

ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ESCENIFICACIONES EMOTIVAS

Mireia Orgilés
Xavier Méndez
Ana Isabel Rosa

UNIVERSIDAD DE MURCIA

RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio cuyo objetivo fue el desmantelamiento del programa de tratamiento de escenificaciones emotivas. Formaron parte de la muestra 27 niños/as de 5 a 8 años de edad con miedo a la oscuridad y con predominio del género masculino. Las condiciones experimentales fueron: a) escenificaciones emotivas, b) escenificaciones emotivas sin economía de fichas, c) escenificaciones emotivas sin modelado, d) escenificaciones emotivas sin juego, e) lista de espera. Los tratamientos fueron aplicados por los padres en el hogar, previo entrenamiento. Los resultados mostraron la existencia de diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el grupo de control, pero no entre los distintos grupos de tratamiento. Se halló una tendencia a favor de los grupos que utilizan el tratamiento completo o el mismo sin modelado. Las medidas de seguimiento tomadas a los 3 y 6 meses mostraron que los niños tratados mantuvieron o mejoraron en la reducción de sus conductas de

miedo. Se alcanzaron los peores resultados cuando el tratamiento carecía de economía de fichas y de juego, lo que indica la importancia de ambos componentes en la eficacia del programa. Como conclusión, se señala la eficacia de las escenificaciones emotivas aplicadas por los padres para el tratamiento de la fobia a la oscuridad en niños pequeños.

Palabras clave: *ESCENIFICACIONES EMOTIVAS, DESMANTELAMIENTO, MIEDO A LA OSCURIDAD, ENTRENAMIENTO A PADRES*

SUMMARY

The results of a study with the aim of dismantling the program of emotive performances are presented in this paper. Twenty seven boys and girls, between the ages of 5 and 8 years old with fear of the dark and predominantly boys, took part. The experimental conditions were: a) emotive performances, b) emotive performances without token economy system, c) emotive performances without modelling, d) emotive performances without game, e) waiting list. The treatments were applied by parents at home, after being trained. The results showed the existence of significative differences between the treatment groups and the control group, but not between the different groups of treatments. A tendency for the complete treatment and the treatment without modelling to reach the best results was found. Follow-up measures at 3 and 6 months showed that all treated children maintained or improved on the reduction of their fear behaviours. The worst results were reached when the treatment lacked of positive reinforcement and game, what indicates the importance of both components in the efficacy of the program. In conclusion, it's marked the efficacy of the emotive performances applied by parents in the treatment of the fear of the dark in children.

Key words: *EMOTIVE PERFORMANCES, DISMANTLING, FEAR OF THE DARK, PARENTS TRAINING*

1. INTRODUCCIÓN

Para el tratamiento de las fobias específicas en la población infantil, los terapeutas de conducta disponen de un amplio arsenal

de técnicas y variantes. Al seleccionar una de ellas debe tenerse en cuenta la edad indicada para su aplicación, y realizar las modificaciones pertinentes que permitan tanto al niño como a sus padres comprender el objetivo y el procedimiento de la terapia, para conseguir una máxima cooperación (King y Ollendick, 1997).

Diversos estudios han demostrado la eficacia de la exposición en el tratamiento de las fobias específicas en niños (p.e., Kuroda, 1969; Muris, Merckelbach, Holdrinet y Sijsenaar, 1998; Ultee, Griffioen y Schellekens, 1982). La técnica contempla la interacción del niño con el estímulo temido hasta extinguir sus respuestas fóbicas, variando su eficacia en función de diversos factores como el modo de presentación de los estímulos, el grado de implicación del terapeuta, la duración de la terapia, la inclusión de estrategias adicionales, etc. (Antony y Barlow, 1997). Cuando la exposición se lleva a cabo de forma simbólica nos encontramos que los niños menores de diez u once años no poseen suficiente capacidad para formar una imagen dinámica del estímulo fóbico, ni para sentir ante ésta un impacto emocional similar al que perciben en una situación real (Bragado, 1994). Sin embargo, si la interacción con el estímulo se lleva a cabo en vivo y no en imaginación, su eficacia es mayor, pero su carácter aversivo incita a algunos autores a sugerir complementarla con otros procedimientos (Menzies y Clarke, 1995).

Debido tanto al posible rechazo que puede suscitar la exposición en vivo, como al limitado repertorio de habilidades de autocontrol emocional necesario para efectuar una desensibilización sistemática (DS), y a la escasa motivación que suelen manifestar los niños para el tratamiento, el terapeuta debe introducir progresivamente diversos elementos o apoyos para promover la colaboración del niño, facilitar su participación y conseguir los objetivos terapéuticos (Méndez, Olivares y Bermejo, 2001). Sería el caso de la inclusión durante el transcurso de la terapia de estímulos que compiten con las situaciones atemorizantes, como la comida, la risa, el enfado, la presencia de personas allegadas o el juego (Kellerman, 1980). En concreto, Bados (1998) considera que un contexto lúdico facilita la aplicación de la técnica de exposición en niños pequeños. El mismo autor reconoce también el interés de contar con la colaboración de personas significativas para el niño en la aplicación del tratamiento,

puesto que pueden proporcionar información sobre el problema, ayudar en la exposición, servir de modelo, reforzar los progresos y evitar comportamientos que contribuyen a mantener el problema.

Ollendick (1979) manifestó que un tratamiento completo de la fobia debería incluir los procedimientos de DS, modelado y práctica reforzada, cuya combinación podría reducir de forma significativa el miedo. Recogiendo la idea de este autor, y con ello las ventajas de cada técnica, Méndez (1986) elaboró un programa multicomponente al que denominó escenificaciones emotivas (EE), que supone un importante recurso a disposición del terapeuta en el tratamiento de las fobias infantiles. El programa terapéutico que, según el autor, está recomendado para el tratamiento de las fobias específicas en niños de edades comprendidas entre 3 y 8 años, surgió como una alternativa en vivo a las imágenes emotivas de Lazarus y Abramovitz (1979), al observar que los logros conseguidos con éstas no se generalizaban a las situaciones reales.

Las EE consisten en la exposición en vivo, gradual, breve y repetida a los estímulos fóbicos. En un contexto lúdico, el terapeuta trata de elicitar la conducta de aproximación del niño al estímulo temido, por lo que le ofrece sucesivas ayudas, así como reforzamiento positivo y retroalimentación una vez conseguida ésta (Méndez y cols, 2001). Se trata pues de un programa multicomponente que incluye desensibilización en vivo a través de juegos, modelado participante y refuerzo material y social de las conductas de aproximación. Con el formato básico de un juego, las EE incorporan de forma progresiva otros elementos. Cuando el niño no presenta la conducta de aproximación, el terapeuta le proporciona ayuda (inducción verbal, modelado, guía física) hasta que el niño consigue realizarla por sí mismo y es entonces reforzado por ello. Méndez y Maciá (1988) definen las EE como un programa flexible que, puesto que incorpora el juego entre sus componentes, aumenta la motivación del niño para cooperar en el tratamiento, lo que constituye una ventaja adicional. Con niños pequeños, que no acuden por sí mismos a consulta, es conveniente presentar la terapia de forma atractiva, sobre todo si la exposición al estímulo fóbico se realiza en vivo.

Echeburúa (1993) considera las escenificaciones emotivas como el tratamiento preferente para las fobias específicas en la infancia.

Su eficacia ha quedado demostrada en diversos estudios de caso (p.e, Méndez y García, 1996; Méndez y Macià, 1988, 1990) y de grupo (p.e., González, Méndez y Sánchez-Meca, 1996; Méndez, 2000; Santacruz, 2001). Sin embargo, hasta el momento se desconoce qué componentes son necesarios (Bados, 1998), por lo que se debería investigar la contribución específica de cada variable de este tratamiento (Echeburúa, 1993). El propio autor (Méndez, 1986) considera necesario realizar investigaciones que depuren los tratamientos psicológicos de las fobias específicas, comparando técnicas o variantes, y desmantelando los tratamientos.

El objetivo principal de la presente investigación es analizar el programa multicomponente de las escenificaciones emotivas mediante la estrategia de desmantelar el tratamiento, es decir, se pretende conocer la contribución de cada componente (modelado, economía de fichas y juego) a la eficacia terapéutica del mismo. Dada la alta prevalencia de la fobia a la oscuridad en niños pequeños, calculada en torno al 2,3% (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996), el desmantelamiento del tratamiento se llevó a cabo en una muestra de niños con fobia a la oscuridad, con edades comprendidas entre 5 y 8 años. Por otro lado se analiza la viabilidad y efectividad de las escenificaciones emotivas aplicadas por los padres previamente entrenados, mediante la comparación de los logros terapéuticos conseguidos con las condiciones de tratamiento activo con los de un grupo control en lista de espera. Se analiza, del mismo modo, el mantenimiento de la mejoría en el tiempo. Un objetivo adicional fue conocer los problemas y dificultades que pudieran surgir durante la aplicación del tratamiento con el propósito de realizar las modificaciones pertinentes en futuros trabajos.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

Participaron en el estudio 27 sujetos con una edad media de 6,5 años (rango: 5 a 8 años) y un ligero predominio del género masculino (52% varones).

La muestra fue reclutada en 15 colegios públicos y privados de Murcia, mediante la distribución de aproximadamente 2700 cartas informativas a los padres en las que se ofertaba tratamiento psicológico para la fobia a la oscuridad de sus hijos. Ciento seis padres se mostraron interesados en asistir a una reunión en la que se explicaron los pormenores del programa de intervención. Finalmente la muestra quedó constituida por 27 niños, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: a) tener una edad comprendida entre 5 y 8 años, b) obtener la puntuación máxima (mucho miedo) en el ítem "miedo a la oscuridad" del "Inventario de Miedos Infantiles" de Pelechano (1984), c) conseguir una puntuación de 50 o más puntos en la "Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad" de Méndez y Santacruz (1996), d) obtener 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 "Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad", e) firmar los padres un consentimiento informado.

Se excluyeron aquellos niños que presentaban: a) otros trastornos de ansiedad, incluida la ansiedad de separación, b) retraso mental, c) autismo, d) problemas psicológicos que requieren tratamiento, exceptuando trastornos del aprendizaje. Del mismo modo no formaron parte de la muestra los niños que recibían una terapia concomitante.

2.2. Diseño

La asignación de los sujetos a las cinco condiciones experimentales se realizó de forma aleatoria, aplicándose un diseño factorial mixto 5 x 4, con un factor intergrupo (EE, EE sin economía de fichas, EE sin modelado, EE sin juego y grupo control en lista de espera), y un factor intragrupo de medidas repetidas (pretest, postest, seguimiento 3 meses y seguimiento 6 meses).

2.3. Procedimiento y evaluación

La evaluación y el tratamiento de los sujetos se llevó a cabo a través de entrenamiento a padres. Se celebraron en total 15 reunio-

nes semanales de aproximadamente una hora de duración, en las que el terapeuta proporcionó a los padres información detallada e instrucciones muy estructuradas sobre el proceso de evaluación y el desarrollo de la terapia. Durante las reuniones semanales se entregaron los materiales necesarios, se resolvieron las dudas de los padres y se recogieron las pruebas de evaluación aplicadas. Además, se ofreció la posibilidad de consultar telefónicamente a lo largo de la semana cuestiones relacionadas con el tratamiento de sus hijos.

La evaluación constó de 3 fases: pretest, postest y seguimiento. En cada una de las fases se aplicaron durante dos semanas consecutivas dos inventarios, tres pruebas de observación artificial, dos pruebas de observación natural y una prueba de autoobservación. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

a) "Inventario de Miedos" (IM) de Pelechano (1984). Evalúa mediante una escala de 3 puntos (nada, algo y mucho miedo) y 100 ítems el miedo a diversos estímulos o situaciones.

b) "Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad" (EMO) de Méndez y Santacruz (1996). Está compuesta por 10 ítems y una escala de estimación de once puntos que oscila de *nada de miedo a la oscuridad a muchísimo miedo a la oscuridad*. Los ítems de la escala se basan en los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) para el diagnóstico de fobia específica, por lo que la escala permite conocer si el miedo a la oscuridad de los niños es pasajero o si nos encontramos ante una fobia clínica. Mediante la EMO se evalúa la intensidad del miedo del niño (criterio A), sus reacciones ante la oscuridad (criterio B), la evitación y escape de situaciones de oscuridad o alteración emocional en situaciones de oscuridad de las que no puede escapar y/o imprevistas (criterio D), las repercusiones negativas o interferencia del miedo a la oscuridad a nivel personal, familiar, escolar y/o social, o el malestar clínico (criterio E). Además, se incorpora un ítem final que requiere la valoración global de la gravedad del miedo a la oscuridad del niño.

c) "Prueba de Actuación en la Oscuridad" (PAO). Se trata de una modificación de la prueba de Mikulas y Coffman (1989), que permite 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 una vez ha anochecido, 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 tareas el niño debe entrar en su habitación sin encender la luz y coger un juguete, recibiendo cada vez menos ayudas por parte del observador. La quinta actividad consiste en que el niño se dirija, cuando se le indique, desde el salón hasta su habitación en la que previamente se ha escondido el adulto y le encuentre 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 espera el observador. La prueba incorpora un *termómetro de miedo*, es decir, al finalizar cada situación, el propio niño indica cuánto miedo ha sentido durante la ejecución de la misma, utilizando para ello una escala del tipo J *nada de miedo*, K *algo de miedo* L y *mucho miedo*. Durante la prueba los padres animan e instigan al niño para que se aproxime al estímulo fóbico lo máximo posible.

d) "Prueba de Aproximación Conductual a la oscuridad" (PAC) de Méndez (1996). La prueba, que debe llevarse a cabo en la habitación del pequeño, incluye seis ítems correspondientes a seis situaciones a las que se debe exponer al niño, que varían en cuanto a la intensidad de luz permitida, que se va reduciendo hasta conseguir una completa oscuridad. 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 el niño logra permanecer en cada situación, con un máximo de 120 segundos por tarea (720 segundos en la prueba total). Además, el propio niño al finalizar cada condición indica el miedo que ha sentido según un termómetro de miedo del tipo J *nada de miedo*, K *algo de miedo* y L *mucho miedo*.

e) "Prueba de Tolerancia a la Oscuridad" (PTO). Se utilizó 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 el niño 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 veinte minutos. Al finalizar la prueba, los niños informaron del miedo experimentado según un termómetro de miedo similar al empleado en las pruebas anteriores.

f) "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 cinco 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.

g) "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 cinco 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 ayudarle permaneciendo con él o dejándole una luz encendida, y *muchísimo miedo* si se niega a acostarse y hay que acostarle a la fuerza y/o duerme con sus padres.

Cada prueba fue cumplimentada por ambos padres de forma independiente con el propósito de obtener información más exacta y conocer la fiabilidad de sus observaciones. 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 que duró el tratamiento, los padres de todos los grupos, excepto los del grupo de control, 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 durante la intervención.

En la evaluación realizada después de finalizar el tratamiento se emplearon los mismos instrumentos que en el pretest, distribuidos de forma similar. Únicamente el "Inventario de Miedos" (IM) no se aplicó en su totalidad, confeccionándose una prueba que incorporaba sólo los ítems referentes al factor "miedos imaginarios o fantasiosos" (ítems 23, 28, 45, 63, 69 y 99). 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 y 6 meses se convocó a los padres a una nueva reunión en la que se les proporcionó los mismos instrumentos de evaluación utilizados en el postest, con excepción de la escala de valoración del tratamiento, distribuyéndose su aplicación de nuevo a lo largo de dos semanas.

2.4. Tratamiento

El tratamiento psicológico aplicado fueron las escenificaciones emotivas de Méndez (1986). Los padres actuaban como paraprofesionales para ayudar a sus hijos a superar el miedo a la oscuridad, aplicando el tratamiento en sus domicilios al anochecer durante un mes, a razón de tres veces por semana en días alternos, dejando el domingo como día de descanso. Constaba en total de doce sesiones, cada una de ellas de treinta minutos de duración.

Las condiciones experimentales fueron las siguientes:

- 1) Escenificaciones emotivas (EE) (n=5). Se aplicó el tratamiento completo, utilizando una jerarquía de exposición a la oscuridad de 60 ítems, que combinaba el tiempo de exposición del niño 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, y emplear una economía de fichas consistente en entregar al niño un punto al realizar cada paso, que era canjeable por una serie de premios al finalizar cada sesión. Cuando el niño manifestaba señales de miedo o no lograba superar el tiempo propuesto en alguno de los ítems, el padre o madre actuaba de modelo y posteriormente animaba al niño 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.

2) Escenificaciones emotivas sin economía de fichas (EE – F) (n=5). Se siguió el mismo procedimiento que en el grupo anterior, pero se prescindió de la economía de fichas. Al superar un ítem de la jerarquía, los niños eran reforzados socialmente por sus padres, pero no de forma material.

3) Escenificaciones emotivas sin modelado (EE – M) (n=5). El procedimiento de aplicación fue similar al grupo en que se aplicó el programa de tratamiento con todos sus componentes, sin embargo no se utilizó el modelado. Cuando el niño no lograba superar un ítem o mostraba señales de miedo, el padre o madre le sugería intentarlo de nuevo sin actuar previamente de modelo.

4) Escenificaciones emotivas sin juego (EE – J) (n=6). Se aplicaron las escenificaciones emotivas en un contexto no lúdico, es decir, la terapia no se desarrolló como un juego.

5) Grupo de control en lista de espera (LE) (n=6). Se incluyó un grupo control que permaneció en periodo de espera durante 6 meses, recibiendo tratamiento con posterioridad. No se mantuvo contacto con los padres de los niños 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.

Los materiales entregados a los padres fueron adaptados a cada condición de tratamiento, desconociendo cada grupo el tratamiento aplicado al resto de ellos.

Finalizada la evaluación a los 6 meses, y por ello el periodo de espera, se ofreció tratamiento a los niños del grupo control.

3. RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, utilizamos el paquete estadístico SPSS 11.0 (2001). Nuestro modo de proceder fue el siguiente.

En primer lugar, se comprobó el acuerdo interjueces madre-padre mediante la prueba de correlación de *Pearson*.

Aunque los sujetos se asignaron de forma aleatoria a las cinco condiciones experimentales, se llevaron a cabo los análisis pertinentes para comprobar que los grupos se hallaban igualados antes de la intervención en las variables demográficas *edad* y *género* y en las variables de resultado.

Mediante pruebas *t* de significación para muestras relacionadas, se pretendió conocer los cambios terapéuticos en los grupos del pretest al postest. La eficacia diferencial de los tratamientos se examinó mediante análisis de varianza, tomando como variable dependiente las puntuaciones de los sujetos en el postest, y realizando pruebas *post hoc* cuando la diferencia entre medias resultaba estadísticamente significativa. Se examinó la existencia de diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y grupo control en las evaluaciones realizadas a los 3 y 6 meses después de finalizar el tratamiento.

Además, se aplicaron análisis de varianza de un factor para conocer si existían diferencias significativas entre los niños que finalizaron el tratamiento (*completers*) y aquéllos que lo abandonaron (*intent-to-treat*).

Por último, se aplicaron pruebas *t* de significación para muestras relacionadas, con el objetivo de conocer si fueron significativos los cambios en el grupo control en lista de espera después de recibir tratamiento.

3.1. Análisis del acuerdo interjueces

El acuerdo interjueces madre-padre fue alto en todos los casos, alcanzando valores en torno a 0,7 o superiores en función de la prueba de evaluación. Una excepción la constituyen las puntuaciones totales del IMI, en las que la correlación fue baja, probablemente

debido a que el inventario requiere valorar el grado de miedo del niño a una gran diversidad de estímulos, muchos de ellos difíciles de evaluar por los padres.

En la mayoría de los casos la correlación más baja se halló en las medidas tomadas en el pretest y aumenta en las evaluaciones posteriores. Esto podría deberse a que, a pesar de haber sido entrenados para la utilización de las pruebas de evaluación, en un principio los padres muestran más dificultad al evaluar el miedo de sus hijos y sus medidas son menos exactas. Posteriormente, están más habituados a su utilización y el acuerdo entre ambos es mayor. Puesto que las correlaciones halladas alcanzaron valores altos, se tomaron para los análisis las puntuaciones medias de la madre y el padre.

3.2. Comparaciones intergrupos en el pretest

La diferencia de medias entre los grupos de tratamiento y grupo de control, así como entre los grupos de tratamiento y los abandonos, no fue significativa en las variables *género* y *edad*, lo que significa que los grupos se encontraban igualados antes del inicio de la intervención psicológica. Del mismo modo, el análisis estadístico de las pruebas aplicadas en el pretest demostró que los niños de las cinco condiciones presentaban el mismo grado de fobia a la oscuridad antes del tratamiento, puesto que no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables dependientes.

3.3. Comparaciones intergrupos en el postest y seguimientos

El análisis estadístico mostró la existencia de diferencias significativas entre las cinco condiciones experimentales en cada una de las variables dependientes en el postest (véase la tabla 1). Las comparaciones a posteriori mostraron que no existían diferencias significativas en ninguna de las variables entre el grupo de EE y el grupo de EE sin modelado ($p < 0,05$). Del mismo modo, ninguna comparación entre medias fue significativa con una $p < 0,05$ entre los

Tabla 1.- Comparaciones intergrupos en el posttest

	EE - EE-F	EE - EE-M	EE - EE-J	EE - EE-J	EE - EE-M	EE - EE-F	EE - EE-J	EE - EE-M	EE - EE-F	EE - EE-J	EE - EE-M	EE - EE-F	EE - EE-J
EMO	ES**	NS	ES***	ES***	ES*	ES***	NS	NS	ES***	NS	ES***	ES***	ES***
IM (ítem)	ES***	NS	ES***	ES***	ES**	ES***	NS	NS	ES***	ES*	ES***	ES***	ES***
IM (factor)	NS	NS	ES**	ES**	MS	NS	NS	NS	NS	NS	ES***	ES***	ES**
PAC	NS	NS	ES**	ES**	NS	NS	NS	NS	MS	NS	ES**	ES**	MS
PAC (termómetro de miedo)	NS	NS	ES*	ES*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	ES*	ES*	NS
PTO	ES*	NS	ES*	ES***	NS	NS	NS	NS	NS	NS	ES**	ES**	NS
PTO (termómetro de miedo)	NS	NS	MS	ES**	NS	NS	NS	NS	NS	MS	ES**	ES**	NS
PAO (padres)	ES*	NS	NS	ES***	ES*	NS	NS	NS	ES*	NS	ES***	ES***	ES***
PAO (termómetro de miedo)	NS	NS	NS	MS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	ES*	ES**	ES**
RCO	NS	NS	NS	ES***	NS	NS	NS	NS	ES***	NS	ES***	NS	ES***
RHD 1ª semana	NS	NS	NS	ES***	NS	NS	NS	NS	ES***	NS	ES***	NS	ES***
RHD 2ª semana	NS	NS	NS	ES***	NS	NS	NS	NS	ES***	NS	ES***	NS	ES***

EMO: Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad; IM: Inventario de Miedos; PAC: Prueba de Aproximación Conductual; PTO: Prueba de Tolerancia a la Oscuridad; PAO: Prueba de Actuación en la Oscuridad; RCO: Registro de Conductas en la Oscuridad; RHD: Registro a la Hora de Dormir. NS: no significativa, p>0,10; MS: marginalmente significativa, p<0,10; ES* estadísticamente significativa, p<0,05; ES** estadísticamente significativa, p<0,01; ES*** estadísticamente significativa, p<0,001

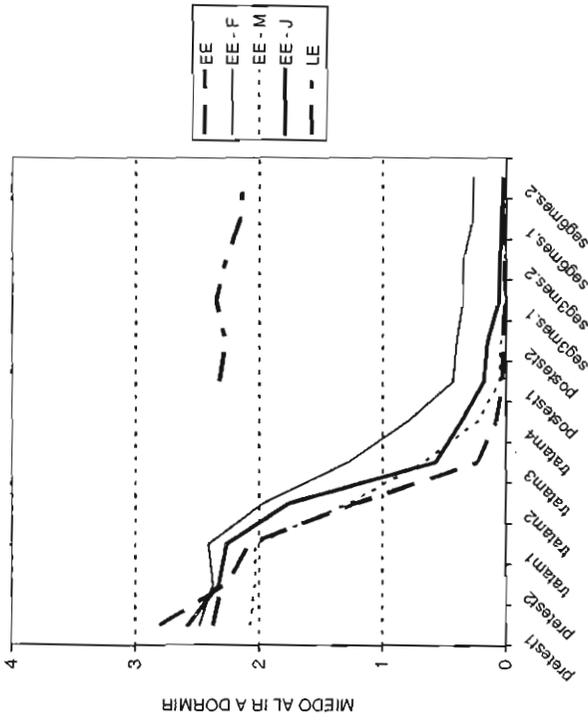


Figura 1.- Puntuaciones en el "Registro a la Hora de Dormir"

grupos de EE sin economía de fichas y EE sin juego. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables entre el grupo de EE sin modelado y el grupo de control, y en todas las variables, excepto en el miedo expresado por el niño en la "Prueba de Actuación en la Oscuridad", entre el grupo al que se aplicó el tratamiento completo y el grupo de control. La diferencia entre medias en las puntuaciones del grupo de control con el grupo de EE sin economía de fichas fue significativa en la "Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad", en el grado de miedo a la oscuridad del "Inventario de Miedos", en el informe de los padres en la "Prueba de Actuación en la Oscuridad" y en los registros de observación, pero no en el resto de pruebas. Del mismo modo, las diferencias fueron significativas entre el grupo de EE sin juego y el grupo control en los inventarios, en la "Prueba de Actuación en la Oscuridad" y en los registros de observación.

En los seguimientos efectuados a los 3 y 6 meses ($p < 0,05$) se observaron de nuevo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el grupo control.

La puntuación en el "Registro a la Hora de Dormir" de todos los grupos de tratamiento se redujo paulatinamente desde el postest hasta el último seguimiento, lo que significa que la conducta de miedo de los niños en el momento de acostarse disminuyó con el paso del tiempo (véase la figura 1). Se observaron diferencias mínimas en el perfil de los grupos de EE, EE sin modelado y EE sin juego. El grupo de EE sin economía de fichas mostró puntuaciones superiores al resto de grupos en los seguimientos.

En el "Registro de Conductas en la Oscuridad" el programa completo y el programa sin modelado presentaron un perfil similar, ocurriendo del mismo modo con los grupos de EE sin economía de fichas y EE sin juego. Las puntuaciones de la "Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad" descendieron en todos los grupos de tratamiento del postest al seguimiento a los 6 meses, lo que implica la mejoría clínica de los niños. Las puntuaciones más bajas en esta variable en los seguimientos se observaron en el grupo de EE, seguido por el grupo de EE sin modelado y EE sin juego, mientras que los niños del grupo de EE sin economía de fichas manifestaron las puntuaciones más altas, y por ello fueron los que manifestaron

más miedo y un número mayor de repercusiones negativas finalizado el tratamiento.

En la "Prueba de Actuación a la Oscuridad" y en la "Prueba de Aproximación Conductual" el grado de miedo informado por los padres descendió en todos los grupos de tratamiento en los seguimientos, logrando el programa completo los mejores resultados y el grupo al que se aplicó el tratamiento sin economía de fichas los peores resultados. Se observó una ligera mejoría en el seguimiento en el grupo de control, pero el cambio no fue significativo. El miedo informado por los niños en los termómetros de miedo de ambas pruebas fue menor con el paso del tiempo en todos los grupos de tratamiento, expresando menos temor el grupo al que se aplicó el programa completo y el grupo que carecía de modelado.

En la "Prueba de Tolerancia a la Oscuridad" los niños del grupo de EE alcanzaron el tiempo máximo de tolerancia en el postest y la puntuación se mantuvo en los seguimientos. El grupo de EE sin modelado obtuvo puntuaciones muy altas en la tarea, sin lograr las puntuaciones máximas. La ejecución de la prueba por parte del grupo de EE sin economía de fichas y EE sin juego fue muy similar, pero con un tiempo de aguante muy inferior al del resto de grupos. Respecto al miedo informado por los niños, los grupos de EE y EE sin modelado informaron del mismo grado de miedo en el postest y en los seguimientos, mostrando un perfil similar. El grupo de EE sin juego fue el que informó de mayor grado de miedo a la oscuridad durante la realización de la prueba. Las puntuaciones del grupo control descendieron en el seguimiento a los 3 meses, lo que indica que el miedo informado fue menor con el paso del tiempo.

Del "Inventario de Miedos Infantiles" se obtuvieron dos medidas: las puntuaciones en el ítem "miedo a la oscuridad" y en el factor "miedos imaginarios o fantasiosos". Se observaron las mejores puntuaciones en el ítem en el grupo de EE, seguido por los grupos de EE sin modelado, EE sin juego y EE sin economía de fichas. El perfil del grupo de control permaneció invariable en todas las medidas de seguimiento, manteniendo la puntuación máxima en el ítem. Las puntuaciones de todos los grupos de tratamiento en el factor disminuyeron a lo largo del tiempo. El grupo de EE obtuvo los mejores resultados en los seguimientos, considerándose por ello que

los niños de estos grupos sufrían menos miedo ante los objetos o situaciones descritos en el factor. El grupo de EE sin economía de fichas manifestó menos miedo en los seguimientos que en el postest, pero las puntuaciones se alejaron de forma considerable de las del resto de grupos. El grupo control manifestó ligeras variaciones en su perfil en esta variable.

3.4. Comparación de resultados intragrupo pretest-postest

En el grupo al que se aplicó el programa con todos sus componentes las diferencias pretest-postest fueron significativas en todas las variables ($p < 0,05$), con excepción del miedo informado por el niño en la "Prueba de Actuación en la Oscuridad", en la que, aunque los niños expresaron menos miedo en el postest que en el pretest, las diferencias no fueron significativas. Las puntuaciones en el resto de las pruebas de evaluación demostraron la reducción de la fobia a la oscuridad en los niños y el aumento de las conductas de afrontamiento de ésta.

En las variables de la "Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad", "Registro de Conductas en la Oscuridad" "Prueba de Aproximación Conductual", "Inventario de Miedos Infantiles" y "Registro a la Hora de Dormir", la mejoría de los niños del grupo de EE sin economía de fichas fue significativa. En la "Prueba de Actuación en la Oscuridad" las diferencias fueron significativas en el grado de miedo de los niños según el informe de los padres, pero no en el miedo informado por éstos. En la comparación de las medias del pretest y postest en la "Prueba de Tolerancia a la Oscuridad" no se hallaron diferencias significativas, a pesar de que el tiempo de permanencia era mayor y el miedo informado menor.

Las diferencias pretest-postest en el grupo de EE sin modelado fueron significativas en todas las variables dependientes, lo que supuso una reducción de las conductas de miedo y un aumento de las conductas de interacción con la oscuridad.

En el grupo de EE sin juego se hallaron diferencias significativas en la mayoría de las variables. Únicamente no resultó significativa la diferencia entre medias en el miedo informado en la "Prueba de

Tabla 2.- Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los grupos de tratamiento y control en las medidas de evaluación

	EE		EE - F		EE - M		EE - J		LF												
	Post.	Seg. 3																			
EMO	62.1 (19.2)	17.7 (5.2)	9.2 (3.7)	8.7 (3.6)	77 (10.6)	38.4 (6.8)	26.8 (8.3)	24 (3.5)	62.3 (10.2)	23.7 (8.3)	13.4 (5.3)	12.2 (5.3)	49.8 (8.7)	31.2 (8.7)	18.7 (4.1)	17.5 (4.2)	67.8 (7.6)	69 (6.6)	71 (9.7)	64.8 (9)	
DM	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.5 (0.2)	0.5 (0.2)	0.5 (0.2)	0.5 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.8 (0.3)	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	0.2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)
factor	9.6 (1.8)	3.1 (0.9)	0.6 (0.7)	0.5 (0.5)	8.9 (2.5)	4.1 (1.6)	3.3 (1.5)	3.3 (1.3)	7.2 (2.6)	2.3 (1.2)	2.3 (0.5)	0.9 (0.7)	7.5 (2.4)	3.5 (1.8)	2.7 (1.2)	2.7 (0.8)	7.5 (2.4)	7.6 (2.3)	7.4 (1.9)	6.2 (1.2)	
PAC	438 (220.2)	720 (0)	720 (0)	720 (0)	435 (121.2)	596 (107.4)	648 (72.6)	648 (17.3)	497 (116.8)	710 (88.2)	720 (0)	720 (0)	497 (143.5)	648 (88.2)	671 (71)	685 (71)	466 (185.6)	410 (180)	467 (188.8)	491 (135.4)	
inicio informado	5.6 (3.8)	0.2 (0.4)	0 (0)	0 (0)	3.2 (1.3)	1.8 (0.8)	1.4 (0.9)	0.8 (0.4)	3.2 (1.3)	0.4 (0.5)	0 (0)	0 (0)	3.5 (2.3)	1.4 (1.4)	0.5 (0.8)	0.3 (0.5)	4.3 (2.7)	4.5 (4.3)	4.2 (1.4)	3.7 (1.4)	
PAO	5.7 (1.6)	0.6 (0.5)	0.2 (0.4)	0 (0)	6.5 (1.7)	3.3 (1.5)	2.3 (1.6)	2 (1.6)	6.7 (1.8)	1.4 (1)	1.1 (1.2)	0.6 (0.9)	5.7 (2.8)	2.2 (1.5)	1.4 (0.9)	1.2 (0.7)	6 (1.4)	5.7 (0.8)	5.6 (0.9)	4 (0.9)	
inicio informado (padres)	4.6 (1.8)	3 (2)	1.2 (1.3)	0.2 (0.4)	5.6 (2.2)	3.4 (0.9)	1.6 (0.9)	1.6 (0.4)	5.8 (2.5)	2.4 (1.5)	1 (0.5)	0.4 (1.7)	6 (1.7)	2.2 (1.5)	1.7 (0.8)	1 (1)	6.2 (1.2)	5.3 (0.5)	5.3 (0.5)	3.8 (0.7)	
FTO	238 (307.5)	1200 (0)	1200 (0)	1200 (0)	561 (231.5)	740 (336.1)	760 (403.7)	760 (178.9)	478 (289.7)	1080 (178.9)	1120 (109.5)	1120 (109.5)	375 (270.2)	750 (462)	758 (352.7)	750 (362)	410 (182.2)	383 (98)	383 (116.4)	490 (116.4)	
tiempo de inicio informado (niño)	1.8 (0.45)	0.2 (0.4)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	1 (1)	0.6 (0.5)	0.6 (0.5)	1.6 (0.5)	0.2 (0.4)	0 (0)	0 (0)	1.7 (0.52)	1.3 (0.8)	0.7 (0.5)	0.7 (0.5)	2 (0)	1.8 (0.4)	1.5 (0.4)	1.5 (0.4)	
RCO	7.4 (2)	17.7 (3.1)	17.9 (2.9)	18.1 (2.6)	7.2 (1.4)	13.7 (3.6)	13.8 (3.9)	13.8 (3.9)	9.5 (1.2)	18.1 (2.6)	18.6 (2.2)	18.6 (2.2)	7.4 (1.3)	14 (2.8)	14.2 (3.3)	14.2 (2.8)	7.3 (1.2)	6.8 (1)	6.2 (1.8)	7.7 (1.9)	
RHD	2.8 (0.4)	0.03 (0.03)	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	2.5 (0.7)	0.5 (0.2)	0.3 (0.2)	0.3 (0.2)	2.1 (1)	0.05 (0.03)	0.01 (0.03)	0 (0)	2.6 (1)	0.2 (0.1)	0.06 (0.03)	0.03 (0.03)	2.4 (1)	2.3 (0.3)	2.1 (0.3)	2.1 (0.3)	
1ª semana	0.4 (0.6)	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	0.4 (0.8)	0.4 (0.4)	0.3 (0.2)	0.3 (0.1)	0.4 (1.2)	0.03 (0.03)	0.03 (0.03)	0 (0)	0.4 (0.9)	0.1 (0.1)	0.08 (0.03)	0.03 (0.03)	0.4 (0.6)	0.3 (0.6)	0.3 (0.5)	0.3 (0.5)	
2ª semana	0.6 (0.6)	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	0.01 (0.03)	0.4 (0.8)	0.4 (0.4)	0.3 (0.2)	0.3 (0.1)	0.4 (1.2)	0.03 (0.03)	0.03 (0.03)	0 (0)	0.4 (0.9)	0.1 (0.1)	0.08 (0.03)	0.03 (0.03)	0.4 (0.6)	0.3 (0.6)	0.3 (0.5)	0.3 (0.5)	

EMO: Escala de evaluación del Medio a la Oscuridad; IM: Inventario de Miedos Infantiles; 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; EE: escanificaciones emotivas; EE - F: escanificaciones emotivas sin economía de fichas; EE - M: escanificaciones emotivas sin modelado; EE - J: escanificaciones emotivas sin juego; LF: grupo de control en lista de espera.

Tolerancia a la Oscuridad". A pesar de que los niños manifestaron un grado de miedo menor en el postest, el cambio terapéutico no fue significativo en esta variable.

El análisis intragrupo pretest-postest en el grupo control en lista de espera mostró que no existían diferencias significativas en ninguna de las variables, lo que implica que no hubo mejoría clínica en los niños de este grupo.

3.5. Análisis del grupo de control en lista de espera

Una vez finalizado el periodo de espera, el grupo control recibió tratamiento psicológico. La modalidad terapéutica aplicada fue el programa de escenificaciones emotivas completo, puesto que se observó una tendencia hacia una mayor eficacia de la misma. Se observaron diferencias significativas en todas las variables dependientes, lo que significa una reducción de la fobia a la oscuridad de los niños tras recibir tratamiento.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente trabajo fue analizar el programa de escenificaciones emotivas, examinando la contribución de cada componente a su eficacia, mediante la estrategia de desmantelar el tratamiento. Además, se pretendía observar posibles problemas acerca del reclutamiento de la muestra, del procedimiento de evaluación y del desarrollo del tratamiento, cara a futuras investigaciones con muestras más amplias.

Las conclusiones derivadas de la investigación se detallan a continuación. En primer lugar, cabe resaltar la eficacia de las escenificaciones emotivas. La fobia a la oscuridad se redujo en todas las condiciones de tratamiento activo y persistió en los niños del grupo control. En las comparaciones intragrupos pretest-postest se observaron cambios estadísticamente significativos en todos los grupos de tratamiento en la mayoría de las variables dependientes examinadas. Por el contrario, en el grupo de control no se encon-

traron diferencias significativas en ninguna de las variables, lo que significa que, a pesar de observarse una ligera mejoría en algunas de ellas, la fobia a la oscuridad persistía.

Los resultados confirman los hallazgos de trabajos anteriores en los que el programa logró mejorías clínicamente significativas en el tratamiento de la fobia a la oscuridad de los niños (González, 1996; Méndez, 2000; Santacruz, 2001). A pesar de que las condiciones de tratamiento contempladas en el diseño difieren en los componentes que incluyen, todas ellas comparten un componente esencial de la intervención en las fobias específicas, la interacción en vivo con el estímulo fóbico, lo que explica la mejoría de todos los niños tratados. Además, en los seguimientos efectuados continuaban siendo significativas las diferencias entre los grupos de tratamiento y el grupo de control, lo que significa que los logros terapéuticos persistían en el tiempo en los niños que recibieron tratamiento, mientras que la fobia a la oscuridad en los niños del grupo control no remitió. Por otro lado, la reducción de la fobia a la oscuridad en todos los grupos de tratamiento confirma que las escenificaciones emotivas son un programa de tratamiento que permite su aplicación por parte de paraprofesionales. Estos resultados corroboran los obtenidos por Méndez (2000), quien comprobó que si seguía un protocolo estructurado podía ser aplicado por los padres, que obtenían prácticamente los mismos resultados que los profesionales recién licenciados.

Respecto a la eficacia diferencial de los tratamientos, se hallaron diferencias significativas en las comparaciones intergrupos en el postest en todas las variables entre los grupos de tratamiento y grupo control. Al comparar las condiciones de tratamiento activo, se hallaron diferencias en función de la variable dependiente analizada. El tratamiento completo no mostró diferencias con las EE sin modelado en ninguna de las variables, logrando ambos los mejores resultados con una ligera tendencia hacia una mayor reducción de la fobia en las escenificaciones emotivas con todos sus componentes. Entre los grupos de EE sin economía de fichas y EE sin juego se observó la ausencia de diferencias significativas. Además, se observó que cuando el tratamiento se aplicaba sin economía de fichas perdía eficacia y se lograban los peores resultados.

A pesar de que se observa una ligera tendencia hacia alcanzar mejores resultados con el tratamiento completo, en algunas variables las EE sin modelado se muestran superiores al programa con todos sus componentes. Se sugiere, por tanto, que el modelado podría ser el componente menos potente del programa y el que menos contribuye a su eficacia. Sin embargo, puesto que era uno de los padres quien actuaba de modelo para su hijo, debería comprobarse si se alcanzan mejores resultados al incluir un modelo de afrontamiento, de características similares al niño, con el que la identificación de éste sea mayor.

Las condiciones de EE sin economía de fichas y EE sin juego redujeron la fobia a la oscuridad de los niños en un mayor número de sesiones y los cambios después del tratamiento fueron menores. Por ello, se sugiere que la contribución de ambos componentes a la eficacia del tratamiento es importante. Las emociones positivas suscitadas por el juego se convierten en una respuesta competidora del miedo cuando el niño se enfrenta a la oscuridad. El refuerzo proporcionado mediante una economía de fichas motiva al niño a seguir con el tratamiento y a aproximarse de forma gradual al estímulo fóbico.

Respecto al procedimiento de evaluación, destaca el elevado acuerdo interobservadores (madre-padre) alcanzado, que fue en aumento en las sucesivas fases de la evaluación, lo que demuestra la mayor exactitud de los padres para valorar las conductas de miedo y de afrontamiento de sus hijos conforme se familiarizan con los instrumentos de evaluación. Los padres mostraron una mayor dificultad al cumplimentar el "Inventario de Miedos", puesto que desconocían si sus hijos manifestaban miedo ante muchos de los estímulos recogidos en él. Sin embargo, el inventario nos permitió conocer si existían otros temores en el niño relacionados con la fobia a la oscuridad, tales como miedo a los fantasmas, miedo a la soledad, a los ruidos fuertes, etc. La "Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad" fue de gran utilidad para averiguar si los niños cumplían los criterios de fobia específica del DSM-IV, en los que está basada la prueba. Al examinar los instrumentos de observación se aprecia que fueron discriminativas la "Prueba de Actuación en la Oscuridad" y la "Prueba de Aproximación Conductual". Por el contrario, la "Prueba

de Tolerancia a la Oscuridad" resultó aburrida para los niños. Además, se desconoce si el tiempo de permanencia responde al miedo de los niños o al cansancio y aburrimiento por permanecer solos con la luz apagada durante un periodo de 20 minutos. Sin embargo, es un procedimiento que puede proporcionar información sobre la reacción del pequeño ante el estímulo temido presentado con una elevada intensidad, ya que en el resto de pruebas de observación el niño se enfrenta al estímulo fóbico de forma gradual. El termómetro de miedo, incluido en las pruebas de observación artificial, fue un instrumento imprescindible para permitir a los niños expresar su grado de temor. Por último, señalar la importancia de los registros de observación natural utilizados. El "Registro de Conductas en la Oscuridad" proporcionó información sobre las conductas de afrontamiento de los niños a la oscuridad durante el día y la noche, mientras que el "Registro a la Hora de Dormir" informó del comportamiento en el momento de irse a la cama y de las posibles incidencias ocurridas durante la noche.

Con referencia a las sesiones de entrenamiento, cabe destacar que los padres consideraron adecuada la formación recibida y manifestaron pocas dificultades para llevar a cabo el tratamiento. Del mismo modo, los materiales entregados facilitaron la comprensión de las instrucciones y sirvieron de recuerdo de las mismas. La duración del tratamiento se consideró adecuada, puesto que en algunos niños la fobia a la oscuridad se redujo y/o eliminó en la última semana de intervención. La valoración de los padres y de los niños del tratamiento fue excelente, al considerarlo eficaz para reducir el miedo, y atractivo para sus hijos.

Respecto al reclutamiento de la muestra, cabe señalar la dificultad para encontrar una muestra amplia de niños. El tratamiento fue ofertado a 2700 padres con hijos de edades comprendidas entre 5 y 8 años, de los que 36 cumplieron los criterios de inclusión establecidos y formaron parte de la muestra, lo que representa un 1,33%. Puesto que el índice de escolarización a esas edades es muy alto, suponemos que los centros escolares son el lugar de reclutamiento de la muestra más adecuado. Del mismo modo, es destacable la escasa participación de los padres frente a las madres durante el proceso de evaluación y tratamiento, así como en la asistencia a las

sesiones de entrenamiento. En concreto, se observó que el 90% de los asistentes a las reuniones eran madres, el 7% padres y únicamente en el 3% de casos asistían ambos progenitores. Además, los instrumentos de evaluación fueron cumplimentados en un bajo porcentaje por ambos padres, observándose diferencias en la participación del padre en función del instrumento de evaluación utilizado y de la fase de evaluación.

Como limitación del estudio, destacar el elevado índice de mortalidad experimental, que alcanzó un valor del 25%. La mayor tasa de abandonos se produjo durante la segunda semana de establecimiento de la línea base, lo que confirma la opinión de Patterson (1974) de que el abandono de la terapia es más frecuente en la fase de evaluación. Como se ha observado en anteriores revisiones, los índices de abandonos durante la intervención con entrenamiento a padres suelen ser muy elevados, con un porcentaje medio del 28% de familias (Forehand, Middlebrood, Rogers, y Steffe, 1983) y una variación que oscila entre un 15% y un 35% (Frankel y Simmons, 1992; McMahon, Forehand, Guiest, y Wells, 1981). Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los de otros trabajos anteriores en los que se aplicó tratamiento para la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. En su estudio, Méndez (2000) informó de un índice de abandono de aproximadamente un 21%. Posteriormente, Santacruz (2001) indicó una tasa de mortalidad experimental cercana al 24%, siendo mayor el porcentaje de abandono durante la fase de evaluación previa al tratamiento. Puesto que los padres consideraban excesiva la duración del proceso de evaluación y manifestaban su deseo de comenzar el tratamiento tan pronto como fuera posible, se sugiere que en futuros trabajos la evaluación de los niños podría llevarse a cabo en una única semana, con el fin de conseguir la continuidad de los padres en el tratamiento y evitar su desmotivación ante una espera de dos semanas para comenzar la terapia. Del mismo modo, una única semana de evaluación en el postest y en los seguimientos podría reducir de forma considerable la mortalidad experimental posterior al tratamiento. En nuestro estudio las causas de abandono fueron la incompatibilidad de horarios, la distancia con el lugar de las reuniones y motivos desconocidos.

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. El desmantelamiento del tratamiento en este estudio sugiere la tendencia hacia una mayor eficacia del programa con todos sus componentes, destacando la importante contribución del juego y de la economía de fichas. Respecto a la aplicación del tratamiento, es importante señalar que las escenificaciones emotivas alcanzan óptimos resultados al ser aplicadas mediante entrenamiento a padres, bajo la supervisión del terapeuta. 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 la implicación activa de los padres en la terapia, así como la necesidad de detectar el problema a edades tempranas, evitando el malestar y las repercusiones negativas del mismo en la vida del niño y en su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Antony, M. A. y Barlow, D. H.** (1997). Fobia específica. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Bados, A.** (1998). Fobias específicas. En M. A. Vallejo Pareja, *Manual de terapia de conducta: Vol 1* (pp. 169-218), Dykinson-Psicología.
- Bragado, C.** (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Colección Terapia de Conducta y Salud. Fundación Universidad Empresa.
- Echeburua, E.** (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Forehand, R, Middlebrood, J, Rogers, T. y Steffe, M.** (1983). Dropping out of parent training. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 663-668.
- Frankel, F. Y Simmons, D.** (1992). Parent behavioral training: why and when some parents drop out. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 322-330.

- Fredrickson, M., Annas, P., Fischer, H. y Wik, G.** (1996). Gender and age in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior Research Therapy*, 34, 33-39.
- González, C.** (1996). *Comparación de dos técnicas basadas en el juego para tratar la fobia a la oscuridad*. Memoria de Licenciatura no publicada: Universidad de Murcia.
- 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.
- Kellerman, J.** (1980). Rapid treatment of nocturnal anxiety in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 9-11
- King, N. J. Y Ollendick, T. H.** (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 389-400.
- Kuroda, J.** (1969). Elimination of children's fears of animals by the method of experimental desensitization: An application of learning theory to child psychology. *Psychologia*, 12, 161-165.
- 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.
- McMahon, R.j., Forehand, R., Guiest, D.I. y Wells, K.** (1981). Who drops out of treatment during parent behavior training. *Behavioral Counseling Quarterly*, 5, 79-85.
- Méndez, F. X.** (1986). Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad. *II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias*. Coimbra.
- Méndez, F. X.** (1996). *Prueba de Aproximación Conductual*. Manuscrito no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X.** (2000). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: Comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. 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. y González, C.** (1996). *Registro a la hora de dormir*. Manuscrito, Universidad de Murcia.

- Méndez, F. X. y Macià.** (1988). Escenificaciones emotivas. Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 323-351.
- Méndez, F. X. y Macià, D.** (1990). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F. X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos* (pp. 38-73). Madrid: Pirámide.
- 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 (Coord.), *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. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Menzies, R. G. y Clarke, J. C.** (1995). The etiology of phobias: A non-associative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23-48.
- 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, *Handbook of parent training* (pp. 179-202). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. y Sijsehaar, M.** (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 193-198.
- 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.
- Patterson, G.R.** (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple setting, treatment and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-482.
- 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.
- SPSS 11.0** (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Ultee, C. A., Griffioen, D. y Schellekens, J.** (1982). The reduction of anxiety in children: A comparison of the effects of "systematic desensitization in vitro" and "systematic desensitization in vivo". *Behaviour Research and Therapy*, 20, 61-67.