): Mide sintomatología depresiva en niños de 7 a 15 años de edad. Incluye cinco subescalas: humor negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa. Se dirige tanto a población general como clínica. Está compuesto por 27 ítems con tres alternativas de respuesta. El rango oscila de 0 a 54 puntos y el punto de corte es de 19. Su consistencia interna varía entre 0.79 y 0.93 y tiene una validez convergente de 0.84.

Diarios de sueño (completados tanto por los padres como por el paciente): En ellos se anotan cuestiones tales como la hora a la que se acuesta, el nivel de activación en el momento de dormir, la hora aproximada a la que se duerme, los despertares (si suceden, qué hace y qué hace su entorno), la hora a la que se despierta, y el nivel de descanso al despertar.

La puntuación total obtenida en la SCAS fue 25; por tanto, no indica un problema de ansiedad clínico. En cuanto a los resultados de las subescalas, y comparando los de Pablo con los de su grupo de edad y género, tampoco se hallaron síntomas clínicos. Respecto al CDI, la puntuación directa obtenida fue 6, por tanto, no existe sintomatología depresiva. Finalmente, en los diarios de sueño se observó una diferencia en la percepción del tiempo a la hora de conciliar el sueño, registrando los padres un tiempo menor al percibido por Pablo, aspecto en el que posteriormente se intervino. En la Figura 1 se aprecian dichas diferencias.

Figura 1. Diferencia de minutos en la percepción del tiempo en conciliar el sueño entre los padres y el niño



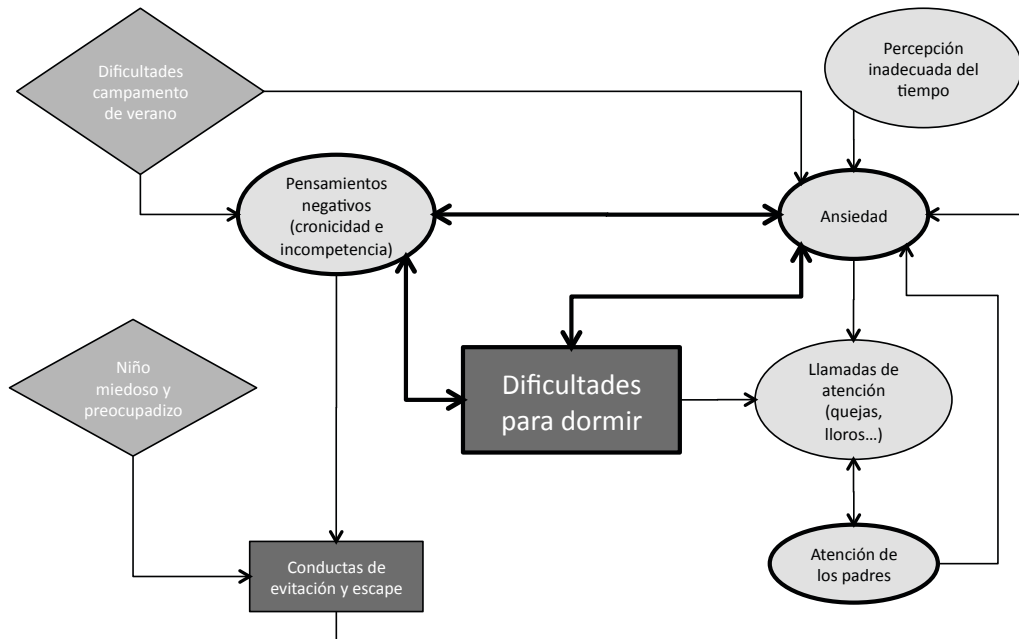
Análisis topográfico y funcional

En el momento de la intervención, y en base a los datos aportados en las entrevistas iniciales, las escalas y los diarios de sueño, Pablo presentaba mucha ansiedad en el momento de ir a dormir, con la presencia de pensamientos relacionados con la idea de que le iba a costar mucho dormirse y al día siguiente estaría muy cansado, atribuyéndole a su problema un carácter de cronicidad y de incompetencia por no ser capaz de solucionarlo. Aunque dichas dificultades sólo afectaban inicialmente a aquellas situaciones en las que existía la oportunidad de dormir fuera de casa, posteriormente fueron ampliándose al momento de ir a la cama estando en el hogar. Cuando las dificultades se daban en este segundo contexto, las alteraciones emocionales antes de dormir sucedían todos los días, siendo más intensas cuando a Pablo no se le permitía dormir acompañado, con la luz del pasillo encendida, cuando la hermana no se encontraba en casa, los padres no prestaban atención a la conducta, etc. La ansiedad ante la expectativa de no poder dormirse generaba que Pablo evitase múltiples situaciones en las que existía la posibilidad de dormir fuera de casa, tales como excursiones, campamentos, ir a casa de primos o amigos, etc. La evitación de dichas situaciones, le generaba mucha frustración, vergüenza ante la posibilidad de que el entorno próximo se enterase de su problema y cierta tristeza.

Como antecedente histórico del problema, durante aproximadamente seis meses, Pablo estaba presentando dificultades para salir a dormir fuera de casa, aunque en los últimos tres meses antes de acudir a consulta las dificultades se habían extendido al hogar. Por tanto, los estímulos (E) tanto externos como internos que generan una respuesta de ansiedad son principalmente el momento previo de ir a dormir (cuando se acercaba la hora o se le anunciaba que era el momento de ir a la cama), las situaciones en las que se producía una latencia prolongada entre el momento de estar acostado y el de conciliar el sueño (asociado a esto Pablo tenía una percepción errónea del paso del tiempo que incrementaba la ansiedad), los pensa-

mientos en relación a la incapacidad para dormirse, así como las oportunidades y propuestas de dormir fuera de casa. Las conductas problema (R) podemos definir las a nivel cognitivo como anticipación al hecho de no poder dormirse y preocupación por las consecuencias de no conciliar el sueño, siendo éstas: estar muy cansado al día siguiente, pasarse la noche despierto y nervioso, o que las dificultades para dormir se repitan como en el campamento convirtiéndose el problema en algo crónico. A nivel motor, y en relación a la situación del hogar, Pablo se muestra inquieto, hace peticiones y verbalizaciones para que el entorno se modifique solicitando que al menos a uno de los padres esté en el piso de abajo hasta que se duerma, que la luz del pasillo esté encendida, que su hermana se encuentre ya dormida en el cuarto de al lado, o bien, que uno de sus padres se quede en la habitación hasta que se duerma o que duerman con él. Si surge la oportunidad de dormir fuera de casa presenta conductas de evitación y/o pide a los padres irse del lugar usando como medio una excusa. A nivel fisiológico, las respuestas son tensión muscular, calor, sudoración, taquicardia y llanto. Las consecuencias (C) inmediatas tras la emisión de la respuesta de queja antes de dormir o cuando no era capaz de conciliar el sueño indican que el malestar de Pablo se mantenía por refuerzo positivo y negativo. Cuando el niño lloraba o hacía peticiones a los padres, éstos le mostraban comprensión, le acompañaban a la cama y se quedaban un rato con él expresándoles “no te preocupes, ya te dormirás, a todos nos cuesta de vez en cuando dormirnos”. De esta manera, los padres a su vez, viendo que Pablo dejaba de llorar y se tranquilizaba, también veían reforzado negativamente su comportamiento. Por otro lado, cuando el niño solicitaba a los padres que se quedaran en el piso de abajo hasta que se durmiera o bien éstos dormían con Pablo, el problema se seguía manteniendo por refuerzo negativo. Las conductas de evitación o escape al no dormir fuera del hogar, igualmente eran reforzadas negativamente. En la Figura 2 se presenta gráficamente el análisis funcional.

Figura 2. Representación gráfica del análisis funcional



Aplicación del tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo en un total de 12 sesiones, con una duración total de la intervención de aproximadamente seis meses. La frecuencia de las sesiones fue semanal durante los 2 primeros meses, para pasar a ser quincenales y por último mensuales, siendo la última de prevención de recaídas y de alta. Los objetivos planteados en las sesiones fueron los siguientes: (a) Proporcionar información sobre el proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno, tanto a Pablo como a sus padres, (b) Explicación a los padres de los mecanismos de refuerzo, castigo y extinción en relación con la conducta en general y el comportamiento de Pablo en particular, (c) Proporcionar a Pablo los recursos de afrontamiento que debía poner en marcha cuando los niveles de ansiedad fueran elevados y existieran dificultades para conciliar el sueño, (d) Reducir la ansiedad anticipatoria al hecho de dormir, así como reducir y sustituir los pensamientos negativos por otros más adaptativos, (e) Lograr que Pablo durmiera sin los condicionantes que facilitaban el sueño y que previamente al problema no estaban presentes (luz del pasillo encendida, presencia de los padres en el piso de abajo), y (f) Conseguir que durmiera fuera del hogar tal y como lo hacía previamente.

Con el fin de alcanzar los objetivos se diseñaron tres momentos en la aplicación del tratamiento con una serie de técnicas concretas en cada uno de ellos: (1) Evaluación del problema y psico-educación; qué es la ansiedad y como funciona, mantenimiento del problema por las conductas de evitación y escape, pautas de actuación en base al sistema de refuerzo y castigo, el papel de los pensamientos negativos, presentación del análisis topográfico y funcional, y la forma de proceder durante la intervención, (2) Explicación y puesta en marcha de las técnicas de afrontamiento: respiración diafragmática, relajación muscular de Koeppen, técnicas de visualización y técnicas cognitivas como las autoinstrucciones de competencia. Se administraron registros de las actividades practicadas, y (3) Exposición graduada y en vivo a situaciones en las que

se produce evitación o escape y que estaban manteniendo el problema. Se construyó conjuntamente un listado de situaciones ansiógenas.

Con respecto a la aplicación del entrenamiento en respiración diafragmática, se procedió a explicar la técnica, se practicó en consulta y se dieron registros de entrenamiento. Para hacerla más divertida, se utilizaron instrumentos como una vela para controlar la cantidad de aire que se inhala y se espiraba. Posteriormente, se entrenó a Pablo en la relajación muscular de Koeppen, por la presentación amena del procedimiento y el menor número de grupos musculares que incluye. Una vez entrenada, enseñamos ambas técnicas al padre que lo acompañaba para que en casa pudieran practicarla juntos diariamente. Finalmente y en la misma sesión, se aplicó entrenamiento en imágenes agradables. Se indicó a Pablo que imaginara situaciones placenteras, de logro o de competencia, haciendo previamente un análisis de su capacidad de imaginación a través de la visualización de una imagen neutra. Se entrenó bajo la indicación de que no solo imaginara, sino que intentara tratar de vivir la escena imaginada (como siento el sol, como se hunde el cuerpo en la arena, si oigo el mar, etc.). La pauta fue que las estrategias las entrenara diariamente, inicialmente en situaciones tranquilas y de control, para una vez dominadas, ponerlas en práctica cuando era incapaz de quedarse dormido, pudiendo aplicar la combinación de todas ellas, o solo alguna de ellas de forma aislada.

Debido a que Pablo presentaba mucha ansiedad anticipatoria y le resultaba muy difícil permanecer en la cama cuando no conseguía conciliar el sueño, se utilizó como estrategia el análisis de los pensamientos negativos y ansiógenos que interferían a la hora de dormir, para luego desarrollar otros pensamientos alternativos con el fin de favorecer el sueño, a través del uso de autoinstrucciones de competencia. Igualmente, usamos esta técnica a través de métodos atractivos para Pablo y poniendo ejemplos con los que se sintiera más identificado.

Una vez entrenadas las técnicas y observándose un mayor nivel de confianza y niveles más bajos de ansiedad en el

momento de dormir, procedimos a realizar exposición en vivo y gradual de las situaciones evitadas. Para ello se proporcionó información acerca de qué es la exposición, para qué sirve y cómo iba a llevarse a cabo. Se explicó que la técnica tiene como objetivo aprender a afrontar situaciones que se temen y que era probable que, inicialmente, la idea de enfrentarse a aquello que genera ansiedad pudiera parecer algo difícil e incluso percibirse como incapaz. Sin embargo, para facilitar el proceso, se realizó un listado de las situaciones que generaban ansiedad, graduando dichas dificultades y exponiéndose de forma progresiva, de manera que primero se expondría a las situaciones más fáciles para ir avanzando a las más difíciles. Se advirtió también que era normal experimentar ansiedad al exponerse a las situaciones temidas, pero que tras un tiempo la ansiedad tiende a disminuir y llega a desaparecer. Finalmente, indicamos la importancia de exponerse diariamente y, en caso de no ser posible, fomentar el mayor número posible de situaciones de exposición (salidas fuera del hogar, proposiciones de cumpleaños, quedarse en casa de los abuelos, etc.). El listado de situaciones de exposición se empezó a elaborar en consulta, llevando como tarea para casa la finalización del mismo, la graduación de los niveles de ansiedad y la posibilidad de introducir nuevos ítems. El número de ítems que se establecieron fue de diez y los primeros ítems de la jerarquía fueron los relacionados con las situaciones de ansiedad producidas dentro del hogar.

Resultados

Pablo fue mejorando progresivamente desde el inicio del tratamiento. Teniendo en cuenta que las cinco primeras sesiones se dedicaron a evaluar, a la fase de psicoeducación y a entrenarle en recursos de afrontamiento, y la exposición a las situaciones ansiógenas y la resolución del caso se consiguió en seis sesiones más, la progresión y los resultados fueron muy positivos. La primera semana de exposición Pablo consiguió apagar la luz del pasillo, era tolerante ante el hecho de que su hermana no estuviese en la habitación de al lado justo cuando él iba a dormir y permitió que al menos uno de sus padres estuvieran en la planta de arriba y no en la planta en la que él dormía. Ya en las siguientes sesiones, consiguió dormir estando ambos progenitores en la planta superior de la vivienda y cada vez presentaba mayor capacidad de autorregulación, pues aguantaba más tiempo en la cama sin solicitar atención a pesar de que no conciliara el sueño. Por otro lado, la latencia para conciliar el sueño cada vez era menor; inicialmente tardaba unos 30 minutos de media, para finalmente quedarse dormido en 5 minutos o menos. Así también, se consiguió que la percepción de paso del tiempo para conciliar el sueño fuese más ajustada a la realidad, ya que al percibirse erróneamente la ansiedad se incrementaba.

Una vez instaurado un patrón de sueño normal y conseguir dormir sin condicionantes externos, se procedió a aplicar la exposición fuera del hogar, iniciándose ésta en casa de unos familiares, ampliando una vez conseguidos dichos ítems ir a casa de amigos y hacer excursiones de fin de semana. Aproximadamente en la sesión octava se intervino de forma paralela en la ansiedad que a Pablo le generaba quedarse solo en casa. Con exposiciones progresivas se logró que se quedara por períodos breves de tiempo, consiguiendo finalmente quedarse

solo una tarde entera, de manera que en el momento actual, Pablo es capaz de estar solo en casa sin angustiarse ni solicitar compañía. La última sesión en la que además se procedió a dar el alta, se dedicó a realizar prevención de recaídas. Conjuntamente en consulta, analizamos con Pablo las posibles situaciones futuras en las que podían volverse a presentar las dificultades en relación al sueño, y planteamos alternativas de acción para superarlas y que éstas no dieran paso a una reaparición del problema.

Discusión

Tras aplicar el tratamiento se observa el logro de los objetivos propuestos inicialmente, entre ellos reducir la ansiedad anticipatoria al momento de dormir, la tensión muscular y los síntomas físicos asociados que estaban presentes no solo cuando el niño intentaba dormirse sin éxito, sino también de forma anticipatoria al ir a la cama, la latencia de tiempo para conciliar el sueño, reduciéndose a muy pocos minutos al final de la intervención, así como una percepción más ajustada del tiempo si no se podía dormir. Esto se consiguió con la aplicación de diversas técnicas que han demostrado ser eficaces en otros estudios previos, entre ellas, la respiración y la relajación (Borkovec, 1982) e intervenciones cognitivas como las autoinstrucciones de competencia y la distracción (Morin, 1994). Así también, conseguimos eliminar los condicionantes externos necesarios para dormirse, tales como que los padres estuvieran en la misma planta del domicilio o que la hermana ya estuviera en su dormitorio, cercano al de Pablo. También observamos como Pablo presentaba mayor capacidad para permanecer en la cama sin manifestar quejas o levantarse a solicitar atención, ya que ante esto ponía en marcha los recursos entrenados. En la última revisión realizada, Pablo seguía aplicando las técnicas entrenadas, especialmente la respiración y la visualización, ya que eran los recursos que más útiles le resultaban cuando le costaba dormirse. No surgieron de nuevo las dificultades por las que acudieron a consulta, presentando un buen estado de ánimo y un estilo de vida normalizado.

Se decidió aplicar al paciente un tratamiento multicomponente no sólo por lo eficaz que resultan múltiples técnicas en relación a la sintomatología que presentaba Pablo, sino también porque eran muchos los sistemas de respuesta implicados, así como los factores ambientales relacionados. Resulta difícil concluir qué componentes fueron responsables del éxito terapéutico, ya que probablemente haya sido la combinación de todos ellos lo que ha hecho eficaz la intervención. Valoramos a la vez muy importante en el tratamiento la exposición gradual y en vivo a los estímulos evitados, ya que permitió que Pablo pudiera ir a lugares en los que reconocía que podía tener más dificultades para conciliar el sueño y más ansiedad en caso de no poder dormirse. Diversos estudios indican que la exposición en vivo es considerada el tratamiento más potente para las fobias específicas (APA, 1994; Barlow, 1988; Barlow, Raffa y Cohen, 2002; Marks, 1987), así como para los problemas en los que se dan conductas de evitación y/o escape, por lo que parece lógico que en el tratamiento del caso que se presenta su contribución ha sido considerable.

La motivación y adherencia de la familia y de Pablo ha sido un aspecto importante en el tratamiento, explicando esto la práctica diaria de las habilidades entrenadas, la participación

activa durante todo el tratamiento y el logro de los objetivos fijados. De la misma manera, el hecho de aplicar técnicas operantes dirigidas a los padres y que éstos respondieran positivamente ante ellas es otro de los factores positivos de la intervención. Las consecuencias de la conducta son una importante variable de mantenimiento en los problemas de ansiedad de los niños, siendo importante intervenir con los padres el hecho de no reforzar las quejas del hijo.

Por otro lado, cabe destacar que la relajación muscular ha sido la técnica menos utilizada por Pablo, ya que según nos indicaba con la respiración diafragmática obtenía niveles de relajación mucho más elevados y le resultaba más sencilla de aplicar. Es por ello que, de cara a futuras intervenciones, habría que analizar con mayor detalle si el sujeto con el que trabajamos podría beneficiarse de la relajación muscular o, por el contrario, sería más positivo entrenar solo en respiración u otras técnicas de desactivación fisiológica, siguiendo de esta manera la regla de la parsimonia terapéutica; alcanzar la mayor mejoría con el menor coste posible.

Artículo recibido: 16/09/2013

Aceptado: 7/10/2013

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª.ed. rev.). Washington, DC: APA (Barcelona, Masson, 2002).
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Graywind Publications.
- Barlow, D. H., Esler, J. L. y Vitali, A. E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-318). Oxford: Oxford University Press.
- Borkovec, T. D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 880-895.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2001). *Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 2*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 159-182). Barcelona: Ariel.
- Estivill, E. y Cilveti, R. (1994). Adaptación del método Ferber en el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos. *Vigilia-Sueño*, 6, 20-25.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Koepfen, A. S. (1974). Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 9 (1), 14-21.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2006). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Morin, C. (1994). Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología Conductual*, 2, 261-282.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed.; CIE-10). Madrid: Meditor.
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2009). *Versión española de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence Children's Anxiety Scale; SCAS)*. Recuperado desde <http://www.scaswebsite.com/docs/spanish-euro-scas.pdf>
- Sierra, J. C., Sánchez, A. I., Miró, E. y Buela-Casal, G. (2004). *El niño con problemas de sueño*. Madrid: Pirámide.