

# IMPACTO PSICOLOGICO EN LA POBLACION DE ALCACER: TRATAMIENTO

José P. Gil Martínez\*

## RESUMEN

**Descripción del tratamiento y acciones comunitarias llevadas a cabo para reducir los efectos del impacto psicológico que sobre la población infantil de Alcácer tiene la noticia del asesinato de las tres niñas.**

## PALABRAS CLAVE

**Fobias y miedos clínicos, síndrome depresivo, T.I.M.S. y parasomnias.**

\* Psicólogo Municipal, INVESCO

### Colaboradores:

Amparo Alriors Orero, Raúl Blasco Frasquet, Begoña Llácer Llácer, Miriam Olmos Martí, Pilar Soriano Pérez, M.<sup>ª</sup> Teresa Vives Pascual (INVESCO).

### Dirección:

INVESCO. Gran Vía Ramón y Cajal, n.º 29, 7.º, 7.º. - 46007 VALENCIA

## 1. INTRODUCCION

La intervención municipal del Gabinete de Psicología de Alcácer siempre ha tenido como objetivo fundamental la promoción de la salud a través de acciones comunitarias. Su actuación se ha basado en **el modelo de competencia y prevención** defendido por Albee (1980, 1982), en el que los trastornos psicológicos son producto del estrés ambiental que sufre la persona y sus habilidades (competencias) para manejar el estrés. De hecho siempre se ha tratado de dotar a los ciudadanos de habilidades y recursos de manejo del estrés ambiental.

Siguiendo este modelo de intervención comunitaria en el Gabinete de Psicología de Alcácer se han aplicado los siguientes programas:

1. Entrenamiento en relajación muscular (Gil, 1990, a), para personas con ansiedad predominantemente fisiológica.

2. Control del estrés (Gil, 1990, b), para personas sometidas a frecuentes situaciones de estrés ambiental.

3. Programa de autocontrol para personas deprimidas (Rehm, 1981, a, b).

4. Programa de entrenamiento para padres (PECES de Dinkmeyer y McKay, 1981).

5. Inoculación de estrés en la preparación al parto (Gil, 1987).

6. Mejora de la comunicación en adolescentes, padres y profesores, como programa de prevención contra la droga (Goldstein, 1981).

7. Programa de resolución de problemas interpersonales en niños (Platt y Spivack, 1975).

8. Programa de desarrollo socioafectivo para niños (De la Cruz y Mazaira, 1992).

9. Programa de autocontrol para personas obesas (Cotolí, 1992; Capafons y cols., 1990).

10. Programa de entrenamiento mental para jóvenes deportistas (Gil, 1991, a, b).

Por ello, tras observar el fuerte impacto psicológico que tiene sobre la población de Alcácer el asesinato de las tres niñas se decide realizar una intervención comunitaria.

En un artículo anterior (Gil, 1993) se describía la evaluación realizada a los niños que acudían a la consulta psicológica municipal y las diferencias encontradas en los tres grupos: a) Niños/as en los que predominan los trastornos fóbicos, miedos clínicos y



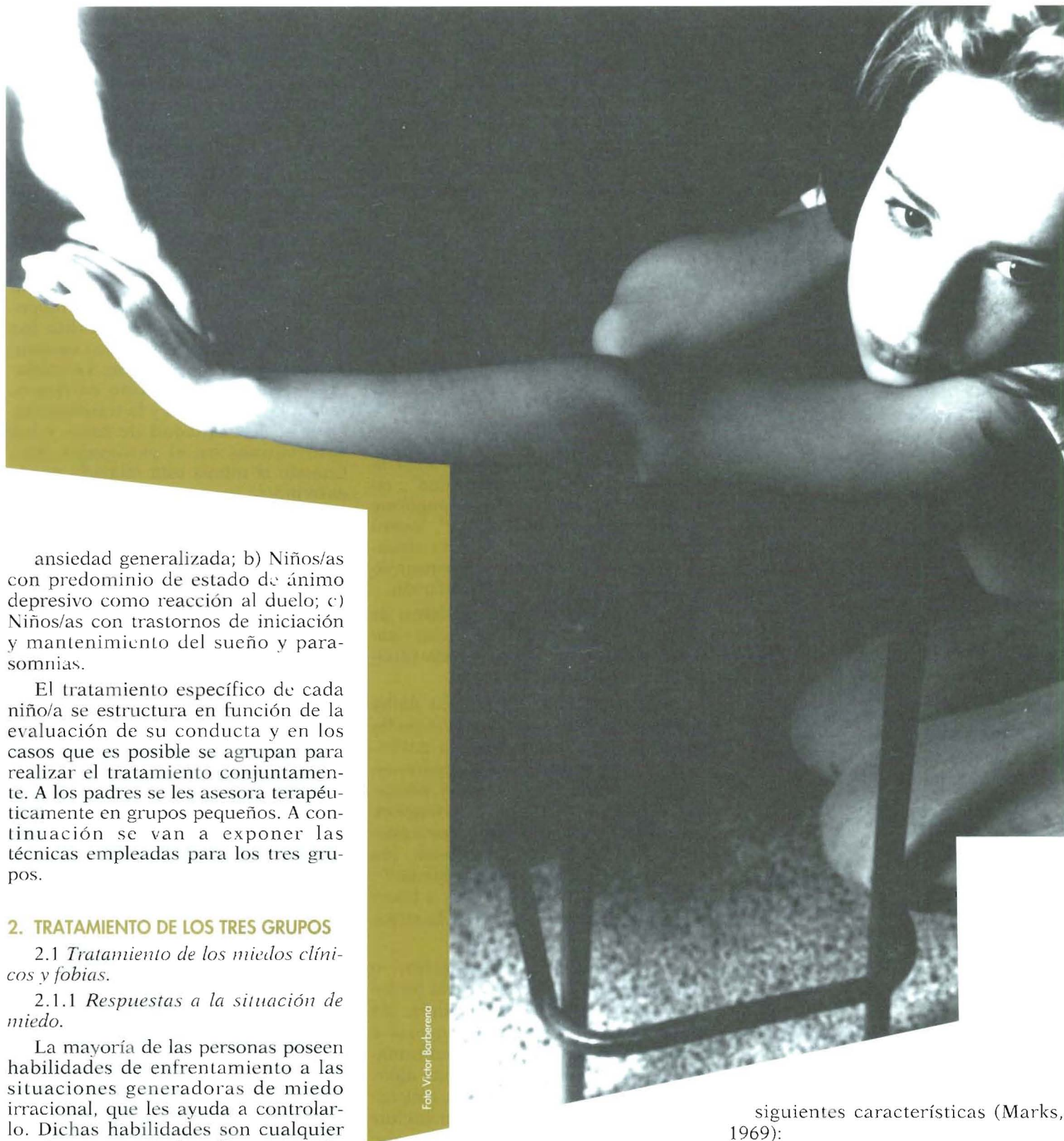


Foto Víctor Barbareno

ansiedad generalizada; b) Niños/as con predominio de estado de ánimo depresivo como reacción al duelo; c) Niños/as con trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño y parasomnias.

El tratamiento específico de cada niño/a se estructura en función de la evaluación de su conducta y en los casos que es posible se agrupan para realizar el tratamiento conjuntamente. A los padres se les asesora terapéuticamente en grupos pequeños. A continuación se van a exponer las técnicas empleadas para los tres grupos.

## 2. TRATAMIENTO DE LOS TRES GRUPOS

### 2.1 Tratamiento de los miedos clínicos y fobias.

#### 2.1.1 Respuestas a la situación de miedo.

La mayoría de las personas poseen habilidades de enfrentamiento a las situaciones generadoras de miedo irracional, que les ayuda a controlarlo. Dichas habilidades son cualquier conducta que resulta eficaz para eliminar o reducir la amenaza irreal que provoca miedo y a controlar la situación. Pero existen personas que no se enfrentan al miedo; sus respuestas tienden a ser, o bien de huida y temor para eliminar la amenaza, o de inmovilidad y pánico en forma de parálisis del pensamiento y de la acción (Lazarus, 1976). El patrón de *respuestas de la persona con miedo* tiene tres componentes (Carrobbles, 1985).

1) *Componente cognitivo o de pensamiento.* Anticipación del peligro, sentirse nervioso, intranquilo, pensar

que no podrás enfrentarte, rumiación de la situación temida.

2) *Componente motor.* Temblor, encogimiento, huida, opresión en el pecho, lloros, etc.

3) *Componente neurovegetativo.* Sudoración, dilatación pupilar, taquicardia, sequedad de boca, incluso micciones y defecaciones involuntarias.

Se puede decir que existe *miedo clínico o fobia* cuando se presentan las

siguientes características (Marks, 1969):

1) Es desproporcionado con respecto a las circunstancias de la situación.

2) No puede ser explicado mediante el razonamiento.

3) Se encuentra más allá del control voluntario.

4) Tratar de evitar la amenaza temida o la situación.

Además, en el caso del miedo en los niños/as, los adultos tienden a explicar o racionalizarles lo injustificado de ese miedo. Existen una serie

de *normas a seguir* cuando un niño/a presenta un miedo clínico (Pelechano, 1984):

1) No se debe reforzar el comportamiento de miedo del niño/a mediante consuelos o extremada preocupación por parte del adulto.

2) No se debe castigar porque eleva la ansiedad. Los niños/as presentan menor ansiedad cuando los padres les animan a tomar contacto con las situaciones temidas y no cuando utilizan castigo, fuerza o la dependencia de refuerzos (Zabin y Melamed, 1980).

3) Evitar el enfrentamiento forzoso y no provocado al estímulo evocador del miedo.

4) No dar explicaciones causales ni racionalizar, porque el niño/a sabe que su miedo es irracional y si le insistimos en la desproporción de su miedo anulamos la motivación para eliminar el miedo.

En la entrevista sobre miedos, estrategias de eliminación y percepción de la eficacia de Pelechano (1981), realizada a las madres de los niños que acuden a la consulta municipal, se les pregunta sobre el miedo concreto de su hijo/a y las características de sus respuestas como madres. Las respuestas que se han encontrado en los padres/madres cuando sus hijos tienen miedo son: 1) *respuestas negativas*, en el sentido de que refuerzan la respuesta de miedo del niño/a, por ejemplo, acariciarlo o consentirle un capricho; 2) *respuestas neutras* o de valor dudoso, para eliminar el miedo, como, por ejemplo, obligarle a la fuerza a que se dé cuenta de lo inofensivo de la situación, castigarlo, etc.; por último: 3) *respuestas positivas*, que sirven para eliminar los miedos; estas últimas respuestas son las adecuadas y se estimulan y refuerzan en los padres/madres. Estas estrategias positivas son las siguientes:

— Procurar ofrecer oportunidades al niño/a en las que se encuentre con la situación temida, para que poco a poco se acostumbre a ella.

— Intentar que se acerque poco a poco y de forma lenta a las cosas temidas.

— Leerle cuentos que hablen de niños/as que se enfrentan a la situación que él teme.

— Acercarse el padre o la madre a la situación que teme el niño/a y demostrarle que no ocurre nada.

— Premiar al niño/a cuando se acerca a la situación que teme.

2.1.2 *Habilidades de enfrentamiento*:

“Las técnicas más efectivas para la superación de los miedos son aquellas que ayudan al niño a sentirse más capaz y con más habilidades, y que le permiten tomar contacto activo con las cosas que teme” (Jersild y Holmes, 1935, pág. 102).

2.1.2.1 *Autoinstrucciones o auto-diálogo positivo* (Meichenbaum, 1985):

Todas las personas cuando nos enfrentamos a las situaciones de miedo nos hablamos y decimos frases sobre la situación, en la persona que tiene miedo estas frases son predominantemente negativas. Por lo tanto, hay que enseñarle a identificarlas y a cambiarlas por frases positivas. Dichas frases positivas pueden ser de *competencia y de dominio*, como “soy capaz de superar”, “domino la situación”, “cuando quiera puedo abrir la luz si me da miedo la oscuridad”; de *reducción del miedo*: “voy a ponerme cómodo, relajarme y respirar”, “cuando quiera puedo salir de esta situación”; y autoinstrucciones pensando los *aspectos positivos* de la situación.

Pero además estas frases deben de construirse para cada una de las cuatro etapas por las que pasa toda situación de miedo o nerviosismo:

— Fase de *Preparación*. En dicha fase la persona, aunque todavía no ha visto la situación, empieza a anticiparla con pensamientos negativos, exageración de la situación y pensamientos de evitación de la situación. Es entonces cuando tiene que construir frases positivas como las siguientes: “¿cuál es mi problema?”; “¿qué tengo que hacer?”; “voy a hacer un plan para enfrentarme a la situación”.

— Fase de *Confrontación o Enfrentamiento*. En esta fase la persona se enfrenta con la situación. Es entonces cuando tiene que empezar a practicar las habilidades de enfrentamiento que se describen en este apartado (relajación, imaginación, distracción, etc.); además se deben incluir frases de manejo del estímulo que produce miedo: “tú sabes lo que tienes que hacer”, “no va a pasar nada, respira y relájate”, “no pienses en el miedo, sino en lo que tienes que hacer”, etc.

— Fase de *Desbordamiento*. No siempre ocurre esta fase donde la persona pierde el control, pero como cabe esa posibilidad, se deben incluir frases para salir de esta situación: “tengo que valorar el miedo de 0 a 10 y observar cómo cambia”, “no tienes que eliminar el miedo, sólo controlarlo”.

— Fase *Final*. Cuando la persona se ha enfrentado a la situación, tiene que ser capaz de decirse frases positivas por haberse enfrentado a la situación, aunque haya pasado miedo. Frases como “si te enfrentas poco a poco con el miedo, vas a poder superarlo”; “lo estás haciendo bien”; “si sigues así, podrás disfrutar de situaciones que antes no podías”.

2.1.2.2 *Relajación Muscular* (Jacobson, 1938):

La relajación fortalece el sistema parasimpático regulando los indicadores de la ansiedad y debilita los efectos del sistema simpático causante de la excesiva activación. La relajación disminuye el ritmo cardíaco, regula la respiración y la transpiración, elimina la sequedad de boca y los retortijones en el estómago, etc. Cuando el niño/a está relajado puede enfrentarse mejor con los pensamientos negativos y la sensación de miedo.

A los niños/as se les enseña a relajarse centrándose en la tensión y distensión de los músculos de forma que cuando han aprendido el método pueden reducir los ejercicios de relajación a un período breve de 20 segundos. Pero, además, lo importante es que el niño/a aprenda *cómo, cuándo y dónde* emplear la técnica. También hay que tener en cuenta la edad de los niños/as y su imaginación, porque los ejercicios de relajación muscular pueden variar en función de la edad y enriquecerse con algunas técnicas de imaginación, como la creación de una película en la que el niño/a se encuentra en una isla desierta, es una marioneta a la que se le van cortando los hilos o un muñeco hinchable que se deshinchaba, etc.

2.1.2.3 *Imágenes incompatibles con el miedo* (Marks, 1991):

Al niño/a se le entrena a imaginar en dos direcciones: una, mediante la reducción al absurdo, y otra, llevando el pensamiento hasta sus últimas consecuencias de temor. *La reducción al absurdo* se realiza haciendo imaginar al niño/a cómo los seres fantásticos que se imagina y que ha dibujado para que el psicólogo los conozca cobran vida, pero lo hacen de una forma ridícula, caen, tropiezan, les crecen los dientes hasta no poder andar o se hinchan hasta estallar, también se le enseña a jugar con los colores de los monstruos y las voces chillonas que poseen dichos seres, todo esto se hace para desarrollar su imaginación porque estos niños/as tienen una gran imaginación y no podemos obligarles ni decirles “¡no pienses eso, son tonterías!”, porque existen dentro de su pensamiento.



Cuando la situación temida es difícil de reducir al absurdo se utiliza pensar hasta las *últimas consecuencias*. Cuando los niños/as temían la aparición en la oscuridad de las tres niñas o sus cuerpos destrozados, se provocaba primero una reacción de duelo para que exteriorizaran su dolor, después de esta fase de "catarsis" se les hacían preguntas acerca de cómo recordaban a las niñas, características de su personalidad, y de lo que creen que sucedería si las niñas volviesen a este mundo, qué les contarían, qué les dirían, etc. Guiando su pensamiento en esta dirección se consigue que los niños/as piensen de forma positiva.

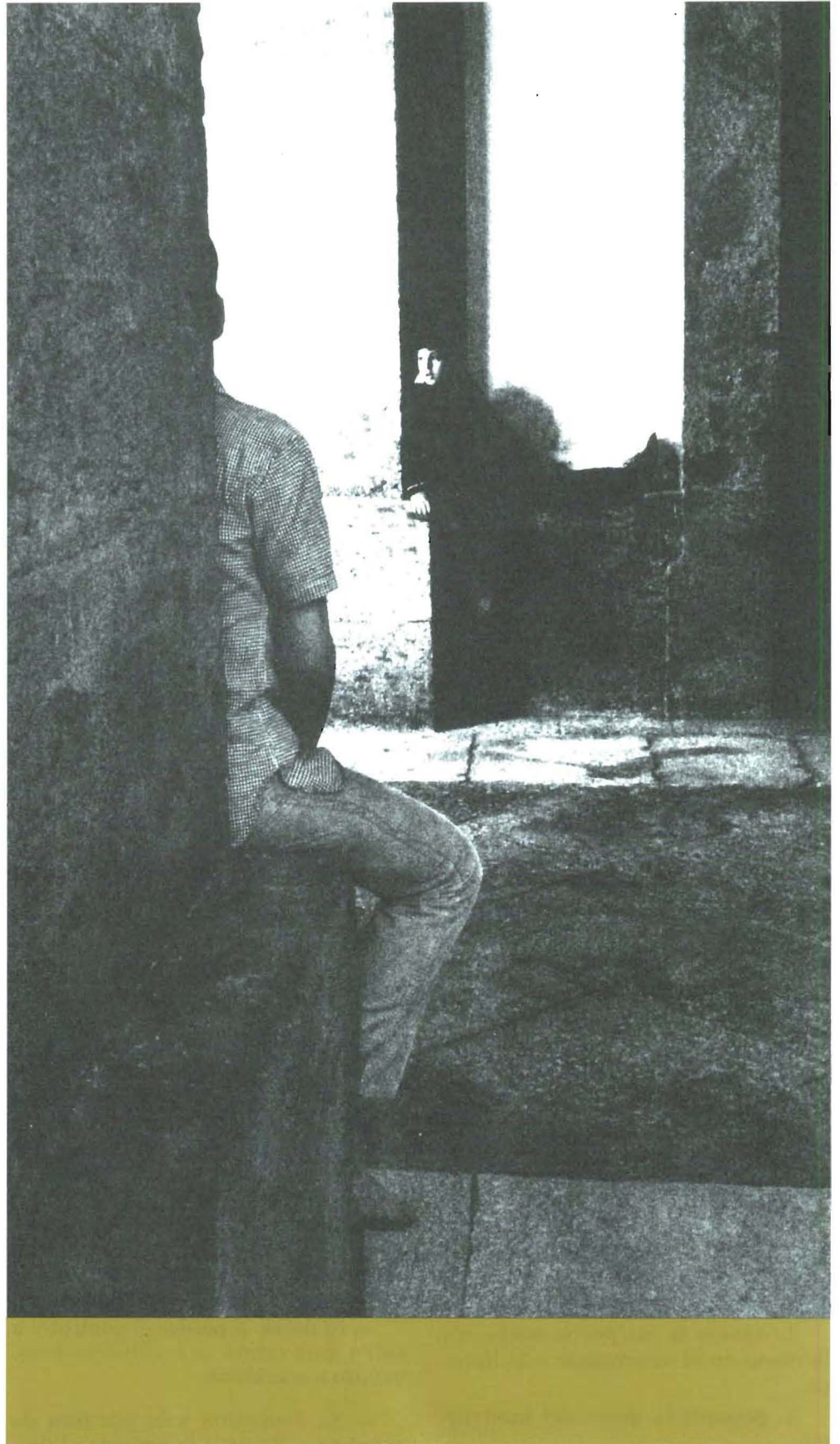
#### 2.1.2.4 *Expresión adecuada de los sentimientos* (Goldstein, 1981):

A los niños/as se les enseña a expresar o "ventilar" los sentimientos de miedo correctamente. Tan inadecuado es negarse a hablar estoicamente de las emociones como expresar persistentemente y de forma dramática y acentuada los miedos. Reconocer los propios sentimientos y emociones, expresarlos asertivamente en la forma y lugar adecuados y comprender los sentimientos de los demás son facetas importantes para superar el miedo.

#### 2.1.2.5 *Enfrentamiento al rapto y a la violación* (Veronen y Kilpatrick, 1983):

Kilpatrick encontró que algunas mujeres son más vulnerables a la violación; no significa que estas mujeres la provoquen, pero sus características diferenciales con controles equiparables es que son personas no "asertivas", han sido tratadas profesionalmente por problemas psicológicos, no conducen, no poseen armas, ni sistemas de protección (Kilpatrick y cols., 1984), hay que señalar que estos estudios se han realizado con mujeres americanas.

A las niñas con estos miedos se les enseñan habilidades como las descritas hasta ahora, *el autodiálogo positivo*, que disminuye los pensamientos exagerados de temor y que pueden conducirle a la parálisis de la víctima, *la relajación*, que disminuye el temor físico, la "asertividad" y expresión adecuada de sentimientos y el empleo de sistemas de protección (silbato), en un *contexto de solución de problemas y toma de decisiones* a través de lo que se ha llamado "role-playing" o representación de conductas que dan la oportunidad de practicar antes de que las cosas ocurran, es un ensayo práctico que reduce la ansiedad y hace más probable que la persona emplee



las nuevas conductas aprendidas; en dicho ensayo la persona aprende a tomar decisiones sobre qué hacer y qué no, en función de la situación y características del agresor, evaluar la distancia del agresor, las personas del alrededor, el arma que utiliza, la postura corporal en la que se encuentra,

el número de agresores, etc.

#### 2.1.2.6 *Grabaciones* (Pelechano, 1984):

Grabación de narraciones o cuentos infantiles en los que se incluye el empleo de las habilidades descritas. Al niño/a se le graba un cuento en el que él/ella y su héroe favorito son los



protagonistas de la historia, ambos van enfrentándose a los estímulos evocadores de miedo utilizando las estrategias que han aprendido.

#### 2.1.2.7 Estímulos de apoyo:

En ocasiones el niño/a puede usar objetos que le dan seguridad, una linterna, un regulador de la intensidad de luz, un silbato o incluso una pistola de juguete, son elementos válidos para ayudarlo en las primeras fases del enfrentamiento, posteriormente se van eliminando estos estímulos de apoyo.

#### 2.1.2.8 Aproximación gradual al estímulo evocador del miedo (Wolpe, 1980):

Dependiendo de la situación temida, el acercamiento o aproximación gradual del niño/a se realiza de una forma u otra. Un ejemplo puede ser el caso de un niño que tiene *miedo a la oscuridad y a dormir solo*; el niño realiza los siguientes pasos:

1. Durante el día el niño entra en una habitación que se oscurece poco a poco, acompañado del psicólogo, una linterna y un radiocasete para or la grabación. El psicólogo le da instrucciones positivas: "si el miedo aumenta, sabes lo que tienes que hacer: una relajación breve y oír la cinta grabada, o encender la linterna".

2. El niño entra en la habitación oscura por completo acompañado del psicólogo, pero ahora las instrucciones se las da el niño en voz alta.

3. El niño permanece en la situación oscura, pero ahora el psicólogo se sitúa cerca de la puerta.

4. El niño permanece en la habitación oscura, el psicólogo sale de la habitación, pero deja la puerta entreabierta.

5. El niño permanece en la situación solo.

Sin embargo, para dormir solo hay que superar los siguientes pasos:

1. Oscurecer la habitación durante el día, y después encender la luz.

2. Apagar la luz por la noche con la mano en el interruptor o la linterna.

3. Separar la mano del interruptor.

4. Apagar la luz y acostarse.

5. Dormir solo con la luz apagada.

#### 2.1.2.9 Generalización:

El niño/a aprende las habilidades de enfrentamiento, primero en la consulta del psicólogo, pero luego las ensaya en su casa con sus padres, de forma que generalice las habilidades aprendidas a situaciones naturales.

## 2.2 Tratamiento del "síndrome depresivo".

### 2.2.1 Reconocer las fases del duelo (Grollman, 1986):

Las reacciones frente a las crisis y concretamente ante la muerte de seres queridos ha sido ampliamente descrita por Horowitz (1976) y Slaikou (1988), los aspectos culturales y religiosos de la muerte (Speck, 1992), la necesidad de formación y asesoramiento del personal médico (Sherr, 1992; Hines, 1992), la importancia de los servicios de duelo en la comunidad (Epstein, 1992), así como el impacto del asesinato masivo en la sociedad en general y específicamente en los sobrevivientes (Marcus y Rosenberg, 1992) han ayudado a diseñar el tratamiento.

En primer lugar, la persona sufre un *impacto psicológico*, sus reacciones al conocer la muerte inesperada de un ser querido varían de unas a otras, lloros, aparente serenidad, cólera contra las personas del alrededor, cambios bruscos, deseos irresistibles de reunirse con él, e infinidad de "por qué", ¿por qué a mí?, ¿por qué a él?, etc. También varían los sentimientos, negación, ira, insensibilidad, miedo, depresión, culpabilidad y enfermedad física. Veamos estos sentimientos:

— *La negación* o bloqueo del impacto, pensamientos como "no es verdad", "debe de haber un error", "esto es un sueño", "no debo entristecerme", "ahora entrará por la puerta", "dejaré su habitación como está", recorren la mente de la persona.

— *La ira*, pensamientos de enfado hacia los demás como "por qué a mi y no al vecino", "¡Dios! no es justo", "ellos tuvieron la culpa", "qué saben ellos de cómo me siento para darme consejos", son frecuentes.

— *La insensibilidad*, es como una sensación de que nada ha ocurrido, de irrealidad, que le permite a la persona observar los acontecimientos como si de una cámara de video se tratara, que le impide reaccionar.

— *El miedo* a perder el control y a sufrir una crisis, o a volverse loco, incluso a suicidarse.

— *La depresión* y la pérdida de autoestima llevan a la persona al descuido personal, el dolor interno y punzante le impiden encontrar satisfacciones, la persona sufre un entumecimiento motor, cuya única finalidad parece ser la de retardar el "adiós" del ser querido.

— *La culpabilidad* de no haberse comportado como un buen padre, hijo o amigo, de no haber actuado de forma diferente, de no haberle dicho

muchas de las cosas que pensaba decirle.

— Síntomas como la pérdida de apetito, el insomnio, los suspiros, la opresión en la garganta, la fatiga, etc., pueden llevar a la persona a la *enfermedad física*.

Poco a poco se va produciendo una *penetración* de los sentimientos, con el tiempo la persona empieza a recuperarse, a aceptar que el ser querido ha muerto, a no pensar que se ha ido de viaje sino que ha muerto, a aceptar el dolor de la muerte y aprender a vivir con ese dolor. Una norma equivocada es pensar que en estos momentos hay que ser fuertes y valientes y no exteriorizar los sentimientos; todo lo contrario, hay que ser *sensibles al dolor* y *exteriorizarlo*, hablar de las emociones y los sentimientos con los demás, llorar, llorar con los demás, repasar los recuerdos agradables y desagradables. Y algo que hay que *evitar* es el uso de psicofármacos, alcohol y otras drogas para insensibilizarse del dolor; esto lo único que puede hacer es prolongar inútilmente el proceso de duelo. Según Elena Ochoa (1993), el duelo debe ser intenso y así será corto y bien asimilado. Cita esta psicóloga una frase de Peter Morris: "La gente, pasado un tiempo prudencial, tiene que expulsar las culpas, el dolor y decidir vivir de nuevo. Un duelo excesivo es dañino y no resuelve nada. Ancla al individuo en un pasado ya inexistente y le incapacita: los duelos largos lo único que producen es miedo, un miedo que bloquea para toda la vida".

La *asimilación* o consumación del dolor se produce lentamente, ello no quiere decir que la persona deje de querer a su ser querido, sino que indica fortaleza y capacidad de adaptación, indica que la persona sabe que el pasado es para recordarlo y el futuro para crearlo, lo que *no hay que hacer* es olvidar, huir, vender la casa; hay que seguir viviendo, pensar que el tiempo no lo cura todo, sino lo que la persona hace durante ese tiempo; conductas como agradecer las cartas del pésame, salir de casa, hacer la compra, hacer planes, actividad física, viajar, tener aficiones, creer si es posible en Dios, dejarse ayudar por los amigos, ayudar a los demás.

El mero reconocimiento y descripción de estas fases de duelo ayuda a las personas a asimilar el proceso.

### 2.2.2 Expresión adecuada de Sentimientos (Goldstein, 1981):

Una de las habilidades necesarias para asimilar y superar correctamente el duelo es la de enseñar a expresar o



“ventilar” adecuadamente los sentimientos negativos, evitando, por un lado, negarse a hablar de las emociones como si no existiesen, y por otro lado, expresarlos inadecuadamente.

La persona debe aprender a *identificar* primero dichas emociones, a ser *sensible al dolor interno* y luego a *exteriorizarlo y compartirlo*; para ello se habla con cada uno de los jóvenes sobre los hechos ocurridos provocándoles emociones de dolor para que aprendan a identificarlas, posteriormente se canaliza su expresión de forma “asertiva”, enfatizando la correcta expresión de sentimientos.

2.2.3 *Reestructuración Cognitiva* (McMullin y Giles, 1981):

La Psicología cognitivo-conductual supone que cuando el ser humano experimenta una emoción positiva o negativa no se debe a la situación que actúa como acontecimiento activador,

sino a lo que pensamos de la situación; por lo tanto, esos pensamientos son los responsables de la emoción.

A las personas con “síndrome depresivo” se les enseña a buscar las situaciones desencadenantes de emociones negativas: lloro, culpa, depresión, cólera, etc. A continuación y guiados por el psicólogo se les ayuda a identificar los pensamientos que tienen en esas situaciones. Generalmente son *pensamientos exigentes, imperativos, totalitarios, sobregeneralizadores y que tienden a dramatizar la situación*, no la situación ocurrida, el asesinato de las tres niñas, sino el no poder dejar de pensar en ello; por ejemplo, “debo dejar de pensar en el asesinato”, “¡debo dejarlo ya!”, “¡no puedo soportar seguir pensando así!”, “es terrible seguir así”, “los demás lo han superado y yo no”, “soy inferior a los demás”, “si sigo así perderé el curso”,

“no logro concentrarme en los estudios” y un largo etcétera. Estos pensamientos inadecuados provocan emociones cada vez más negativas en estas personas y les introducen en una espiral de ansiedad que aumenta las emociones negativas y convierte los pensamientos en verdaderas obsesiones. Haciendo un esfuerzo de concreción aparecen *dos pensamientos inadecuados* básicos: uno contra la situación: “*Debo dejar de pensar esto*”, y otro contra sí mismo: “*Porque si no lo hago soy inferior a los demás*”.

Una vez reconocidos estos pensamientos básicos como incorrectos e inadecuados, la persona aprende el *proceso de Réplicas*. La réplica es todo pensamiento que argumenta en contra del pensamiento incorrecto, en colaboración con la persona se construyen dichos pensamientos y se realiza el siguiente proceso. Se le enseña a la persona a pensar en situaciones en las que aparecerán los pensamientos inadecuados y cuando surgen dichos pensamientos se le enseña a sustituirlos por réplicas.

2.3 *Tratamiento de los TIMS y Parasomnias:*

Después de algunos días con problemas de sueño en las personas aparece una preocupación por dormir y, cuando se acerca el momento de irse a la cama, empiezan a decirse cosas como “*¡Ojalá hoy pueda dormir*”, “*no sé si lo conseguiré*”, etc., que aumentan la activación de la persona y le impiden conciliar el sueño. A continuación, frases como “*no puedo dormirme*”, “*mañana estaré cansado*”, “*algo malo me está ocurriendo*”, etc., aumentan la preocupación con la consiguiente activación de la persona y aumentando la dificultad en dormir (Talarn y Saldaña, 1985). Por lo tanto es importante cortar ese círculo vicioso.

2.3.1 *Registros:*

Todos los niños/as con problemas de sueño llevan un *registro* detallado del *patrón de sueño*, diariamente apuntan los siguientes aspectos (Haslam, 1985):

1. Hora en que el niño/a se acuesta.
2. Hora en que concilia el sueño.
3. Si se despierta a primeras horas de la noche (por ejemplo, antes de que los padres se acuesten):
  - a) Hora u horas en que se despierta.
  - b) Motivos, si son aparentes (por ejemplo, sed).
  - c) Qué hacen el padre o la madre cuando el niño/a se despierta.

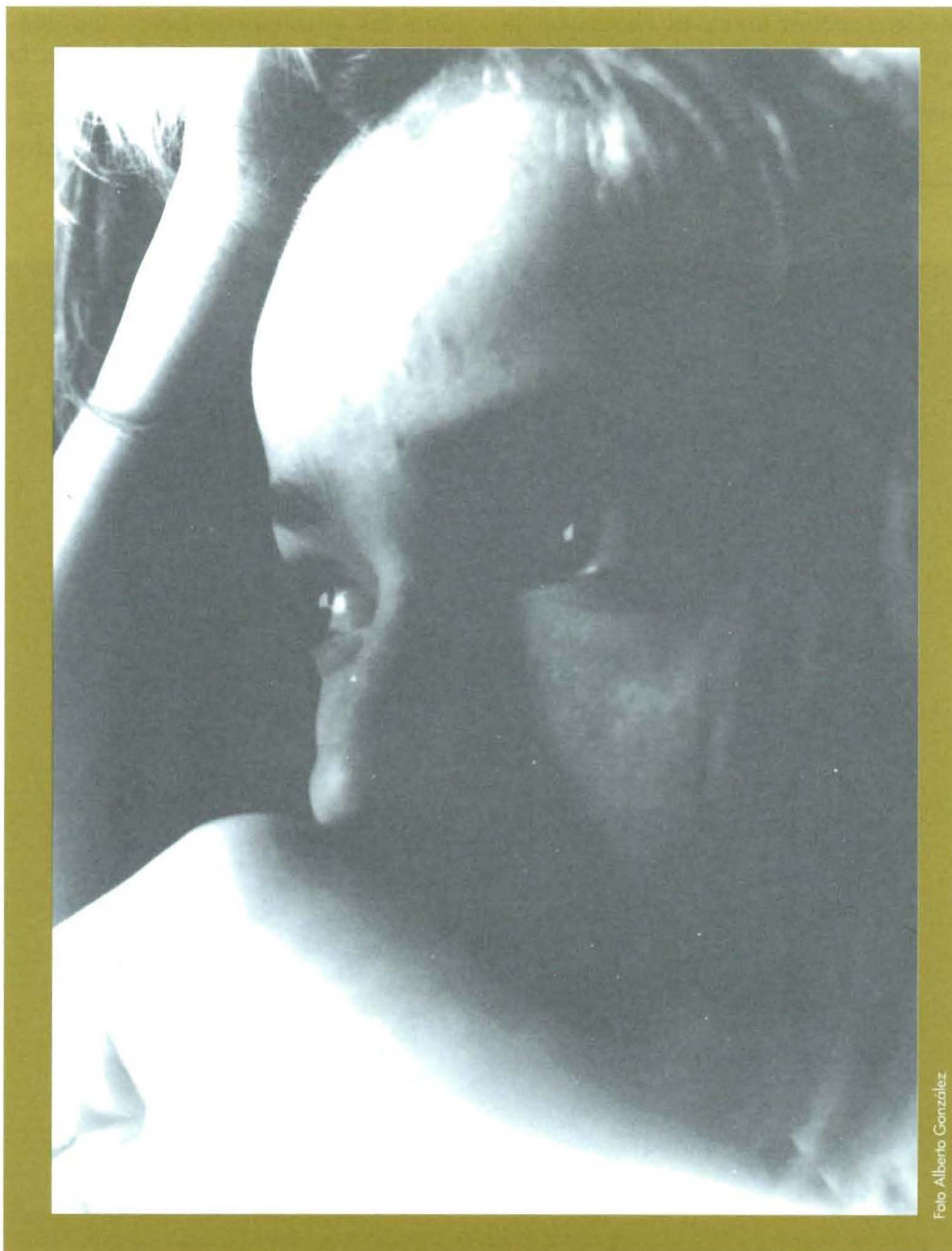


Foto Alberto González



- d) Hora en que vuelve a conciliar el sueño.
- 4. Si se despierta a altas horas de la noche:
  - a) Hora y horas en que se despierta.
  - b) Posibles causas.
  - c) Qué hacen el padre o la madre cuando el niño/a se despierta.
  - d) Hora en que vuelve a conciliar el sueño.
- 5. Hora en que se despierta por la mañana.
- 6. Humor, estado de ánimo al despertarse. Este aspecto se puede registrar mediante un sistema de puntos en el cual 1 corresponda a muy triste, irritable y de mal humor, y 10 a muy contento y feliz.
- 7. Horario y duración de siestas diurnas.

#### 2.3.2 Imaginación (Caballo y Buela-Casal, 1990):

El objetivo de esta técnica es favorecer la relajación del niño/a y desviar su atención de los pensamientos negativos y activadores. Al niño/a se le entrena con los ojos cerrados a concentrarse y focalizar su atención en los siguientes objetos: *una vela, una bombilla, un reloj de arena, una cometa, una escalera y una palmera en la playa* (Morin y Azrin, 1988). El niño/a se imagina cada objeto durante un minuto, centrando la atención hacia propiedades como la forma, el color, el movimiento y la textura.

#### 2.3.3 Relajación (Caballo y Buela-Casal, 1990):

Tal y como se ha descrito en el apartado de tratamiento de los miedos, al niño/a se le enseña a relajarse muscularmente, pero además se introduce una *relajación ocular*. Esta relajación ocular se emplea para reducir los movimientos de los ojos (Lichstein y cols., 1985), ya que estos autores comprobaron que la disminución de los movimientos oculares cuando los ojos están cerrados disminuye la actividad cognitiva, que en el caso de estos niños/as es negativa. Esta relajación ocular consiste en mover los globos oculares, cuando los ojos están cerrados, en diferentes direcciones y mantenerlos en esa posición durante unos segundos (5 a 7) y relajándolos volviendo a su posición inicial durante 40 segundos. Además si el tiempo en cama sin dormir se prolonga durante mucho tiempo (15 minutos), los niños/as utilizan una *cinta grabada* con la voz del psi-

cólogo (Gil, 1990 a, b), en la que se escuchan los ejercicios de relajación muscular con una duración de 20 - 25 minutos.

#### 2.3.4 Terrores Nocturnos (Raich y Calzada, 1992; Caballo y Buela-Casal, 1990):

Los terrores nocturnos se caracterizan por un despertar repentino, se inician con un grito y van acompañados de una descarga del sistema nervioso autónomo; además, el sujeto no responde a los estímulos externos y si se le despierta está confuso y desorientado.

Los terrores nocturnos aparecen cuando el niño/a está muy *cansado* o *bajo estrés* (Caballo y Buela-Casal, 1990); por ello, para *disminuir el cansancio*, el objetivo del tratamiento es lograr un horario regular al acostarse y levantarse, favorecer el descanso nocturno con las dos técnicas descritas anteriormente, imaginación y relajación e incluir en casos necesarios la siesta. Además hay que tratar de *eliminar* las situaciones que producen *estrés* durante el día.

#### 2.3.5 Pesadillas (Haslan, 1985; Cashman y McCann, 1991):

Las pesadillas son ensoñaciones terroríficas que provocan el despertar del sujeto. Si son muy frecuentes suelen estar relacionadas con alguna preocupación del niño/a. Pero si se le pregunta al niño/a lo que le preocupa, seguramente no sabe contestar; sin embargo, si lo observamos detenidamente durante unos días, probablemente encontraremos algún motivo de preocupación. La conducta a seguir por los padres cuando el niño/a se despierta asustado es tranquilizarlo y distraer su atención, olvidándose de la pesadilla; al día siguiente se intenta conocer el contenido de los sueños, para posteriormente entrenar al niño/a a que se imagine *enfrentándose* con dicho contenido. No obstante, la descripción del contenido de los sueños por parte de la persona funciona como mecanismo de alivio (Marks, 1991).

#### 2.3.6 Otras técnicas:

También se han empleado técnicas como las autoinstrucciones, las imágenes incompatibles con el miedo, la reestructuración cognitiva y el uso de estímulos de apoyo descritas anteriormente para el tratamiento de miedos y "síndromes depresivos".



Foto Anina Devicenti



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBEE, G.A. (1980): A competency model to replace the defect model. En M. Gibbs, J. Rasic Lachenmeyer, and J. Sigal (Eds.): *Community Psychology*. New York: Gardner Press.
- ALBEE, G.A. (1982): The politics of nature and nurture. *American Journal of Community Psychology*, 10, pp. 1-36.
- CABALLO, V.; BUELA-CASAL, G. (1990): Técnicas de modificación de conducta en el tratamiento de los trastornos del sueño. En Buéla-Casal, Navarro Humanes (eds.). *Avances en la Investigación del Sueño y sus Trastornos*. Siglo XXI, Madrid.
- CAPAFONS, A.; GIL, J.; COTOLÍ, M.D.; MARTÍNEZ, J.; SÁEZ, A. (1990): *Intervención cognitiva comportamental para reducir la obesidad*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- CARROBLES, J.A. (1985): La ansiedad: Naturaleza, incidencia, modelos explicativos. En J.A. Carrobbles, *Análisis y Modificación de Conducta*, UNED.
- CASHMAN, M.A.; MCCANN, B.S. (1991): *Trastornos del sueño en niños y adolescentes*. Martínez Roca. Barcelona.
- COTOLÍ, M.D. (1992): *Role del autocontrol y personalidad como predictoras de éxito terapéutico en la reducción del sobrepeso en base a un tratamiento cognitivo-comportamental*. Tesis de Licenciatura, Universitat de València.
- DE LA CRUZ, M.<sup>a</sup> V.; MAZAIRA, M.<sup>a</sup> C. (1992): *D.S.A. Programa de desarrollo afectivo*. T.E.A. Madrid.
- DINKMEYER, D.; MCKAY, G.D. (1981): *PECES. Padres eficaces con entrenamiento sistemático*. A.G.S. Minnesota.
- EPSTEIN, J. (1992): Establecimiento e inicio de un servicio de orientación durante el duelo. En L. Sherr (ed.). *Agonía, Muerte y Duelo*. Manual Moderno, México.
- GIL, J. (1987): Inoculación de estrés en la preparación al parto. *Informació Psicològica*, pp. 37-49.
- GIL, J. (1990 a): *Control de estrés*. Video INVESCO. V-504-1990.
- GIL, J. (1990 b): *Relajación muscular*. Grabación Magnetofónica. INVESCO. V-503-1990.
- GIL, J. (1991 a): *Estudio exploratorio de los efectos sobre el rendimiento en el ataque de jugadores de balonmano, categoría cadetes, de un programa de intervención psicológica*. Tesis Doctoral. Universitat de València.
- GIL, J. (1991 b): *Entrenamiento mental para deportistas y entrenadores de élite*. INVESCO, Valencia.
- GIL, J. (1993): Impacto psicológico en la población de Alcácer: Descripción y evaluación de los niños/as con problemas psicológicos. *Informació Psicològica*.
- GOLDSTEIN, A.P. (1981): *Psychological skill training*. Pergamon Press, New York.
- GROLLMAN, E.A. (1986): *Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Editorial 29, Barcelona.
- HASLAM, D. (1985): *Trastornos del sueño infantil*. Martínez Roca. Barcelona.
- HINES, N. (1992): Atención para los que atienden. En L. Sherr (ed.). *Agonía, Muerte y Duelo*. Manual Moderno. México.
- HOROWITZ, M.J. (1976): Diagnosis and treatment of stress response syndromes: General principles. In H.J. Parad, H.L.P. Resnik, L.G. Parad (eds.). *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: The Charles Press Publishers.
- JACOBSON, E. (1938): *Progressive relaxation*. University of Chicago Press, Chicago.
- JERSILD, A.T.; HOLMES, F.B. (1935): methods of overcoming children's fears. *J. Psychol.*, 1, 75-104.
- KILPATRICK, D.G.; VERONEN, L.J. (1984): Treatment for rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L.H. Cohen, W. Caiborn, G. Specter (eds.). *Crisis intervention*. New York. Human Sciences Press.
- LAZARUS, R. (1976): *Patterns of adjustment*. New York: Mc Graw-Hill, 1976.
- LICHSTEIN, K.L.; FISCHER, S.M. (1985): Insomnia. In M. Hersen y A.S. Bellack (ed.). *Handbook of Clinical behavior therapy with adults*. Plenum Press, Nueva York.
- MARCUS, P.; ROSENBERG, A. (1992): Los sobrevivientes de una muerte masiva provocada por el hombre y algunas implicaciones del tratamiento. En L. Sherr (ed.). *Agonía, Muerte y Duelo*. Manual Moderno. México.
- MARKS, F.M. (1969): *Fears and phobias*. Heinemann Medical and Academic Press, 1969.
- MARKS, I.M. (1991): *Miedos, fobias y rituales*. Martínez Roca, Barcelona.
- McMULLIN, R.E.; GILES, T.R. (1981): *Cognitive-behavior therapy. A restructuring approach*. Ed. Grune Stratton. New York.
- MEICHENBAUM, D. (1985): *Stress inoculation training*. New York. Pergamon Press.
- MORIN, C.M.; AZRIN, N.H. (1988): Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1988.
- OCHOA, E.F.L. (1993): *Locura cotidiana*. Dominical EL PAIS, marzo 1993.
- PELECHANO, V. (1981): *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Ed. Alfaplus, Valencia, 1981.
- PELECHANO, V. (1984): Programas de intervención psicológica en la infancia; Miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-224.
- PLATT, J.J.; SPIVACK, G. (1975): *The M.E.P.S. procedure: Manual*. Philadelphia, Penn; Halmemann Medical College and Hospital.
- RAICH, R.M.; CALZADA, M.D. (1992): *El sueño y sus trastornos*. Martínez Roca, Barcelona.
- REHM, L.P. (1981 a): A self-control therapy program for treatment of depression. En J. Clarkin y H. Glazer. *Depresión Behavioral and Directive Intervention Strategies*. Garland. New York.
- REHM, L.P. (1981 b): *Behavior therapy for depression: Present status and future directions*. Academic Press. New York.
- SHERR, L. (1992): Capacitación del cuerpo médico: una necesidad no un lujo. En L. Sherr (ed.). *Agonía, Muerte y Duelo*. Manual Moderno. México.
- S LAIKEU, K.A. (1988): *Intervención en crisis*. Ed. Manual Moderno, México.
- SPECK, P. (1992): Aspectos culturales y religiosos de la muerte. En L. Sherr (ed.). *Agonía, Muerte y Duelo*. Manual Moderno. México.
- TALARN, A.; SALDAÑA, C. (1985): Abordaje teórico-práctico desde la perspectiva conductual del insomnio de iniciación: Revisión y puesta al día. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 179-207.
- VERONEN, L.J.; KILPATRICK, D.G. (1983): Stress management for rape victims. In Meichenbaum, D. and Jaremko, M.E. (ed.). *Stress Reduction and Prevention*. Plenum Press, New York.
- WOLPE, J. (1980): *Práctica de la terapia de la conducta*. Ed. Trillas, México, 1980.
- ZABIN, A.M.; MELAMED, B.G. (1980): Relationship between parental discipline and children's ability to cope with stress. *J. Beh. Assess*, 2, 17-38.