



Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: un ensayo controlado

Xavier Méndez Carrillo¹ (*Universidad de Murcia, España*),
Mireia Orgilés Amorós (*Universidad de Murcia, España*) y
José Pedro Espada Sánchez (*Universidad Miguel Hernández, España*)

(Recibido 30 septiembre 2003/ Received September 30, 2003)

(Aceptado 8 enero 2004 / Accepted January 8, 2004)

RESUMEN. Se presentan los resultados de un experimento simple que pretende comprobar la eficacia del programa de escenificaciones emotivas para el tratamiento de la fobia a la oscuridad, aplicado mediante entrenamiento a padres y el mantenimiento de la ganancia terapéutica en el tiempo. Los participantes fueron 45 niños, con una edad media de 6 años y medio aproximadamente, y un ligero predominio del género masculino. Fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento en el que, después de haber sido entrenados, los padres aplicaron el programa en el hogar durante 12 sesiones de 30 minutos de duración, y a un grupo de control que permaneció en lista de espera durante 6 meses. Se hallaron diferencias significativas entre las dos condiciones experimentales. El programa de escenificaciones emotivas redujo la fobia a la oscuridad de los niños de forma significativa y se observó una mejoría en los seguimientos llevados a cabo a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. Los niños del grupo de control continuaron mostrando conductas de temor y evitación de la oscuridad al finalizar el periodo de espera. Se discuten las implicaciones clínicas de los hallazgos.

PALABRAS CLAVE. Ansiedad infantil. Tratamiento psicológico. Escenificaciones emotivas. Fobia a la oscuridad. Entrenamiento a padres. Experimento simple.

¹ Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Edificio Luis Vives. Campus Universitario de Espinardo. Universidad de Murcia. Apdo. 4021. 30080 Espinardo. Murcia (España). E-mail: xmendezc@um.es

ABSTRACT. The results of a experimental study that tries to verify the effectiveness of the program of emotive performances for the treatment of the phobia of the dark, applied through parent training, and the maintenance of the therapeutic gains in the time, are presented. The participants were 45 children, with an average age of 6 years and a half approximately, and a slight predominance of boys. They were assigned randomly to a group of treatment in which, after having being trained, the parents applied the program at home during 12 sessions of 30 minutes of duration, and to a control group that remained in a waiting list during 6 months. There were significant differences between the two experimental conditions. The program of emotive performances reduced significantly the phobia and an improvement was observed in the followings carried out at 3, 6 and 12 months after the treatment. The children of the control group continued showing conducts of fear and avoidance of the dark when the waiting period finished. The clinical implications of these findings are discussed.

KEYWORDS. Anxiety in children. Psychological treatment. Emotive performances. Phobia of the dark. Parent training. Experimental study.

RESUMO. Neste artigo, apresentam-se os resultados de um estudo experimental simples que pretende comprovar a eficácia do programa de realizações emotivas para o tratamento da fobia ao escuro, aplicado através do treino a pais e a manutenção dos ganhos terapêuticos no tempo. Participaram 45 crianças, com uma idade média de 6 anos e meio aproximadamente, e com um ligeiro predomínio do género masculino. Foram distribuídos aleatoriamente por um grupo de tratamento no qual, depois de terem sido treinados, os pais aplicaram o programa em casa durante 12 sessões de 30 minutos de duração e por um grupo de controlo que permaneceu em lista de espera durante 6 meses. Verificaram-se diferenças significativas entre as duas condições experimentais. O programa de realizações emotivas reduziu a fobia à obscuridade das crianças de forma significativa e observou-se uma melhoria nos seguimentos levados a cabo nos 3, 6 e 12 meses depois do tratamento. As crianças do grupo de controlo continuaram a mostrar comportamentos de medo e evitamento do escuro ao finalizar o período de espera. Discutem-se as implicações clínicas dos resultados encontrados.

PALAVRAS CHAVE. Ansiedade em crianças. Tratamento psicológico. Realizações emotivas. Fobia ao escuro. Treino de pais. Estudo experimental simple.

Introducción

La fobia específica es un trastorno de ansiedad muy común en la infancia. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) define la fobia específica como un miedo persistente, excesivo o irracional ante la presencia o anticipación de objetos o situaciones concretas. En los menores de 18 años es preciso que la fobia perdure al menos durante 6 meses para poder llevar a cabo el diagnóstico y no es necesario que los niños reconozcan que su miedo es irracional. La exposición al estímulo temido provoca una respuesta inmediata de ansiedad que en los niños se manifiesta mediante llantos, rabietas, excesivo apego físico, etc. A su vez, se acompaña de una conducta de evitación o de intenso malestar si el niño no puede evitar la situación. Una de las fobias

más frecuentes en la infancia es la fobia a la oscuridad. Aunque el miedo a la oscuridad tiene una función adaptativa y suele remitir con el paso del tiempo, en ocasiones persiste derivando en una fobia específica. Ollendick (1979) considera el miedo a la oscuridad como el predominante a los 4 años de edad. Méndez (1999) informa que un tercio de la población infantil siente temor al permanecer en la oscuridad. La prevalencia de la fobia a la oscuridad es mucho menor, situándose en torno al 2,3% (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996). Cuando la fobia repercute de forma negativa en el ámbito personal, social, escolar y familiar del niño se recomienda su tratamiento.

Para el tratamiento de las fobias específicas en la infancia, la terapia de conducta ha desarrollado un amplio arsenal de técnicas y variantes, de eficacia probada en diversos estudios (Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca, 2002). Orgilés, Rosa y Méndez (2003) examinaron la eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia a la oscuridad aplicados en el entorno natural de los niños, entendiendo por éste el hogar o el colegio. Comprobaron, mediante procedimientos meta-analíticos, que los programas multicomponentes alcanzan los mejores resultados. En concreto, el programa de escenificaciones emotivas de Méndez (1986) demostró su elevada eficacia, alcanzando resultados muy superiores al programa de cuento y juegos de Mikulas y Coffman (1989). Las escenificaciones emotivas son un programa multicomponente recomendado para el tratamiento de las fobias específicas de niños con edades comprendidas entre 3 y 8 años. Creado por Méndez, se informó por primera vez de los resultados del programa en el II Simposio de Terapia Comportamental, dedicado a las fobias, que se celebró en 1986 en Coimbra. El tratamiento surgió como una alternativa en vivo a las imágenes emotivas de Lazarus y Abramovitz (1979), al observar que los logros alcanzados con éstas no se generalizaban a las situaciones reales. Incluye la exposición gradual en vivo al estímulo fóbico, el modelado de las conductas de valentía, y el refuerzo material y social de las conductas de aproximación a la situación temida, desarrollándose la terapia como un juego.

El procedimiento de aplicación de las escenificaciones emotivas se recoge en diversos trabajos (Bados, 1998; Bragado, 1994; Méndez, 1999; Méndez y García, 1996; Méndez, García y Olivares, 1997; Méndez y Maciá, 1986, 1988; Méndez, Olivares y Bermejo, 2001; Santacruz, 2001). Previamente a la aplicación del programa debe construirse una jerarquía combinando variables físicas, como por ejemplo el tiempo de exposición y la intensidad de luz en la habitación para el tratamiento de la fobia a la oscuridad. Se programa el sistema de reforzamiento, consistente en la administración de refuerzo social (por ejemplo, frases de ánimo, sonrisas, guiños de ojos) y refuerzo material cuando el niño supera cada ítem de la jerarquía. Como sistema de reforzamiento material se emplea una economía de fichas, en la que los premios que el niño puede conseguir se encuentran relacionados preferiblemente con la fobia tratada (por ejemplo, un maletín de médico en una fobia a los hospitales). El terapeuta pide al niño que elija un héroe de dibujos, cuentos o películas que le resulte especialmente valiente y otros personajes protagonistas. El número de sesiones en que se aplica el programa varía en función de la gravedad de la fobia y la duración de cada sesión oscila de 30 a 45 minutos, con una frecuencia de 2 ó 3 sesiones semanales. Antes de comenzar el tratamiento, el terapeuta explica al niño cómo va a desarrollarse el juego y quién va a

representar cada personaje de la historia. Fomenta en él expectativas de comportamiento valiente y le indica que puede llamarle si se siente asustado. Después de unos minutos de juego, cuando el niño se encuentra inmerso en la historia, el terapeuta le pide que ejecute el primer paso de la jerarquía como si se tratara de un episodio de la trama. Si el niño afronta de forma satisfactoria la interacción con el estímulo fóbico, se le refuerza social y materialmente. Cuando se niega a realizar la acción propuesta, interrumpe la exposición antes de transcurrir el tiempo estipulado o manifiesta señales de miedo, el terapeuta modela la conducta de interacción y anima posteriormente al niño a repetirla. Se considera superado un ítem cuando el niño realiza la conducta un par de ensayos sucesivos sin necesidad de ayudas y sin manifestar miedo. El terapeuta introduce la nueva situación y así progresivamente hasta completar la jerarquía. Pueden programarse actividades entre sesiones que consisten en interacciones con el estímulo temido referentes a ítems superados durante la terapia. A su vez, se proporcionan instrucciones a los padres para que fomenten en el hogar las conductas apropiadas mediante el refuerzo. Finalizada la aplicación del programa, se organizan sesiones de afianzamiento. Por un lado, se lleva a cabo una o más sesiones en las que se repiten las conductas de aproximación que han resultado al niño más difíciles de superar. Además, se planifican varias sesiones para comprobar el mantenimiento de los logros en el tiempo y resolver posibles problemas.

La eficacia de las escenificaciones emotivas ha sido probada en diversos estudios de caso (Méndez y García, 1996; Méndez y Macià, 1986, 1988; Méndez, Macià y Olivares, 1990) y de grupo (González, Méndez y Sánchez-Meca, 1996; Méndez, 2002; Santacruz, 2001). Nuestro estudio se trata de un experimento simple (Montero y León, 2002) que pretende examinar los resultados alcanzados por el programa, aplicado en el hogar a niños de 5 a 8 años de edad con fobia a la oscuridad, mediante entrenamiento a padres. Analizamos además el mantenimiento de la ganancia terapéutica a los 3, 6 y 12 meses después de haber finalizado la intervención. Como objetivo adicional se pretende comprobar la persistencia de la fobia a la oscuridad en el tiempo en un grupo que permanece en lista de espera durante 6 meses, periodo que el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) establece como necesario en los menores de 18 años para poder diagnosticar una fobia específica.

En la redacción del artículo seguimos la propuesta de Bobenrieth (2002) para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 45 niños con una edad media de 6,4 años y un ligero predominio del género masculino (53% varones). La muestra se reclutó mediante la distribución de una carta informativa a los padres en 16 colegios de la provincia de Alicante y Murcia. En ésta se ofertaba tratamiento psicológico para la fobia a la oscuridad y se citaba a los padres a una reunión en la que se explicaron los pormenores del programa de intervención. Los interesados firmaron un consentimiento informado y

cumplimentaron el Inventario de Miedos de Pelechano (1984) y la Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad de Méndez y Santacruz (1996). Para participar en el programa de tratamiento los niños debían tener una edad comprendida entre 5 y 8 años. Además, debían puntuar “mucho miedo” en el ítem de miedo a la oscuridad del Inventario de Miedos, obtener 50 o más puntos en la Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad y alcanzar una puntuación de 6 o más puntos en los ítems 1, 2 y 10, y en al menos uno de los ítems 3 ó 4, y 5, 6, 7, 8 ó 9 de la misma escala. Se excluyeron aquellos niños que presentaban otros trastornos de ansiedad, retraso mental, problemas psicológicos que requieren tratamiento, exceptuando trastornos del aprendizaje y los que recibían una terapia concomitante.

Diseño

La asignación de los sujetos a las condiciones experimentales se realizó de forma aleatoria, aplicándose un diseño factorial mixto 2x4. Se consideró como factor intergrupo la condición experimental (grupo de tratamiento mediante escenificaciones emotivas o grupo de control en lista de espera) y como factor intragrupo la medida temporal (pretest, postest, seguimiento 3 meses y seguimiento 6 meses). Además, el grupo de tratamiento fue evaluado nuevamente 12 meses después de haber finalizado la intervención.

Procedimiento y evaluación

La evaluación y el tratamiento de los sujetos se llevó a cabo mediante entrenamiento a padres. Para ello, se celebraron 15 reuniones semanales de una hora de duración aproximadamente para proporcionar a los padres información detallada e instrucciones muy estructuradas sobre el procedimiento de evaluación y tratamiento. Durante las reuniones se entregaba el material necesario, se resolvían posibles problemas y se recogían las pruebas de evaluación aplicadas. Además, los padres podían consultar telefónicamente a lo largo de la semana cuestiones relacionadas con el tratamiento de sus hijos. Se evaluó a los participantes en 4 ocasiones: pretest, postest, seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses. Como instrumentos de evaluación se utilizaron los siguientes:

- Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad (EMO) de Méndez y Santacruz (1996). La prueba está formada por 10 ítems y una escala de estimación de 11 puntos que oscila de nada de miedo a muchísimo miedo a la oscuridad. Los ítems están basados en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para el diagnóstico de fobia específica, lo que permite conocer si el miedo a la oscuridad de los niños es pasajero o si se trata de una fobia clínica. Permite evaluar la intensidad del miedo del niño, sus reacciones ante la oscuridad, la evitación y escape de situaciones de oscuridad o alteración emocional en situaciones de oscuridad de las que no puede escapar y/o imprevistas, las repercusiones negativas o interferencia del miedo a la oscuridad a nivel personal, familiar, escolar y/o social y el malestar clínico. Además, incluye un ítem final para valorar globalmente la gravedad del miedo a la oscuridad del niño.
- Prueba de Actuación en la Oscuridad (PAO). Se modificó la prueba de Mikulas

y Coffman (1989) elaborada para evaluar la conducta de aproximación del niño a situaciones de cada vez mayor oscuridad, proporcionándole cada vez menos ayudas. Consta de 6 tareas que el niño lleva a cabo al anochecer, y cuya ejecución los padres observan y evalúan de acuerdo al criterio de corrección siguiente: nada de miedo si el niño realiza la tarea sin señales de miedo, algo de miedo si manifiesta temor mediante quejas, tratando de retrasar la tarea, etc., y mucho miedo si no la efectúa. Las tareas van aumentando en dificultad. En las cuatro primeras, el niño debe entrar en su habitación sin encender la luz y coger un juguete, recibiendo cada vez menos ayudas por parte del observador. En la quinta actividad el niño se dirige, cuando se le indica, desde el salón hasta su habitación donde se halla escondido el adulto y debe encontrarle sin encender la luz. Por último, el niño tiene que ir por todas las habitaciones de la casa encendiendo las luces y posteriormente regresar al salón donde le espera el observador. La prueba incorpora una escala de miedo, es decir, al finalizar cada situación, el participante indica cuánto miedo ha sentido durante la ejecución de la misma, utilizando una escala del tipo 😊 nada de miedo, 😐 algo de miedo y 😞 mucho miedo. Durante la prueba los padres animan e instigan al niño para que se aproxime al estímulo fóbico lo máximo posible.

- Prueba de Aproximación Conductual a la oscuridad (PAC) de Méndez (1996). La prueba se lleva a cabo en la habitación del pequeño. Consta de 6 situaciones a las que se debe exponer el niño, que varían en cuanto a la intensidad de luz permitida. Para proporcionar mayor o menor intensidad lumínica se modifica la apertura de la puerta de la habitación, así como la entrada de luz a la misma, encendiendo la lámpara del techo, la lamparita de la mesilla de noche o la lámpara del pasillo. Los padres deben observar el tiempo que su hijo logra permanecer en cada situación, con un máximo de 120 segundos por tarea (720 segundos en la prueba total). Al finalizar cada tarea, el niño indica el miedo que ha sentido en una escala de miedo similar al de la prueba anterior.
- Prueba de Tolerancia a la Oscuridad (PTO). Se trata de una adaptación de la prueba de Mikulas y Coffman (1989), en la que se indica al niño que se acueste en su cama como si fuera a dormir para conocer cuánto tiempo es capaz de quedarse solo, acostado y a oscuras. Se apaga la luz del dormitorio y los padres permanecen en otra habitación cronometrando el tiempo que transcurre hasta que su hijo les llama para que vuelvan o hasta que él mismo abandona la habitación o enciende la luz. El tiempo máximo de permanencia establecido fue de 20 minutos. Al finalizar la prueba, los niños informan del miedo experimentado según una escala de miedo similar a la empleada en las pruebas anteriores.
- Registro de Conductas en la Oscuridad (RCO). El registro, adaptado de la prueba de Mikulas y Coffman (1989), consta de cinco conductas relacionadas con la oscuridad, que los padres deben valorar según una escala de estimación de 5 puntos, que oscila de 0 (no la realiza nunca), a 4 (la realiza siempre). Las conductas registradas son las siguientes: pasar por un pasillo en penumbra, ir al cuarto de baño solo por el día, apagar las luces de la casa, entrar en una habitación oscura e ir al cuarto de baño solo por la noche.

- Registro a la Hora de Dormir (RHD) de Méndez y González (1996). Evalúa diariamente el miedo que siente el niño a la hora de acostarse. Los padres anotan por separado cada noche cómo ha transcurrido el momento de ir a la cama inmediatamente después de haber acostado al niño. La valoración del grado de miedo se realiza mediante una escala de 5 categorías que adopta los siguientes valores: nada de miedo si el niño se acuesta sin problemas, algo de miedo si se hace el remolón al acostarse, regular de miedo si protesta al acostarse pero lo hace solo y con la luz apagada, mucho miedo si no quiere acostarse y hay que ayudarlo permaneciendo con él o dejándole una luz encendida, y muchísimo miedo si se niega a acostarse y hay que acostarlo a la fuerza y/o duerme con sus padres.

Con el propósito de obtener información más precisa, los instrumentos de evaluación fueron cumplimentados por ambos padres de forma independiente. Los inventarios, el Registro a la Hora de Dormir y el Registro de Conductas en la Oscuridad fueron completados por la madre y el padre por separado. Las pruebas de aproximación artificial fueron aplicadas al niño en presencia de ambos progenitores, quienes posteriormente anotaron las observaciones independientemente. Diariamente, durante las 4 semanas en las que se aplicó la terapia, los padres del grupo de tratamiento cumplimentaron el Registro a la Hora de Dormir, permitiendo al terapeuta conocer el comportamiento diario del niño en el momento de acostarse, así como los logros progresivos durante la intervención.

En la evaluación realizada después de finalizar el tratamiento se emplearon las mismas pruebas que en el pretest. Además, los padres cumplimentaron una escala de valoración del tratamiento, elaborada para conocer su opinión sobre ciertas variables de la terapia, en la que expresaban su grado de satisfacción y la de sus hijos con la misma. En las evaluaciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses se convocó a los padres a una nueva reunión en la que se les proporcionó los mismos instrumentos de evaluación utilizados en el posttest, con excepción de la escala de valoración de la intervención. En el grupo de tratamiento se produjeron 2 abandonos en el seguimiento a los 3 meses, uno a los 6 meses y 3 a los 12 meses. En el grupo en lista de espera abandonaron el programa 6 niños en la evaluación a los 3 meses y 2 a los 6 meses.

Tratamiento

El programa de escenificaciones emotivas de Méndez (1986) fue el programa de intervención psicológica aplicado a los niños que formaron el grupo de tratamiento. Aunque comenzaron 26 niños el tratamiento, se produjeron 4 abandonos, finalizando la intervención 22 participantes. De éstos, el 59,1% eran varones, su edad media era de 6,44 años e informaron de una persistencia del problema de aproximadamente un año y 5 meses. Se entrenó a los padres para ayudar a sus hijos a superar su miedo a la oscuridad. La intervención se llevó a cabo en el dormitorio de los niños al anochecer durante un mes, a razón de 3 veces por semana en días alternos, dejando el domingo como día de descanso. El tratamiento constaba de 12 sesiones, cada una de ellas de 30 minutos de duración. Para la aplicación del programa de escenificaciones emotivas, el terapeuta construyó una jerarquía de exposición a la oscuridad de 60 ítems, que com-

binaba el tiempo de exposición y la intensidad de luz en la habitación. Los padres debían reforzar socialmente al niño por su valentía al superar cada ítem de la jerarquía. Además, se empleó una economía de fichas que consistía en entregarle una ficha al realizar cada paso, que era canjeable por diversos premios al finalizar la sesión. Cuando se observaban señales de miedo o el niño no lograba superar el tiempo propuesto en alguno de los ítems, el padre o madre actuaba de modelo y posteriormente animaba a su hijo a intentarlo de nuevo. La terapia se desarrollaba en un ambiente de juego, en el que el niño y el padre que actuaba de paraprofesional simulaban una historia en la que representaban personajes de cuentos, películas o dibujos atractivos para el pequeño, siendo uno de ellos un personaje muy valeroso.

Se incluyó en la investigación un grupo de control que permaneció en periodo de espera durante 6 meses, recibiendo tratamiento con posterioridad. De los 33 niños que completaron el pretest, 23 cumplimentaron las pruebas de evaluación del postest. El 47,8% eran varones, con una edad media de 6,32 años y una persistencia de la fobia a la oscuridad de alrededor de un año y 4 meses. No se mantuvo contacto con las familias de este grupo, excepto en la fase de evaluación para el establecimiento de la línea base, en la evaluación después del tratamiento y en las evaluaciones de seguimiento. Finalizada la evaluación a los 6 meses, y por ello el periodo de espera, se entrenó a los padres que continuaban interesados para el tratamiento del miedo a la oscuridad de sus hijos.

Resultados

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 11.0. En primer lugar, se comprobó el acuerdo interjueces madre-padre mediante la prueba de correlación de Pearson. Los valores alcanzados se situaron en torno a 0,80, lo que indica un grado de acuerdo elevado entre los evaluadores. La diferencia de medias entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en el pretest no fue significativa en las variables género y edad, como tampoco en las variables de resultado, lo que significa que los grupos se encontraban igualados antes del inicio de la intervención psicológica. El análisis estadístico, efectuado mediante pruebas *t* de significación de muestras independientes demostró la existencia de diferencias significativas en el postest y en los seguimientos entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en lista de espera en todas las variables dependientes.

TABLA 1. Comparaciones entre grupo experimental y grupo control en las diferentes variables evaluadas.

			EE M(DT)	LE M(DT)	t	P
EMO	Miedo a la oscuridad	Pretest	65,91 (11,88)	65,91 (5,96)	-0,00	0,999
		Postest	14,84 (8,50)	65,35 (7,51)	-21,15	0,000
		Seguimiento a 3 meses	11,13 (6,57)	65,03 (9,15)	-20,81	0,000
		Seguimiento a 6 meses	9,78 (5,44)	63,87 (8,23)	-23,39	0,000
		Seguimiento a 12 meses	7,22 (3,94)	-	-	-
PAC	Tiempo de aguante	Pretest	372,11 (178,06)	377,72 (161,56)	-0,11	0,912
		Postest	710,91 (30,06)	397,94 (138,24)	10,35	0,000
		Seguimiento a 3 meses	720 (0)	422,65 (142,70)	9,34	0,000
		Seguimiento a 6 meses	720 (0)	478 (138,47)	7,65	0,000
		Seguimiento a 12 meses	720 (0)	-	-	-
	Miedo autoinformado	Pretest	5,41 (2,77)	5 (2)	0,57	0,572
		Postest	0,41 (0,57)	4,53 (2,55)	-7,37	0,000
		Seguimiento a 3 meses	0,18 (0,37)	4,41 (1,46)	-12,53	0,000
		Seguimiento a 6 meses	0,08 (0,25)	3,53 (1,36)	-10,92	0,000
		Seguimiento a 12 meses	0,03 (0,13)	-	-	-
PAO	Miedo de los niños según sus padres	Pretest	6,41 (1,66)	5,59 (1,69)	-0,20	0,841
		Postest	0,64 (0,90)	5,39 (1,24)	-14,63	0,000
		Seguimiento a 3 meses	0,20 (0,41)	5,32 (1,24)	-17,47	0,000
		Seguimiento a 6 meses	0,13 (0,32)	4,53 (1,08)	-17,39	0,000
		Seguimiento a 12 meses	0 (0)	-	-	-
	Miedo autoinformado	Pretest	5,59 (1,69)	6,10 (1,16)	-0,12	0,588
		Postest	0,98 (1,52)	5,73 (1,03)	-12,15	0,000
		Seguimiento a 3 meses	0,50 (0,83)	5,24 (1,09)	-14,99	0,000
		Seguimiento a 6 meses	0,23 (0,38)	4,50 (0,91)	-19,06	0,000
		Seguimiento a 12 meses	0,09 (0,27)	-	-	-
PTO	Tiempo de aguante	Pretest	231,77 (253,25)	301,09 (183,24)	-1,06	0,297
		Postest	1126,36 (144,54)	277,83 (149,88)	19,32	0,000
		Seguimiento a 3 meses	1176 (73,87)	310 (128,84)	25,56	0,000
		Seguimiento a 6 meses	1200 (0)	348 (126,84)	30,19	0,000

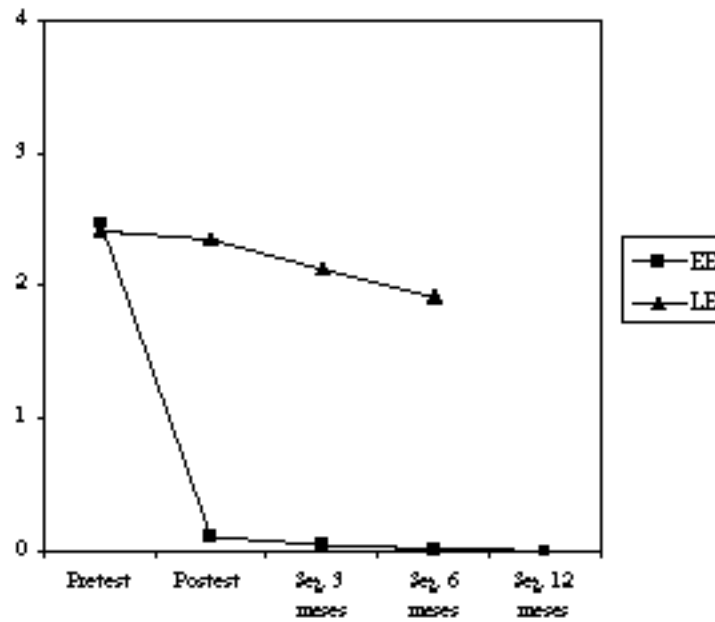
		Seguimiento a	1200 (0)	-	-	-
		12 meses				
Miedo autoinformado		Pretest	1,48 (0,51)	1,77 (0,49)	-0,48	0,591
		Postest	0,30 (0,45)	1,73 (0,46)	-10,44	0,000
		Seguimiento a	0,18 (0,37)	1,82 (0,39)	-13,08	0,000
		3 meses				
		Seguimiento a	0,05 (0,22)	1,73 (0,46)	-14,37	0,000
		6 meses				
		Seguimiento a	0 (0)	-	-	-
		12 meses				
RCO Conductas de enfrentamiento		Pretest	8,25 (2,95)	8 (2,08)	0,33	0,743
		Postest	17,61 (1,72)	7,78 (2,73)	14,38	0,000
		Seguimiento a	18,98 (1,54)	8 (2,45)	16,56	0,000
		3 meses				
		Seguimiento a	19,10 (1,41)	8,37 (2,42)	16,51	0,000
		6 meses				
		Seguimiento a	19,59 (0,88)	-	-	-
		12 meses				
RHD Miedo al ir a dormir		Pretest	2,47 (0,81)	2,41 (0,52)	0,328	0,745
		Postest	0,11 (0,22)	2,34 (0,57)	-17,24	0,000
		Seguimiento a	0,04 (0,10)	2,12 (0,59)	-15,57	0,000
		3 meses				
		Seguimiento a	0,01 (0,03)	1,91 (0,49)	-17,41	0,000
		6 meses				
		Seguimiento a	0 (0)	-	-	-
		12 meses				

EE: escenificaciones emotivas; LE: grupo de control en lista de espera; EMO: Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad; PAC: Prueba de Aproximación Conductual; PAO: Prueba de Actuación en la Oscuridad; PTO: Prueba de Tolerancia a la Oscuridad; RCO: Registro de Conductas en la Oscuridad; RHD: Registro a la Hora de Dormir.

Como se observa en la Tabla 1, en la Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad la puntuación de los niños tratados disminuye significativamente en el postest, pero continúa siendo muy elevada en los niños que permanecieron en lista de espera. Los logros terapéuticos no sólo se mantienen en las evaluaciones de seguimiento llevadas a cabo, sino que la ganancia terapéutica es mayor con el paso del tiempo. Las conductas de miedo del grupo de control eran más intensas y más frecuentes, y sus consecuencias a nivel personal, social y familiar, muy evidentes. Las manifestaciones de temor al permanecer en la oscuridad en los niños del grupo de tratamiento eran esporádicas y los padres no las consideraban incapacitantes para el niño y/o su entorno. La comparación de medias en la Prueba de Aproximación Conductual resultó significativa en las dos variables medidas. La permanencia en situaciones de oscuridad de los niños tratados se aproxima en gran medida en el postest al tiempo de aguante máximo determinado en la prueba. En los 3 seguimientos efectuados lograron permanecer en la oscuridad hasta que el observador les indicó que podían abandonar la habitación, y las señales del miedo fueron infrecuentes. Los niños del grupo de control aumentaron ligeramente los segundos de permanencia durante la prueba con el paso del tiempo. Sin embargo, las puntuaciones distan de las de los niños tratados y el grado de miedo

informado durante la prueba fue mayor. Las señales de miedo del niño según la observación de los padres, y según su propio informe, durante la Prueba de Actuación en la Oscuridad difieren de forma significativa en las dos condiciones experimentales. En el grupo de tratamiento las puntuaciones indican la ausencia de miedo en los niños o un miedo muy leve. Los valores alcanzados en la prueba por los niños de la lista de espera informan de un grado de temor más elevado. La aplicación de las escenificaciones emotivas logró que los niños permanecieran en una situación de oscuridad total, casi sin manifestar señales de miedo, durante cerca de 20 minutos en el postest, según la información derivada de la Prueba de Tolerancia a la Oscuridad. En los seguimientos a los 6 y 12 meses alcanzan el tiempo máximo de permanencia en la prueba. Los niños de la lista de espera aumentaron ligeramente los minutos de tolerancia con el paso del tiempo, pero éstos distan de forma significativa de los del grupo tratado. En el Registro de Conductas en la Oscuridad se observa que las conductas de interacción del grupo de tratamiento son más numerosas y más frecuentes que las del grupo de control. Según los valores observados en el Registro a la Hora de Dormir, los niños tratados no manifestaban problemas al acostarse al finalizar el tratamiento (véase la Figura 1). En los niños del grupo de control las protestas y la solicitud de ayuda a la hora de dormir, como la presencia de los padres o permanecer con la luz encendida, era constante.

FIGURA 1. Registro a la Hora de Dormir



Mediante análisis de varianza de medidas repetidas se comprobó la existencia de diferencias significativas en el grupo de tratamiento entre las puntuaciones del pretest, postest y de los seguimientos. A pesar de la ligera mejoría observada en el grupo de control en lista de espera con el transcurso del tiempo, los resultados indican que la diferencia entre medias no resulta significativa en las comparaciones intragrupo. El grupo de control fue tratado al finalizar el periodo de espera, observándose diferencias significativas en todas las variables dependientes después del tratamiento.

Discusión y conclusiones

Los resultados de nuestro estudio indican que el programa multicomponente de escenificaciones emotivas es muy eficaz para el tratamiento de la fobia a la oscuridad. En menos de 11 sesiones de terapia, las conductas de valentía aumentaron y descendieron las reacciones de evitación y temor en todos los niños. La reducción de la fobia a la oscuridad en los niños tratados con escenificaciones emotivas confirma los hallazgos de otros estudios anteriores, en los que se ha demostrado su eficacia. En diversos estudios de caso, el programa de Méndez logró reducir la fobia a la oscuridad infantil en menos de 8 sesiones de tratamiento (Méndez y García, 1996; Méndez y Macià, 1986, 1988; Méndez *et al.*, 1990). Del mismo modo, las escenificaciones emotivas han demostrado su eficacia en los estudios de grupo, en los que el programa se ha mostrado igual o superior a otros tratamientos, consiguiendo una reducción significativa de la fobia a la oscuridad en un breve periodo de tiempo (González *et al.*, 1996; Méndez, 2002; Méndez *et al.*, 1997; Santacruz, 2001).

Las escenificaciones emotivas consisten básicamente en la interacción gradual en vivo con el estímulo temido, procedimiento que se considera fundamental para el tratamiento de las fobias (Méndez, 1999). Para conseguir la aproximación del niño a la oscuridad, el terapeuta introduce sucesivas ayudas (reforzamiento social y material, modelado de las conductas adecuadas, actividades lúdicas). En nuestro estudio se empleó una economía de fichas consistente en otorgar al niño una ficha cada vez que supera un paso de la jerarquía, canjeable por diversos premios al finalizar la sesión. El refuerzo material motiva a los niños a aproximarse a la oscuridad y a repetir dicha intervención. La importancia de la inclusión del control de contingencias en el tratamiento de las fobias infantiles se ha comprobado en diversos estudios. Leitenberg y Callahan (1973) observaron que, premiando a los niños cuando su tiempo de permanencia en la oscuridad era mayor que en ocasiones anteriores, éstos realizaban conductas de aproximación cada vez de mayor duración. Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier (1986) hallaron diferencias significativas antes y después del tratamiento en los niños de su estudio que fueron reforzados materialmente. En el programa de escenificaciones emotivas, el terapeuta modela la conducta de valentía cuando el niño no logra superar un paso de la jerarquía sin manifestar señales de miedo. Algunos autores (Klingman, 1988; Mikulas *et al.*, 1986) observaron que el modelado ayuda a los niños a exponerse progresivamente a situaciones de mayor oscuridad. El juego, otro de los componentes del programa, facilita a su vez la inmersión de los niños en la terapia. Al desarrollar la terapia en un ambiente lúdico, las escenificaciones emotivas logran minimizar el carácter aversivo de

la oscuridad para el niño e incrementan además la validez social del tratamiento, ya que su aceptación por parte de los niños y de sus padres es mayor. Como en nuestro estudio, Sheslow, Bondy y Nelson (1982) aplicaron exposición a la oscuridad en un contexto lúdico, observando una reducción significativa de la fobia en los niños tratados mediante ese procedimiento. Mikulas *et al.* (1986) comprobaron en el cuarto experimento llevado a cabo que al incluir juegos en el tratamiento la eficacia de éste era mayor.

Al examinar las puntuaciones medias en las conductas de miedo y evitación de los niños de la lista de espera, se observa que éstas descienden ligeramente en la evaluación realizada en el postest. Sin embargo, el grado de temor continúa siendo muy elevado y las puntuaciones difieren significativamente de las del grupo tratado. La permanencia de los niños en condiciones de oscuridad es breve, en comparación con la del grupo que recibió tratamiento, y manifiestan con gran frecuencia su miedo. Las protestas a la hora de dormir son continuas, y los niños requieren la presencia de los padres o permanecer con la luz encendida la mayoría de las noches para conciliar el sueño. Atendiendo a la tasa de remisión espontánea, se observa que se situó en torno al 8,7%, mientras que el 95,45% de los niños tratados se hallaban libres del diagnóstico de fobia específica en el postest. Los niños que recibieron tratamiento no sólo mantienen los logros terapéuticos conseguidos con las escenificaciones emotivas, sino que además se observa una mejoría en sus puntuaciones en cada momento temporal. Las puntuaciones en las conductas de evitación de la oscuridad descendieron en el grupo tratado en cada seguimiento. Doce meses después de finalizar el tratamiento, la intensidad del miedo a la oscuridad era muy leve y no resultaba incapacitante para el funcionamiento personal, social o familiar de los niños. El momento de ir a dormir transcurría sin protestas y sin requerir la compañía de los padres durante la noche. En el grupo de control en lista de espera se consiguió una leve mejoría, sobre todo en la evaluación realizada a los 6 meses. Sin embargo, las puntuaciones distan en gran medida de los valores alcanzados por el tratamiento activo. Los resultados son similares a los de otros estudios que comparan la eficacia de los tratamientos con los controles e incorporan evaluaciones del mantenimiento de los logros terapéuticos. Méndez (2002) observó que la mejoría estadística y clínica de los participantes de su investigación, a los que aplicó su programa de tratamiento, no sólo se mantuvo, sino que aumentó en el seguimiento realizado a los 3 meses, en comparación con los controles que mantuvieron su nivel de miedo. Santacruz (2001) indica que la mejoría estadísticamente significativa de los niños tratados con escenificaciones emotivas aumentó en los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses. Por ello, a pesar de observarse una leve mejoría en algunas variables con el paso del tiempo, en los niños del grupo de control en lista de espera el grado de temor a la oscuridad continuó siendo elevado. Según los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), es necesario que los síntomas en los menores de 18 años tengan una duración de al menos 6 meses para poder diagnosticar una fobia específica. Finalizado el periodo de espera, establecido en 6 meses, la fobia a la oscuridad en el grupo de control repercutía negativamente en el menor y en el funcionamiento familiar, y la evitación y/o escape de las situaciones de oscuridad eran muy frecuentes. A pesar de que los padres informaron de una leve mejoría, la fobia a la oscuridad persistía en los niños no tratados.

Los resultados de nuestro estudio no sólo confirman la eficacia de las escenificaciones emotivas para el tratamiento de la fobia a la oscuridad, sino que además permiten comprobar la viabilidad y efectividad del programa aplicado mediante entrenamiento a padres. Diversos estudios han requerido la colaboración de los padres para la intervención en las fobias infantiles, resaltando sus ventajas. Giebenhain y O'Dell (1984) comprobaron que, utilizando un manual instructivo para padres sobre cómo ayudar a sus hijos a superar la fobia a la oscuridad, éstos reducían en gran medida sus temores. Del mismo modo, el programa de tratamiento de Mikulas y Coffman (1989) fue diseñado para ser aplicado por los padres, resultando altamente eficaz. Como en ambos estudios, en nuestra investigación el tratamiento aplicado mediante entrenamiento a padres consiguió reducir significativamente la fobia de los niños. Los padres se sentían satisfechos por poder compartir el problema de sus hijos con los padres de otros niños y obtener apoyo mutuo. La flexibilidad de las escenificaciones emotivas, que permiten ser aplicadas por adultos no expertos alcanzando óptimos resultados, es una ventaja añadida a favor de su utilización.

Como conclusión, se destaca la eficacia de las escenificaciones emotivas aplicadas por los padres para el tratamiento de la fobia a la oscuridad en niños, previo entrenamiento. La fobia a la oscuridad es un problema que se desarrolla en el hogar y en la que son relevantes las pautas de actuación de los padres con su hijo, ya que en ocasiones éstos refuerzan sus conductas de miedo. Por ello, se subraya la importancia de su implicación activa, como también la necesidad de la detección temprana del problema para evitar el malestar y la interferencia del mismo en la vida del niño y en su entorno.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª edición revisada). Washington, DC: Autor.
- Bados, A. (1998). Fobias específicas. En M. A. Vallejo Pareja (Ed.), *Manual de terapia de conducta: Vol 1* (pp. 169-218). Madrid: Dykinson.
- Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Fredrickson, M., Annas, P., Fischer, H. y Wik, G. (1996). Gender and age in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior Research and Therapy*, 34, 33-39.
- Giebenhain, J. E. y O'Dell, S. L. (1984). Evaluation of a parent-training manual for reducing children's fear of the dark. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 121-125.
- González, C., Méndez, F. X. y Sánchez-Meca, J. (1996). Terapia basada en el juego para el miedo a la oscuridad. En SEAS (Eds.), *I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés: Libro de Resúmenes* (p. 54). Murcia: SEAS.
- Klingman, A. (1988). Biblioguidance with kindergartners: Evaluation of a primary prevention program to reduce fear of the dark. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 237-241.

- Lazarus, A. y Abramovitz, A. (1979). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. En H.J. Eysenck (Ed.), *Experimentos en terapia de conducta: experimentación con niños* (vol. 3) (pp. 37-45). Madrid: Fundamentos.
- Leitenberg, H. y Callahan, E.J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behavior Research and Therapy*, 11, 19-30.
- Méndez, F. X. (1986, junio). *Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. Trabajo presentado en II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias. Coimbra.
- Méndez, F. X. (1996). *Prueba de Aproximación Conductual*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2002). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: Comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. y García, M. J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child and Family Behavior Therapy*, 18, 19-34.
- Méndez, F. X., García, J. M. y Olivares, J. (1997). Miedos y fobias infantiles. En M. Jiménez (Ed.), *Tratamiento psicológico de problemas infantiles* (pp. 119-132). Málaga: Aljibe.
- Méndez, F. X. y González, C. (1996). *Registro a la hora de dormir*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1986). Tratamiento de una fobia infantil mediante "escenificaciones emotivas". *Anales de Psicología*, 3, 33-41.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1988). Escenificaciones emotivas. Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 323-351.
- Méndez, F. X., Macià, D. y Olivares, J. (1990). *Tratamiento de fobias infantiles mediante escenificaciones emotivas, utilizando diseños de líneas base múltiples entre conductas*. Trabajo presentado en VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. y Santacruz, I. (1996). *Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Mikulas, W. L. y Coffman, M. G. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C.E. Schaefer y J.M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of parent training* (pp. 179-202). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Mikulas, W. L., Coffman, M. G., Dayton, D., Frayne, C. y Maier, P. L. (1986). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child and Family Behavior Therapy*, 7, 1-7.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification: Vol. 8* (pp. 127-168). Nueva York: Academic Press.
- Orgilés, M., Rosa, A. I. y Méndez, F. X. (2003). Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 395-422.

- Orgilés, M., Rosa, A. I., Santacruz, I., Méndez, F. X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, *10*, 481-502.
- Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *10*, 1-220.
- Santacruz, I. (2001). *Eficacia de dos terapias de juego aplicadas por los padres para la fobia a la oscuridad*. Tesis doctoral no publicada: Universidad de Murcia.
- Sheslow, D. V., Bondy, A. S. y Nelson, R. O. (1982). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child and Family Behavior Therapy*, *4*, 33-45.