



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA FOBIA A LA OSCURIDAD
EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS MEDIANTE UNA TERAPIA DE JUEGO:
EFICACIA DE SUS COMPONENTES**

Mireia Orgilés Amorós, Xavier Méndez Carrillo y José Pedro Espada Sánchez

Psicopatol. salud ment. 2005, M1, 17-23

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en niños de 5 a 8 años mediante una terapia de juego: eficacia de sus componentes

MIREIA ORGILÉS AMORÓS *, XAVIER MÉNDEZ CARRILLO **
Y JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ ***

RESUMEN

Se analiza la eficacia de cuatro condiciones de tratamiento dirigidos a reducir las conductas de miedo a la hora de dormir en una muestra de niños de edades comprendidas entre 5 y 8 años. Los resultados muestran que todos los niños tratados redujeron sus conductas de temor y aumentaron sus conductas de interacción con la oscuridad. Se destaca la necesidad de intervenir en niños con fobia a la oscuridad para reducir su sufrimiento y la interferencia del problema a nivel personal y social. Asimismo, se subraya la importancia de incluir en las intervenciones el refuerzo de las conductas de aproximación y el juego. PALABRAS CLAVE: Fobia a la oscuridad, tratamiento.

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF PHOBIA OF DARKNESS IN CHILDREN AGED 5 TO 8 YEARS WITH PLAY THERAPY: EFFICACY OF ITS COMPONENTS. The efficacy of four treatment conditions is examined in this article. The interventions try to reduce the phobia of darkness during bedtime in a sample of children between 5 and 8 years of age. The results show that the phobia was reduced in all the treated children and children were able to stay for longer periods of time in situations of darkness after the treatment finished. The authors defend the need of applying an early treatment for the phobia of darkness in order to reduce suffering and the interference of the problem at a personal and social level. The importance of including in the interventions the reinforcement of nearing behaviours and play is underlined. KEY WORDS: Phobia of darkness, treatment, childhood.

RESUM

S'analitza l'eficàcia de quatre condicions de tractament adreçat a reduir les conductes de por a l'hora de dormir en una mostra de nens d'edats compreses entre els 5 i 8 anys. Els resultats mostren que tots els nens tractats van reduir les conductes de temor i van augmentar les conductes d'interacció amb la foscor. Es destaca la necessitat d'intervenir en nens amb fòbia a l'obscuritat per reduir el patiment i la interferència del problema a nivell personal i social. Així mateix, se subratlla la importància d'incloure en les intervencions el reforçament de les conductes d'aproximació i el joc. Paraules Clau: Fòbia a l'obscuritat, tractament, teràpia de joc.

Uno de los miedos más comunes en la población infantil es el miedo a la oscuridad (Jersild y Holmes, 1935; Earls, 1980). Su incidencia es muy elevada entre los 4 y los 6 años, manifestando uno de cada tres niños pequeños temor al ir a dormir y dificultades para conciliar el sueño (Méndez, 2000). El miedo a la oscuridad posee una función adaptativa que no sólo sirve para proteger al niño de peligros inminentes, sino que también se ha considerado un factor relevante en el establecimiento del vínculo entre el niño y sus progenitores (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1998). A partir de los 9 años el miedo a la oscuridad empieza a disminuir en la mayoría de los niños. Sin embargo, en algunos casos persiste y pierde su carácter adaptativo, derivando en una fobia específica. La fobia a la oscuridad, considerada como uno de los motivos de consulta más frecuentes, se suele manifestar

Profesora asociada. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). ** Catedrático de Tratamiento Psicológico Infantil. Universidad de Murcia. * Profesor colaborador. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).*

Correspondencia: morgiles@umb.es

con protestas al acostarse y negativa a dormir con la luz apagada, de manera que el niño únicamente se tranquiliza si se le deja la luz encendida o alguien permanece con él (Jiménez, 1995). Los berrinches, pataletas y nerviosismo son continuos, así como evitar pasar la noche fuera de casa por la vergüenza y malestar que siente al requerir compañía para dormir (Ramirez, Kratochwill y Morris, 1991).

En la adquisición y mantenimiento de la fobia a la oscuridad diversos son los factores que influyen y numerosas las vías que intervienen (Méndez, 1999). Destaca, en primer lugar, la doble asociación que se establece cuando el niño se despierta en mitad de la noche a causa de una pesadilla y la madre acude de inmediato encendiendo la luz de la habitación para tranquilizarle. El niño asocia la luz con la seguridad que le proporciona la presencia de la madre y relaciona la oscuridad con el temor sufrido por las pesadillas. Por otro lado, el niño puede percibir que muchos acontecimientos negativos como secuestros, asesinatos o robos ocurren por la noche, como se muestra en las películas (observación) y en los cuentos o historias relatados por sus padres u otros adultos (transmisión de información). Destacan además las ganancias del niño que tiene miedo a la oscuridad, puesto que con sus llantos y protestas consigue mayor atención, cercanía y cuidado de sus padres.

Numerosos estudios y diversidad de autores han resaltado la interferencia de las fobias específicas en la vida del niño. Sandín (1997) considera que el miedo es necesario para el desarrollo evolutivo, pero reconoce que ciertas fobias específicas, como la fobia a la oscuridad, pueden interferir de forma significativa en todos los ámbitos de la vida infantil y juvenil. Permanecer en la oscuridad significa para el niño sentirse solo y carecer de control sobre su entorno, dado que no puede utilizar el canal de información visual (Montiel, 1989). El miedo, además de irrumpir en la vida del niño causándole un considerable malestar personal, también interfiere en su entorno familiar. Es frecuente que los familiares informen que el momento de acostar al niño se convierte en problemático y disruptivo. En concreto, Mooney, Graziano y Katz (1985) señalan que un niño con miedo a la oscuridad tarda en ir a dormir una media de 54,5 minutos más que otro niño sin miedo.

Cuando el sufrimiento es elevado y las consecuencias de la fobia perjudiciales para el desarrollo del niño y el funcionamiento familiar, es recomendable el tratamiento, aunque no se cumplan otros criterios como la persistencia de la fobia durante al menos seis meses o aunque el miedo sea muy común a su edad (Méndez, 1999). Para el tratamiento de las fobias específicas existen numerosos procedimientos cuya eficacia ha sido demostrada en diversos estudios (Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares, 2003; Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca, 2002).

Ante la necesidad de lograr tratamientos e intervenciones eficaces para la fobia a la oscuridad, el objetivo principal de nuestra investigación es analizar la eficacia de un programa de tratamiento que incluye exposición en vivo a la situación temida, juego, refuerzo y modelado. Asimismo, se pretende examinar cuál es la contribución de cada componente a la eficacia terapéutica del tratamiento.

Método

Participantes

Los participantes de nuestro estudio fueron 85 niños, con una edad media de 6 años y 3 meses y un ligero predominio del género femenino. Para el reclutamiento de la muestra se contactó con 35 colegios públicos y privados de la Región de Murcia y la Comunidad Valenciana, en los que se distribuyeron aproximadamente 8.000 ejemplares de una carta informativa en la que se ofrecía tratamiento psicológico gratuito para aquellos niños que manifestaran fobia a la oscuridad. De las solicitudes recogidas se seleccionaron aquellos niños que cumplían los criterios para participar en la investigación: a) edad comprendida entre 5 y 8 años, b) diagnóstico de fobia específica (DSM-IV) y

c) firma de los padres de un documento en el que accedían a que sus hijos participaran en la investigación.

Diseño

La asignación de los participantes a las condiciones experimentales se realizó de forma aleatoria. Los grupos experimentales fueron los siguientes: a) exposición en vivo, modelado, refuerzo y juego, b) exposición en vivo, modelado y juego, c) exposición en vivo, refuerzo y juego, d) exposición en vivo, modelado y refuerzo, e) grupo de control en lista de espera.

Procedimiento

Fueron los padres de los niños y niñas, que formaron parte de la muestra, los que evaluaron y aplicaron el tratamiento a sus hijos en su propio hogar, previo entrenamiento. Para la evaluación se utilizaron pruebas de observación artificial y natural. Fueron las siguientes:

- Prueba de aproximación conductual del niño a situaciones de progresiva oscuridad, proporcionándole cada vez menos ayudas. La prueba se lleva a cabo en la habitación del pequeño y consta de seis situaciones a las que se debe exponer el niño, que varían en cuanto a la intensidad de luz permitida. Los padres observan el tiempo de permanencia del niño en cada situación, con un máximo de 120 segundos por tarea.
- Prueba de tolerancia a la oscuridad, que permite conocer el tiempo de permanencia en una situación de oscuridad total con un máximo de 20 minutos. El niño debe acostarse en su cama con la luz de la habitación apagada como si fuera a dormir mientras 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.
- Registro a la hora de dormir, que evalúa diariamente el miedo del niño a la hora de acostarse, según una escala que adopta los siguientes valores: *nada de miedo* si 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 acostarle a la fuerza y/o duerme con sus padres.

En todos los grupos experimentales el tratamiento se aplicó durante 4 semanas por los padres en su hogar al anochecer. Constaba de 12 sesiones, de 30 minutos de duración, distribuidas a razón de 3 veces por semanas en días alternos. Los tratamientos aplicados fueron los siguientes:

- *Exposición gradual en vivo, modelado, refuerzo de las conductas de aproximación y juego*: Los niños se exponían gradualmente a situaciones de oscuridad simulando que estaban representando una historia. Cada conducta de aproximación del niño a la oscuridad era reforzada por los padres mediante elogios y frases de ánimo, así como mediante refuerzo material. Si el niño no conseguía superar el tiempo de exposición a una situación concreta de oscuridad, el padre o la madre actuaban de modelo exponiéndose ellos mismos a la oscuridad.
- *Exposición gradual en vivo, modelado y juego*: El tratamiento aplicado siguió el procedimiento descrito anteriormente, pero cada vez que el niño superaba un ítem obtenía únicamente refuerzo social.
- *Exposición gradual en vivo, refuerzo de las conductas de aproximación y juego*: El tratamiento se modificó eliminando la actuación del modelo cuando el niño no lograba permanecer el tiempo propuesto en un ítem.
- *Exposición gradual en vivo, modelado y refuerzo de las conductas de aproximación*: Durante las sesiones de tratamiento el padre indicaba al niño que llevara a cabo cada ítem de la jerarquía, pero sin juego de papeles ni representación de una historia.

- *Grupo de control en lista de espera.* 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.

Resultados y discusión

Se realizaron análisis de varianza de medidas repetidas para comprobar la existencia de diferencias significativas en cada grupo entre las puntuaciones del pretest, posttest y seguimientos. En la variable tiempo en segundos de la “Prueba de Aproximación Conductual” y de la “Prueba de Tolerancia a la Oscuridad”, los valores más altos en el posttest significan un tiempo mayor de permanecer a oscuras y, por tanto, una mejoría de los sujetos. En la variable miedo al ir a dormir del “Registro a la Hora de Dormir”, las puntuaciones más bajas en el posttest se refieren a un grado más leve de temor en el niño después del tratamiento.

La comparación entre los grupos de tratamiento y el grupo de control, mediante análisis de varianza, puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas en todas las variables dependientes. Además, se comparó el tratamiento que incluía exposición, modelado, refuerzo y juego con el resto de tratamientos. Las diferencias fueron significativas con el tratamiento sin refuerzo material ($p < 0,01$), excepto en la “Prueba de Aproximación Conductual”, que resultó marginalmente significativa ($p < 0,10$). No se observaron, tampoco, diferencias significativas con el tratamiento que carecía de modelado ($p > 0,10$). Respecto al tratamiento sin juego, fueron significativas las comparaciones en la “Prueba de Tolerancia a la Oscuridad” ($p < 0,01$).

Los resultados revelan que el tratamiento de exposición a la oscuridad es eficaz para reducir la fobia a la oscuridad en niños pequeños. Con menos de 11 sesiones de intervención, las conductas de valentía aumentaron de forma significativa y descendieron las conductas de temor y evitación a la oscuridad en todos los niños tratados. En los niños que formaron el grupo de control el grado de temor continuó siendo muy elevado, las protestas a la hora de dormir continuas y su permanencia en situaciones de oscuridad muy breve. La tasa de remisión espontánea del grupo de control se situó en torno al 8,7%, mientras que más del 75% de los niños tratados se hallaban libres del diagnóstico de fobia específica en el posttest.

Respecto a la eficacia diferencial de los tratamientos, se alcanzaron los mejores resultados con el programa que incluía, junto a la exposición a las situaciones de oscuridad, el modelado de las conductas adecuadas, el refuerzo de las conductas de aproximación y el juego en las sesiones. Este último componente y el refuerzo material se perfilaron como elementos importantes en el tratamiento, a la vista de los resultados obtenidos en el resto de condiciones experimentales.

El refuerzo material motiva a los niños a aproximarse a la oscuridad y repetir dicha interacción. La importancia de la inclusión del manejo de contingencias en la intervención en la fobia a la oscuridad se ha demostrado en estudios anteriores. Por ejemplo, Leitenberg y Callahan (1973) premiaron a los niños que lograban un tiempo de permanencia en la oscuridad mayor que en el ensayo anterior, observando que la fobia disminuyó en los 7 niños que formaron parte del estudio frente a un grupo de control. Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier (1986) utilizaron también refuerzo material y social en uno de sus experimentos, alcanzando mejores resultados que la aplicación únicamente de refuerzo social.

El tratamiento sin juego fue, tras la intervención en la que no se incluyó refuerzo, la condición experimental que alcanzó una eficacia menor, lo que resalta su importancia en el programa de tratamiento. El juego ayuda al niño a aproximarse en un principio a la oscuridad, facilita su inmersión en la terapia y minimiza la naturaleza aversiva del estímulo temido. El juego, como forma de terapia, tiene su origen en la perspectiva dinámica y en la perspectiva centrada en el

cliente. Para conseguir la exposición del niño, diversos autores han recurrido al juego como elemento que suscita respuestas incompatibles con el miedo, logrando reducir la fobia de los niños e incrementando a su vez la validez social del tratamiento, ya que su aceptación por parte de los niños y sus padres es mayor (Méndez, 2002; Mikulas et al., 1986; Sheslow, Bondy y Nelson, 1982).

Cabe destacar que, a pesar de las diferencias en los componentes incluidos en cada condición experimental, todas ellas compartían un elemento básico en el tratamiento de las fobias (Méndez, 1999), la interacción gradual en vivo, lo que puede explicar la mejoría de todos los grupos tratados y la inexistencia de diferencias significativas entre ellos en algunas variables.

El presente estudio adolece de ciertas limitaciones. Un problema importante de la investigación fue recabar una muestra representativa de sujetos que nos permitiera establecer conclusiones significativas. Frente al elevado número de circulares distribuidas en las que se ofertaba tratamiento gratuito, participaron comparativamente en el estudio pocos sujetos, probablemente debido a que los padres debían asistir a numerosas reuniones formativas durante el proceso de evaluación y tratamiento. Asimismo, la mortalidad experimental fue elevada con un porcentaje de aproximadamente un 24,5%. La mejoría de los niños y la batería de pruebas de evaluación que los padres debían cumplimentar parecen justificar los abandonos. Al examinar los índices de abandono en otros trabajos en los que el tratamiento fue aplicado por los padres, se observa que suelen alcanzar un porcentaje medio de un 28% (Forehand, Middlebrook, Rogers y Steffe, 1983), con un rango que oscila entre un 15 y un 35%. Otra limitación del estudio fue la escasa participación de los padres frente a las madres respecto a la asistencia a las reuniones y a la aplicación del tratamiento, lo que hizo necesario examinar la fiabilidad interjueces de las observaciones y la consistencia interna de los inventarios, hallándose valores adecuados.

Como conclusiones del estudio enfatizar la eficacia del tratamiento de exposición aplicado, que incluía juego, modelado y refuerzo. Todos los tratamientos activos alcanzaron una mejoría clínica y estadísticamente significativa de la fobia a la oscuridad, mientras que ésta persistía en el grupo de control al finalizar el periodo de espera. Completado el tratamiento, las conductas de miedo a la hora de dormir disminuyeron y el malestar de los niños al permanecer en la oscuridad era muy leve y no repercutía en el funcionamiento personal, social o familiar, por lo que se cumplieron los objetivos propuestos respecto al tratamiento de los participantes. Los padres aprendieron además conocimientos básicos sobre las fobias infantiles y eliminaron conductas inadecuadas que podían reforzar la fobia de los niños, lo que podía ayudarles a prevenir o resolver posteriormente otros problemas del niño o de otros hijos de la pareja. Antes de la intervención, la mayoría de los padres dejaban la luz de la habitación encendida, dormían con el niño, le acariciaban y le tomaban en brazos, o por el contrario le castigaban cuando manifestaba miedo por las noches. Después del tratamiento los padres instigaban y animaban a su hijo a enfrentarse con los estímulos temidos y reforzaban sus conductas de valentía.

Los resultados del estudio animan a continuar investigando sobre el tratamiento de las fobias infantiles para fomentar el bienestar de los niños y conseguir intervenciones adecuadas y eficaces que se ajusten a las necesidades de la población infantil.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC.
- Bados, A. (1998). Fobias específicas. En: M. A. Vallejo Pareja, *Manual de terapia de conducta*, vol. 1, 169-218, Dykinson-Psicología.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.

- Earls, F. (1980). Prevalence of behavior problems in 3 years old children. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1153-1157.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid, Pirámide.
- Forehand, R., Middlebrook, J., Rogers, T. y Steffe, M. (1983). Dropping out of parent training. *Behavior Research and Therapy*, 21, 663-668.
- González, C., Méndez, F. X. y Sánchez-Meca, J. (1996). *Terapia basada en el juego para el miedo a la oscuridad*. En SEAS (Eds.), I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés: Libro de Resúmenes (p. 54). Murcia: SEAS.
- Jersild, A. T. y Holmes, F. B. (1935). Children's fears. *Child Development Monographs*, 20.
- Jiménez, M. (1995). Miedos, fobias y trastornos de ansiedad en la infancia. En M. Jiménez Hernández (Coord.), *Psicopatología infantil* (37-60). Málaga. Ediciones Aljibe.
- Lazarus, A. y Abramovitz, A. (1979). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. En H.J. Eysenck (ed.), *Experimentos en terapia de conducta: experimentación con niños*, vol. 3, 37-45, Madrid, Fundamentos.
- 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. (1996). *Prueba de Aproximación Conductual*. Manuscrito, Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid, Pirámide.
- Méndez, F. X. (2002). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: Comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. y García, M. J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child and Family Behavior Therapy*, 18(3), 19-34.
- Méndez, F. X., García, J. M. y Olivares, J. (1997). Miedos y fobias infantiles. En M. Jiménez (ed.), *Tratamiento psicológico de problemas infantiles* (119-132), Archidona, Málaga, Aljibe.
- Méndez, F. X. y González, C. (1996). *Registro a la hora de dormir*. Manuscrito, Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Coord.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos generales* (59-92). Madrid, Pirámide.
- Méndez, F. X., Rosa, A. I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y la adolescencia. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (95-120). 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, *Handbook of parent training* (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.
- 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., Graziano, A. M. y Katz, J. N. (1985). A factor analytic investigation of children's nighttime fear and coping responses. *The Journal of Genetic Psychology*, 146 (2), 205-215.
- 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 (23-24), 1-220.
- 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* (315-327). Bethesda, MO, National Association of School Psychologists.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid, Dykinson.
- Sandín, B.; Chorot, P.; Valiente, R.M. y Santed, M.A. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: Datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (1), 15-25.
- 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.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas en el pretest y postest

		PAC	PTO	RHD
		Tiempo en segundos Rango: 0-720	Tiempo en segundos Rango: 0-1200	Miedo al ir a dormir Rango: 0-4
Exposición en vivo, modelado, refuerzo y juego	Pretest	386,57 (194,13)	229,63 (253,19)	2,35 (0,83)
	Postest	720 (0)	1155 (130,54)	0,10 (0,22)
Exposición en vivo, modelado y juego	Pretest	393,13 (162,67)	361,27 (275,34)	2,49 (0,56)
	Postest	636,42 (87,41)	766,36 (420,72)	0,87 (0,76)
Exposición en vivo, refuerzo y juego	Pretest	384,13 (183,22)	351,56 (266,39)	2,46 (0,96)
	Postest	715,33 (10,60)	1087,50 (148,03)	0,09 (0,25)
Exposición en vivo y modelado	Pretest	416,20 (153,41)	415,71 (249,33)	2,41 (0,86)
	Postest	665,33 (69,78)	835,71 (280,57)	0,21 (0,13)
Lista de espera	Pretest	399,17 (164,89)	352 (156,31)	2,43 (0,55)
	Postest	396,33 (145,31)	327,33 (125,95)	2,45 (0,50)

PAC: Prueba de Aproximación Conductual.

PTO: Prueba de Tolerancia a la Oscuridad.

RHD: Registro a la Hora de Dormir