



CONTRIBUCIÓN DE LA ECONOMÍA DE FICHAS A LA EFICACIA DE LAS ESCENIFICACIONES EMOTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA A LA OSCURIDAD

M. Orgilés Amorós*, X. Méndez Carrillo** y J.P. Espada Sánchez*

*Universidad Miguel Hernández, Elche, **Universidad de Murcia,

2005, 11(1), *-*

Resumen: Se presentan los resultados de un trabajo que examina la contribución de la economía de fichas a la eficacia del programa de escenificaciones emotivas. Los participantes fueron 65 niños, con una edad media de 6 años y 3 meses, y una distribución aproximadamente igual por géneros (50,65% de varones). Fueron asignados de forma aleatoria a las 3 condiciones experimentales: a) tratamiento con el programa de escenificaciones emotivas, b) tratamiento con el programa de escenificaciones emotivas sin economía de fichas, c) grupo de control en lista de espera. El tratamiento fue aplicado por los padres, durante 12 sesiones de 30 minutos de duración, tras un breve entrenamiento. Se hallaron diferencias significativas entre las 3 condiciones experimentales. El tratamiento completo alcanzó resultados significativamente superiores al programa sin economía de fichas, lo que revela la importancia de dicho componente en la eficacia del programa. Los niños del grupo de control manifestaron conductas de evitación y expresaron un grado elevado de miedo a la oscuridad al finalizar el periodo de espera, mostrando diferencias significativas con los tratamientos activos. Estos hallazgos demuestran la eficacia de las escenificaciones emotivas y la importancia de la economía de fichas en el tratamiento de la fobia a la oscuridad en la infancia.

Palabras Clave: Escenificaciones emotivas, Economía de fichas, Fobia a la oscuridad, Entrenamiento a padres

Abstract: The outcomes of a study that analyzes the contribution of the token economy to the effectiveness of the program of emotive performances are presented. The participants were 65 children, with an average age of 6 years and 3 months, and similar distribution by gender (50,65% boys). The subjects were randomly assigned to 3 experimental conditions: a) treatment with the complete program of emotive performances, b) treatment with emotive performances without token economy, c) control group in a waiting list. The program was applied by the parents at home during 12 sessions of 30 minutes, after have been trained. The complete program reached better outcomes than the treatment without token economy, what means that this is an important component of the program. 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. These findings confirm the efficacy of the emotive performances and the relevance of the token economy in the treatment of the phobia of the dark in children.

Key words: Emotive performances, Token economy, Phobia of the dark, Parent training

Title: *Contribution of the token economy to the efficacy of emotive performances to treat the phobia of the dark*

Introducción

Las escenificaciones emotivas son un programa multicomponente, creado por Méndez (1986), recomendado para el tratamiento de las fobias específicas en niños de edad

comprendidas entre 3 y 8 años. El tratamiento, que surgió como una alternativa in vivo a las imágenes emotivas de Lazarus y Abramovitz (1962), consiste en la interacción gradual in vivo con el estímulo temido, disponiendo para ello de sucesivas ayudas: el refuerzo social y material de las conductas de aproximación, el modelado de las conductas adecuadas y el juego.

* Dirigir la correspondencia a: M. Orgilés Amorós Dpto. de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Avda. del Ferrocarril s/n, 03202 Elche (Alicante)
E-mail: morgiles@umh.es

© Copyright 2005: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

La aplicación del programa de escenificaciones emotivas requiere construir una jerarquía, combinando variables físicas, y preparar el sistema de reforzamiento, que consiste en la administración de refuerzo social y material cuando el niño supera cada ítem de la jerarquía, empleando para ello una economía de fichas. El tratamiento comienza con la elección de un héroe de cuentos, dibujos o películas que resulte muy valiente para el niño y cuya historia representarán durante las sesiones. El terapeuta da instrucciones al niño sobre cómo debe actuar durante el tratamiento y le anima a comportarse de forma valerosa. Conforme se desarrolla el juego, el terapeuta va introduciendo cada ítem de la jerarquía como si formara parte de la historia. Se otorga refuerzo social y material al niño cuando afronta satisfactoriamente la interacción con el estímulo fóbico. Si el afrontamiento es insuficiente o muestra reacciones de escape o evitación, el terapeuta modela la conducta y el niño la reproduce posteriormente. El tratamiento finaliza cuando el niño logra superar todos los ítems de la jerarquía sin necesidad de ayudas y sin manifestar señales de miedo. Las escenificaciones emotivas contemplan una fase de consolidación de los logros, que consiste en la programación de sesiones de afianzamiento para prevenir las recaídas.

El programa ha demostrado su eficacia en numerosos trabajos. En los estudios de caso, el procedimiento se ha aplicado en el tratamiento de fobias específicas a la oscuridad, fogones, ruidos fuertes, animales, etc., en niños con una edad media de 5 años y medio, y un predominio del género masculino (Méndez y Macià, 1986, 1988; Méndez, Macià y Olivares, 1990; Méndez y García, 1996). En los estudios de grupo las escenificaciones emotivas se han empleado en las fobias a los ruidos fuertes y la oscuridad, en muestras con una edad media de 6 años y medio y una distribución aproximadamente igual por géneros, demostrando una eficacia igual o superior al

programa de cuento y juegos de Mikulas y Coffman (1989) (Méndez, 2002; Santacruz, 2001).

Uno de los objetivos de la investigación en psicología es demostrar empíricamente la eficacia de los tratamientos psicológicos para, de ese modo, conseguir en la práctica clínica intervenciones mejor ajustadas a las necesidades de los pacientes. Hasta el momento se carece de estudios que hayan probado la eficacia diferencial de las escenificaciones emotivas sin cada uno de sus componentes. A partir de las revisiones meta-analíticas realizadas sobre las fobias específicas en la infancia, se deduce que las técnicas operantes como la economía de fichas o la combinación de estrategias que incluyen este tipo de técnicas, tienen un tamaño del efecto elevado (Orgilés *et al*, 2002). Tratándose la economía de fichas de un procedimiento muy utilizado y eficaz para el tratamiento de las fobias específicas, y siendo éste uno de los componentes del programa de escenificaciones emotivas, tratamos de examinar cuál es su contribución a la eficacia terapéutica del tratamiento. Para ello, comparamos la eficacia del programa de escenificaciones emotivas con y sin economía de fichas. Incluimos, además, un grupo de control en lista de espera para analizar la persistencia de la fobia en los niños que no reciben tratamiento. Puesto que la fobia a la oscuridad es una de las de mayor prevalencia, la investigación se llevó a cabo con niños que cumplían los criterios diagnósticos de fobia específica a la oscuridad del DSM-IV (APA, 1994).

Método

Sujetos

Los participantes en el estudio fueron 65 niños, con edades comprendidas entre 5 y 8 años, y una edad media de 6 años y 3 meses. Los sujetos se distribuyeron aproximadamente igual por género (50,65% varo-

nes). La persistencia media del problema en la muestra fue de 1 año y 5 meses. A partir de los datos proporcionados por los padres, podría ubicarse la muestra en un nivel socioeconómico medio. Ninguno de los niños había recibido tratamiento para la fobia a la oscuridad con anterioridad.

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo mediante la distribución de aproximadamente 4700 cartas informativas en las que se ofrecía tratamiento psicológico gratuito para los niños con fobia a la oscuridad. La carta se distribuyó en 21 colegios de la provincia de Murcia y Alicante, públicos y privados, seleccionados al azar. Los padres interesados fueron citados a una reunión en la que se les proporcionó información detallada sobre el programa de intervención. Se realizó una entrevista semi-estructurada a los padres para recabar información sobre la persistencia de la fobia, datos familiares y otras cuestiones de interés. Además, los padres cumplimentaron 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, accediendo a participar en el programa de intervención. Se incluyeron en la investigación los niños que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 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" (rango 0 a 100), y d) alcanzar una puntuación de 6 o más puntos, en un rango de 0 a 10, en los ítems 1, 2 y 10, referidos a la intensidad del miedo del niño y a sus reacciones cuando se queda a oscuras, y en al menos uno de los ítems 3 ó 4, que evalúan la evitación y/o escape de la oscuridad, y en los ítems 5, 6, 7, 8 ó 9 de la misma escala, referentes a las repercusiones del problema a nivel personal, familiar, escolar y social. 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, fueron excluidos de la investigación. De los 96 niños cuyos padres asistieron a la reunión, se perdieron 31 casos debido a que no cumplieron los criterios de inclusión, no otorgaron el consentimiento informado o solicitaron ayuda para otros problemas (desobediencia, timidez, enuresis, ansiedad por separación, retraso mental, etc.).

Evaluación

Los participantes fueron evaluados antes de la intervención, inmediatamente después de ésta, y a los 3 y 6 meses después, utilizando para ello los siguientes instrumentos de evaluación:

Inventarios y escalas

Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad (EMO) de Méndez y Santacruz (1996), formada por 10 ítems y una escala de estimación de 11 puntos que oscila de *nada de miedo* a *muchísimo miedo a la oscuridad*. La escala permite conocer si el miedo a la oscuridad es evolutivo o se trata de una fobia clínica, ya que está basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para el diagnóstico de fobia específica. 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.

Inventario de Miedos de Pelechano (1984), del que se obtiene la puntuación en el ítem 28 "miedo a la oscuridad", en el

factor miedos imaginarios o fantasiosos y la puntuación global en la prueba.

Pruebas de observación artificial

Prueba de Aproximación Conductual a la oscuridad (PAC) de Méndez (1996). La prueba, que se lleva a cabo en la habitación del pequeño, consta de 6 situaciones a las que se debe exponer el niño, que varían en cuanto a la intensidad de luz permitida. Los padres observan el tiempo que el niño permanece en cada situación, con un máximo de 120 segundos por tarea.

Prueba de Actuación en la Oscuridad (PAO), modificada de la prueba de Mikulas y Coffman (1989). Examina la conducta de aproximación del niño a situaciones de cada vez mayor oscuridad, proporcionándole cada vez menos ayudas. Consta de 6 tareas que el niño lleva a cabo al anochecer, 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.

Prueba de Tolerancia a la Oscuridad (PTO), adaptada de la prueba de Mikulas y Coffman (1989). 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. Los padres permanecen en otra habitación cronometrando el tiempo que transcurre hasta que su hijo les llama para que vuelvan, o hasta que él mismo abandona la habitación o enciende la luz, con un máximo de permanencia establecido en 20 minutos.

Pruebas de observación natural

Registro de Conductas en la Oscuridad (RCO), adaptado de la prueba de Mikulas y Coffman (1989). Consta de 5 conductas relacionadas con situaciones de oscuridad

durante el día y la noche, que los padres deben valorar según lo observado durante la semana en una escala de estimación de 5 puntos, que oscila de 0, *no la realiza nunca*, a 4, *la realiza siempre*. Las conductas que se recogen en la prueba son: 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 el día.

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, mediante una escala de 5 categorías, que adopta los siguientes valores: *nada de miedo* si el niño se acuesta sin problemas, *algo de miedo* si se hace el remolón al acostarse, *regular de miedo* si protesta al acostarse pero lo hace solo y con la luz apagada, *mucho miedo* si no quiere acostarse y hay que ayudarlo permaneciendo con él o dejándole una luz encendida, y *muchísimo miedo* si se niega a acostarse y hay que acostarlo a la fuerza y/o duerme con sus padres.

Autoobservación

En las 3 pruebas de observación artificial se incluyó un termómetro de miedo para conocer el miedo autoinformado del niño.

Los instrumentos de evaluación fueron cumplimentados durante 2 semanas por ambos padres de forma independiente con el objetivo de obtener información más fiable y precisa. 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 observación artificial fueron aplicadas al niño en presencia de ambos progenitores, quienes posteriormente anotaron las observaciones por separado. Durante las 4 semanas que duró el tratamiento, los padres de los grupos de tratamiento cumplimentaron el “Registro a la Hora de Dormir”, permitiendo al terapeuta

conocer el comportamiento diario del niño en el momento de acostarse y los logros durante la intervención.

En la evaluación posttest y en las evaluaciones de seguimiento se emplearon las mismas pruebas que en el pretest. Además, después de finalizar el tratamiento, los padres cumplimentaron una escala en la que expresaban su grado de satisfacción y la de sus hijos con la intervención.

Diseño

Los sujetos fueron asignados al azar a las condiciones experimentales, aplicándose un diseño factorial mixto 3x4. Como factor intergrupo se consideró la condición experimental (tratamiento con escenificaciones emotivas, tratamiento con escenificaciones emotivas sin economía de fichas, control en lista de espera). Como factor intragrupo se incluyó la medida temporal (pretest, posttest, seguimiento 3 meses, seguimiento 6 meses).

Tratamiento

La aplicación del tratamiento se llevó a cabo mediante entrenamiento a padres, bajo la supervisión del terapeuta. Para proporcionar a los padres instrucciones precisas sobre el problema de sus hijos y sobre cómo aplicar el tratamiento, se celebraron 8 reuniones de una hora y media de duración aproximadamente. En ellas, se les facilitaba además el material necesario para la intervención y se resolvían los problemas surgidos durante la misma. En la primera reunión celebrada se explicó a los padres que, debido al elevado número de solicitudes recibidas, algunos niños tendrían que esperar unos meses para ser tratados, configurando una lista de espera.

El tratamiento se aplicó a lo largo de 12 sesiones, cada una de ellas de 30 minutos de duración, a razón de 3 veces por semana en días alternos. La intervención se llevó a

cabo en el dormitorio de los niños al anochecer. Las condiciones experimentales fueron las siguientes:

Tratamiento con escenificaciones emotivas: La jerarquía construida estaba formada por 60 ítems, que combinaban el tiempo de exposición y la intensidad de luz en la habitación. Los padres reforzaban al niño con elogios y frases de ánimo al superar cada ítem de la jerarquía, y le entregaban una ficha al realizar cada paso, que era canjeable por diversos premios cuando finalizaba la sesión. Al observar señales de miedo en el niño, o cuando éste no lograba superar el tiempo propuesto en alguno de los ítems, el padre o madre actuaba de modelo y posteriormente animaba a su hijo a intentarlo de nuevo.

Debido a las dificultades surgidas para encontrar niños que actuaran como modelos de afrontamiento simulando tener miedo a la oscuridad, se optó por utilizar modelos de dominio. Para controlar que las características y el comportamiento del modelo fuera equiparable en todos los casos, se decidió que uno de los progenitores actuaría de modelo tras recibir instrucciones específicas, siendo por tanto una figura paterna el referente para todos los niños cuando no lograban superar un ítem. La intervención se desarrolló en un ambiente de juego, representando el niño y el padre una historia en la que simulaban ser personajes de cuentos, películas o dibujos atractivos para el pequeño, siendo uno de ellos un personaje muy valiente. Algunos de los héroes elegidos por los niños fueron *Aladdin*, *Picachu* y los *Pokémon*, *El rey León*, *Spiderman*, etc.

Tratamiento con escenificaciones emotivas sin economía de fichas: el tratamiento aplicado siguió el procedimiento descrito anteriormente, con la excepción de la economía de fichas que no se empleó en los niños de este grupo. Cuando el niño supe-

raba un ítem, sólo era reforzado socialmente.

Grupo de control en lista de espera: el grupo de control permaneció en periodo de espera durante 6 meses, recibiendo tratamiento posteriormente. Únicamente se mantuvo contacto con las familias en la fase de evaluación para el establecimiento de la línea base, en la evaluación después del tratamiento y en las evaluaciones de seguimiento. Al finalizar el periodo de espera, a los 6 meses, se entrenó a los padres todavía interesados en el tratamiento del miedo a la oscuridad de sus hijos.

Resultados

Se analizaron los resultados con el paquete estadístico SPSS 11.0 (2001). Al examinar el acuerdo interjueces madre-padre en los instrumentos de evaluación, mediante la prueba de correlación de Pearson, se hallaron valores adecuados, situados en torno a 0,7, observándose el mayor grado de acuerdo en la "Prueba de Aproximación Conductual", en el "Registro a la Hora de Dormir" y en la "Prueba de Tolerancia a la Oscuridad". Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizaron las puntuaciones de las madres, debido a que cumplimentaron en mayor medida las pruebas de evaluación. A pesar de que los sujetos fueron asignados aleatoriamente a los grupos, se realizaron los análisis oportunos para confirmar que los grupos de tratamiento y el grupo de control se encontraban igualados en el pretest, puesto que la comparación de medias no fue significativa ni en las variables género, edad y persistencia de la fobia, ni en las variables de resultado, obteniéndose en todos los casos una $p < 0,05$.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante análisis de varianza de un factor, observándose diferencias significativas entre los grupos al finalizar la intervención psicológica y en los seguimientos. En todas las variables de resultado el tratamiento completo alcanzó mejoras significativamente mayores en el postest que el grupo de tratamiento sin economía de fichas, obteniendo ambos tratamientos mejores resultados que el grupo de control en lista de espera.

En la "Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad", las diferencias fueron significativas entre los 3 grupos en el postest, $F(2,62) = 155,99$; $p=0,001$, así como en los seguimientos a los 3 meses, $F(2,53) = 170,29$; $p=0,001$, y a los 6 meses, $F(2,48) = 226,19$; $p=0,001$. 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 economía de fichas, y las consecuencias del problema a nivel personal, social y familiar más leves.

Resultó significativa la comparación de medias en la "Prueba de Aproximación Conductual" en el postest en las 2 variables de resultado, tiempo de permanencia, $F(2,56) = 46,31$; $p=0,001$, y miedo autoinformado, $F(2,56) = 24,86$; $p=0,001$, con mejores resultados del programa de tratamiento completo, seguido por el programa sin economía de fichas, y finalmente por el grupo de control. También resultó significativa la comparación de medias en el tiempo de aguante a los 3 meses, $F(2,53) = 57,48$; $p=0,001$, y a los 6 meses, $F(2,47) = 41,24$; $p=0,001$, y en el miedo autoinformado por el niño en ambos periodos, $F(2,53) = 70,16$; $p=0,001$ y $F(2,47) = 71,75$; $p=0,001$.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de los grupos

			SEGUIMIENTO			
			PRETEST	POSTEST	3 MESES	6 MESES
			<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
EMO	Miedo a la oscuridad	EE	65,91 (11,88)	14,84 (8,50)	11,13 (6,57)	9,78 (5,44)
		EE-F	72,50 (10,56)	31,15 (12,96)	25,13 (11,11)	22,47 (9,23)
		LE	65,91 (5,96)	65,35 (7,51)	65,03 (9,15)	63,87 (8,23)
PAC	Tiempo de permanencia	EE	372,11 (178,06)	710,91 (30,06)	720 (0)	720 (0)
		EE-F	365,78 (184,65)	608,85 (115,30)	663,16 (68,96)	683,88 (53,04)
		LE	377,72 (161,56)	397,94 (138,24)	422,65 (142,70)	478 (138,47)
	Miedo Autoinformado	EE	5,41 (2,77)	0,41 (0,57)	0,18 (0,37)	0,08 (0,25)
		EE-F	6,05 (3,02)	3,05 (2,09)	1,89 (1,20)	1,06 (0,68)
		LE	5 (2)	4,53 (2,55)	4,41 (1,46)	3,53 (1,36)
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)
		EE-F	6,40 (2,69)	2,85 (1,85)	1,50 (1,41)	1,34 (1,21)
		LE	5,59 (1,69)	5,39 (1,24)	5,32 (1,24)	4,53 (1,08)
	Miedo Autoinformado	EE	5,59 (1,69)	0,98 (1,52)	0,50 (0,83)	0,23 (0,38)
		EE-F	6,05 (2,89)	2,95 (1,39)	1,68 (1,11)	1,19 (0,81)
		LE	6,10 (1,16)	5,73 (1,03)	5,24 (1,09)	4,50 (0,91)
PTO	Tiempo de permanencia	EE	231,77 (253,25)	1126,36 (144,54)	1176 (73,87)	1200 (0)
		EE-F	319,45 (258,98)	671 (353,58)	842,11 (325,76)	932,50 (324,13)
		LE	301,09 (183,24)	277,83 (149,88)	310 (128,84)	348 (126,84)
	Miedo Autoinformado	EE	1,48 (0,51)	0,30 (0,45)	0,18 (0,37)	0,05 (0,22)
		EE-F	1,55 (0,51)	1,15 (0,75)	0,47 (0,51)	0,34 (0,47)
		LE	1,77 (0,49)	1,73 (0,46)	1,82 (0,39)	1,73 (0,46)
RCO	Conductas de afrontamiento	EE	8,25 (2,95)	17,61 (1,72)	18,98 (1,54)	19,10 (1,41)
		EE-F	8,53 (1,72)	13,60 (4,02)	15,03 (3,92)	16,35 (3,32)
		LE	8 (2)	7,78 (2,73)	8 (2,45)	8,37 (2,42)
RHD	Miedo al ir a dormir	EE	2,47 (0,81)	0,11 (0,22)	0,04 (0,10)	0,01 (0,03)
		EE-F	2,64 (0,86)	1,02 (0,80)	0,76 (0,71)	0,62 (0,58)
		LE	2,41 (0,52)	2,34 (0,57)	2,12 (0,59)	1,91 (0,49)

EE: escenificaciones emotivas; EE - F: escenificaciones emotivas sin economía de fichas; LE: Lista de espera; EMO: Escala de evaluación del Miedo a la Oscuridad; PAC: Prueba de Aproximación Conductual; PAO: Prueba de Actuación en la Oscuridad; PTO: Prueba de Tolerancia a la Oscuridad; RCO: Registro de Conductas en la Oscuridad; RHD: Registro a la Hora de Dormir

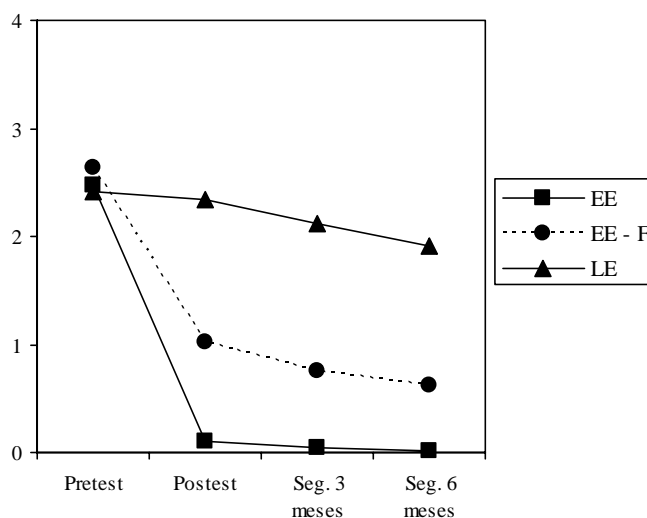
En la “Prueba de Actuación en la Oscuridad” las diferencias entre los 3 grupos fueron significativas en el posttest en el miedo de los niños según el informe de los padres, $F(2,62) = 68,05$; $p = 0,001$, y en el miedo autoinformado, $F(2,61) = 71,01$; $p = 0,001$. En el seguimiento se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones otorgadas por los padres a los 3 meses, $F(2,53) = 106,20$; $p = 0,001$, y a los 6 meses, $F(2,48) = 102,83$; $p = 0,001$, y en el miedo autoinformado a los 3 meses, $F(2,53) = 106,85$; $p = 0,001$, y a los 6 meses $F(2,48) = 163,76$; $p = 0,001$. Las pun-

tuciones en el tiempo de aguante de la “Prueba de Tolerancia a la Oscuridad” indican mejores resultados para el tratamiento completo, seguido por el tratamiento sin economía de fichas y por la lista de espera, en el posttest, $F(2,62) = 0,85$; $p = 0,001$, y en los seguimientos a los 3 meses, $F(2,53) = 80,72$; $p = 0,001$, y a los 6 meses, $F(2,48) = 84,30$; $p = 0,001$.

En el miedo autoinformado de la misma prueba, las diferencias fueron significativas en el posttest, $F(2,61) = 4,71$; $p = 0,001$, en el primer periodo de seguimiento $F(2,53)$

=74,33; $p=0,001$, y en el segundo, $F(2,48) = 87,14$; $p=0,001$. La comparación de medias resultó significativa en las 2 pruebas de observación natural, alcanzando el tratamiento completo los mejores resultados. Se alcanzó significación estadística en la comparación de los grupos en el "Registro de Conductas en la Oscuridad" en el post-

est, $F(2,62) = 64,07$; $p=0,001$, seguimiento a los 3 meses $F(2,53) = 71,13$; $p=0,001$, y seguimiento a los 6 meses, $F(2,49) = 85,15$; $p=0,001$, y en el "Registro a la Hora de Dormir" en el postest, $F(2,62) = 86,27$; $p=0,001$, primer seguimiento, $F(2,53) = 71,95$; $p=0,001$, y segundo $F(2,50) = 85,76$; $p=0,001$.



0: nada de miedo; 1: algo de miedo; 2: regular de miedo; 3: mucho miedo; 4: muchísimo miedo

Figura 1. Registro a la Hora de Dormir

Discusión y conclusiones

Nuestro estudio examinaba la contribución de la economía de fichas a la eficacia terapéutica del programa de escenificaciones emotivas, por lo que se comparó la eficacia del tratamiento completo con la del tratamiento sin economía de fichas.

Al examinar las puntuaciones en el grupo de escenificaciones emotivas, observamos que el tratamiento resultó muy eficaz para reducir la fobia a la oscuridad de los niños y para aumentar las conductas de afrontamiento al estímulo temido en menos de 11 sesiones. La mejoría terapéutica confirma los hallazgos de otros trabajos en los

que se ha aplicado el programa consiguiendo óptimos resultados (Méndez y García, 1996; Méndez y Macià, 1988, 1990; Méndez *et al*, 1990). Se demuestra, a su vez, la eficacia de las escenificaciones emotivas aplicadas mediante entrenamiento a padres, de acuerdo con los resultados de estudios anteriores (Méndez, 2002; Orgilés, 2003; Santacruz, 2001). Los logros terapéuticos alcanzados con las escenificaciones emotivas no sólo se mantienen con el paso del tiempo, sino que se observa una mejoría en cada momento temporal. En los seguimientos llevados a cabo, las conductas de evitación de la oscuridad descendieron y la intensidad del miedo era muy leve

y no resultaba incapacitante para el funcionamiento personal, social o familiar. Del mismo modo, el momento de ir a dormir transcurría sin protestas y sin requerir la compañía de los padres durante la noche.

La comparación de la ganancia terapéutica del grupo al que se aplicó el tratamiento completo con la del grupo al que se aplicó el tratamiento sin economía de fichas revela la importancia de este componente en la eficacia del programa de escenificaciones emotivas. Los niños del grupo de tratamiento sin economía de fichas mostraron más conductas de evitación y/o escape de las situaciones de oscuridad que los niños del grupo de tratamiento completo. A su vez, superaron un número menor de ítems de la jerarquía de exposición a la oscuridad, y utilizaron más sesiones de tratamiento para alcanzar los mismos resultados.

En nuestro estudio, la economía de fichas consistía en que los padres otorgaban a sus hijos una ficha cada vez que superaban un paso de la jerarquía, al primer intento o en ensayos posteriores, que era canjeable por diversos premios al finalizar la sesión. Se ha comprobado en trabajos anteriores la importancia de la inclusión del manejo de contingencias en la intervención en las fobias infantiles, puesto que se trata de un procedimiento que motiva a los niños a aproximarse a la oscuridad y a repetir dicha interacción. Leitenberg y Callahan (1973) aplicaron durante 8 sesiones práctica reforzada para el tratamiento de 7 niños con fobia a la oscuridad. Mostraron a los participantes los premios que podían conseguir y les indicaron posteriormente que debían permanecer en una habitación con la luz apagada hasta que se sintieran asustados. Al finalizar cada ensayo, obtenían uno de los premios si su tiempo de permanencia era mayor que en la ocasión anterior. En la evaluación realizada posteriormente, los niños lograron permanecer más

tiempo en la oscuridad, no observándose esa mejoría en el grupo de control. Por su parte, Mikulas *et al* (1986) en uno de sus experimentos compararon la eficacia del refuerzo material y social frente a la aplicación de sólo refuerzo social. Únicamente hallaron diferencias significativas antes y después de la intervención en el grupo de niños que fueron reforzados materialmente.

El tratamiento sin economía de fichas no resultó tan eficaz como el tratamiento que incluía dicho componente, sin embargo, se observó una mejoría clínica y estadísticamente significativa en los niños a los que no se otorgó refuerzo material. A pesar de que en este grupo no se incluyó la técnica de economía de fichas, considerada muy potente para la intervención en los problemas infantiles, se incluía un componente esencial para la intervención en las fobias específicas, la interacción gradual en vivo con el estímulo fóbico, lo que podría explicar la ganancia terapéutica en el grupo sin economía de fichas.

En el grupo de control en lista de espera, las conductas de miedo y evitación descendieron ligeramente en la evaluación realizada en el postest, pero el grado de temor continuó siendo muy elevado, el tiempo de permanencia de los niños en condiciones de oscuridad muy breve y las protestas a la hora de dormir muy frecuentes, en comparación con el grupo que recibió tratamiento. La tasa de remisión espontánea en el grupo de control se situó en torno al 8,7%, valor muy bajo al compararlo con el porcentaje de niños tratados que se hallaban libres del diagnóstico de fobia específica en el postest, cercano a un 90%. La utilización de un grupo de control en lista de espera en lugar de un tratamiento placebo constituye una limitación del estudio, puesto que no nos permite controlar ciertos efectos inespecíficos del tratamiento, lo que se tendrá en cuenta en futuras investigaciones.

Como conclusión, se destaca la importante contribución de la economía de fichas a la eficacia terapéutica de las escenificaciones emotivas. A su vez, se subraya la idoneidad del programa para el tratamiento

de la fobia a la oscuridad en niños. Por último, destacar la importancia y las ventajas de la implicación activa de los padres en la intervención.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Lazarus, A. y Abramovitz, A. (1962). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- Leitenberg, H. y Callahan, E.J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behavior Research and Therapy*, 11, 19-30.
- Méndez, F. X. (1986). 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. (2002). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: Comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. y García, M. J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child and Family Behavior Therapy*, 18, 19-34.
- Méndez, F. X. y González, C. (1996). *Registro a la hora de dormir*. Manuscrito, Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1986). Tratamiento de una fobia infantil mediante "escenificaciones emotivas". *Anales de Psicología*, 3, 33-41.
- Méndez, F. X. y Macià. (1988). Escenificaciones emotivas. Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14 (41), 323-351.
- Méndez, F. X. y Santacruz, I. (1996). *Escala de Evaluación del Miedo a la Oscuridad*. Manuscrito, Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X., Macià, D. y Olivares, J. (1990). Tratamiento de fobias infantiles mediante escenificaciones emotivas, utilizando diseños de líneas base múltiples entre conductas. *VIII Congreso Nacional de Psicología* (p. 31). Barcelona.
- 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 bibliography and games for treating fear of the dark. *Child and Family Behavior Therapy*, 7(1), 1-7.
- Orgilés, M. (2003). *Análisis del programa Escenificaciones Emotivas mediante la estrategia de dismantelar 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, 3, 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.