

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ONLINE  
DESDE LA TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO DE  
SINTOMATOLOGÍA FÓBICA INFANTIL  
DURANTE EL CONFINAMIENTO  
POR COVID-19

ONLINE PSYCHOLOGICAL INTERVENTION  
USING COGNITIVE BEHAVIORAL GAME  
THERAPY IN A CASE OF PHOBIC  
SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN DURING  
CONFINEMENT BY COVID-19

ALICIA OLTRA<sup>1</sup>, PALOMA SALAMANCA<sup>1</sup>,  
SANDRA HELENA VERAS<sup>1</sup> Y PURIFICACIÓN SIERRA-GARCÍA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oltra, A., Salamanca, P., VERAS, S. H. y Sierra-García, P. (2021). Intervención psicológica online desde la Terapia de Juego Cognitivo conductual en un caso de sintomatología fóbica infantil durante el confinamiento por COVID-19 [Online psychological intervention using cognitive behavioral Game Therapy in a case of phobic symptomatology in children during confinement by COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 93–106. <https://doi.org/10.5944/ap.16.2.22382>

## Resumen

Este artículo presenta la intervención terapéutica en un caso de sintomatología fóbica infantil, abordado en el dispositivo de Atención a Emergencia por el estado de

alerta sanitaria por COVID-19 en el Servicio de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNED. Se trata de un niño varón de 5 años de edad, que presenta miedo a salir de casa y a fenómenos meteorológicos, tras la etapa de confinamiento. La intervención terapéutica fue diseñada desde la Terapia de Juego Cognitivo Conductual.

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Alicia Oltra, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

**Email:** [aoltra@bec.uned.es](mailto:aoltra@bec.uned.es)

**ORCID:** Purificación Sierra García (<https://orcid.org/0000-0003-3774-2975>).

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 30 de enero de 2021.

Aceptado: 28 de mayo de 2021.

Los objetivos principales de la intervención fueron: la disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante las actividades realizadas fuera de la vivienda y ante situaciones meteorológicas desfavorables, así como generalización progresiva de dichas actividades tanto fuera del hogar como en situaciones meteorológicas adversas. Los resultados objetivos propuestos fueron conseguidos a lo largo de seis sesiones de 1 hora de duración con frecuencia semanal, en formato online, y mantenidos después de un seguimiento de tres meses.

**Palabras clave:** Intervención online; Fobia infantil; Terapia de Juego Cognitivo Conductual; COVID-19.

## Abstract

This article presents a therapeutic intervention in a case of childhood phobia addressed in the Applied Psychology Service of the Faculty of Psychology of the UNED. This case was studied in the frame of the Emergency Attention device due to the health alert status for COVID-19. The case presents a 5-year-old male child who is afraid of leaving home and of meteorological phenomena after the confinement stage. The therapeutic intervention was designed from the Cognitive Behavioral Game Therapy. The main objectives of the intervention were the reduction of the child's anxiety response to activities carried out outside the home and to unfavorable weather situations, as well as the progressive generalization of these activities both outside the home and in adverse weather situations. The proposed results were achieved over six sessions of 1-hour duration with weekly frequency, in an online format, and maintained after a three-month follow-up.

**Keywords:** Online intervention; Child phobia; Cognitive Behavioral Game Therapy; COVID-19.

## Introducción

El contexto de pandemia por COVID-19, al que nos enfrentamos desde el inicio del año 2020, ha condicionado de forma drástica nuestro día a día. Una cuarentena se define como la separación y restricción del movimiento de

personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa (Saurabh y Ranjan, 2020). En la pandemia por el virus SARS-CoV-2, toda la población estuvo en cuarentena.

El escenario de confinamiento y restricciones más o menos sostenidas y, sobre todo, la situación de incertidumbre y miedo que nuestra sociedad enfrenta, ha empezado a dejar cierta huella psicológica, aún por determinar, en uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad: la infancia. Los estudios sobre Covid-19 sugieren que los niños y adolescentes tienen menos probabilidades de infectarse, además, en el caso de hacerlo, permanecen asintomáticos o tienen síntomas más leves de la enfermedad (Ismail et al., 2020; Tosif et al., 2020). No obstante, deben permanecer en cuarentena igual que el resto de los sectores de la población.

Desde los primeros días de la alarma sanitaria, el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) puso a disposición de la comunidad universitaria y la comunidad general un teléfono gratuito de atención psicológica que contribuyera a dar respuesta a las demandas que la situación presentaba. Aunque la demanda de atención fue mayoritariamente para población adulta, a través de este dispositivo se atendieron ocho casos de niños y niñas menores de 12 años. En tres de estos casos, el motivo de consulta estaba relacionado con desregulación emocional: enfados injustificados y desproporcionados, ataques de ira, cambios de humor y agresividad. En los cinco restantes, la demanda estaba relacionada con sintomatología ansiosa de diferente intensidad: los niños presentaban miedos irracionales, sensación de angustia y malestar, irritabilidad, dificultades para la regulación del sueño e hiperactivación fisiológica, que solían correlacionar con otros de tipo obsesivo, pensamientos intrusivos y rituales más o menos encubiertos.

En este artículo se presenta una intervención realizada en el marco de este dispositivo, en un caso de sintomatología fóbica en un niño de 5 años. Como escenario necesario para la comprensión del caso, se abordan previamente a su exposición aspectos generales del impacto de la cuarentena en la infancia, seguido de algunos aspectos clave de la estrategia de intervención utilizada, es decir, la

Terapia de Juego Cognitivo Conductual. Dado que la atención se produjo durante el confinamiento, ésta se llevó a cabo a través de medios informáticos, por lo que dedicamos un espacio a asentar los elementos centrales de la Telepsicología.

### ***El impacto del confinamiento en los niños***

La infancia es un periodo evolutivo de especial trascendencia y, para un desarrollo psicológico saludable, los niños necesitan de interacciones sociales, amistades y rutinas, entre otros factores promotores de la salud y de la salud mental. Los niños deben ser considerados como población sensible porque sus competencias cognitivas y emocionales están en desarrollo y se asientan fundamentalmente en el ejercicio físico, la interacción con iguales y la novedad, por lo que es mayor el impacto de situaciones excepcionales como desastres o pandemias (Schonfeld, 2004). Además, durante el periodo de cuarentena y distanciamiento social, los niños que presentan enfermedades mentales son especialmente vulnerables (Ye, 2020).

Las consecuencias de un estado de alarma sanitaria y, fundamentalmente de la cuarentena, impacta en la salud mental de los niños que, a menudo, presentan sentimientos de abandono, desesperación, incapacidad y agotamiento, e incluso aumenta el riesgo de suicidio (Ye, 2000). Todas estas consecuencias están relacionadas, probablemente, con la incertidumbre que rodea la situación de la pandemia en sí, con el distanciamiento social, los cierres de escuelas, el estrés que sufren los padres y la pérdida de seres queridos (Imran et al., 2020).

Los estudios indican que durante el confinamiento por Covid-19 los niños presentaron mayores tasas de inquietud e irritabilidad que los padres interpretaron en muchos casos como comportamiento desafiante, ansiedad y falta de atención (Imran et al., 2020; Liu et al., 2020). En esta línea, Jiao et al. (2020) encontraron que los niños de 3 a 6 años tenían más probabilidades que los niños mayores de manifestar estos síntomas, así como una mayor preocupación porque su familia pudiera infectarse.

Por su parte, en una muestra de niños y adolescentes españoles e italianos, Orgilés et al. (2020) hallaron de nuevo que la mayoría de los padres informaron de un cambio en el estado emocional y en las conductas de sus hijos, siendo los síntomas más frecuentes dificultad para concentrarse (77 %), aburrimiento, irritabilidad, inquietud, nerviosismo, sentimientos de soledad y aumento creciente de la preocupación. Tanto los padres italianos como los españoles (alrededor del 12 %) informaron que la convivencia familiar era difícil o muy difícil con sus hijos, ya que estaban más inquietos e irritables.

Respecto a los comportamientos infantiles tras el confinamiento por Covid-19, en un estudio en la población infantil y adolescente, Saurabh y Ranjan (2020) encontraron que aproximadamente el 26 % evitaba asistir a lugares concurridos y el 20 % a lugares públicos en general.

### ***Aproximación Terapéutica: la Terapia Cognitivo Conductual***

La intervención realizada en el presente caso se enmarca en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (a partir de ahora TCC) y, más concretamente, en la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC en adelante).

La TCC comprende un modelo terapéutico y un conjunto de intervenciones que combinan técnicas cognitivas y conductuales, y derivados de modelos teóricos con evidencia empírica. Este modelo asume que a los trastornos psicológicos subyacen cogniciones distorsionadas y/o conductas desadaptativas. Por lo general, la TCC es un tratamiento breve, colaborativo y orientado a objetivos. El trabajo desde este modelo está dirigido a la conducta y sus procesos subyacentes. La conducta es conceptualizada en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional) y el objetivo del tratamiento es la modificación de la conducta desadaptada y de las cogniciones disfuncionales (García et al., 2017).

Según Kosovsky (2018), el modelo cognitivo conductual en el marco general y en particular en la población infantojuvenil, incluye y subraya la importancia de cuatro

factores (contextuales, familiares, interpersonales y culturales) en los que el terapeuta interviene sobre las cogniciones, las conductas y las emociones del niño o adolescente. Según la edad del niño, la implicación de los padres puede ser muy importante para que el terapeuta pueda identificar las variables que refuerzan y mantienen la conducta problema y, por tanto, poder modificarlas (Schaefer, 2012).

En el trabajo con adultos, el terapeuta puede acceder a los patrones de pensamiento disfuncional asociados a síntomas y conductas desadaptativas mediante preguntas dirigidas y un acompañamiento en la introspección. Sin embargo, en la atención psicológica a niños se necesitan otras herramientas que permitan paliar sus carencias a este respecto ya que, según la edad, su pensamiento puede llegar a ser muy ilógico, intuitivo, egocéntrico y concreto, especialmente antes de los 6 años (Knell, 1998; citado en O'Connor et al., 2017). Por otra parte, el juego es un elemento esencial de acceso a las emociones, el pensamiento y la comprensión infantil del mundo, pero también estratégico en la elaboración de pensamientos y emociones, así como en la intervención.

Por ello, durante la infancia, el enfoque TCC de elección es la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (Knell, 1998). Esta intervención une la TCC con la terapia de juego y ha sido diseñada para niños en edad preescolar y escolar, en la etapa de desarrollo comprendida entre los tres y los ocho años. Su eficacia ha sido demostrada en niños mayores y en estudios de caso con niños preescolares (Knell, 1998; citado en O'Connor et al., 2017).

La Terapia de Juego Cognitivo Conductual incluye la adaptación de técnicas con validación empírica para ser utilizadas en el juego con niños, tales como la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, el desvanecimiento de estímulos, el entrenamiento en respiración y relajación, y la extinción. También se sirve del modelado, el juego de roles y las contingencias conductuales, utilizando para ello juguetes, peluches y títeres. El tratamiento incluye además técnicas para que el niño generalice lo aprendido a diferentes contextos, mantenga los resultados y se prevengan posibles recaídas. Según Knell (1998), a través del juego el niño puede ser partícipe activo en su propio proceso terapéutico y comunicar de manera directa el cambio cognitivo y conductual.

En el caso que se expone en el presente estudio y, debido a las restricciones por Covid-19 en España, se planteó la utilización de la TJCC desde los medios a nuestra disposición a través de la telepsicología. Pasaremos ahora a definir brevemente en qué consiste.

### *Telepsicología*

Según la American Psychological Association (APA, 2013), la telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías a través de una variedad de formatos como dispositivos móviles, ordenadores, teléfonos, correo electrónico, entre otros. La comunicación entre el paciente y el terapeuta puede ser sincrónica (i.e., mediante una videoconferencia interactiva en tiempo real, una llamada telefónica) o asíncrona (i.e. email o mensajes). Cada vez es más frecuente la utilización de las aplicaciones digitales emergentes en los servicios de salud y educación en línea interactiva remota. El uso de estos servicios puede ayudar a salvar la distancia social y a mantener el apoyo a la salud mental y del comportamiento de los niños (Ye, 2020).

Son muchos los beneficios que se encuentran en la implementación de la telepsicología o terapia en línea en el proceso terapéutico de un paciente/cliente tanto de forma independiente como de forma complementaria a la terapia presencial (Yager, 2001). Entre estos beneficios destacan la superación de barreras geográficas, el aumento de oportunidad para las personas que, por diversos motivos, no pueden desplazarse, y personas con restricciones de tiempo, entre otros (Martin et al., 2020). Además, aquellas personas que no se sienten cómodas con la terapia presencial (por la presencia física del terapeuta o por considerarla estigmatizante) es más probable que vean la telepsicología como una oportunidad para vencer estas dificultades (Murphy y Mitchell, 1998) y, por tanto, para una intervención terapéutica.

Acerca de la efectividad de la Telepsicología, la investigación arroja resultados preliminares positivos y similares a los de la terapia presencial (Watts et al., 2020). Además, algunas revisiones preliminares apuntan a que la intervención mediante terapia online está avalada por evidencia (Wilkinson et al., 2008). El aumento del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, pero so-

bre todo la pandemia por el virus SARS-CoV-2, ha supuesto un incremento exponencial de la utilización de la telepsicología que, seguramente, confirme una clara tendencia a que los profesionales utilicen y sigan utilizando en el futuro estos servicios en línea (APA, 2013).

No obstante, se trata de una modalidad de terapia no exenta de desafíos. En este sentido, los más frecuentemente citados en la literatura son de carácter ético y legal, pero también clínico como la falta de acceso a las señales no verbales, lo que puede ocasionar una dificultad para establecer una buena alianza terapéutica (Watts et al., 2020). Numerosos expertos en el campo también han expresado preocupaciones con respecto a las limitaciones en una intervención en crisis.

En cualquier caso, durante la cuarentena el uso de la atención psicológica mediante tecnología fue no sólo un recurso, sino el único recurso del que pudieron servirse las personas que necesitaron ayuda psicológica para aliviar su malestar y los terapeutas para poder brindar dicha ayuda.

## Exposición del caso

### *Datos del usuario*

La demanda de apoyo psicológico al Servicio de Psicología Aplicada de la UNED la hacen dos madres para su hijo varón de 5 años de edad. En la unidad familiar viven los tres miembros mencionados y el hermano pequeño de 22 meses. La atención se realizó a través de videoconferencia a lo largo de 6 sesiones de una hora de duración durante los meses de junio y julio.

### *Motivo de consulta*

El motivo por el cual deciden pedir ayuda profesional es el miedo que empezó a manifestar el niño a la hora de salir de casa tras la etapa de confinamiento. El miedo a salir de casa era más intenso durante el día y cuando iban caminando. Asimismo, las madres referían que el niño pedía ir bajo un techo a la hora de salir a la calle, como por ejemplo en coche o dentro del carrito de su hermano. Estos miedos interferían de manera significativa en el día a día

familiar, lo que generó preocupación para sus madres, quienes no sabían cómo actuar ante dichas situaciones.

Otro de los motivos de consulta que exponían era el miedo que sentía el niño ante diferentes fenómenos meteorológicos. El miedo a salir de casa aumentaba en intensidad si ese día había algún indicador de lluvia o viento. Esta información la obtuvimos a partir de la observación de las madres en esas situaciones, quienes nos informaron de que el niño estaba muy pendiente de los fenómenos meteorológicos, mirando por la ventana y preguntando antes de salir a la calle o a la terraza si iba a llover o si hacía viento.

### *Evaluación*

La principal herramienta empleada para la evaluación del caso fue la entrevista semiestructurada, tanto a las madres como al niño, mediante videoconferencia. En la entrevista semiestructurada, la terapeuta se guiaba por un esquema de preguntas, intercalando preguntas abiertas y cerradas.

La función de dicha entrevista fue la de obtener información clínica relevante. Se evaluó el motivo de consulta, se identificaron las conductas problema a nivel motor, cognitivo y fisiológico-emocional, así como las variables del individuo y del contexto que interferían en dichos comportamientos problema. Asimismo, durante la entrevista se recabó información de los reforzadores principales del niño con el objetivo de utilizarlos durante la intervención. Atendiendo a la edad del niño y a que las madres se encontraban presentes en las situaciones problemáticas, la mayor parte de la información fue obtenida a través de las madres.

Además de la entrevista, se utilizó el Autorregistro de situaciones para la recogida y el análisis de información. Las madres observaron el comportamiento del niño y cumplieron este Autorregistro semanal de manera individual con la siguiente información:

- Día y hora
- Situación: Contexto en que se daba la conducta problema
- ¿Qué hace el niño?

- ¿Qué hago yo?
- ¿Cómo termina la situación?
- Intensidad (0-10): Medida subjetiva de la intensidad de la situación
- Observaciones y comentarios.

### ***Conductas problema y análisis funcional del caso***

Tras la evaluación del caso, desde la información que aportan las madres, se observó que existían una serie de variables disposicionales (condiciones de la persona o el ambiente, relativamente estables, que pueden predisponer o precipitar la aparición de la conducta problema). Estas variables son las que se detallan a continuación.

- **Etapas de confinamiento:** El menor se encontró en una situación nueva que no había vivido con anterioridad en la cual se le explicó que no se podía salir a la calle por la presencia de un virus. Durante este periodo, se habituó a no salir de casa.

- **Miedos evolutivos:** Existen ciertos miedos evolutivos normales a esa edad. Concretamente, el miedo ante ruidos y algunos fenómenos meteorológicos.

- **Lugar de residencia:** Vivienda en una zona de vientos y lluvias fuertes que el niño presencié en diversas situaciones, siendo una zona afectada por la DANA.

- **Hermano de 22 meses:** A partir de la información obtenida a través de las madres, es posible que el menor demandara mayor atención desde el nacimiento de su hermano y que recibiera atención a través de la problemática.

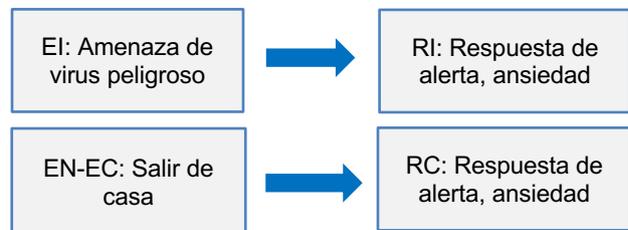
- **Nivel basal de activación fisiológica:** Alto nivel de activación fisiológica referido por las madres, que le describen como especialmente nervioso y asustadizo.

Se planteó una hipótesis sobre el origen de las conductas problema relacionada con una serie de aprendizajes en el menor que se detallan a continuación.

Durante el periodo de confinamiento, cambiaron sus rutinas y dejó de salir de casa. Se le explicó que no se podía salir porque fuera había un “bichito” que era peligroso y se tenían que proteger de él. Es posible que el niño fuera asociando una situación previamente neutra o apetitiva con una situación aversiva, aprendiendo a responder con ansiedad ante situaciones en las que previamente se había sentido tranquilo.

**Figura 1.**

*Proceso de condicionamiento clásico explicativo de las reacciones de alerta y ansiedad ante salir de casa*

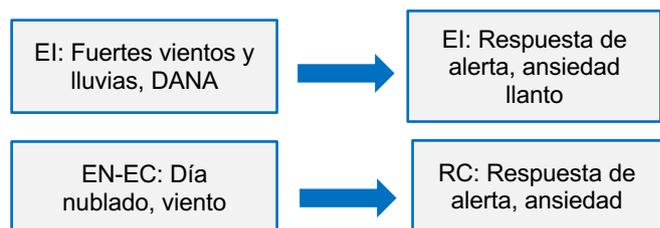


El estímulo incondicionado (EI) “situación de amenaza generada por un virus” provoca una respuesta incondicionada (RI) de ansiedad en el organismo. El estímulo neutro (EN) “salir de casa” se condiciona clásicamente y se convierte en un estímulo condicionado (EC) que genera una respuesta condicionada (RC) de ansiedad.

Por otro lado, durante su historia de aprendizaje estuvo en contacto con fenómenos meteorológicos adversos que, incrementaron su respuesta de malestar.

**Figura 2.**

*Proceso de condicionamiento clásico explicativo de las reacciones de alerta y ansiedad ante determinados fenómenos meteorológicos*



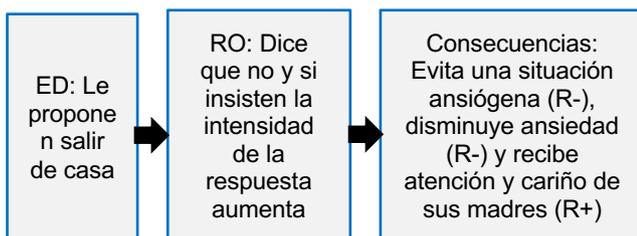
El niño presenció situaciones en lugares como la terraza de su casa o la playa con vientos y lluvias fuertes. Este estímulo incondicionado generaba en él una respuesta incondicionada de ansiedad. Se dio un condicionamiento clásico en el cual ciertos estímulos previamente neutros (día nublado o con algo de viento), se fueron transformando en estímulos condicionados que generaban una respuesta condicionada de ansiedad. Este aprendizaje se fue generalizando a otras situaciones como salir a la terraza e influyó en el miedo a salir de casa.

Puesto que la problemática se mantenía en el momento en que acudieron a terapia, se planteó la siguiente hipótesis sobre el mantenimiento de las conductas problema. A continuación, se presentan las principales cadenas funcionales analizadas.

- En primer lugar, situaciones en las que las madres proponían salir de casa para realizar alguna actividad, desencadenaban en su hijo una respuesta de ansiedad. Ante estas situaciones (estímulo discriminativo), el niño aprendió a negarse a ir y expresar el miedo que sentía (respuesta operante). Esta conducta se mantiene por las consecuencias que la siguen. No se expone a una situación ansiógena para él, reduce los niveles de activación, y recibe el cariño y la atención de sus madres. La conducta problema de evitación está mantenida por refuerzo positivo y negativo. Esta conducta se daba con menor frecuencia si la salida era en coche o en el carro de su hermano con la capota puesta. Asimismo, era más probable que no evitara la situación si la salida era por la noche y no había viento y/o lluvia.

**Figura 3.**

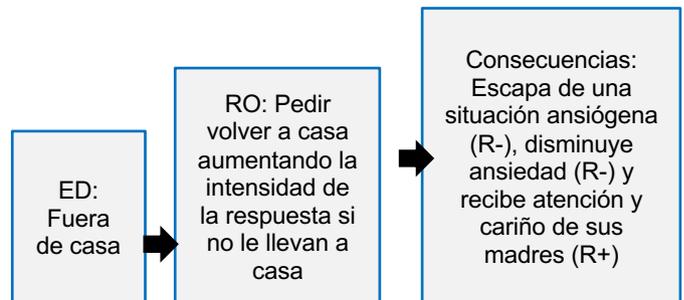
*Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Pedir quedarse en casa*



- En una segunda cadena funcional, vemos cómo en las situaciones en las que accedía a salir de casa, se daba una conducta de escape. Ante la situación de estar fuera de casa, aprendió a pedir a sus madres volver a casa y en algunos casos la intensidad de la respuesta aumentaba y aparecía un estallido de ira. La conducta se mantuvo por las consecuencias de escapar de una situación que le generaba malestar y reducir la respuesta de ansiedad, así como por refuerzo atencional. Nuevamente, la conducta se mantiene por refuerzo negativo y positivo. En esta cadena, vemos además cómo el momento en el que escapa de las situaciones es el momento de máxima ansiedad. Produciéndose una sensibilización a dichas situaciones y una incubación de la respuesta de ansiedad, siendo la misma cada vez más intensa.

**Figura 4.**

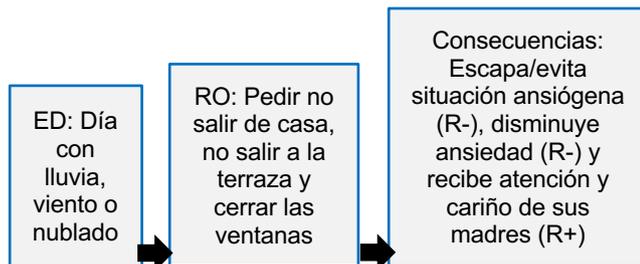
*Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Pedir volver a casa*



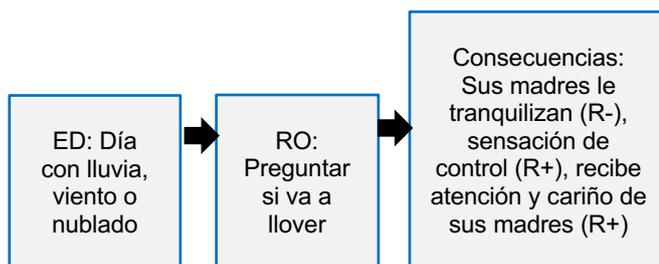
- En una tercera cadena funcional explicamos cómo la ansiedad ante fenómenos meteorológicos adversos se mantenía por evitación. En situaciones en las que estaba nublado, llovía o hacía viento, desencadenaba una respuesta condicionada de ansiedad y emitía respuestas operantes de evitación o de escape. Esas conductas, además de no salir a la calle o volver a casa, consistían en no salir a la terraza, pedir a sus madres que cerraran las ventanas, o preguntar si iba a llover. Su conducta iba seguida de las consecuencias de escapar de la situación, disminuir la respuesta de ansiedad, recibir atención, y sensación de control. La problemática se mantiene por refuerzo positivo y negativo.

**Figura 5.**

Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Pedir quedarse en casa con determinadas condiciones meteorológicas

**Figura 6.**

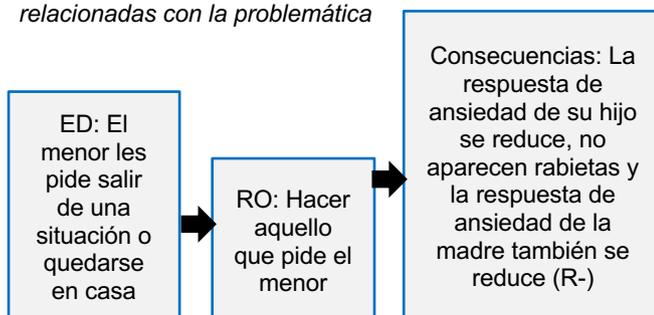
Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Preguntar sobre las condiciones meteorológicas



- En una última cadena funcional, se aprecia cómo para las madres estas situaciones eran muy aversivas. Por este motivo, emitían una respuesta operante de evitación y escape. Estas conductas se mantenían por refuerzo negativo, al obtener las consecuencias de reducir la respuesta de malestar de su hijo y de ellas mismas.

**Figura 7.**

Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Hacer la voluntad del menor en situaciones relacionadas con la problemática



## Objetivos terapéuticos

Se plantearon los siguientes objetivos con las madres:

- Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la situación de salir de casa.
- Aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de la vivienda.
- Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la presencia de viento, lluvia y nubes.
- Aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de casa en presencia de viento, lluvia y nubes.

## Tratamiento y técnicas de intervención

En la intervención se trabajó principalmente con las madres del menor, dada la edad del niño y la dificultad que supuso el trabajo con él mediante videoconferencia.

Durante el diseño del plan de intervención se seleccionaron las siguientes técnicas, que se enmarcan dentro del marco teórico de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptadas a la TJCC:

- Psicoeducación y Reestructuración Cognitiva.  
Al inicio de la intervención y como uno de los primeros pasos que indica la TJCC, se detalló a las madres el análisis del problema para que comprendieran las variables que lo mantenían y sobre las que se iba a trabajar. Se resolvieron dudas y se reestructuraron aquellas creencias irracionales que pudieran interferir en el cambio clínico.
- Entrenamiento en Respiración Abdominal y Relajación Muscular Progresiva  
Empleamos la técnica de Respiración Abdominal como herramienta a utilizar en situaciones ansiógenas. Se entrenó al niño en una sesión con la ayuda de las madres, utilizándolas a ellas y a la terapeuta como modelo. Asimismo, se le entrenó en la técnica de Relajación Muscular Progresiva. Ambas técnicas se le enseñaron mediante juegos, adaptándolas a población infantil y basándonos en la TJCC.

Se pidió a las madres que practicasen ambas técnicas diariamente, con el objetivo de dominarlas y que pudieran ser una herramienta a la que recurrir en situaciones de exposición.

- Exposición con Prevención de Respuesta (escenificaciones emotivas) y Economía de Fichas

Realizamos una jerarquía de situaciones, que se ordenaron gradualmente de menor a mayor dificultad. Para la realización de esta jerarquía se utilizó el dibujo de un termómetro, de modo que el niño pudiera jerarquizar las situaciones con la ayuda de las madres. El criterio para pasar de un ítem de menor dificultad a otro de mayor dificultad era que el niño se mantuviera relajado (2 o menos en una escala de malestar 0-10) a lo largo de varios ensayos de exposición. En la Tabla 1 se exponen las situaciones jerarquizadas.

**Tabla 1.**

*Secuencia de situaciones de exposición*

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salir a la puerta de casa</li> <li>2. Ir a la calle frente a casa en el carrito de mi hermano</li> <li>3. Ir a la calle frente a casa andando</li> <li>4. Ir al parque en el carrito de mi hermano</li> <li>5. Ir al parque andando</li> <li>6. Ir a merendar al merendero al lado de la playa</li> <li>7. Ir a la playa</li> <li>8. Ir a la playa y bañarme</li> <li>9. Salir de casa en un día nublado</li> <li>10. Salir de casa en un día con viento</li> <li>11. Salir de casa en un día con lluvia</li> </ol> |
|---|

Se entrenó a las madres en el modo de proceder durante las exposiciones. Se les informó de la importancia de no abandonar la situación hasta que el niño se encontrara tranquilo y de utilizar las técnicas de reducción de la activación para permanecer en la situación hasta que se redujera el malestar. En las sesiones semanales, se anticipaban y resolvían dificultades que podrían surgir o que habían surgido durante la semana.

Como sistema de motivación, se utilizó una adaptación del método de economía de fichas ideado por el Instituto de Psicología Contextual Madrid (MICPSY) “Sé un super-

héroe”. Se planteó un juego en el cual se le contó al niño la historia de que él era un superhéroe que había sido elegido por “La Agencia Secreta de Superhéroes” para completar unas misiones que no iban a ser fáciles, pero eran necesarias. Se le explicó que completar las misiones haría que cada vez se pareciera más a superhéroes como Spiderman o Iron Man, que eran sus superhéroes preferidos.

En la adaptación que se hizo no se incluyeron “emotis” (en el sistema de MICPSY los “emotis” son personajes que representan las emociones). Asimismo, en el sistema de MICPSY se utilizan “poderes” como puntos que el niño obtiene al completar las misiones y que le ayudan a alcanzar su “enseña de superhéroe”. Adaptamos este método, de forma que en lugar de “poderes”, se planteó al niño que podría ir obteniendo partes de superhéroe coloreándolas en un mural. Cada vez que se completaba una de las “misiones”, el niño obtenía puntos de superhéroe y coloreaba con su madre una parte de superhéroe encima de un dibujo de sí mismo, empezamos por partes como un abrazo o una pierna, dejando para el final la parte de la cabeza. Poco a poco, el dibujo del niño iba cambiando al de un superhéroe conforme se exponía a situaciones. Otro de los aspectos importantes que se tuvieron en cuenta fue el acompañar la consecución de las misiones junto con el refuerzo atencional de las madres, quienes hacían comentarios del tipo “fíjate, cada vez te pareces más a un superhéroe”, “¡mira qué músculo y qué cara de superhéroe se te está poniendo!”.

Con el objetivo de aumentar el poder reforzante y la motivación del niño, en las salidas de casa se hacía una actividad que él eligiera y que anteriormente solía disfrutar. Algunos ejemplos fueron salir de casa para jugar con el coche teledirigido o para jugar con globos de agua en el parque. Conforme se avanzaba en los ítems de la jerarquía, las madres fueron enfrentando al niño a distintas situaciones con el mismo nivel de dificultad para generalizar el cambio a contextos variados.

De esta manera, las exposiciones se hicieron en forma de escenificaciones emotivas, siendo situaciones reforzantes en sí mismas y aumentando la motivación a exponerse a situaciones ansiógenas para él.

**-Reforzamiento y extinción**

De forma complementaria, se utilizó el manejo de contingencias con el objetivo de moldear la conducta del niño. Las madres reforzaron atencionalmente todas las aproximaciones a conductas adaptativas que se acercaban al objetivo que queríamos lograr. Le indicaban lo valiente que estaba siendo y cómo cada vez tenía más músculo de superhéroe. En los momentos en que aparecía la conducta problemática, las madres retiraban el refuerzo atencional, extinguiendo dicha conducta.

En sesión, la terapeuta reforzaba todas las aproximaciones sucesivas al objetivo terapéutico y se pedía al niño que enseñara sus logros en el mural de superhéroe.

**-Modelado**

Está comprobado que los niños también aprenden a través de la observación, siendo este otro de los puntos clave que señala la TJCC. Se utilizaron los modelos de las madres, la terapeuta, y superhéroes en la intervención.

Previamente a las situaciones de exposición, se le explicaba detalladamente al niño cómo iba a ser la “misión” y se realizaba un role-playing en casa utilizando a las madres como modelo de conducta.

En la Tabla 2 se especifican los procedimientos y técnicas que se utilizaron en cada una de las sesiones con el niño y las madres.

**Tabla 2.**

*Número de sesiones de la intervención, técnicas y procedimientos empleados en cada una de ellas.*

<b>Sesión</b>	<b>Técnicas y Procedimientos en cada Sesión</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración del motivo de consulta.</li> <li>• Evaluación inicial con las madres a través de la entrevista clínica</li> <li>• Establecimiento de objetivos terapéuticos.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del Autorregistro rellenado por las madres durante la semana.</li> <li>• Evaluación con las madres y el niño a través de la entrevista clínica.</li> <li>• Entrenamiento en la técnica de respiración abdominal y en la técnica de relación muscular progresiva de Jacobson.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de las tareas de la semana y resolución de dudas y dificultades: entrenamiento en respiración abdominal y relajación progresiva de Jacobson.</li> <li>• Psicoeducación: devolución del análisis funcional a las madres y resolución de dudas. Explicación de los conceptos de extinción y reforzamiento de conductas, el concepto de aprendizaje por modelado, y la técnica de exposición con prevención de respuesta.</li> <li>• Reestructuración cognitiva de ideas erróneas acerca de la problemática.</li> <li>• Explicación del método de economía de fichas “Sé un superhéroe” elaborado por el Instituto de Psicología Contextual Madrid (MICPSY).</li> <li>• Elaboración de la jerarquía de exposición y planificación de las exposiciones a los dos primeros ítems de la jerarquía de exposición durante la semana.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y resolución de las dificultades de las situaciones de exposición (ítems 1, 2, 3, 4) y reforzamiento de los avances.</li> <li>• Planificación de exposiciones a los ítems 5 y 6 durante la semana.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y resolución de las dificultades de las situaciones de exposición (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) y reforzamiento de los avances.</li> <li>• Planificación de exposiciones a los ítems 8, 9, 10 y 11 durante la semana</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión y resolución de las dificultades de las situaciones de exposición (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) y reforzamiento de los avances.</li> <li>• Prevención de recaídas y cierre de la intervención.</li> </ul>

## Resultados

Se presentan los resultados obtenidos en dos bloques en base a los objetivos propuestos.

### ***Bloque 1: Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la situación de salir de casa y aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de la vivienda***

Al finalizar la intervención, los niveles de ansiedad del menor ante las situaciones de salir de casa habían disminuido, pudiendo realizar las actividades que realizaba previamente a la aparición del problema. Esta información la obtuvimos a partir de la observación y registro de las madres de las diversas situaciones.

Para poder alcanzar los objetivos terapéuticos, las madres expusieron al menor a las situaciones de la jerarquía de exposición mencionadas previamente durante las cuales aparecieron algunas complicaciones que se fueron resolviendo en sesión. En los tres primeros ítems de la jerarquía aparecieron ciertas dificultades, puesto que el niño se negaba a salir de casa en algunas de las situaciones, y el tiempo que tardaban en salir de la vivienda era mucho mayor en estos inicios, además en algunas de las situaciones pedía volver a casa o se negaba a salir del coche o el carrito de su hermano. Para enfrentar estas dificultades, se utilizaron diferentes técnicas como son: role-playing previo a la situación donde a través de dibujos y escenificaciones se representaba lo que se iba a hacer durante la situación de exposición, de manera que los niveles de activación del niño disminuían; la aplicación de la economía de fichas, técnicas de reducción de la activación, o el manejo de contingencias de las madres, quienes fueron perfeccionando poco a poco la aplicación de las pautas que se les daba en sesión.

A partir del ítem 4, el menor se encontraba motivado a conseguir sus objetivos terapéuticos (o “misiones de la Agencia de Superhéroes”) y los niveles de activación ante los tres primeros ítems habían disminuido, por lo que aparecieron menos dificultades que previamente. En aquellas

situaciones en las que verbalizaba tener miedo o querer abandonar la situación, se le recordaba en qué consistía la misión y se le anticipaban los reforzadores a los que podría acceder una vez completada la misión, reforzando a su vez cada verbalización que iba en la línea de mantenerse en la situación y exponerse a ella.

Tras el ítem 7 de la jerarquía, el menor comenzó a acudir a un campamento urbano que le permitió generalizar lo aprendido a diversos contextos. De este modo, pudo exponerse a situaciones como salir de casa diariamente para ir a este campamento, bañarse en la piscina, y realizar actividades con niños sin estar bajo un techo en días en los cuales los fenómenos meteorológicos podían variar.

### ***Bloque 2: Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la presencia de viento, lluvia y nubes y aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de casa en presencia de viento, lluvia y nubes***

Los objetivos relacionados con los ítems 9, 10 y 11, que incluían situaciones relacionadas con fenómenos meteorológicos, no se habían logrado con la misma eficacia al finalizar el periodo de atención en crisis en el mes de julio. En este momento, seguía habiendo situaciones relacionadas con la meteorología que generaban ansiedad en el menor, a las que no se había podido exponer llegada esa fecha.

Se pautó a las madres continuar exponiendo al niño a las situaciones indicadas utilizando las estrategias que ya conocían, de manera que cada vez se aproximaran más a los objetivos marcados: disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la situación de salir de casa y aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de la vivienda; y disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la presencia de viento, lluvia y nubes, así como el aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de casa bajo esas condiciones. En caso de que lo necesitaran, se les recomendó que acudieran nuevamente a tratamiento psicológico.

Se realizó un seguimiento del caso a los tres meses, en el que las madres del menor informaron de que los resultados logrados se mantenían. Asimismo, el niño se había expuesto a un mayor número de situaciones relacionadas con fenómenos meteorológicos (ítems 9, 10, y 11 de la jerarquía), se encontraba tranquilo en esas situaciones y había dejado de evitarlas.

## Discusión

En el caso presentado se determinó la presencia de sintomatología fóbica en un niño de 5 años de edad manifestada a través del miedo a salir de casa tras el período de confinamiento por la COVID-19. La sintomatología, relatada por las madres del paciente, estaba relacionada con actividades realizadas fuera de la vivienda y ante situaciones meteorológicas desfavorables.

La intervención se diseñó a partir de la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC) debido a la evidencia empírica con la que cuenta (Knell, 1998). Asimismo, se realizó en formato online (telepsicología) en base a los beneficios que nos aporta en una situación de pandemia mundial, y estando avalada científicamente su eficacia en estas intervenciones (Watts et al., 2020). Es preciso señalar que, dada la situación desencadenada por la COVID-19, no era posible realizar una intervención en formato presencial, siendo el formato online el único posible en este caso.

La consecución de los objetivos marcados, tanto del bloque 1 (los relacionados con salir de casa) como del 2 (relacionados con las condiciones meteorológicas), a lo largo de las 6 sesiones, arroja unos resultados interesantes, aunque necesariamente limitados, dado el carácter de caso único, respecto al uso de la TJCC a través de la telepsicología. Sin embargo, los logros conseguidos pueden equipararse a los obtenidos a través de la TJCC en otras intervenciones similares (Knell, 1998; citado en O'Connor et al., 2017) en formato presencial.

La generalización progresiva de los logros en ambos bloques enfatiza la importancia del trabajo realizado con las madres a través de la psicoeducación, en la línea con

lo señalado por Fernández (2009) respecto a la importancia de la participación de los progenitores en la intervención con menores de tan corta edad.

También es importante recordar que la intervención se realizó a través del servicio de atención en crisis, por lo que una vez finalizó este servicio se tuvo que concluir la intervención de manera prematura. Es posible que en otros casos de problemática similar en los que alguna de las condiciones cambiara (especialmente la gran implicación de las madres), la intervención hubiese requerido un mayor número de sesiones de tratamiento.

Las limitaciones del caso se refieren, por un lado, a la peculiaridad del contexto en el que tuvo lugar la intervención, un contexto nuevo sobre el que no se había investigado previamente. Así, se ha visto la dificultad de no contar con bibliografía ni referencias previas sobre las que apoyarse a la hora de planificar e intervenir.

Por otro lado, y a pesar de la evidencia empírica citada anteriormente acerca de la eficacia de la telepsicología, se encontraron algunas dificultades de cara a la intervención con el menor. La corta edad del niño dificultó la consecución de una atención sostenida durante las sesiones. Además, como ya indicaban Watts et al. (2020), la falta de acceso a las señales no verbales, ha podido ocasionar una dificultad para establecer una buena alianza terapéutica.

Para enfrentar estas dificultades, la terapia contó con el necesario apoyo de las madres durante las sesiones para mantener la atención y motivación del menor, así como en manualidades que realizaban desde casa con el niño y eran reforzantes para él. Respecto a la carencia de literatura, se decidió tomar como referencia intervenciones en situaciones de aislamiento geográfico, domiciliario u hospitalización (Flujas-Contreras et al., 2017; Flujas-Contreras y Gómez, 2017).

En lo que concierne a la objetividad de los resultados, sería de gran relevancia mejorar dicha objetividad en futuras intervenciones similares. Tanto en la fase de evaluación inicial como durante el proceso de intervención, se contó con la información proporcionada por las madres sin contar con medidas más objetivas. Se propone para intervenciones de características similares la colaboración de

un coterapeuta que cuente con la formación necesaria para que se pueda completar un registro en vivo de las conductas problema del menor. En este registro, sería necesario operativizar de manera clara las conductas a observar, recogiendo información tanto de la línea base durante la fase de evaluación inicial como de las conductas que se aproximen de forma sucesiva a los objetivos terapéuticos. Por otro lado, se propone la grabación en vídeo por parte de las madres de las conductas problema durante el proceso de evaluación, así como de las conductas adaptativas aprendidas a lo largo del proceso de tratamiento. De esta manera, podría contarse con un procedimiento dotado de mayor objetividad a través del cual el terapeuta pueda observar el cambio terapéutico a lo largo de las sesiones.

Por último, es importante señalar que, aunque no es posible hacer una generalización atendiendo a un solo caso, los resultados animan a considerar la telepsicología como una metodología muy prometedora para este tipo de situaciones, tanto como modalidad de intervención preferente en determinados casos (cuando se den serias dificultades para la atención presencial) como de manera complementaria con la atención presencial. Sería necesario crear recursos específicos para la población infanto-juvenil que nos permitan suplir las limitaciones de la terapia online vistas y poder asegurar así la calidad de las intervenciones.

## Referencias

- American Psychology Association. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791–800
- Fernández, L. E. (2009). Ansiedad infantil e implicación de los padres: Una revisión [Childhood Anxiety and Parents' Involvement: A Review]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17(1), 67–87.
- Flujas-Contreras, J. M. y Gómez, I. (2017). Presentación del monográfico: Aplicaciones de las TICs a la evaluación y terapia infanto-juvenil [Presentation of the Monograph: Applications of ICTs to Infant-Adolescent Evaluation and Therapy]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 1–3.
- Flujas-Contreras, J. M., Ruiz-Castañeda, D., Botella, C. y Gómez, I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial [A Virtual Reality and Online Therapy Program for Emotional Wellbeing in Chronic Illness for Children and Adolescents: Space Academy]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 17–25.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R. y Crespo, A. V. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., Bodla, Z. H. y Naveed, S. (2020). Psychological Burden of Quarantine in Children and Adolescents: A Rapid Systematic Review and Proposed Solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5), 1106–1116. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>
- Ismail, S. A., Saliba, V., Lopez Bernal, J., Ramsay, M. E. y Ladhani, S. N. (2020). SARS-CoV-2 Infection and Transmission in Educational Settings: A Prospective, Cross-sectional Analysis of Infection Clusters and Outbreaks in England. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(3), 344–354. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30882-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30882-3).
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Knell, S. M. (1998). Terapia de juego cognitivo-conductual [Cognitive-Behavioral Play Therapy]. *Revista de Psicología Clínica Infantil*, 27(1), 28.

- Kosovsky, R. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Intersecciones Psi*, 12(27), 1-26.
- Liu, Q., Zhou, Y., Xie, X., Xue, Q., Zhu, K., Wan, Z., Wu, H., Zhang, J. y Song, R. (2020). The Prevalence of Behavioral Problems among School-Aged Children in Home Quarantine during the COVID-19 Pandemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 279, 412-416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.008>
- Martin, J. N., Millán, F. y Campbell, L. F. (2020). Telepsychology Practice: Primer and First Steps. *Practice Innovations*, 5(2), 114.
- Murphy, L. J. y Mitchell, D.L. (1998). When Writing Helps to Heal: E-mail as Therapy. *British Journal of Guidance and Counseling*, 26, 25-32. <https://doi.org/10.1080/03069889800760031>
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E. y Braverman, L. D. (2017). *Manual de terapia de juego*. El Manual Moderno.
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C. y Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 579038 <https://doi.org/10.31234/osf.io/qaz9w>
- Saurabh, K. y Ranjan, S. (2020). Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Pediatrics*, 87(7), 532-536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de Terapia de Juego*. El Manual Moderno.
- Schonfeld, D. J. (2004). Are we Ready and Willing to Address the Mental Health Needs of Children? Implications from September 11th. *Pediatrics*, 113(5), 1400-14011. <https://doi.org/10.1542/peds.113.5.1400>
- Tosif, S., Neeland, M. R., Sutton, P., Licciardi, P. V., Sarkar, S., Selva, K. J., Lien, A. H. D., Donato, C., Toh, Z. Q., Higgins, R., Van de Sandt, C., Lemke, M. M., Lee, C. Y., Shoffner, S. K., Flanagan, K. L., Arnold, K. B., Mordant, F. L., Mulholland, K., Bines, J., ... y Crawford, N. W. (2020). Immune responses to SARS-CoV-2 in three children of parents with symptomatic COVID-19. *Nature Communications*, 11 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19545-8>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G. y Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Working Alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Wilkinson, N., Ang, R. P. y Goh, D. H. (2008). Online Video Game Therapy for Mental Health Concerns: A Review. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 370-382. <https://doi.org/10.1177/0020764008091659>
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 125-138. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200103\)29:2<125::aid-eat1002>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200103)29:2<125::aid-eat1002>3.0.co;2-s)
- Ye, J. (2020). Pediatric Mental and Behavioral Health in the Period of Quarantine and Social Distancing With COVID-19. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 3(2), Artículo e19867. <https://doi.org/10.2196/19867>