

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FOBIA A LA OSCURIDAD EN UN CONTEXTO LÚDICO: UN ENSAYO CONTROLADO

XAVIER MÉNDEZ¹, MIREIA ORGILÉS¹ y JOSÉ P. ESPADA

¹ Universidad de Murcia

² Universidad Miguel Hernández de Alicante

(Aceptado en noviembre de 2003)

Se presentan los resultados de un trabajo que analiza cómo contribuye el juego a la eficacia del programa de escenificaciones emotivas en el tratamiento de la fobia a la oscuridad. Participaron 64 niños, de edades comprendidas entre 5 y 8 años, y una edad media de 6 años y 4 meses, que se distribuyeron igual por géneros (50% de varones). Los sujetos fueron asignados al azar a las 3 condiciones experimentales: a) tratamiento con escenificaciones emotivas, b) tratamiento con escenificaciones emotivas sin juego, y c) lista de espera. El tratamiento se aplicó mediante entrenamiento a padres, durante 12 sesiones de 30 minutos de duración, tras un breve entrenamiento. Se hallaron diferencias significativas entre las 3 condiciones experimentales. Los mejores resultados se alcanzaron con el tratamiento completo, aunque en algunas variables no aparecieron diferencias significativas con el tratamiento sin juego. Los niños del grupo de control manifestaron más evitación y más miedo a la oscuridad al finalizar el periodo de espera, mostrando diferencias significativas con los tratamientos activos. Se concluye que el juego es un componente importante en la eficacia del programa, que ayuda a los niños a implicarse en el tratamiento.

Palabras Clave: Escenificaciones emotivas, ansiedad infantil, terapia de juego, fobia a la oscuridad, entrenamiento a padres.

*Psychological treatment of the phobia of the dark in a game situation:
a controlled essay*

Participants were 64 children, between 5 to 8 years, with an average age of 6 years and 4 months, and an equal distribution by gender (50% boys). Subjects were randomly assigned to three experimental conditions: a) treatment with the complete program of emotive performances, b) treatment with emotive performances without game, c) waiting list. The program was applied by the parents at home during 12 sessions of 30 minutes. Significant differences were found between the 3 experimental conditions. The best results were reached with the complete treatment, although there were not differences in some variables compared with the treatment without game. The control group showed avoidance behaviours and fear of the dark when the period of waiting finished, showing significant differences compared with the treated groups. The game seems to be an important component of the program of emotive performances, which helps children to implicate in the treatment.

Key words: Emotive performances, child anxiety, game therapy, phobia of the dark, parent training.

INTRODUCCIÓN

La interacción en vivo con el estímulo fóbico está considerada como un proce-

dimiento muy eficaz para el tratamiento de las fobias en la infancia, pero despierta rechazo en los niños por su carácter aversivo. Una forma de lograr que el niño acepte enfrentarse en vivo a los estímulos o situaciones temidas es desarrollar la intervención en formato de juego. El juego como forma de terapia tiene su origen en la perspectiva dinámica y en la pers-

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). Teléfono: 968 367 722, Fax: 968 364 115, Correo-e: morgiles@um.es

pectiva centrada en el cliente. Desde esta última se ha intervenido en diversos estudios de caso en los que el juego se ha incluido como respuesta antagonista de la ansiedad, obteniendo resultados positivos en la eliminación de las fobias en niños menores de 9 años (p.ej., Sosa, Capafons, Gavino y Carrió, 1984; Walker y Healy, 1980).

Una de las particularidades del juego, que lo hacen recomendable en la intervención con niños pequeños, es su elevado potencial reforzante y motivador, que facilita la aproximación al estímulo fóbico. Algunas técnicas de tratamiento creadas originariamente para su aplicación a adultos han incorporado actividades lúdicas para ser utilizadas en niños pequeños. Este es el caso de las imágenes emotivas, variante de la desensibilización sistemática que utiliza relatos atractivos, o de otras modalidades que suscitan en el niño respuestas competitivas del miedo, como la risa, el orgullo, la alegría, etc. También la práctica reforzada puede adaptarse para su aplicación con niños, al plantear el tratamiento como una olimpiada de valentía en la que el niño debe batir su record de tolerancia de la situación fóbica.

Otros ejemplos de tratamiento en formato lúdico, que suelen formar parte de un programa multicomponente de tratamiento, son el juego de los maestros y el juego de los médicos. El primero, utilizado en la fobia o rechazo escolar, consiste en que el niño y su madre juegan en el colegio después de las clases durante media hora, desempeñando el niño el papel de maestro y la madre el de alumna. En el juego de los médicos el niño simula ser un enfermero que debe poner una inyección a un muñeco de trapo.

La biblioterapia, que hace referencia a escuchar o leer una historia con el propósito de resolver un problema psicológico (Brown, 1975; Rubin, 1978), se ha utilizado en ocasiones en el tratamiento

de las fobias infantiles. Un ejemplo de ello es el estudio de Klingman (1988), quien consiguió reducir el miedo a la oscuridad en un grupo de niños pequeños. Aplicó en su colegio un programa con biblioterapia en el que los niños escuchaban historias de personajes que actuaban como modelos de afrontamiento ante el miedo a la oscuridad. Los tratamientos que utilizan biblioterapia suponen que la comprensión, la intuición y/o la actitud de cambio producirán mejoras y contribuirán a reducir la conducta fóbica. Sin embargo, Mikulas (1978) considera que con frecuencia estas variables no aseguran la eliminación de las fobias, sobre todo si son miedos fuertes, por lo que incorpora en su programa de tratamiento, dirigido a eliminar la fobia a la oscuridad en niños pequeños, diversos principios de modificación de conducta (Mikulas y Coffman, 1989).

El juego es también uno de los componentes del programa multicomponente de escenificaciones emotivas de Méndez (1986), utilizado para el tratamiento de las fobias específicas en niños de 3 a 8 años de edad. El tratamiento consiste en la exposición en vivo a los estímulos fóbicos, el modelado de las conductas adecuadas, y el refuerzo social y material de la conducta de aproximación al estímulo temido, en un contexto lúdico. El terapeuta presenta al niño el tratamiento como un juego y le pide que elija un héroe de cuentos, dibujos animados, cómics de moda o películas, que le parezca muy valiente. Dependiendo de la edad del niño, el reparto de papeles puede variar, y el héroe puede ser representado por el terapeuta, el niño u otro miembro de la familia que no manifieste miedo. Antes de comenzar el tratamiento, el terapeuta da instrucciones al niño sobre cómo debe actuar y le anima a ser valiente durante el juego. Al comienzo de cada sesión, el terapeuta y el niño comienzan a jugar a la historia elegida. A continua-

ción, el terapeuta va introduciendo cada ítem de una jerarquía, construida previamente, como si formara parte del juego de papeles que están representando. Las conductas de aproximación al estímulo fóbico son reforzadas social y materialmente. Cuando el afrontamiento es insuficiente o el niño reacciona con temor y manifiesta conductas de escape o evitación, el terapeuta actúa de modelo y posteriormente el niño reproduce la conducta.

Las escenificaciones emotivas se han aplicado para el tratamiento de las fobias específicas en diversos estudios de caso y de grupo. Méndez y Macià (1990) trataron la fobia a la oscuridad de un niño de 6 años, empleando como argumento de las escenificaciones emotivas las aventuras de los muñecos de la colección «Masters del Universo». El juego consistía en que *He-Man*, interpretado por el terapeuta, debía acompañar al niño, que representaba en la historia el papel de *Orko*, a otros planetas con su nave espacial y éste debía cumplir misiones cada vez más difíciles. González, Méndez y Sánchez-Meca (1996) y Méndez, González y Sánchez-Meca (1997) escogieron para el tratamiento de 38 niños de 4 a 8 años de edad con fobia a la oscuridad una historia basada en el cuento de *Aladdin*. El niño representaba el papel de *Aladdin*, la niña el papel de Jazmín, el padre o madre el de *Sultán* y el terapeuta el del genio. El juego en el estudio de Santacruz (2001) consistió en batir el récord de tolerancia a la oscuridad, simulando una olimpiada de valentía. Cuando los niños superaban todos los ítems de la jerarquía, el terapeuta les entregaba una medalla y les nombraba campeones de las pruebas.

Puesto que el juego parece facilitar la implicación activa del niño en las sesiones, se pretende conocer cuál es su contribución a la eficacia del tratamiento de escenificaciones emotivas. Para ello, comparamos la eficacia del programa con y sin juego en una muestra de niños que

cumplían los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de fobia específica a la oscuridad, dada su alta prevalencia en la población infantil. Se incluyó, además, un grupo de control en lista de espera para analizar la persistencia de la fobia en los niños que no reciben tratamiento.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en el estudio fueron 64 niños, que se distribuyeron equitativamente por género (50% varones). La edad media de la muestra era de 6 años y 4 meses, con un rango de 5 a 8 años. La persistencia media del problema fue de 1 año y 5 meses.

La muestra se reclutó mediante la distribución de una carta informativa en 20 colegios de las provincias de Murcia y Alicante, ofreciendo a los padres tratamiento psicológico gratuito para el miedo a la oscuridad de sus hijos. Se citó a los padres interesados a una reunión en la que se les informó sobre las repercusiones del miedo y sobre la posibilidad de eliminar el temor de los niños mediante un tratamiento psicológico sencillo, aplicado por los propios padres. Mediante una entrevista semiestructurada se recogieron los datos personales, la persistencia de la fobia y otras cuestiones de interés. Los padres cumplimentaron además el «Inventario de Miedos» de Pelechano (1984) y la «Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad» de Méndez y Santacruz (1996), y firmaron un consentimiento informado, en el que daban su conformidad para comenzar el tratamiento. Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra fueron: a) tener una edad comprendida entre 5 y 8 años, b) puntuar «mucho miedo» en el ítem «miedo a la oscuridad» del «Inventario de Miedos», c) obtener 50 o más

puntos en la «Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad», y d) 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 los niños que presentaban otros trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de ansiedad por separación, retraso mental, problemas psicológicos que requieren tratamiento, exceptuando trastornos del aprendizaje, y los que recibían una terapia concomitante.

Diseño

Se aplicó un diseño factorial mixto 3 x 4, con una asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales. Como factor intergrupo se consideró la condición experimental (tratamiento con escenificaciones emotivas, tratamiento con escenificaciones emotivas sin juego, control en lista de espera). Como factor intragrupo se incluyó la medida temporal (pretest, posttest, seguimiento 3 meses, seguimiento 6 meses).

Evaluación

Se evaluó el miedo a la oscuridad de los niños antes de la intervención, inmediatamente después de esta, y a los 3 y 6 meses después, mediante un procedimiento multifuente y multimétodo.

Mediante la «Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad» (EMO) de Méndez y Santacruz (1996), basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), se examinó si el miedo a la oscuridad de los niños era evolutivo o se trataba de una fobia clínica. La escala, con un rango de 0 a 100, 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*. Del «Inventario de Miedos» de Pelechano

(1984) se obtuvieron 3 puntuaciones: la del ítem 28 «miedo a la oscuridad», la del factor «miedos imaginarios o fantasiosos» y la puntuación global en la prueba.

Se emplearon dos pruebas de aproximación al estímulo fóbico: la «Prueba de Aproximación Conductual» (PAC) de Méndez (1996) y la «Prueba de Actuación en la Oscuridad» (PAO), modificada del instrumento de Mikulas y Coffman (1989). La primera se trata de una prueba de aproximación pasiva al estímulo fóbico, que se lleva a cabo en la habitación del niño. Consta de 6 situaciones a las que debe exponerse el niño, graduadas en función de la intensidad de luz permitida. Los padres observan el tiempo de permanencia del niño en cada situación, con un máximo de permanencia en la prueba de 720 segundos. La «Prueba de Actuación en la Oscuridad» evalúa la aproximación activa del niño a situaciones de cada vez mayor oscuridad, proporcionándole paulatinamente menos ayudas. Los padres observan y evalúan la ejecución de sus hijos en 6 tareas que el niño lleva a cabo al anochecer, puntuando *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.

Se examinó la tolerancia del niño a la oscuridad mediante una adaptación de la prueba de Mikulas y Coffman (1989). Para ello, el niño se acuesta en su cama como si fuera a dormir, mientras los padres permanecen en otra habitación cronometrando el tiempo hasta que su hijo abandona la habitación, enciende la luz o les llama para que vuelvan, con un máximo de permanencia establecido en 20 minutos.

Para examinar la conducta de los niños en su ambiente natural, se emplearon dos registros. El «Registro de Conductas en la Oscuridad» (RCO), adaptado de la prueba de Mikulas y Coffman (1989), consta

de 5 conductas relacionadas con la oscuridad durante el día y la noche, cuya ejecución los padres valoran en una escala de estimación de 5 puntos, que oscila de 0, *no la realiza nunca*, a 4, *la realiza siempre*. El «Registro a la Hora de Dormir» (RHD) de Méndez y González (1996) evalúa diariamente el miedo que el niño siente a la hora de acostarse, 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 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.

El miedo autoinformado del niño se evaluó mediante una escala de estimación gráfica o «termómetro de miedo», que se incluyó en las tres pruebas de observación artificial. El niño informaba de su grado de miedo señalando en una serie de dibujos de caras la que correspondía a su nivel de temor. Una cara muy sonriente significaba *nada de miedo*, una cara poco alegre *algo de miedo* y una cara llorosa o muy triste *mucho miedo*.

Ambos padres cumplieron los instrumentos de evaluación por separado. Los inventarios y las pruebas de observación natural fueron completados por la madre y el padre de forma independiente. Las pruebas de observación artificial fueron aplicadas al niño en presencia de ambos progenitores, y posteriormente éstos anotaron sus observaciones por separado. En la evaluación postest y en las evaluaciones de seguimiento se emplearon las mismas pruebas que en el pretest. Después de finalizar el tratamiento, los padres cumplieron además una escala en la que expresaron su grado de satisfacción y la de sus hijos con la intervención.

Tratamiento

El tratamiento fue aplicado por los padres en el dormitorio de los niños al anochecer, bajo la supervisión del terapeuta. Consistía en 12 sesiones, cada una de ellas de 30 minutos de duración, a razón de 3 veces por semana en días alternos. Se celebraron reuniones de aproximadamente una hora y media de duración para dar instrucciones precisas a los padres sobre el problema de sus hijos y sobre cómo aplicar el tratamiento. Se les facilitó orientaciones por escrito sobre cómo reaccionar ante las conductas de miedo de los niños, así como los materiales para realizar las actividades cada semana. Además, en cada reunión se resolvían los problemas surgidos durante el tratamiento.

Las condiciones experimentales fueron las siguientes:

- a) *Tratamiento con escenificaciones emotivas*: La jerarquía de exposición a la oscuridad estaba formada por 60 ítems, resultantes de la combinación del tiempo de exposición y de la intensidad de luz en la habitación. Los padres actuaban de modelo y animaban a su hijo a repetir posteriormente la conducta adecuada cuando éste no lograba superar el tiempo propuesto en un ítem o manifestaba señales de miedo. Al superar cada ítem de la jerarquía, los padres reforzaban al niño con elogios y frases de ánimo y le entregaban una ficha al realizar cada paso, que era canjeable por diversos premios cuando finalizaba la sesión. El tratamiento se desarrolló en un ambiente de juego, simulando el padre y el niño ser personajes de cuentos, películas o dibujos atractivos para el pequeño, tratándose uno de ellos de un personaje muy valiente.

- b) *Tratamiento con escenificaciones emotivas sin juego*: Se siguió el procedimiento descrito anteriormente, difiriendo en que el tratamiento no se desarrolló como un juego. Durante las sesiones de tratamiento el padre indicaba al niño que ejecutara cada ítem de la jerarquía, pero sin juego de papeles ni representar una historia.
- c) *Grupo de control en lista de espera*: El grupo de control permaneció en periodo de espera durante 6 meses y recibió tratamiento posteriormente. Únicamente se mantuvo contacto con las familias de este grupo durante el establecimiento de la línea base, en la evaluación después del tratamiento y en las evaluaciones de seguimiento.

RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0 (2001). El acuerdo interjueces madre-padre en los instrumentos de evaluación, medido mediante la prueba de correlación de Pearson, fue adecuado, con valores en torno a 0,7. La comparación de medias no fue significativa ni en las variables *género*, *edad* y *persistencia de la fobia*, ni en las variables de resultado, lo que significa que los grupos de tratamiento y el grupo de control se encontraban igualados en el pretest.

Se realizaron análisis de varianza de un factor, observándose diferencias significativas entre los grupos al finalizar el tratamiento y en los seguimientos. El tratamiento completo alcanzó, en la mayoría de las variables de resultado, mejoras significativamente mayores en el postest y en los seguimientos que el grupo de tratamiento sin juego. A su vez, ambos grupos tratados fueron significativamente mejores que el grupo de control en lista

de espera en todas las variables dependientes y en todas las medidas temporales. En la Tabla 1 se presentan las medias y las desviaciones típicas de los grupos en cada variable dependiente.

En la «Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad», las reacciones de miedo en el grupo al que se aplicó el tratamiento completo fueron menos intensas y menos frecuentes que en el grupo de escenificaciones emotivas sin juego en todas las medidas temporales, y las consecuencias del problema a nivel personal, social y familiar más leves. Las diferencias entre ambos grupos fueron significativas en el postest, pero la comparación de medias no resultó significativa en ninguno de los seguimientos, a pesar de que las puntuaciones en el tratamiento completo fueron menores que las puntuaciones en el tratamiento sin juego.

Las diferencias entre los grupos tratados en la «Prueba de Aproximación Conductual» no fueron significativas en el postest y en los seguimientos ni en el tiempo de aguante ni en el miedo autoinformado ($p > 0,05$). Sin embargo, los niños a los que se aplicó el tratamiento en un contexto lúdico lograron permanecer más tiempo en las situaciones de oscuridad de la prueba que el resto de niños tratados, y manifestaron menos miedo durante la ejecución.

En el miedo del niño según la observación de los padres durante la «Prueba de Actuación en la Oscuridad», las diferencias entre los dos grupos tratados fueron significativas en el postest ($p = 0,01$) y en el seguimiento a los 6 meses ($p = 0,02$), y marginalmente significativamente en el seguimiento a los 3 meses ($p = 0,06$). En el termómetro de miedo la comparación de medias fue significativa en el postest ($p = 0,09$) y en el seguimiento a los 3 meses ($p = 0,12$), y marginalmente significativa en el seguimiento a los 6 meses ($p = 0,05$). Los niños a los que se aplicó el trata-

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de los grupos

| | | SEGUIMIENTO SEGUIMIENTO | | | | F | p |
|---|-----------------|-------------------------|------------------|-----------------|----------------|--------|------|
| | | PRETEST | POSTEST | 3 MESES | 6 MESES | | |
| | | M (DT) | M (DT) | M (DT) | M (DT) | | |
| EMO Miedo a la oscuridad | EE | 65,91 (11,88) | 14,84 (8,50) | 11,13 (6,57) | 9,78 (5,44) | 228,21 | 0,00 |
| | EE - J | 69 (10,52) | 23,66 (9,40) | 15,26 (5,94) | 12,17 (4,57) | 303,99 | 0,00 |
| | Lista de espera | 65,91 (5,96) | 65,35 (7,51) | 65,03 (9,15) | 63,87 (8,23) | 404,52 | 0,00 |
| PAC Tiempo de aguante | EE | 372,11 (178,06) | 710,91 (30,06) | 720 (0) | 720 (0) | 73,15 | 0,00 |
| | EE - J | 413,84 (150,03) | 671,558 (63,97) | 693,95 (51,17) | 698,89 (49,22) | 68,64 | 0,00 |
| | Lista de espera | 377,72 (161,56) | 397,94 (138,24) | 422,65 (142,70) | 478 (138,47) | 45,68 | 0,00 |
| Miedo Autoinformado | EE | 5,41 (2,77) | 0,41 (0,57) | 0,18 (0,37) | 0,08 (0,25) | 37,36 | 0,00 |
| | EE - J | 4,53 (1,87) | 1,29 (0,96) | 0,63 (0,68) | 0,44 (0,62) | 113,11 | 0,00 |
| | Lista de espera | 5 (2) | 4,53 (2,55) | 4,41 (1,46) | 3,53 (1,36) | 85,19 | 0,00 |
| PAO Miedo de los niños según sus padres | EE | 6,41 (1,66) | 0,64 (0,90) | 0,20 (0,41) | 0,13 (0,32) | 92,55 | 0,00 |
| | EE - J | 5,71 (2,13) | 1,82 (1,48) | 0,84 (0,82) | 0,84 (0,72) | 185,59 | 0,00 |
| | Lista de espera | 6,50 (1,36) | 5,39 (1,24) | 5,32 (1,24) | 4,53 (1,08) | 167,45 | 0,00 |
| Miedo Autoinformado | EE | 5,59 (1,69) | 0,98 (1,52) | 0,50 (0,83) | 0,23 (0,38) | 75,11 | 0,00 |
| | EE - J | 5,50 (1,88) | 1,89 (1,49) | 1,11 (0,88) | 0,72 (0,57) | 136,99 | 0,00 |
| | Lista de espera | 6,73 (1,12) | 5,73 (1,03) | 5,24 (1,09) | 4,50 (0,91) | 223,98 | 0,00 |
| PTO Tiempo de aguante | EE | 231,77 (253,25) | 1126,36 (144,54) | 1176 (73,87) | 1200 (0) | 109,54 | 0,00 |
| | EE - J | 399,47 (240,24) | 821,05 (277,17) | 921,58 (293,53) | 990 (295,71) | 98,68 | 0,00 |
| | Lista de espera | 301,09 (183,24) | 277,83 (149,88) | 310 (128,84) | 348 (126,84) | 95,05 | 0,00 |
| Miedo Autoinformado | EE | 1,45 (0,51) | 0,30 (0,45) | 0,18 (0,37) | 0,05 (0,22) | 35,65 | 0,00 |
| | EE - J | 1,58 (0,61) | 1,16 (0,76) | 0,50 (0,50) | 0,53 (0,50) | 75,35 | 0,00 |
| | Lista de espera | 1,86 (0,35) | 1,73 (0,46) | 1,82 (0,39) | 1,73 (0,46) | 76,96 | 0,00 |
| RCO Conductas de afrontamiento | EE | 8,25 (2,95) | 17,61 (1,72) | 18,98 (1,54) | 19,10 (1,41) | 105,11 | 0,00 |
| | EE - J | 7,71 (2,45) | 15,58 (2,63) | 16,13 (2,82) | 16,92 (2,98) | 108,88 | 0,00 |
| | Lista de espera | 8 (2,08) | 7,78 (2,73) | 8 (2,45) | 8,37 (2,42) | 97,62 | 0,00 |
| RHD Miedo al ir a dormir | EE | 2,47 (0,81) | 0,11 (0,22) | 0,04 (0,10) | 0,01 (0,03) | 243,08 | 0,00 |
| | EE - J | 2,52 (0,88) | 0,22 (0,20) | 0,08 (0,09) | 0,03 (0,06) | 226,01 | 0,00 |
| | Lista de espera | 2,41 (0,52) | 2,34 (0,57) | 2,12 (0,59) | 1,91 (0,49) | 279,88 | 0,00 |

Nota: EE: escenificaciones emotivas; EE - J: escenificaciones emotivas sin juego; 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

miento con juego manifestaron menos miedo durante la ejecución de las tareas que los niños del tratamiento sin juego.

Los resultados en la «Prueba de Tolerancia a la Oscuridad» informan de diferencias significativas entre los dos tratamientos en la tolerancia a la oscuridad. En el miedo autoinformado fue significativa la comparación de medias entre los grupos en el postest ($p < 0,05$) y en el seguimiento a los 6 meses ($p < 0,05$), y marginalmente significativas en el seguimiento a los 3 meses ($p = 0,05$). Los niños que recibieron el tratamiento completo lograron un tiempo de aguante mayor y

manifestaron menos temor a la oscuridad durante la prueba.

En las dos pruebas de observación natural, el «Registro de Conductas en la Oscuridad» y el «Registro a la Hora de Dormir», las diferencias fueron significativas entre los dos grupos tratados en todos los momentos temporales. Al finalizar el tratamiento y durante las evaluaciones de seguimiento, los niños del tratamiento con juego lograron realizar un mayor número de conductas de afrontamiento a la oscuridad que el resto de niños. Además, el momento de ir a dormir transcurrió en dicho grupo sin pro-

testas, llantos y sin requerir la presencia de los padres. En la Figura 1 se representa el grado de miedo a la hora de dormir de los grupos en cada momento temporal.

En la Tabla 2 se presenta el tamaño del efecto de todas las condiciones experimentales en cada variable de resultado, calculado mediante la diferencia entre medias tipificada del pretest y postest. La magnitud del efecto en los seguimientos se halló mediante la diferencia entre medias tipificada del pretest y de cada seguimiento. Según la clasificación de Cohen (1988), un valor $d_+ \approx 0,20$ significa que el tratamiento es poco eficaz, $d_+ \approx 0,50$ que el tratamiento es moderadamente eficaz y $d_+ \approx 0,80$ que el tratamiento es muy eficaz. Los valores positivos indican una mejora del grupo, mientras que los valores negativos significan un empeoramiento de los participantes.

La magnitud del tamaño del efecto alcanzada en los grupos de tratamiento

fue muy elevada en el postest y en los seguimientos, demostrándose la eficacia de la terapia y el mantenimiento de los logros terapéuticos. El tratamiento completo logró mayores tamaños del efecto que el resto de condiciones en la mayoría de las variables. En el grupo de control, los tamaños del efecto en el postest demuestran que, pese a que en algunas variables se observa un descenso en las puntuaciones, durante el periodo de espera no se produce una mejora importante de la fobia a la oscuridad de los niños. En las conductas de afrontamiento del «Registro de Conductas en la Oscuridad» y en el tiempo de aguante de la «Prueba de Tolerancia a la Oscuridad» se observa un empeoramiento de los sujetos. En las evaluaciones realizadas a los 3 y 6 meses, los tamaños del efecto son mayores, pero distan de la magnitud del efecto alcanzada por las condiciones de tratamiento activo.

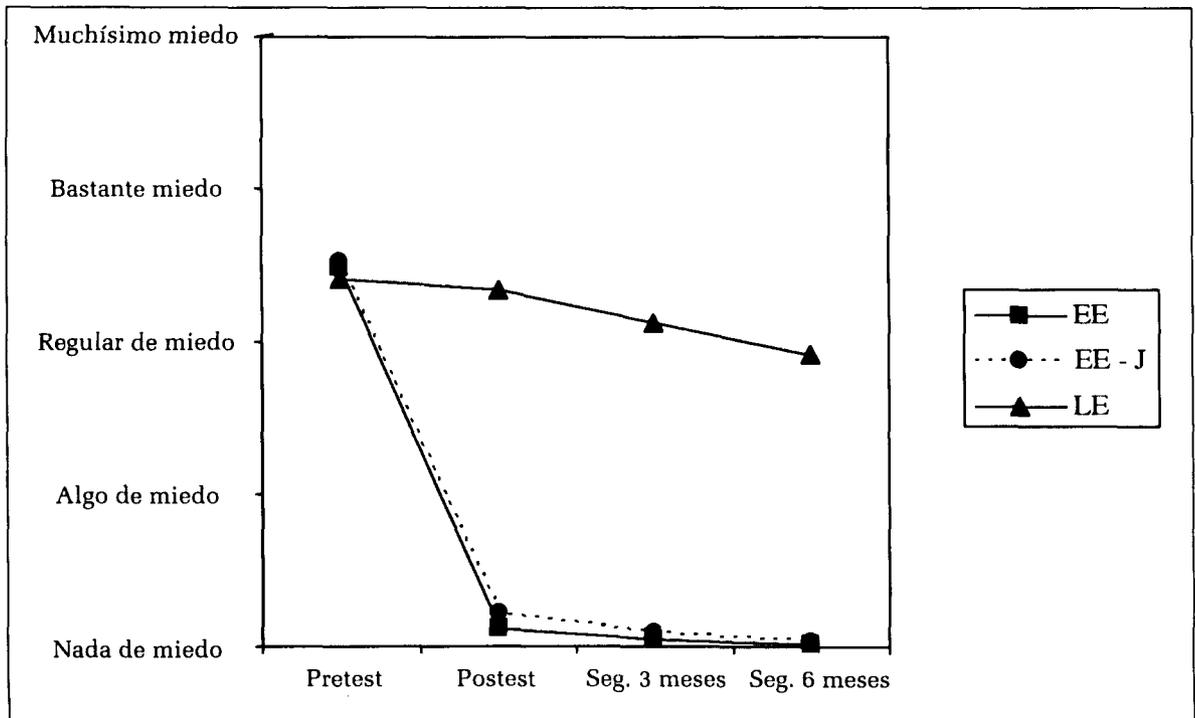


Figura 1. Registro a la Hora de Dormir

Tabla 2. Tamaños del efecto en el postest y en los seguimientos

| | | | EE | EE - J | LE |
|-----|-------------------------------------|-----------------|------|--------|-------|
| EMO | Miedo a la oscuridad | Postest | 5,00 | 4,14 | 0,09 |
| | | Seguim. 3 meses | 5,42 | 4,96 | 0,14 |
| | | Seguim. 6 meses | 5,55 | 5,24 | 0,33 |
| PAC | Tiempo de aguante | Postest | 1,82 | 1,65 | 0,07 |
| | | Seguim. 3 meses | 1,90 | 1,81 | 0,27 |
| | | Seguim. 6 meses | 1,90 | 1,84 | 0,60 |
| | Miedo Autoinformado | Postest | 1,67 | 1,66 | 0,06 |
| | | Seguim. 3 meses | 1,83 | 2,02 | 0,29 |
| | | Seguim. 6 meses | 1,87 | 2,12 | 0,71 |
| PAO | Miedo de los niños según sus padres | Postest | 3,34 | 1,76 | 0,80 |
| | | Seguim. 3 meses | 3,63 | 2,22 | 0,84 |
| | | Seguim. 6 meses | 3,67 | 2,22 | 1,39 |
| | Miedo Autoinformado | Postest | 2,62 | 1,84 | 0,85 |
| | | Seguim. 3 meses | 2,92 | 2,27 | 1,29 |
| | | Seguim. 6 meses | 3,08 | 2,47 | 1,91 |
| PTO | Tiempo de aguante | Postest | 3,39 | 1,68 | -0,13 |
| | | Seguim. 3 meses | 3,62 | 2,11 | 0,05 |
| | | Seguim. 6 meses | 3,71 | 2,38 | 0,25 |
| | Miedo Autoinformado | Postest | 2,16 | 0,66 | 0,36 |
| | | Seguim. 3 meses | 2,42 | 1,72 | 0,11 |
| | | Seguim. 6 meses | 2,66 | 1,67 | 0,36 |
| RCO | Conductas de afrontamiento | Postest | 5,05 | 3,08 | -0,11 |
| | | Seguim. 3 meses | 5,85 | 3,33 | 0,00 |
| | | Seguim. 6 meses | 5,91 | 3,65 | 0,17 |
| RHD | Miedo al ir a dormir | Postest | 2,79 | 2,50 | 0,12 |
| | | Seguim. 3 meses | 2,91 | 2,69 | 0,54 |
| | | Seguim. 6 meses | 2,95 | 2,74 | 0,92 |

Nota: EE: escenificaciones emotivas; EE - J: escenificaciones emotivas sin juego; 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

DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro trabajo fue examinar si el juego era un componente importante del programa de escenificaciones emotivas, por lo que comparamos la eficacia del tratamiento con y sin juego.

El programa de escenificaciones emotivas logró reducir la fobia a la oscuridad de los niños y aumentar sus conductas de afrontamiento en menos de 4 semanas de tratamiento, lo que confirma su eficacia, demostrada en otros estudios anteriores (p.ej., Méndez, 2002, Orgilés, 2003, Santacruz, 2001). En el postest, las conduc-

tas de evitación y escape de la oscuridad descendieron y los niños manifestaron un grado de temor leve al permanecer en la oscuridad. La ganancia terapéutica no sólo se mantuvo con el paso del tiempo, sino que aumentó en las evaluaciones de seguimiento realizadas a los 3 y 6 meses. Se demostró, a su vez, que el programa puede ser aplicado por los padres, consiguiendo óptimos resultados.

Respecto a la eficacia diferencial de los tratamientos, los resultados revelan que el tratamiento con juego resultó más eficaz en la mayoría de las variables que el tratamiento que no incluía este compo-

nente. Del mismo modo, los tamaños del efecto son más elevados en todas las variables en el tratamiento completo, excepto en el miedo autoinformado en los seguimientos a los 3 y 6 meses de la «Prueba de Aproximación Conductual».

En las variables de resultado en las que no existen diferencias significativas entre ambos grupos se observan, sin embargo, valores mayores en las conductas de afrontamiento y menores en las conductas de evitación con el tratamiento completo que con el tratamiento sin juego. La inexistencia de diferencias significativas entre ambos grupos tratados en algunas variables podría explicarse porque ambos tratamientos comparten la interacción gradual in vivo con el estímulo fóbico, considerado como el tratamiento básico de elección de las fobias en niños y adolescentes (Méndez, 1999; Méndez *et al*, 2003; Orgilés *et al*, 2002). Dicho componente puede complementarse con elementos adicionales como el manejo de contingencias, el modelado o algún agente inhibidor de la ansiedad, como por ejemplo el juego, considerado por Bados (1998) como un elemento muy adecuado para la aplicación de la técnica de exposición en niños pequeños.

A la vista de los resultados, podemos considerar que el juego es un componente importante que reduce el grado de miedo que genera la oscuridad al niño, le ayuda a aproximarse en un principio al estímulo temido y facilita su inmersión en la terapia.

Al revisar los estudios de la ansiedad infantil, encontramos numerosos tratamientos en los que, para conseguir la exposición del niño a los estímulos temidos, se recurre a elementos que suscitan en él respuestas incompatibles con el miedo. Por ejemplo, alimentos apetitosos como el chocolate o los helados en el estudio de Montenegro (1978), la compañía de adultos en el trabajo de Freeman, Roy y Hemmick (1976), la risa en el de

Sosa *et al* (1984), y también el juego. En una muestra de niños con fobia a la oscuridad, Sheslow, Bondy y Nelson (1982) aplicaron exposición gradual en un contexto positivo en el que los niños cantaban, jugaban, comían galletas y participaban en juegos. Observaron que, cuando la exposición se aplicaba sola o en combinación con habilidades de afrontamiento, la reducción de la fobia en los niños era mayor que en otras condiciones experimentales (DS en imaginación y control placebo). Mikulas *et al*. (1986) compararon la eficacia de la aplicación de sólo los juegos de su programa, sólo el cuento, el cuento y los juegos, y un grupo de control con atención familiar. En los dos grupos que incluían juegos, la eficacia fue mayor que en el resto de grupos. Las actividades lúdicas ayudaban al niño a interactuar con situaciones en las que aumentaba progresivamente el grado de oscuridad.

Como en los estudios citados, nuestro trabajo revela que, al desarrollarse la terapia en un ambiente lúdico, se minimiza la naturaleza aversiva de la oscuridad para el niño, puesto que las emociones positivas suscitadas por el juego compiten con su temor cuando se enfrenta a la oscuridad. La inclusión del juego en el programa de escenificaciones emotivas incrementa además su validez social, ya que la aceptación de la terapia por parte de los niños y de sus padres es mayor.

Los resultados observados en el grupo de control revelan la persistencia de la fobia a la oscuridad en ausencia de tratamiento, con una tasa de remisión espontánea en torno al 8% en el postest. Se observó un ligero descenso en las conductas de miedo y evitación en la evaluación realizada en el postest, pero el temor a la oscuridad continuó siendo muy elevado, el tiempo de permanencia de los niños en las pruebas de aproximación conductual y tolerancia a la oscuridad muy breve, y las protestas a la hora

de dormir muy frecuentes, en comparación con los grupos tratados.

Como conclusión, destacamos la eficacia de las escenificaciones emotivas para el tratamiento de la fobia a la oscuridad en niños pequeños, así como la importancia del juego para facilitar la inmersión del niño en la terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic 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, *Manual de terapia de conducta: Vol. 1* (pp. 169-218). Madrid: Dykinson.
- Brown, E.F. (1975). *Bibliotherapy and its widening applications*. Metuchen, NJ: The Scarecrow Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª edición). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Freeman, B.J., Roy, R.R., y Hemmick, S (1976). Extinction of a phobia of physical examination in a seven-year-old retarded boy. *Behavior Research and Therapy*, 14, 63-64.
- 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.
- 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, 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 González, C. (1996). *Registro a la hora de dormir*. Manuscrito, Universidad de Murcia.
- Méndez, F.X., González, C., y Sánchez-Meca, J. (1997). Valoración de un programa multicomponente para tratar fobias en la infancia. En AEPCP (Eds.), *I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología: Libro de Resúmenes* (pp. 157-158). Madrid: Dykinson.
- 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., y Santacruz, I. (1996). *Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad*. Manuscrito, Universidad de Murcia.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Orgilés, M., Santacruz, I., y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Vol. 3): Infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.
- Mikulas, W.L. (1978). *Behavior modification*. Nueva York: Harper and Row.
- 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.
- 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.
- Montenegro, H. (1978). Fuerte ansiedad ante la separación en dos niños de edad escolar tratados con éxito mediante inhibición recíproca. En B.A. Ashen y E.G. Poser (Eds.), *Modificación de conducta en la infancia, Vol. 2: trastornos emocionales*

- (pp. 27-48). Barcelona: Fontanella (original en inglés, publicado en 1968).
- Orgilés, M. (2003). *Análisis del programa Escenificaciones Emotivas mediante la estrategia de desmantelar el tratamiento*. Tesis doctoral no publicada: Universidad de Murcia.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, F.X., Olivares, J., y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10, 481-502.
- Rubin, R.J. (1978). *Using bibliotherapy: A guide to theory and practice*. Phoenix: Oryx Press.
- 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.
- Sosa, C.D., Capafons, J.I., Gavino, A., y Carrió, C. (1984). Tres acercamientos terapéuticos a los miedos infantiles: Oscuridad y soledad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 359-373.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Walker, L.J.S., y Healy, M. (1980). Psychological treatment of a burned child. *Journal of Pediatric Psychology*, 5, 395-404.