

Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: Una revisión cuantitativa

Xavier Méndez Carrillo*, Mireia Orgilés Amorós y Ana Isabel Rosa Alcázar

Universidad de Murcia

Resumen: Se llevó a cabo un meta-análisis sobre la eficacia del tratamiento psicológico para la fobia a la oscuridad en niños. Se localizaron 13 investigaciones que originaron 26 estudios independientes, 19 grupos de tratamiento y 7 grupos de control. Los participantes fueron 322 niños de 4 a 10 años, con un ligero predominio del género masculino. La eficacia del tratamiento psicológico para la fobia a la oscuridad fue muy elevada ($d_+ = 2,05$). Los programas multicomponentes alcanzaron los mejores resultados, destacando las escenificaciones emotivas como tratamiento de elección ($d_+ = 2,38$). La eficacia de los tratamientos fue mayor cuando éstos eran breves e intensivos, incluían interacción en vivo con el estímulo fóbico, entrenamiento individual e implicación de los padres en la terapia. La respuesta al tratamiento fue mejor con los niños de mayor edad y de género masculino. Se discuten las implicaciones clínicas de estos hallazgos.

Palabras clave: Fobia; oscuridad; infancia; meta-análisis; tratamiento psicológico.

Title: The psychological treatments for the phobia of darkness: A quantitative review.

Abstract: A meta-analysis was performed on the effectiveness of psychological treatment for phobia of the darkness in childhood. Thirteen scientific reports were identified and led to 26 independent studies, 19 treatment groups and 7 control groups. Three hundred and twenty-two children between the ages of 4 and 10, and predominantly boys, took part. The psychological treatment for the phobia of darkness was highly effective ($d_+ = 2.05$). The treatment packages reached the best results, and the most effective procedure was emotive performances ($d_+ = 2.38$). Results were better when therapy was brief, intensive and individual, it included exposure in vivo, and parents were implicated in the treatment. Response to treatment was better in the oldest children and in boys. The clinical implication of these findings are discussed.

Key words: Phobia; darkness; childhood; meta-analysis; psychological treatment.

Introducción

El miedo a la oscuridad es un problema frecuente en la infancia (Marks, 1969). No es extraño que los niños manifiesten ansiedad en el momento de ir a dormir y dificultades para conciliar el sueño a causa de sus temores. Más bien al contrario, éste es uno de los miedos más comunes en la población infantil (Jersild y Holmes, 1935; Earls, 1980).

Conforme el niño va creciendo, y sobre todo entre los 4 y los 6 años, el miedo a la oscuridad se constituye en uno de los principales miedos que incluso puede generar temor a otros estímulos, como a los ladrones, a los fantasmas, a los animales, etc. (Montiel, 1989). Méndez (2000) afirma que uno de cada 3 niños pequeños manifiesta temor en la oscuridad, siendo éste el miedo predominante a los 4 años (Ollendick, 1979). A partir de los 9 años, el miedo a la oscuridad empieza a disminuir. Sin embargo, en algunos casos persiste y deja de considerarse un miedo evolutivo constituyendo una fobia a la oscuridad, cuya prevalencia en la población infantil se sitúa en torno al 2.3% (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996).

En la adquisición y mantenimiento de la fobia a la oscuridad son diversos los factores que influyen (Méndez, 2000), por lo que podría considerarse que el miedo está multiterminado (Ollendick, 1979). Por un lado, destaca la doble asociación que se establece cuando la madre atiende al niño con la luz encendida, al despertarse éste sollozando por sufrir pesadillas en mitad de la noche. El niño asocia la luz con la

seguridad que le transmite la madre (luz-madre-seguridad) y relaciona la oscuridad con el miedo que le producen las pesadillas (oscuridad-pesadillas-miedo). De igual modo, la observación del niño en películas, y la transmisión de información mediante la lectura de los padres de cuentos o historias, contribuyen a que perciba que muchos acontecimientos negativos como los secuestros, robos o asesinatos transcurren por la noche, fomentando su temor a permanecer en la oscuridad. Por último, destacar las ganancias del pequeño al manifestar su miedo, ya que con sus protestas y llantos obtiene la atención, el cuidado y la cercanía de sus padres durante la noche.

No cabe duda que las fobias específicas pueden interferir de una forma considerable en la vida del niño. Numerosos estudios y diversidad de autores lo han puesto de manifiesto. Sandín (1997) considera que el miedo es necesario para el desarrollo evolutivo del sujeto, pero reconoce que "puede ser el aspecto más insoportable y perturbador de la vida de una persona" (p. 21). Independientemente de que el miedo en un niño sea transitorio o se mantenga hasta la edad adulta, durante su existencia se pueden desencadenar problemas tanto a nivel personal como familiar con repercusiones inmediatas y a largo plazo (Mikulas y Coffman, 1989).

Como cualquier fobia específica, la fobia a la oscuridad puede interferir de modo significativo en todos los ámbitos de la vida infantojuvenil (Sandín, 1997). Los miedos nocturnos severos causan un considerable malestar personal, interfieren en el funcionamiento familiar (King y Ollendick, 1997) y pueden convertirse en un evento verdaderamente disruptivo por las noches a determinadas edades, que influye en la autoimagen del niño (Brazelton, 1978).

Para el niño, permanecer en la oscuridad implica sentirse solo y carecer de control sobre su entorno, dado que no puede utilizar el canal de información visual (Montiel, 1989).

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Xavier Méndez Carrillo. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Campus de Espinardo. Universidad de Murcia. Apdo. 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: xmendezc@um.es

Por ello, manifiesta sus temores con berrinches, pataletas y/o nerviosismo y ansiedad a la hora de irse a la cama, e incluso evita pasar la noche en casa de amigos o familiares por la vergüenza y malestar que siente por su problema (Ramírez, Kratochwill y Morris, 1991). Santacruz (2001) constató niveles de sufrimiento considerables a partir de la información proporcionada por los padres de 78 niños de 4 a 9 años de edad diagnosticados de fobia a la oscuridad. En concreto, el grado de malestar de los niños fue altísimo en un 43.5% de ellos, muy alto en el 36% y alto en el 19%.

La fobia a la oscuridad no sólo afecta al niño a nivel personal, sino que sus repercusiones se extienden a su entorno familiar. La interferencia del miedo a la oscuridad a nivel familiar suele ser muy elevada, entendiéndose por ésta conductas como “batallas” a la hora de acostar al niño, contagio del miedo a algún hermano, insistencia en dormir en la cama de los padres, etc. Se ha señalado que un niño con miedo a la oscuridad tarda en ir a la cama una media de 54,5 minutos más que un niño sin miedo, lo que puede generar frustración en los padres y desencadenar otros problemas (Mooney, 1985).

Los trastornos infantiles afectan a los niños y sus familias en el momento presente, pero también representan un antecedente para la aparición de otros problemas en la adolescencia y edad adulta (McMahon, 1994), periodo éste último en que, de no recibir tratamiento, es probable la cronicidad del problema e infrecuente su remisión espontánea, calculada en un 20% (APA, 2000).

Las repercusiones e interferencia del problema en la vida del niño permiten determinar la gravedad del mismo y la necesidad de intervenir en él (Bragado, 1994). En concreto, cuando el miedo en el niño genera sufrimiento tanto para él como para su entorno y las consecuencias son perjudiciales para su desarrollo, es recomendable el tratamiento, aunque no se cumplan otros criterios como la persistencia de la fobia durante al menos 6 meses, o aunque se trate de un miedo muy común a su edad (Méndez, 1999). Los tratamientos psicológicos para las fobias de niños y adolescentes con mayor apoyo empírico han sido desarrollados por la terapia de conducta. Actualmente los terapeutas disponen de un amplio conjunto de técnicas y variantes para tratar con éxito este trastorno de ansiedad.

Hasta el momento se carece de estudios de revisión cuantitativa (por ejemplo, meta-análisis) que analicen las variables influyentes en la eficacia de las intervenciones en la fobia a la oscuridad en la población infantil y adolescente. El meta-análisis consiste en la aplicación de métodos estadísticos para integrar cuantitativamente los resultados de los estudios sobre un mismo tema (Glass, 1976). Por ello, el objetivo fundamental de nuestro estudio es analizar, mediante la utilización de una metodología meta-analítica, la eficacia de las intervenciones psicológicas en la fobia a la oscuridad en niños y adolescentes para identificar los tratamientos más eficaces, conocer las variables que influyen en los resultados, examinar la sensibilidad de los instrumentos de medida para detectar los cambios y analizar el mantenimiento de la ga-

nancia terapéutica. La información resultante permitirá plantear líneas de actuación con el fin de aumentar la eficacia de estos tratamientos y contribuir a aliviar el sufrimiento de los niños y adolescentes con fobia a la oscuridad.

Método

Búsqueda de la bibliografía

El proceso de búsqueda de la bibliografía se basó en las siguientes fuentes: a) consultas con soporte informático (CSIC -ISOC-, MEDLINE, PsycLIT y ERIC), utilizando los descriptores “fobia”, “oscuridad”, “infan*”, “niñ*”, “adolescenc*”, “tratamiento”, “terapia”, “dark*” “phob*”, “infan*”, “child*”, “adolescenc*”, “treat*”, “therap*”, buscadas en el título y en el resumen, b) revisión directa de revistas especializadas, libros, monografías o resúmenes (*Psychological Abstracts* y *Current Contents: Social and Behavioral Sciences*), c) consulta a investigadores expertos en el área, y d) revisión de referencias de los artículos recuperados.

Los criterios de selección establecidos para incluir los estudios en el meta-análisis fueron los siguientes: 1) referirse al tratamiento de la fobia a la oscuridad en niños y adolescentes, 2) ser diseños de grupo que incluyan medidas pretest y posttest, descartándose los diseños $N=1$, 3) aportar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto, 4) estar escrito en inglés y/o castellano, y 5) haberse elaborado el informe entre 1960 y 2003.

Durante el proceso de búsqueda se consultaron cerca de 160 referencias bibliográficas, de las que se seleccionaron 13 investigaciones que cumplían todos los criterios de selección. Dichas investigaciones dieron lugar a 26 grupos independientes, 19 de tratamiento y 7 de control. La mayoría de los informes (81%) se extrajeron de artículos publicados, exceptuando 5 estudios obtenidos de una tesis doctoral y una memoria de licenciatura.

Los artículos seleccionados, escritos en inglés y castellano, procedían de 4 países: Estados Unidos (61.5%), España (23.1%), Australia (7.7%) e Israel (7.7%). Participaron en el estudio 322 niños en el pretest, 230 pertenecientes a grupos de tratamiento y 92 a grupos de control, que se redujeron en el posttest a 308 sujetos, 216 tratados y 92 procedentes de grupos de control. En el seguimiento más largo formaron parte de la muestra 231 participantes. La edad de la muestra osciló entre 4.5 y 10.3 años.

Variables codificadas

Las variables de los estudios fueron codificadas con el fin de analizar las comparaciones a corto (posttest) y medio plazo (seguimiento) en función de las técnicas e instrumentos de evaluación utilizados. Se empleó un protocolo de codificación que incluyó variables moduladoras de distinta naturaleza, distinguiendo entre variables de tratamiento, de sujeto y metodológicas.

Las variables de tratamiento codificadas fueron: a) el tipo de tratamiento aplicado (psicológico o psicológico combinado con fármacos), b) la aproximación terapéutica (terapia de conducta, terapia dinámica, terapia humanista, terapia sistémica, otras terapias o terapia ecléctica), c) el enfoque de terapia de conducta aplicado (neconductista mediacional, análisis aplicado de la conducta, aprendizaje social, terapia de conducta cognitiva o programas multicomponentes), d) las técnicas de intervención aplicadas (desensibilización sistemática, práctica reforzada, modelado, autoinstrucciones, etc.), e) la existencia o no de interacción con el estímulo fóbico durante el

entrenamiento y el tipo de interacción (en vivo, en imaginación, audio y/o visual, gradual, brusca), f) la dosis de tratamiento (la duración en número de semanas, la distribución del tratamiento, la cantidad de horas de intervención y el número de sesiones), g) la inclusión de medidas de seguimiento y el tipo de contacto (presencial o a distancia), h) el tipo de terapeuta (clínico o paraprofesional) y sus características (formación, experiencia y sexo), i) el tipo de tratamiento (grupal o individual), j) la uniformidad del tratamiento, y k) la inclusión de tareas para casa.

De las características de los sujetos se codificaron la edad media de la muestra en años y el género (% de varones). Con referencia al contexto se codificó el país en que se realizó la investigación y el entorno de aplicación del tratamiento: artificial (universidad o clínica) o natural (hogar o colegio). Además, se recogió información sobre los criterios diagnósticos y el tipo de instrumentos utilizados para la inclusión de los sujetos en la muestra en cada estudio (entrevista clínica, inventarios de miedos, observación, autoobservación, registro psicofisiológico, informe de los padres).

Dentro de las características metodológicas, se codificaron las siguientes variables: a) el tipo de diseño (pre-experimental, cuasi-experimental o experimental), b) el tipo de grupo de control: inactivo (lista de espera o no tratamiento) o activo (tratamiento placebo o tratamiento alternativo), c) el modo de reclutamiento de la muestra (a instancias del experimentador, a petición propia, a petición de terceros o mixto) y el lugar de reclutamiento (colegios, clínicas, universidad, centro de salud, población general o mixto), d) el seguimiento más largo efectuado en meses, e) la mortalidad experimental en el postest y en el seguimiento más largo, f) la calidad metodológica del diseño, procedente de la puntuación obtenida en 9 ítems que evalúan la asignación aleatoria de los participantes a los grupos, el tipo de diseño, el tamaño muestral del grupo tratado en el postest, la mortalidad experimental del grupo tratado en el postest, el tiempo de seguimiento, la medición de las mismas variables dependientes en el pretest y postest, la calidad de los instrumentos de evaluación, la uniformidad del tratamiento psicológico, y la ceguera de los evaluadores y participantes.

Como variables extrínsecas se registraron el año del estudio, el número de autores del mismo, la formación profesional del primer autor y la fuente de publicación (publicado o no publicado).

Con el fin de aumentar la precisión, se elaboró un libro detallando las normas del proceso de codificación de las variables de los estudios. La codificación requirió en algunos casos la adopción de juicios de decisión complejos. Con objeto de contrastar la adopción de dichos juicios, se realizó un análisis de la fiabilidad de la codificación efectuada por 2 investigadores independientes con una muestra aleatoria compuesta por el 20% de los estudios. El grado de acuerdo alcanzado en las variables codificadas fue altamente satisfactorio, situándose en torno al 95% (Orwin, 1994). Las inconsistencias entre los codificadores se resolvieron por consenso y el libro de codificación se corrigió cuando la causa del desacuerdo se debió a errores o imprecisiones de redacción.

Características de los estudios

En las Tablas 1 y 2 se presentan las principales características de las variables cuantitativas y cualitativas codificadas en los estudios. De los 26 informes meta-analizados, 19 fueron estudios de tratamiento psicológico, todos ellos pertenecientes al enfoque de terapia de conducta, y 7 grupos de control activo (3 de control placebo) o inactivo (4 de lista de espera o no tratamiento). Los enfoques de terapia de conducta más utilizados fueron la terapia de conducta cog-

nitiva, aplicada aproximadamente a una tercera parte de los informes y los programas multicomponentes. En menor proporción se aplicaron técnicas procedentes del enfoque neoconductista mediacional, aprendizaje social y análisis aplicado de la conducta, éste último utilizado en un único estudio (Leitenberg y Callahan, 1973). En la mayoría de los estudios los sujetos interactuaron con el estímulo fóbico durante las sesiones de entrenamiento bajo la supervisión del terapeuta, tratándose en todos los casos de una interacción gradual. Los estímulos fueron presentados mayoritariamente en vivo y en menor frecuencia en imaginación o mediante procedimientos audio y/o visuales. El entrenamiento individual de los sujetos fue más frecuente que el tratamiento en grupo y las intervenciones se desarrollaron preferentemente en un entorno natural, entendiéndose por éste el colegio o el hogar de los niños.

En la mayoría de los informes el tratamiento se aplicó de forma uniforme, es decir, con la misma duración, distribución y cantidad de tratamiento en todos los sujetos. Los tratamientos fueron aplicados principalmente por clínicos, hallándose algunos estudios en los que los padres o maestros actuaban como paraprofesionales. Las recomendaciones a los padres fueron frecuentes, así como las tareas para casa. Los procedimientos de evaluación más utilizados fueron la observación artificial y la prueba de tolerancia a la oscuridad.

Los tratamientos fueron breves e intensivos, con una duración total media de aproximadamente 3 horas, distribuidas a razón de una hora por semana. El número de sesiones de entrenamiento fue variable en función del informe examinado, situándose la media en torno a 6 sesiones de tratamiento por sujeto. La edad media de los participantes fue de 6 años y medio, con un rango de 4.50 a 10.30, y un ligero predominio del género masculino.

Respecto a las características metodológicas de los estudios, se aplicó en una alta proporción de ellos un diseño experimental, siendo menos frecuente la utilización de diseños pre-experimentales o cuasi-experimentales. De los 26 informes examinados, 21 incluían muestras subclínicas y los sujetos se reclutaron en mayor proporción en los colegios que en la población general.

El seguimiento llevado a cabo en un total de 13 estudios (10 de tratamiento y 3 de control) se realizó al mes, a los 3, 6 y 12 meses. Tan sólo 2 estudios informan de más de un momento temporal. La mortalidad de los sujetos en el postest y en los seguimientos fue baja y la calidad del diseño alcanzó un valor de 6.25 en una escala de 0 a 9.

Cálculo del tamaño del efecto

Se utilizó como índice del tamaño del efecto la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985). Dada la ausencia de grupos de control en algunos de los estudios recuperados (7 estudios), no fue posible definirla como la diferencia entre las medias de los grupos de tratamiento y control. En su lugar, se optó por definir como unidad de análisis el grupo y se calculó la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del postest, dividida por la desviación típica del pretest, es decir:

$$d = c(m) \frac{\bar{y}_{Pre} - \bar{y}_{Pos}}{S_{Pre}}$$

siendo $c(m) = 1-3/(4n-5)$. El índice d se obtuvo a partir de las medias y desviaciones típicas reportados en los estudios, o bien a partir de los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas (Glass, McGaw y Smith, 1981; Sánchez y Ato, 1989). Cuando el estudio aportó alguna medida de seguimiento también se calculó el índice d , comparando la media del pretest y la media del seguimiento más largo.

Tabla 1: Principales variables cualitativas.

Variable	Categorías	Fre. ^b	Porc. ^c
Enfoque de terapia de conducta (k= 19) ^a	1. Terapia de conducta cognitiva	7	37%
	2. Programa multicomponente	5	26%
	3. Enfoque neoconductista mediacional	3	16%
	4. Aprendizaje social	3	16%
	5. Análisis aplicado de la conducta	1	5%
Interacción con el estímulo fóbico (k= 19)	1. Sí	14	74%
	2. No	5	26%
Tipo de interacción (k= 19)	1. Gradual	14	74%
	2. Brusca	0	0%
	3. Sin especificar	5	26%
Modo de presentación de los estímulos (k= 19)	1. En vivo	9	47%
	2. En imaginación	2	11%
	3. Audio y/o visual	2	11%
	4. En vivo + en imaginación	1	5%
	5. Sin especificar	5	26%
Presencia del terapeuta durante el entrenamiento (k= 19)	1. Sí	11	58%
	2. No	3	16%
	3. Sin especificar	5	26%
Uniformidad del tratamiento (k= 19)	1. Sí	13	68%
	2. No	3	16%
	3. Sin especificar	3	16%
Tareas para casa (k= 19)	1. Sí	8	42%
	2. No	6	32%
	3. Sin especificar	5	26%
Seguimiento (k= 19)	1. Sí	11	58%
	2. No	8	42%
Recomendaciones a adultos (k= 19)	1. Sí	11	58%
	2. No	7	37%
	3. Sin especificar	1	5%
Terapeuta (k= 19)	1. Clínico	13	69%
	2. Padres	5	26%
	3. Maestros	1	5%
Tipo de entrenamiento (k= 19)	1. Individual	15	79%
	2. Grupal	4	21%
Entorno de aplicación del tratamiento (k= 19)	1. Natural	13	68%
	2. Artificial	4	21%
	3. Sin especificar	2	11%
Muestra (k= 26)	1. Subclínica	21	81%
	2. Clínica	5	19%
Diseño (k= 26)	1. Experimental	19	73%
	2. Pre-experimental	5	19%
	3. Cuasi-experimental	2	8%
Lugar de reclutamiento de la muestra (k= 26)	1. Colegios	18	69%
	2. Población general	7	27%
	3. Sin especificar	1	4%
Grupo (k=26)	1. Tratamiento	19	73%
	2. Control	7	27%

^a número de estudios; ^b frecuencia; ^c porcentaje

Tabla 2: Principales variables cuantitativas.

Variable	k ^a	Mínimo	Máximo	Media	DE ^b
Duración del tratamiento en semanas	18	1	6	3	1.71
Distribución del tratamiento en horas/semana	13	0.15	2	0.83	0.66
Cantidad de tratamiento en horas	14	0.15	10	2.95	3.31
Número de sesiones	17	1	15	5.47	4.43
Edad media de los participantes en años	26	4.50	10.30	6.54	1.53
Género de los participantes en % de varones	22	40	83	54.16	10.30
Seguimiento más largo en meses	13	1	12	7.33	4.72
Mortalidad de la muestra en el posttest	26	0	0.26	0.02	0.07
Mortalidad de la muestra en el seguimiento	13	0	0.26	0.06	0.10
Calidad del estudio de 0 a 9	26	3.50	8	6.25	1.12

^a número de estudios; ^b desviación estándar

Los estudios presentaron de forma rutinaria múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice d y, a continuación, se promediaron en función del tipo de fuente que ofrece la información (padres, niños y profesionales) y del procedimiento de evaluación (observación –natural y artificial-, inventarios y autoobservación). Valores positivos indican una mejora del grupo, mientras que valores negativos significan un empeoramiento de los participantes, interpretándose de la siguiente forma: $d_+ \geq 0.20$ tratamiento poco eficaz; $d_+ \geq 0.50$ tratamiento moderadamente eficaz; $d_+ \geq 0.80$ tratamiento muy eficaz (Cohen, 1988).

Análisis estadístico

Se aplicaron los análisis estadísticos propuestos por Cooper y Hedges (1994), según los cuales el peso específico que debe ejercer cada estudio en los análisis tiene que ser proporcional a su precisión. El factor de ponderación de cada estudio se define, pues, como la inversa de la varianza del índice d : $w = 1/Var(d)$, siendo la varianza de d (Morris, 2000):

$$Var(d) = \left(\frac{n-1}{n(n-3)} \right) (1 + nd^2) - \frac{d^2}{[c(m)]^2}.$$

Partiendo de este esquema de ponderación, se calculó el tamaño del efecto medio global para todos los estudios en función del tipo de fuente y del procedimiento de evaluación, así como intervalos de confianza y pruebas de homogeneidad. Estos promedios se obtuvieron también para las diferentes técnicas de intervención y sus combinaciones. Asimismo, se analizó el efecto de las diferentes variables moderadoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Todos los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

Resultados

Eficacia global del tratamiento psicológico

Como se observa en la Tabla 3, el tratamiento psicológico aplicado redujo de forma significativa la fobia a la oscuridad de los niños ($d_+ = 2.06$). Aunque el tamaño del efecto descendió en la medida global de seguimiento ($d_+ = 1.27$), si observamos la magnitud del efecto en cada estudio individual comprobamos que la mayoría mantienen las mejoras. Este

descenso a nivel global puede ser debido a que no todos los estudios del posttest incluyen medidas en el seguimiento, por lo que algunos estudios muy eficaces e influyentes en los tamaños del efecto no informan posteriormente del mantenimiento. Como se aprecia en la Tabla 4, los niños de los grupos de control, que permanecieron en lista de espera, que no recibieron tratamiento o a los que se aplicó un tratamiento placebo, manifestaron una leve mejoría ($d_+ = 0.20$) que se mantuvo en el seguimiento ($d_+ = 0.18$).

A continuación (véase la Tabla 5) se recogen las principales características de los 26 informes científicos examinados.

Eficacia diferencial del tratamiento psicológico

Puesto que la prueba de homogeneidad global fue significativa ($Q = 105.27$; $p \leq .00$) (véase la Tabla 3), se analizaron las posibles variables moduladoras que podían estar afectando a los resultados.

En la Tabla 6 se presentan los tamaños del efecto de cada enfoque, alcanzando los programas multicomponentes el mayor tamaño del efecto ($d_+ = 2.30$), seguido del enfoque neconductista ($d_+ = 1.04$) y el aprendizaje social ($d_+ = 0.93$). Los programas multicomponentes utilizados fueron cuento y juegos de Mikulas y Coffman (1989) ($d_+ = 1.25$), y escenificaciones emotivas de Méndez (1986), que alcanzó un tamaño del efecto muy elevado ($d_+ = 2.38$).

Analizando con mayor detalle los resultados, observamos que la prueba de homogeneidad Q_{ij} fue estadísticamente significativa únicamente para los programas multicomponentes, lo que pone de manifiesto que su eficacia varía en función del procedimiento utilizado.

Análisis de las variables que influyen en los resultados del tratamiento psicológico

Los análisis de varianza y de regresión por mínimos cuadrados ponderados permitieron determinar la influencia de otras variables moduladoras en la heterogeneidad de los tamaños del efecto.

Tabla 3: Eficacia del tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad.

	GRUPOS DE TRATAMIENTO					
	k	d ₊	Li	Ls	Q	P
Postest						
Padres	12	0.92	0.62	1.23	21.59	0.03
Clínico	13	1.06	0.69	1.43	12.70	0.39
Niños	7	0.73	0.37	1.08	17.68	0.01
Inventarios	8	0.94	0.56	1.31	21.44	0.00
Observación natural	8	1.07	0.58	1.56	17.24	0.01
Observación artificial	13	1.07	0.71	1.43	19.18	0.08
Pruebas de aproximación conductual	7	1.12	0.69	1.55	12.09	0.06
Pruebas de tolerancia	10	1.11	0.71	1.52	20.25	0.02
Autoobservación	4	1.10	0.43	1.77	1.25	0.74
Global	19	2.06	1.92	2.20	105.27	0.00
Seguimiento						
Padres	10	0.72	0.38	1.06	24.12	0.00
Clínico	4	1.81	0.78	2.84	4.58	0.20
Niños	4	0.63	0.10	1.15	2.94	0.40
Inventarios	5	0.60	0.17	1.03	8.20	0.08
Observación natural	5	2.70	1.08	4.32	3.90	0.42
Observación artificial	4	1.81	0.78	2.84	4.58	0.20
Pruebas de aproximación conductual	3	2.50	0.59	4.41	0.45	0.80
Pruebas de tolerancia	3	2.30	0.51	4.08	2.22	0.33
Autoobservación	2	0.78	2.86	4.42	1.78	0.18
Global	10	1.27	0.88	1.65	22.58	0.01

k: número de estudios; d₊: tamaño del efecto medio; Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d₊; Q: prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media; p: nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q, asumiendo una distribución chi-cuadrado de Pearson con k-1 grados de libertad

La duración, cantidad de horas de terapia, distribución y número de sesiones de tratamiento influyeron en los tamaños del efecto. A menor número de semanas de intervención, mayor cantidad de horas de terapia por sujeto y mayor número de sesiones, más elevada fue la magnitud de los efectos. Además, la eficacia fue mayor cuando los niños interactuaban durante las sesiones de tratamiento con el estímulo fóbico y éste se presentaba en vivo en presencia del terapeuta. Los resultados apuestan por proporcionar recomendaciones a los padres, por la inclusión de tareas para casa y por administrar el tratamiento de forma individual en un entorno natural, preferentemente el hogar.

Con referencia a las características de los participantes, los mejores resultados se alcanzaron en los niños de mayor edad y en los varones, reclutados de forma preferible en los colegios frente a la población general. Por otro lado, las muestras clínicas obtuvieron mejores resultados. Como cabía esperar, los grupos de tratamiento mostraron resultados significativamente mejores que los grupos de control, observándose dentro de éstos un tamaño del efecto mayor en las listas de espera frente a la ausencia de tratamiento. También

cabe destacar la influencia de la calidad de los estudios en sentido inverso, mostrando mejores resultados los informes científicos que gozan de menor calidad metodológica. Del mismo modo, son variables influyentes de forma positiva la mortalidad en el postest y en el seguimiento, así como la inclusión de medidas de seguimiento, siendo mayor el tamaño del efecto conforme mayor tiempo transcurría hasta recogerse la medida de evaluación.

Estudio del sesgo de publicación

Dado que sólo se seleccionaron 5 estudios no publicados, y siendo el sesgo de publicación una de las principales fuentes de invalidez del meta-análisis, calculamos el “índice de tolerancia a los resultados nulos” (Orwin, 1983), determinando que debían encontrarse archivados en las editoriales de las revistas o en otros lugares 96 estudios para que los resultados fueran anulados. Considerando improbable la existencia de este número de estudios no publicados y no localizados, se concluye que el sesgo de publicación no representa una amenaza para la validez de los resultados (Rosenthal, 1991).

Tabla 4: Eficacia del tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad.

	GRUPOS DE CONTROL					
	k	d ₊	Li	Ls	Q	P
Postest						
Padres	4	0.04	0.36	0.45	3.32	0.34
Clínico	4	0.20	0.52	0.93	1.90	0.59
Niños	3	0.05	0.56	0.66	0.86	0.65
Inventarios	3	0.15	0.45	0.76	0.43	0.80
Observación natural	2	0.07	2.22	2.08	2.03	0.15
Observación artificial	4	0.20	0.52	0.93	1.89	0.59
Pruebas de aproximación conductual	-	-	-	-	-	-
Pruebas de tolerancia	4	0.20	0.52	0.93	1.90	0.59
Autoobservación	2	0.01	2.49	2.52	0.61	0.43
Global	7	0.20	0.08	0.49	12.57	0.05
Seguimiento						
Padres	3	0.14	0.50	0.79	0.33	0.85
Clínico	-	-	-	-	-	-
Niños	2	0.10	2.32	2.51	1.56	0.21
Inventarios	2	0.22	2.28	2.72	0.00	0.97
Observación natural	-	-	-	-	-	-
Observación artificial	-	-	-	-	-	-
Pruebas de aproximación conductual	-	-	-	-	-	-
Pruebas de tolerancia	-	-	-	-	-	-
Autoobservación	2	0.10	2.34	2.54	1.65	0.20
Global	3	0.18	0.46	0.82	0.85	0.65

k: número de estudios; d₊: tamaño del efecto medio; Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d₊; Q: prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media; p: nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q, asumiendo una distribución chi-cuadrado de Pearson con k-1 grados de libertad.

Discusión y conclusiones

De la revisión cuantitativa efectuada puede concluirse que la eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia a la oscuridad en niños es muy elevada, incrementándose dicha eficacia con el paso del tiempo. La terapia de conducta, aproximación terapéutica utilizada en todos los informes analizados, ha desarrollado un amplio arsenal de técnicas y variantes para el tratamiento de las fobias, cuyo apoyo empírico ha sido demostrado en numerosos estudios (Orgilés *et al.*, 2002).

Desde el enfoque neoconductista mediacional se proponen técnicas consistentes en la exposición del niño en vivo o en imaginación a las situaciones temidas, con el objetivo de extinguir las respuestas fóbicas adquiridas. Debido a la dificultad de los niños para relajarse e imaginar vívidamente los estímulos fóbicos al aplicar la técnica de desensibilización sistemática, se recurre a las variantes del procedimiento estándar. Por ejemplo, Cornwall, Spence y Schotte (1996) utilizaron las imágenes emotivas en las que, en lugar de la relajación, la respuesta inhibitoria de ansiedad es el estado emocional suscitado por un relato que provoca sentimientos positivos de autoafirmación, orgullo, afecto o alegría, consiguiendo una mejoría clínicamente significativa frente a un grupo en lista de espera. En el estudio de Sheslow, Bondy y

Nelson (1982) la fobia a la oscuridad se redujo de forma significativa únicamente en los grupos a los que se aplicó exposición en vivo, frente a la desensibilización sistemática y un grupo de atención placebo.

La práctica reforzada, procedimiento utilizado por Leitenberg y Callahan (1973) demostró su eficacia en una muestra escolar frente a un grupo de control sin tratamiento, lo que permite considerarla el tratamiento de elección para las fobias infantiles dentro del enfoque del análisis aplicado de la conducta.

En cuanto a los procedimientos cognitivos, las autoinstrucciones de competencia fueron la técnica utilizada con mayor frecuencia en los informes examinados. Los tamaños del efecto alcanzados son muy dispersos en función del estudio analizado, quizás debido a que en algunos informes se utilizan otras técnicas junto a las autoinstrucciones, como el refuerzo de las conductas adecuadas o la relajación muscular. Otros factores que pueden estar influyendo son la aplicación del tratamiento por los padres o los clínicos o las condiciones en que se desarrolla la terapia. Por ejemplo, en el estudio de Rosenfarb y Hayes (1984) se observaron ganancias terapéuticas más superiores cuando los niños pensaban que el terapeuta conocía el tratamiento aplicado, es decir, cuando las autoinstrucciones eran en público, que cuando pensaban que éste lo desconocía.

Tabla 5: Principales características y resultados de los estudios empíricos.

Autor	Año	Edad	N	Estudio	d ₊ postest	d ₊ seguim.
Leitenberg y Callahan	1973	5 - 6	14	1. Práctica reforzada	0.94	-
				2. Control no tratamiento	0.00	-
Graziano, Mooney, Huber e Ignasiak	1979	8 - 13	7	3. Autoinstrucciones competencia	3.01	5.58
Graziano y Mooney	1980	6 - 13	33	4. Autoinstrucciones competencia	0.51	-
				5. Control lista de espera	0.45	-
Sheslow, Bondy y Nelson	1983	4 - 5	16	6. DS en vivo con actividades lúdicas + DS con autoinstrucciones	0.94	-
				7. DS en vivo con actividades lúdicas DS en imaginación con actividades lúdicas ^a	0.94	-
				Control placebo con actividades lúdicas ^a		
Giebenhain y O'Dell	1984	3 - 11	6	8. Autoinstrucciones competencia	2.54	2.72
Rosenfarb y Hayes	1984	5 - 6	38	9. Modelado simbólico con filme, no participante, en público	1.99	-
				10. Modelado simbólico con filme, no participante, en privado	0.63	-
				11. Autoinstrucciones competencia + autoinstrucciones minimizadoras, con audición, en privado	0.20	-
				12. Autoinstrucciones competencia + autoinstrucciones minimizadoras, con audición, en público	2.82	-
				13. Placebo con audición neutral	0.07	-
				14. Placebo con filme neutral	0.05	-
Klingman	1988	5 - 6	42	15. Modelado simbólico con cuento, no participante, en grupo	0.96	0.41
				16. Placebo con cuento neutral	0.09	0.08
Friedman y Ollendick	1989	7 - 10	5	17. Autoinstrucciones competencia	1.15	-
McMenamy y Katz	1989	4 - 5	5	18. Autoinstrucciones	1.31	1.49
Méndez y García	1996	4 - 8	15	19. Escenificaciones emotivas	2.56	2.49
Cornwall, Spence y Schotte	1996	7 - 10	24	20. Imágenes emotivas	1.20	2.01
				21. Control lista de espera	0.26	0.47
González	1996	4 - 8	38	22. Escenificaciones emotivas	1.05	1.34
				23. Cuento más juegos	1.37	1.59
Santacruz	2001	4 - 9	65	24. Escenificaciones emotivas	2.43	5.82
				25. Cuento más juegos	1.12	2.47
				26. Control en lista de espera	0.11	0.17

^a El informe científico no aporta suficientes datos para el cálculo del tamaño del efecto

Tabla 6: Eficacia de los procedimientos de los enfoques de terapia de conducta.

Enfoques de terapia de conducta	k	d ₊	Li	Ls	Q	p
Terapia de conducta cognitiva	7	0.59	0.02	1.19	0.68	0.26
Programas multicomponentes	5	2.30	2.10	2.50	27.52	0.00
Enfoque neoconductista mediacional	3	1.04	0.40	2.48	0.14	0.93
Aprendizaje social	3	0.93	0.52	2.38	0.68	0.71
Análisis aplicado de la conducta	1	0.94	0.43	1.31	-	-

Desde la perspectiva del aprendizaje social, el modelado se perfila como el procedimiento terapéutico de elección para los miedos en la infancia. En el ya citado estudio de Rosenfarb y Hayes (1984) y en el trabajo de Klingman (1988), el modelado simbólico no participante fue aplicado frente a otras modalidades terapéuticas y un control placebo. En el primero de ellos, el tamaño del efecto fue mucho más elevado en el grupo de modelado en público que en el grupo de modelado en privado, lo que resalta la importancia del contexto social durante la intervención. El estudio de Klingman destaca el papel de la intervención preventiva en un entorno natural, en el que los niños de 5 y 6 años escucharon y discutieron en el colegio historias en las que los personajes se enfrentaban paulatinamente a su miedo a la oscuridad, siendo reforzadas sus autoinstrucciones de afrontamiento. El informe de los padres y la propia valoración de los niños demostraron una reducción significativa de su miedo. No obstante, se desconoce si los resultados responden a la escucha del cuento o a la aplicación de reforzamiento.

La mayoría de los informes científicos examinados muestran tamaños del efecto elevados, alcanzado los mejores resultados los programas multicomponentes, que incorporan procedimientos de los diversos enfoques de conducta. El programa de Mikulas y Coffman (1989), aplicado por González (1996) y Santacruz (2001), consiste en un cuento que los padres leen a sus hijos, en el que el protagonista actúa como modelo de afrontamiento del miedo, y en una serie de actividades lúdicas que exponen al niño gradualmente a situaciones de oscuridad. Las escenificaciones emotivas de Méndez (1986) surgieron como una alternativa in vivo a las imágenes emotivas e incorporan cuatro componentes: jerarquía, juego, economía de fichas y modelado. En los informes examinados la técnica de Méndez alcanza resultados muy superiores al programa de cuento y juegos, por lo que podría considerarse como el tratamiento de elección para la fobia a la oscuridad en la infancia.

Un aspecto a tener en cuenta son las condiciones de aplicación de los tratamientos. En la revisión efectuada se ha observado la eficacia de la terapia breve e intensiva para disminuir los miedos y modificar la conducta del niño a la hora de dormir. El informe de Graziano *et al.* (1979) alcanza el mayor tamaño del efecto entre los estudios examinados con tan sólo 2 horas de tratamiento distribuidas en 3 sesiones. Otros estudios (Giebenhain y O'Dell, 1984) apoyan la aplicación del

tratamiento por parte de los padres, aludiendo al bajo coste del mismo y a los buenos resultados alcanzados, puesto que con una dedicación de unos minutos cada noche la fobia a la oscuridad se redujo de forma significativa. Por otro lado, la utilización de los padres como coterapeutas permitiría desarrollar el tratamiento en el entorno natural del niño, que es donde se genera el problema.

Puesto que la mayor parte de los estudios no informan de los porcentajes de niños sin fobia a la oscuridad al finalizar el tratamiento, ha sido imposible conocer el procedimiento de evaluación que refleja con mayor exactitud la magnitud de la mejoría clínica conseguida. Los inventarios alcanzaron el menor tamaño del efecto, quizás debido a que evalúan variables dependientes diversas, como el miedo en general, la ansiedad y las conductas problemáticas, mientras que el resto eran instrumentos de evaluación específicos del miedo a la oscuridad. Respecto al evaluador, los tamaños del efecto ponen de manifiesto que los profesionales valoraron la eficacia del tratamiento más positivamente que los niños y sus padres, lo que nos hace sugerir una evaluación multi-método (observación natural, pruebas de aproximación conductual, entrevistas clínicas, inventarios de miedos, etc.) y multi-fuente (niño, padres, profesores, clínicos, etc.) de la fobia a la oscuridad.

Respecto de las variables metodológicas de los estudios, la mortalidad experimental afectó a los resultados. Aunque hubiera sido nuestro deseo analizar las diferencias entre los participantes que terminaron el tratamiento (*completers*) y los que lo abandonaron (*intent-to-treat*), tan sólo uno de los autores (Santacruz, 2001) realizó esta comparación, llegando a la misma conclusión que Silverman y Rabian (1994) de que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los mismos. Cabe mencionar que los estudios de menor calidad experimental alcanzaron mejores resultados, probablemente debido a que inflan los resultados debido a la falta de control de variables extrañas.

En conclusión, del meta-análisis se desprende que existen procedimientos terapéuticos muy eficaces para el tratamiento de la fobia a la oscuridad en niños, aconsejándose el uso de los programas multicomponentes que incluyen desensibilización sistemática in vivo con el estímulo fóbico y modelado de las conductas de afrontamiento. Por otro lado, se aconsejan los tratamientos breves e intensivos aplicados en el hogar, así como la participación de los padres en la terapia.

Referencias

- (Los estudios precedidos con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis)
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª edición revisada). Washington, DC: Autor.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Brazelton, T. (1978). Why your baby won't sleep?. *Redbook Mag.*, 82-84.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª edición). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, H. y Hedges, L.V. (Eds.) (1994). *The handbook of research synthesis*. Nueva York: Sage.
- *Cornwall, E., Spence, S. H. y Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behaviour Change*, 13(4), 223-229.
- Earls, F. (1980). Prevalence of behavior problems in 3 years old children. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1153-1157.

- Fredrickson, M., Annas, P., Fischer, H. y Wik, G. (1996). Gender and age in the prevalence of specific fears and phobias, *Behavior Research Therapy*, 34 (1), 33-39.
- *Friedman, A. G. y Ollendick, T. H. (1989). Treatment programs for severe night-time fears: a methodological note, *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20 (2), 171-178.
- *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.
- Glass, G. V. (1976). *Primary, secondary and meta-analysis of research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Glass, G. V., McGaw, B. y Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- *González, C. (1996). *Comparación de dos técnicas basadas en el juego para tratar la fobia a la oscuridad*. Memoria de Licenciatura no publicada: Universidad de Murcia.
- *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., Mooney, K. C., Huber, C. e Ignasiak, D. (1979). Self-control instruction for children's fear reduction. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 221-227.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Jersild, A. T. y Holmes, F. B. (1935). Children's fears. *Child Development Monographs*, 20.
- King, N. J. y Ollendick, T. H. (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38 (4), 389-400.
- *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.
- *Leitenberg, H. y Callahan, E. J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 19-30.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. Nueva York: Academic Press.
- McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 901-917.
- *McMenamy, C. y Katz, R. C. (1989). Brief parent-assisted treatment for children's nighttime fears, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10 (3), 145-148.
- Méndez, F. X. (1986, junio). *Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias, Coimbra.
- Méndez, F. X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2000). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: Comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. 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 (3), 197-208.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Mikulas, W. L. y Coffman, M. G. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C. E. Schaefer y J. M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of parent training* (pp. 179-202). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Montiel, R. (1989). Miedos y fobias en la infancia. Revisión de estrategias de tratamiento y abordaje terapéutico desde una perspectiva conductual. *Psiquis*, 10, 375, 382.
- Mooney, K. C. (1985). Children's nighttime fears: Ratings of content and coping behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (3), 309-319.
- Morris, S. B. (2000). Distribution of the standardized mean change effect size for meta-analysis of repeated measures. *British Journal of Mathematical & Statistical Psychology*, 53, 17-29.
- Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification: Vol. 8* (pp. 127-168). Nueva York: Academic Press.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 3, 481-502.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe *N* for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Orwin, R. G. (1994). Evaluating coding decisions. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (Dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 134-172). Nueva York: Sage.
- Ramírez, S. Z., Kratochwill, T. R. y Morris, R. J. (1991). Fears and phobias. En G. Bear, K. Minke y A. Thomas (Eds.), *Children's needs II: Development, problems and alternatives* (pp. 315-327). Bethesda, MO: National Association of School Psychologists.
- Rosenberg, M. S., Adams, D. C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer.
- *Rosenfarb, I. y Hayes, S. C. (1984). Social standard setting: The achilles heel of informational accounts of therapeutic change. *Behavior Therapy*, 15 (5), 515-528.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (edición revisada). Newbury Park, CA: Sage.
- Sánchez, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (Dirs.), *Tratado de psicología general. 1: Historia, teoría y método* (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- *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(2-3), 33-45.
- Silverman, W. K. y Rabian, B. (1994). Specific phobia. En T.H. Ollendick, N. J. King y W. Yule (Dirs.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 87-109). Nueva York: Plenum.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.

(Artículo recibido: 5-5-2004, aceptado: 3-3-2005)