

Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres

Mireia Orgilés Amorós, Xavier Méndez Carrillo y José Pedro Espada Sánchez*
Universidad de Murcia y * Universidad Miguel Hernández

El tratamiento de la fobia a la oscuridad en el hogar y la implicación de los padres en la terapia aumentan su probabilidad de éxito. El objetivo de nuestro trabajo es examinar la eficacia de un programa multicomponente de tratamiento, escenificaciones emotivas, aplicado por los padres a 32 niños de 5 a 8 años. Los padres asistieron a las sesiones de entrenamiento y aplicaron posteriormente los procedimientos aprendidos 3 veces por semana, durante un mes. Se hallaron diferencias significativas antes y después de la intervención en todas las variables dependientes. Finalizado el tratamiento, los niños permanecían más tiempo en la oscuridad y las conductas de miedo se redujeron en gran medida. Se concluye que, mediante un programa de entrenamiento, los padres eliminan la fobia de sus hijos, lo que confirma la eficacia del programa aplicado.

Treatment of phobia of darkness through parents training. Treatment of phobia of darkness is more likely to succeed if it is carried out by parents at home. The goal of this article is to examine if phobia of darkness could be reduced in a group of 32 children between 5 and 8 years, using the treatment of emotive performances administered by parents. Parents assisted training sessions and then applied the technique 3 times a week, for a month. Significant differences before and after the intervention were found in the dependent variables. After completing treatment, children were able to stay for long periods of time in a situation of darkness and to reduce their fear related behaviours at night. It is concluded that, if parents are properly trained, they can eliminate phobia of darkness in their children, which confirms the efficacy of the program applied.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) considera la fobia específica como un miedo persistente, excesivo o irracional, manifestado ante la presencia o anticipación de un objeto o una situación específica. En los menores de 18 años la fobia debe perdurar durante al menos 6 meses para poder realizar el diagnóstico. Asimismo, no es necesario que los niños reconozcan que la fobia es irracional o excesiva. Cuando el niño se expone al estímulo temido, o simplemente anticipa su aparición, manifiesta su ansiedad mediante llantos, rabiets, inmovilización o excesivo apego físico. El miedo viene acompañado de conductas de evitación o de un intenso malestar en caso de no poder evitar la situación.

La fobia a la oscuridad es una de las más frecuentes en la población infantil. Como cualquier fobia específica, puede interferir de forma significativa en el desarrollo del niño e irrumpir considerablemente en el funcionamiento familiar. De hecho, los trastornos en niños y adolescentes con mayor demanda asistencial en los servicios de salud mental son los trastornos de ansiedad y, entre éstos, los más prevalentes son las fobias y la ansiedad excesiva o generalizada (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). Cuando el sufrimiento del niño es elevado, y sus consecuencias perjudiciales para

su desarrollo, es recomendable el tratamiento, aunque no se cumplan otros criterios como la persistencia del problema de 6 meses como mínimo, o aunque se trate de un miedo muy común a esa edad (Méndez, 1999).

Los tratamientos de la fobia a la oscuridad se han aplicado en contextos diversos, bien en ambientes artificiales como la universidad (p.e., Cornwall, Spence y Schotte, 1996) o en otros más familiares para el niño como el hogar (p.e., Giebenhain y O'Dell, 1984) o el colegio (p.e., Klingman, 1988). Según una revisión efectuada sobre los tratamientos psicológicos de las fobias específicas en la población infantil y adolescente, el 57% de las intervenciones se desarrollan en un ambiente natural, mientras que el resto se han llevado a cabo en contextos artificiales (Orgilés et al., 2002). La escuela ha sido el entorno de aplicación más frecuente de los tratamientos de la fobia a la oscuridad (65%), mientras que en el hogar se han aplicado el 35% de las intervenciones (Orgilés, Méndez y Rosa, 2003).

La elección del lugar de aplicación del tratamiento debe decidirse en función del tiempo disponible del terapeuta y de los padres, de las posibilidades de desplazamiento de las familias, de sus recursos económicos, etc. El tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en el hogar permite que la intervención se lleve a cabo en el dormitorio del niño, lugar en que se desarrolla el problema, lo que aumenta la probabilidad de éxito del tratamiento. Asimismo, los padres adoptan en su hogar un papel más activo en la reducción de la fobia de sus hijos e incluso, en algunos casos, ellos mismos pueden aplicar el tratamiento recibiendo previamente for-

mación e instrucciones precisas, lo que se conoce como entrenamiento a padres.

El entrenamiento a padres se fundamenta en el criterio de que la conducta problema del niño se desarrolla y se favorece de forma inadvertida en el hogar, como consecuencia de las interacciones desadaptativas entre los padres y el niño (Kazdin, 1988), por lo que utiliza estrategias para entrenar a los padres en la modificación de las conductas problemáticas de sus hijos (Olivares, Macià y Méndez, 1993). El tratamiento es llevado a cabo por los padres en casa, siendo mínimo el contacto entre el terapeuta y el niño. En las sesiones de entrenamiento, los padres aprenden a identificar las conductas problema y a aplicar procedimientos de la modificación de conducta para reducir o eliminar el comportamiento inadecuado. Las sesiones de entrenamiento a padres se desarrollan en 3 fases. En la primera fase o fase educativa se expone, a modo de recordatorio, una síntesis breve de la información y de los conocimientos transmitidos en la sesión anterior y se corrigen las tareas para casa. Posteriormente se facilita nueva información, utilizando material escrito y/o audiovisual, y se solucionan las dudas surgidas. En la fase de entrenamiento de habilidades los padres observan cómo se aplican las técnicas de modificación de conducta y a continuación se ensaya su aplicación tantas veces como sea necesario. Asimismo, se discuten en grupo las habilidades entrenadas, se propone a los padres tareas básicas para casa y se les entrega material escrito en el que se resumen los contenidos abordados en la sesión. La aplicación de las habilidades aprendidas se efectúa en la tercera fase.

En el tratamiento de la fobia a la oscuridad en contextos naturales, la aplicación de la intervención ha sido llevada a cabo mayoritariamente por terapeutas expertos (61%), seguido por los padres (31%) y por maestros (8%), según una reciente revisión (Orgilés, Méndez y Rosa, 2003). Respecto a los procedimientos terapéuticos empleados para tratar el problema, han sido diversos. Destacan, por su eficacia, los programas multicomponentes cuento y juegos de Mikulas y Coffman (1989) y escenificaciones emotivas de Méndez (1986) (Orgilés, 2003).

Las escenificaciones emotivas consisten en la interacción gradual en vivo con el estímulo temido, el refuerzo social y material de las conductas de aproximación, el modelado participante y el desarrollo de la terapia en un entorno de juego. Debido a su flexibilidad y sencillez, el programa de escenificaciones emotivas puede ser aplicado por adultos no expertos. A la vista de las ventajas de aplicar el programa en el hogar y de implicar a los padres en el tratamiento, el objetivo del presente trabajo es examinar si el programa de escenificaciones emotivas resulta eficaz en la reducción de la fobia a la oscuridad, actuando los padres como coterapeutas y desarrollándose la intervención en el dormitorio de los niños. Se describe, a su vez, el procedimiento y el modo de aplicación del programa de tratamiento mediante entrenamiento a padres.

Método

Sujetos

Participaron en el estudio 32 niños, con edades comprendidas entre 5 y 8 años, una edad media de 6 años y 2 meses, y un ligero predominio del género masculino (58%). La persistencia media del problema en la muestra fue de un año y 5 meses.

Los participantes fueron reclutados en 16 colegios de las provincias de Alicante y Murcia, mediante la distribución de una car-

ta dirigida a los padres, en la que se ofertaba tratamiento psicológico para la fobia a la oscuridad de sus hijos. Una vez firmaron el consentimiento informado, aceptando participar en el programa de intervención, se realizó a los padres interesados una entrevista semiestructurada para recabar datos familiares e información referente a las reacciones de miedo de los niños. Cumplimentaron, además, el «Inventario de Miedos» de Pelechano (1984) y la «Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad» de Méndez y Santacruz (1996). Como criterios de inclusión para formar parte de la muestra se establecieron los siguientes: 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 o 4, y 5, 6, 7, 8 o 9 de la misma escala. Fueron excluidos del tratamiento 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.

Procedimiento

Evaluación

Se evaluó a los participantes antes de la intervención para establecer la línea base, empleando para ello diversos instrumentos, que recogían información de los padres y del propio niño.

Mediante la «Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad» (Méndez y Santacruz, 1996), se examinó si el miedo a la oscuridad era evolutivo o se trataba de una fobia. La escala, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), 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*. Evalúa la intensidad del miedo del niño, su reacción ante la oscuridad, la evitación y escape de situaciones de oscuridad o la alteración emocional en situaciones de oscuridad de las que no puede escapar y/o imprevistas, las repercusiones negativas o interferencia del miedo a la oscuridad a nivel personal, familiar, escolar y/o social, y el malestar clínico.

Se emplearon, además, procedimientos de observación natural y artificial. Los padres observaron el tiempo de permanencia de sus hijos durante la «Prueba de Aproximación Conductual a la Oscuridad» (Méndez, 1996), que se lleva a cabo en la habitación del pequeño y consta de 6 situaciones de exposición, graduadas en función de la intensidad de luz permitida. La «Prueba de Actuación en la Oscuridad», modificada de la prueba de Mikulas y Coffman (1989), examina la conducta de aproximación del niño a situaciones de oscuridad creciente, proporcionándole cada vez menos ayudas. Los padres observan y evalúan la ejecución del niño en 6 tareas, valorando su temor en base al criterio de corrección siguiente: *nada de miedo* si el niño realiza la tarea sin señales de miedo, *algo de miedo* si manifiesta temor y *mucho miedo* si no la efectúa. Mediante una prueba de tolerancia a la oscuridad, se examina el tiempo de aguante del niño en una situación de oscuridad total, con un máximo de 20 minutos.

El miedo a la oscuridad de los niños en situaciones naturales se evaluó empleando 2 registros. El «Registro de Conductas en la Oscuridad», adaptado de la prueba de Mikulas y Coffman (1989), está formado por 5 conductas relacionadas con situaciones de oscu-

ridad durante el día y la noche, que los padres deben valorar según una escala de estimación de 5 puntos, que oscila de 0, *no la realiza nunca*, a 4, *la realiza siempre*. Para evaluar el miedo diario a la hora de dormir se utilizó el «Registro a la Hora de Dormir» de Méndez y González (1996). Consta de 5 categorías, que adopta los siguientes valores: *nada de miedo* si el niño se acuesta sin problemas, *algo de miedo* si se hace el remolón al acostarse, *regular de miedo* si protesta al acostarse pero lo hace solo y con la luz apagada, *mucho miedo* si no quiere acostarse y hay que ayudarlo permaneciendo con él o dejándole una luz encendida, y *muchísimo miedo* si se niega a acostarse y hay que acostarlo a la fuerza y/o duerme con sus padres.

En las 3 pruebas de observación artificial se incluyó un termómetro de miedo para conocer el miedo autoinformado del niño. Ambos padres cumplieron cada instrumento por separado. Los registros de observación natural y los inventarios fueron completados por la madre y el padre de forma independiente. En las pruebas de observación artificial el niño realizaba las tareas en presencia de sus padres, y éstos posteriormente anotaban por separado sus observaciones.

Finalizado el tratamiento, se evaluó de nuevo el temor a la oscuridad de los niños. Se emplearon los mismos instrumentos de evaluación que en el pretest.

Tratamiento

El tratamiento de escenificaciones emotivas fue aplicado por los padres en el dormitorio de los niños al anochecer. Se llevó a cabo durante un mes, 3 veces por semana en días alternos, dejando el domingo como día de descanso. Constaba de 12 sesiones, cada una de ellas de 30 minutos de duración.

Estructura de las sesiones de entrenamiento a padres

Con el objetivo de proporcionar a los padres instrucciones y formación para aplicar el tratamiento a sus hijos, se celebraron 8 reuniones de entrenamiento en grupos reducidos, con una periodicidad de una a la semana y una duración de 60 a 90 minutos. En las primeras, se les proporcionó información sobre el miedo a la oscuridad de sus hijos y sobre los factores que influyen en su adquisición y mantenimiento. Asimismo, se les dio instrucciones precisas sobre cuál debía ser su comportamiento ante las manifestaciones y señales de miedo de los niños. Se les advirtió que debían actuar como modelos valientes y no manifestar sus propios miedos ante sus hijos. Si el niño se mostraba muy temeroso durante la noche y llamaba a los padres, éstos debían tranquilizarle a oscuras y encender la luz únicamente cuando el niño permaneciera calmado. Se les indicó, además, que durante la semana debían reforzar las conductas de aproximación a la oscuridad del niño y extinguir sus quejas a la hora de dormir o en los momentos en que debía permanecer en la oscuridad.

En las reuniones siguientes se proporcionaba a los padres verbalmente y por escrito la información necesaria para la intervención con sus hijos. Las sesiones comenzaban con la revisión y discusión de los conocimientos y procedimientos adquiridos en la reunión anterior. Posteriormente, los padres informaban sobre cómo se habían llevado a cabo las tareas que debían realizar en casa con sus hijos. El terapeuta comprobaba los avances de los niños y se comentaban los problemas surgidos. Se facilitaba a los padres el material necesario para las tareas para casa de la semana siguiente,

las fichas de tratamiento correspondientes, en las que anotaban los ítems alcanzados en cada sesión de aplicación del tratamiento, y las tarjetas que se empleaban como puntos para la economía de fichas. Se utilizaban numerosos ejemplos y procedimientos de modelado y ensayo de conducta, hasta asegurarse que los padres comprendían correctamente el modo de proceder en las tareas para casa. Se insistió a los padres que utilizaran el servicio de atención telefónica, disponible para solucionar cualquier problema que surgiera durante la aplicación del tratamiento.

Aplicación del tratamiento

Las escenificaciones emotivas se llevaron a cabo siguiendo el procedimiento propuesto por el autor (Méndez, 1986), pero incorporando ligeras variaciones para que el tratamiento fuera más sencillo, ya que iba a ser aplicado por adultos no expertos.

Previamente a la aplicación del programa se construyó una jerarquía de 60 ítems, combinando el tiempo de exposición y la intensidad de luz en la habitación del niño. Se incluían 10 situaciones graduadas en función de la oscuridad existente en el dormitorio, en las que el niño debía permanecer cada vez más tiempo, de 30 segundos a 5 minutos, incrementándose el tiempo 30 segundos en cada ítem.

Se programó el sistema de reforzamiento, consistente en la administración de refuerzo social y material cuando el niño supera cada ítem de la jerarquía, empleando una economía de fichas. Cada vez que el niño lograra superar un ítem, al primer intento o en ensayos posteriores, el padre o la madre le entregaría una ficha canjeable posteriormente por diversos regalos.

El padre o madre comienza pidiendo al niño que elija un héroe de dibujos, cuentos o películas que le resulte especialmente valiente, y otros personajes protagonistas. Antes de comenzar el tratamiento, se explica al niño cómo va a desarrollarse el juego y quién va a representar cada personaje de la historia. Se fomenta en él expectativas de comportamiento valiente y se le indica que, si se siente asustado, puede llamar de inmediato a sus padres. Después de unos minutos de juego, cuando el niño se encuentra inmerso en la historia, se le pide que ejecute el primer paso de la jerarquía como si se tratara de un episodio de la trama. Si el niño afronta de forma satisfactoria la interacción con el estímulo fóbico,

Tabla 1
Estructura de las reuniones de entrenamiento a padres

PRIMERA PARTE: REVISIÓN Y DISCUSIÓN DEL TRATAMIENTO

- Recogida de las fichas de tratamiento y revisión de las sesiones de tratamiento de la semana.
- Comentario de los avances de los niños.
- Solución de posibles problemas surgidos en la intervención.

SEGUNDA PARTE: ENTRENAMIENTO Y TAREAS PARA CASA

- Reparto de los materiales necesarios para la semana siguiente (fichas de tratamiento correspondientes).
- Explicación, formación y entrenamiento para el desarrollo de las sesiones de tratamiento siguientes.
- Práctica mediante instrucciones, modelado, representación de papeles (role-playing), reforzamiento positivo y retroalimentación, hasta asegurarse que los padres comprenden el proceder de las sesiones que deben aplicar.
- Asignación de las tareas para casa:
 - Aplicar a sus hijos las actividades aprendidas en las reuniones 3 veces a la semana, durante 30 minutos cada vez, preferiblemente en días alternos.
 - Reforzar las conductas de valentía del niño durante la semana.

co, se le refuerza social y materialmente. Cuando se niega a realizar la acción propuesta, interrumpe la exposición antes de transcurrir el tiempo estipulado o manifiesta señales de miedo, el padre o madre modela la conducta de interacción y anima posteriormente al niño a repetirla. En ningún caso conviene forzar al niño a llevar a cabo un ítem, únicamente se le debe alentar e infundir valor para aproximarse al estímulo temido. Se considera superado un ítem cuando el niño realiza la conducta un par de ensayos sucesivos sin necesidad de ayudas y sin manifestar miedo. Se continúa el juego, introduciendo una nueva situación y así de forma progresiva hasta completar la jerarquía.

Resultados

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 11.0 (2001). El acuerdo interjueces madre-padre fue elevado en las pruebas de evaluación, alcanzando valores superiores a 0,8. El análisis estadístico, llevado a cabo mediante pruebas *t* de significación de muestras relacionadas, demostró la existencia de diferencias significativas entre el pretest y el posttest en todas las variables dependientes (véase la tabla 2). El signo negativo de la prueba *t* indica mayores puntuaciones en el posttest que en el pretest, debido a que se refieren a pruebas que miden el tiempo de permanencia del niño y el afrontamiento a la oscuridad.

En la «Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad» las puntuaciones en el posttest descienden de forma significativa, lo que significa que las conductas de evitación y/o escape de las situaciones de oscuridad y las repercusiones en el niño y en su ambiente familiar son menores al finalizar el tratamiento. Los niños logran permanecer más tiempo en las situaciones propuestas en la «Prueba de Aproximación Conductual», siendo menor su miedo autoinformado. En las 2 medidas de la «Prueba de Actuación en la Oscuridad» se observan diferencias significativas; el miedo autoinformado es menor durante la ejecución de las tareas al finalizar el tratamiento, así como el temor de los niños según la observación de los padres. El tratamiento consiguió que los niños lograsen permanecer el tiempo máximo (20 minutos) en sus dormitorios en una situación de oscuridad total, informando además que, durante la prueba, sin-

tieron muy poco miedo. En el posttest, los padres observaron que aumentaba la frecuencia de las conductas de afrontamiento a la oscuridad de sus hijos durante el día y la noche. El momento de ir a dormir transcurría, a su vez, sin protestas, llantos y sin requerir la presencia de los padres. El miedo a la hora de dormir de los niños descendió progresivamente conforme se desarrolló el tratamiento, siendo casi inexistente a partir de la tercera semana de intervención. En la figura 1 se representan los valores de dicha variable en el pretest, posttest y en cada una de las 4 semanas de tratamiento.

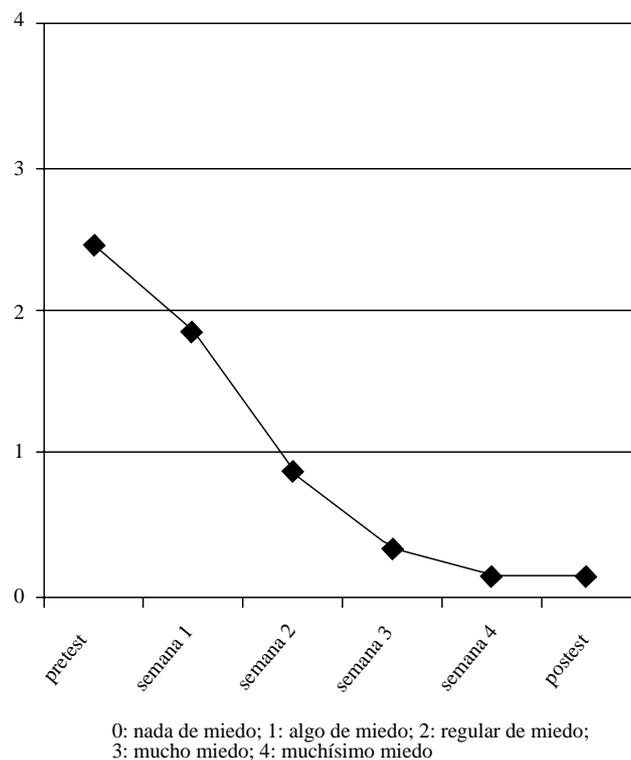


Figura 1. Miedo al ir a dormir

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas del grupo

		PRETEST M (DT) N= 32	POSTEST M (DT) N= 32	t	p
EMO	Miedo a la oscuridad (rango 0-100)	64,83 (10,90)	13,48 (7,57)	26,28	0,00
PAC	Tiempo de aguante (rango 0-720)	381,61 (172,31)	711,25 (27,44)	-11,05	0,00
	Miedo autoinformado (rango 0-12)	5,41 (2,69)	0,75 (0,87)	10,40	0,00
PAO	Miedo de los niños según sus padres (rango 0-12)	5,97 (1,74)	0,75 (0,92)	17,99	0,00
	Miedo autoinformado (rango 0-12)	5,5 (1,85)	0,92 (1,32)	11,01	0,00
PTO	Tiempo de aguante (rango 0-1200)	296,84 (241,03)	1200 (125,79)	-19,74	0,00
	Miedo autoinformado (rango 0-2)	1,47 (0,51)	0,30 (0,46)	12,10	0,00
RCO	Conductas de afrontamiento (rango 0-20)	8,23 (2,95)	17,83 (1,81)	-17,40	0,00
RHD	Miedo al ir a dormir (rango 0-4)	2,45 (0,72)	0,12 (0,22)	20,92	0,00

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

Los resultados del tratamiento indican que los padres pueden reducir de forma considerable el miedo a la oscuridad de los niños tras ser entrenados para ello. Se proporcionó información a los padres sobre el problema de sus hijos, así como estrategias y técnicas derivadas de la terapia de conducta dirigidas a incrementar las conductas de valentía de los niños y reducir sus reacciones de evitación y/o escape de la oscuridad. Las reuniones de entrenamiento a padres se celebraron en grupos reducidos, lo que permitió un mayor contacto con los asistentes y un seguimiento más cercano de cada caso. Los padres compartían sus experiencias con otras parejas, aprendían de otros padres cómo resolver los problemas de sus hijos y encontraban en el grupo apoyo social. El terapeuta actuaba de modelo mostrando a los padres el procedimiento de aplicación de la terapia; posteriormente éstos ensayaban las conductas aprendidas hasta lograr aplicar las técnicas de forma correcta.

Los padres aplicaron el programa multicomponente de escenificaciones emotivas a sus hijos durante 4 semanas. El componente fundamental de las escenificaciones emotivas es la exposición gradual en vivo, considerada como terapia de elección para la intervención en las fobias específicas (Capafons, 2001). Para facilitar la interacción con el estímulo temido en la población infantil, incorpora diversas ayudas (modelado, economía de fichas y juego). Al finalizar el tratamiento, los niños dejaron de manifestar temor al permanecer a oscuras y lograron dormir sin requerir la presencia de sus padres durante la noche. El porcentaje de niños que no cumplieron los criterios diagnósticos de fobia específica a la oscuridad después de la intervención fue superior al 95%.

El entrenamiento a padres se ha utilizado con éxito en problemas de diversa índole, incluida la fobia a la oscuridad. Para reducir las conductas de miedo a la hora de dormir, Graziano y Mooney (1980, 1982) enseñaron a 33 niños de 6 a 13 años de edad relajación y autoinstrucciones de valentía que debían practicar en su casa todas las noches en presencia de sus padres y siempre que sintieran miedo. A su vez, los padres fueron entrenados para supervisar la práctica de los procedimientos aprendidos por sus hijos, reforzando las conductas de valentía mediante elogios y un sistema de economía de fichas. Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier (1986) y Mikulas y Coffman (1989) diseñaron un programa multicomponente para reducir la fobia a la oscuridad de niños de 4 a 7 años de edad. La intervención la realizaban los padres en el hogar, previamente entrenados. Los progenitores leían a sus hijos un cuento, en el que el personaje principal era un niño con miedo a la oscuridad, que actuaba como modelo de afrontamiento. Posteriormente, los padres y el niño debían jugar a 8 juegos en los que el niño se aproximaba gradualmente a la oscuridad. Los padres han sido formados para la aplicación del programa de escenificaciones emotivas en diversos estudios (Méndez, 2002; Orgilés,

2003; Santacruz, 2001), observándose óptimos resultados en niños con edades comprendidas entre 4 y 9 años. En nuestro trabajo, los padres aplican el programa a niños de 5 a 8 años durante 12 sesiones con un procedimiento altamente estructurado, que les permite llevar a cabo el tratamiento con escasas dificultades. Los posibles problemas surgidos durante las sesiones de aplicación de la intervención se solventaron mediante la atención telefónica proporcionada a los padres.

Frente a las ventajas de la cooperación de los padres en el tratamiento de sus hijos, pueden surgir diversos problemas en el entrenamiento. En la reducción del miedo a la oscuridad, en ocasiones es difícil conseguir que los padres participen de forma activa en el tratamiento, debido a que algunos consideran el miedo de sus hijos como un hecho normal que relegan a un segundo plano frente a otros problemas más llamativos que consideran de mayor importancia, como la agresividad o la hiperactividad. Por otro lado, el abandono de la terapia es altamente frecuente. En nuestro estudio comenzaron el tratamiento 42 niños y durante la intervención se produjeron 10 abandonos, lo que representa una mortalidad experimental de aproximadamente un 24%, porcentaje próximo a las tasas de abandono habituales en los programas de entrenamiento a padres, que indican que como media el 28% de las familias no finalizan el tratamiento (Forehand, Middlebrook, Rogers y Steffe, 1983). Las causas de abandono fueron la mejoría del niño, no considerar el problema tan grave para continuar el tratamiento y la dificultad para asistir a las reuniones formativas, aunque en diversos casos se desconoce el motivo de no continuar con el tratamiento. Destaca la escasa participación de los padres frente a las madres respecto a la asistencia a las reuniones de entrenamiento y aplicación del tratamiento. A pesar de que se resaltó la conveniencia de que ambos progenitores asistieran a las reuniones, en más del 75% de los casos eran las madres las que asistían a las sesiones formativas y las que aplicaban el tratamiento a sus hijos. Tan solo en el 10% de las familias ambos padres se implicaban activamente en la terapia. La asistencia de únicamente uno de los padres a las sesiones de entrenamiento supone un inconveniente importante. Si sólo la madre/padre conoce los procedimientos terapéuticos, el otro miembro de la pareja puede reforzar de forma involuntaria conductas inadecuadas y mantener de ese modo el problema. Por ello, en el programa de entrenamiento que llevamos a cabo, se proporcionó a los padres no asistentes material escrito con pautas de actuación ante las conductas de sus hijos.

Como conclusión, es preciso subrayar que los padres pueden contribuir a reducir la fobia a la oscuridad de sus hijos si se les proporciona información y procedimientos terapéuticos adecuados en sesiones de entrenamiento. Asimismo, en este trabajo se constata la eficacia y viabilidad del programa de escenificaciones emotivas para ser aplicado por adultos no expertos tras una breve formación.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª edición revisada). Washington, DC: Autor.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Capafons, J.I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452.
- Cornwall, E., Spence, S.H. y Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behavior Change*, 13, 223-229.

- Forehand, R., Middlebrook, J., Rogers, T. y Steffe, M. (1983). Dropping out of parent training. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 663-668.
- Giebenhain, J.E. y O'Dell, S.L. (1984). Evaluation of a parent-training manual for reducing children's fear of the dark. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(1), 121-125.
- Graziano, A.M. y Mooney, K.C. (1980). Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 206-213.
- Graziano, A.M. y Mooney, K.C. (1982). Behavioral treatment of «nightime fears» in children. Maintenance of improvement from 2 and half to 3-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 598-599.
- Kazdin, A.E. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Klingman, A. (1988). Biblioguidance with kindergartners: evaluation of a primary prevention program to reduce fear of the dark. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(3), 237-241.
- Méndez, F.X. (1996). *Prueba de Aproximación Conductual*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (2002). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F.X. y González, C. (1996). *Registro a la hora de dormir*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F.X. y Santacruz, I. (1996). *Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Mikulas, W.L. y Coffman, M.G. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C.E. Schaefer y J.M. Briesmeister, *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), 1-7.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F.X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.): *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-145). Madrid: Pirámide.
- Orgilés, M. (2003). *Análisis del programa Escenificaciones Emotivas mediante la estrategia de desmantelar el tratamiento*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- Orgilés, M., Méndez, F.X. y Rosa, A.I. (2003). Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(125), 395-422.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, F.X., Olivares, J. y Sánchez-Meca (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10, 481-502.
- Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-220.
- Santacruz, I. (2001). *Eficacia de dos terapias de juego aplicadas por los padres para la fobia a la oscuridad*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.