



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DEL  
TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UNA SESIÓN  
PARA LA FOBIA ESPECÍFICA EN NIÑOS**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A  
**GRACIELA BERMÚDEZ ORNELAS**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO  
DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA HERNÁNDEZ-GUZMÁN  
TUTOR ADJUNTO: DR. MIGUEL LÓPEZ OLIVAS  
TUTOR EXTERNO: THOMAS H. OLLENDICK PH.D.  
CÓMITE: DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
DRA. MARÍA ENEDINA MONTERO Y LÓPEZ-LENA  
DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

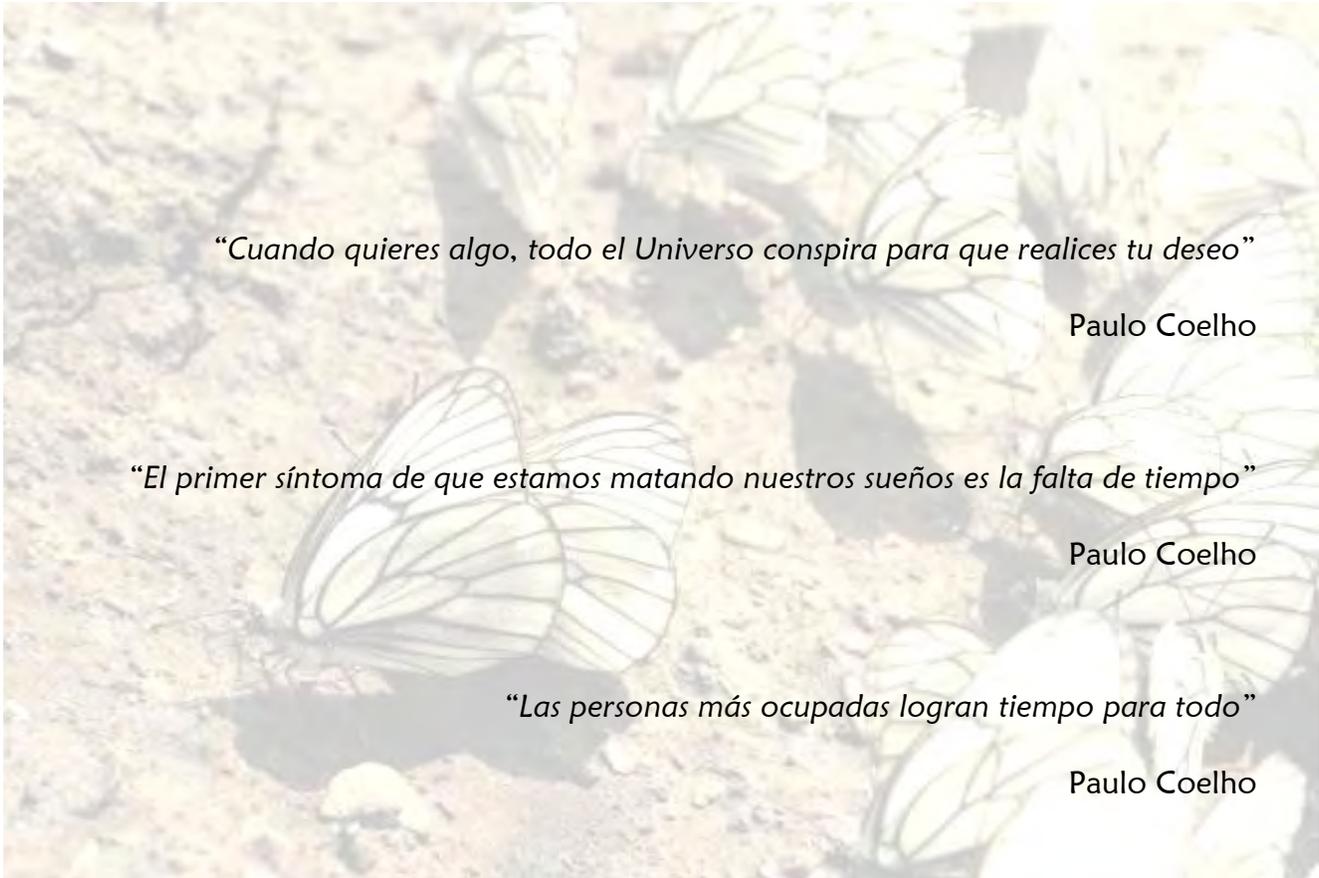


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*“Cuando quieres algo, todo el Universo conspira para que realices tu deseo”*

Paulo Coelho

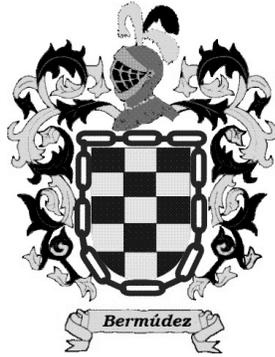
*“El primer síntoma de que estamos matando nuestros sueños es la falta de tiempo”*

Paulo Coelho

*“Las personas más ocupadas logran tiempo para todo”*

Paulo Coelho

DEDICO ESTA TESIS A:



**Jerónimo Bermúdez González<sup>t</sup>**  
**Enriqueta Moreno Medina<sup>t</sup>**

MIS AMADOS ABUELITOS

**Margarita Aguilar Soto<sup>t</sup>**

MI QUERIDA ABUELITA

## DEDICATORIAS

*A mi familia:*

Gracias por siempre estar conmigo, por apoyarme y acompañarme en el camino de la vida. Por estar siempre presentes, tanto en los mejores, como en los peores momentos. GRACIAS POR TODO.

*A mi Mami:*

Gracias mami por de nuevo brindarme todo tú apoyo, tú comprensión y tú cariño. Recalcó una vez más que sin tí, hoy no estaría en donde hoy estoy, ni seguiría el camino que me hace feliz, gracias a ti hoy cumplo esta meta y “Gracelandia I y II” son una realidad. Mami gracias porque sé que siempre podré contar con tú apoyo y comprensión. Te dedico esta tesis, porque nadie mejor que tu sabe lo que este documento significa para mí. Sin ti mami estaría perdida. GRACIAS MAMI.

*A mi Papá:*

Gracias papá por siempre enseñarme que puedo hacer todo excepto a darme por vencida, por enseñarme a siempre luchar y trabajar por lo que quiero. GRACIAS PAPÁ.

*A Liz:*

Te dedico esta tesis con todo mi cariño como símbolo de que cuando uno se propone a hacer las cosas y lucha por ellas, las logra sin importar que tan lejanas parezcan. GRACIAS HERMANITA.

*A Memo:*

Siempre estas presente, y en esta ocasión no fue la excepción. Gracias por todo tu apoyo que de una u otra manera me ayuda a estar donde estoy, a hacer lo que hago y a ser quien soy ahora. Gracias por estar presente en este ciclo que se cierra, sólo para comenzar otro. GRACIAS MEMITO.

*A mis niñas hermosas, Karina, Lucero, Pamela y Samantha:*

Mis queridas sobrinitas, las adoro y les dedico esta tesis en señal de que todos los esfuerzos que realizamos en la vida tienen su recompensa. Recuerden que cuentan conmigo para todo. GRACIAS MIS NIÑAS HERMOSAS.

## AGRADECIMIENTOS

*Dra. Laura Hernández-Guzmán:*

Gracias por el apoyo que recibí en el desarrollo y elaboración de la presente tesis doctoral, por el aprendizaje que recibí durante su desarrollo y por guiar mi formación profesional durante todos estos años. GRACIAS LAURA.

*A mis sinodales:*

*Dr. Miguel López Olivas*, por toda la paciencia y apoyo en el desarrollo de esta tesis.

*Thomas H. Ollendick Ph.D.*, por su apoyo y material brindado para llevar a término la presente tesis.

*Dr. Javier Nieto Gutiérrez*, por su paciencia e insistencia en el término de mis estudios de doctorado.

*Dr. Samuel Jurado Cárdenas*, por sus valiosas observaciones y apoyo en la elaboración de esta tesis.

*Dra. María E. Montero y López-Lena*, por su apoyo y valiosos comentarios.

*Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel*, por todo su apoyo en este proceso.

*A mis amigos de siempre y para siempre:*

*A Arturo:*

Tú sabes lo que esta tesis significa para mí, tanto profesional como individualmente. Gracias por tú amistad, sabes que eres una persona super importante para mí. Parte de esta tesis te corresponde, gracias por tantas experiencias compartidas y por todas las charlas en las que pasamos horas conversando de diferentes temas. Me conoces y sabes que no hay nada más que pueda decirte. MIL GRACIAS AMIGO.

*A Carlos:*

Eres uno de mis mejores amigos, te dedico esta tesis sabiendo que si en algún momento de mi vida tropiezo, siempre podré contar contigo para reprenderme y apoyarme aún cuando estemos lejos, sé que siempre contaré con tú apoyo. Hoy, gracias a ti valoré y entiendo el significado de la palabra “amistad”. MIL GRACIAS AMIGO.

*A mis amigas y amigo del Consultorio Médico de la Iglesia de “La Resurrección del Señor”:*

*Reynita*, desde que te conocí siempre me diste lo mejor de ti y sigues haciéndolo, doy gracias a Dios de haberte conocido y de que seas mi amiga y apoyo en todo momento. TE QUELLO MUCHO.

*Mary Carmen*, amiga “finulis” eres muy importante para mí, siempre incondicional y por personas como tú es que hoy soy feliz de conocerte y de ser tu amiga, Dios nos lleva por caminos extraños pero siempre con un fin y eso lo aprendí de ti. TE QUIERO MUCHO.

*Juan Manuel (Pelucho)*, gracias por todo tu apoyo y sobre todo por invitarme a trabajar con ustedes, en donde encontré no solo un trabajo, sino un amigo y buenos momentos. GRACIAS PELUCHO.

*Claudia*, eres una persona muy cálida y eso lo supe desde que te conocí, gracias por todo. TE QUIERO.

*A Kika, George y Violeta:*

Gracias por todo su apoyo, tanto en la realización de esta tesis, como en el proceso detrás de ella, sin ustedes probablemente hubiese tardado más en terminarla. GRACIAS POR SU APOYO.

*A Miguel Ángel:*

Gracias chaparro por todo tu apoyo, desde siempre has estado presente en todos los momentos importantes de mi vida y este no será la excepción. Gracias por apoyarme sobre todo en este momento en particular. GRACIAS ANGEL.

*A Gustavo:*

Gracias por todo tu apoyo, por la confianza, por tus consejos, por las pláticas, por escucharme y alentarme a seguir con tranquilidad y paciencia. Gracias por las atenciones recibidas y los excelentes momentos que paso contigo. GRACIAS GUS.

*A Lilia:*

Amiga, gracias por escucharme y darme mis sacudidas cuando ha sido necesario, por ser tan directa y cálida a la vez, gracias amiguita sé que este es apenas el inicio. GRACIAS LILI.

*A mis pacientes*

Les dedico esta tesis con toda admiración por el coraje con el que se enfrentan a sus problemas y en agradecimiento por depositar su confianza en mí para apoyarlos en todo su proceso terapéutico. GRACIAS.

*A mis compañeras del laboratorio de trastornos por ansiedad:*

Sin ustedes no habría sido posible la realización de esta tesis. Gracias por todas las horas compartidas de trabajo y esfuerzo desde su planeación y ahora culminación. Gracias Anel, Marco, Mariana, Kika, George, Ángeles, Janette, Cinthia y Jonathan. MUCHAS GRACIAS.

*A la UNAM:*

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas desde la Escuela Nacional Preparatoria en septiembre de 1994. Gracias por qué a lo largo de 16 años me ha formado y brindado el mayor tesoro que es una educación profesional, me enorgullece pertenecer a la UNAM y llevaré muy en alto su nombre. GRACIAS UNAM.

# ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	12
<b>Abstract</b>	13
<b>Introducción</b>	14
<b>Capítulo 1. Ansiedad en niños</b>	
1.1 Características y definición	20
1.2 Trastornos de ansiedad	23
1.2.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad	24
1.2.2 Síntomas generales	25
1.3 Ansiedad en niños	27
1.3.1 Evolución del diagnóstico	30
1.4 Diferencia entre miedo, ansiedad y fobia	32
<b>Capítulo 2. Fobia Específica: Características Clínicas</b>	
2.1 Definición	37
2.2 Diagnóstico	39
2.2.1 Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR	39
2.2.2 Criterios diagnósticos de la CIE-10	43

2.2.3 Relación entre los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el CIE-10	44
2.3 Clasificación	45
2.4 Estructura factorial	47
2.5 Prevalencia	48
2.6 Edad de inicio y duración	51
2.7 Comorbilidad	53
2.8 Etiología	58

### **Capítulo 3. Evaluación de la Fobia Específica**

3.1 Introducción	70
3.2 Aspectos básicos a evaluar	70
3.3 Métodos de evaluación	73
3.3.1 Entrevista	73
3.3.1.1 Entrevista sobre la conducta	74
3.3.1.2 Entrevista diagnóstica estructurada	75
3.3.2 Instrumentos de auto-informe	76
3.3.3 Instrumentos para padres y maestros	80
3.3.4 Evaluación conductual	81
3.3.5 Automonitoreo	82
3.3.6 Evaluación fisiológica	83
3.3.7 Medidas de laboratorio	84
3.3.8 Instrumentos de evaluación familiar	85

### **Capítulo 4. El papel de las prácticas parentales**

4.1 Introducción	87
4.2 Desarrollo de la psicopatología infantil	87
4.2.1 Contexto familiar	87
4.2.2 Interacciones padres-hijo	90

4.3 Fobia específica y familia	93
--------------------------------	----

## **Capítulo 5. Investigación sobre la eficacia de los tratamientos**

5.1 Introducción	99
5.2 Definición	102
5.3 Objetivos	103
5.4 Cambio estadísticamente significativo versus cambio clínicamente significativo	104
5.5 Comparaciones normativas	106
5.6 Índice de cambio confiable	110
5.7 Beneficios de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos	112

## **Capítulo 6. Investigación de la eficacia de los tratamientos de las fobias específicas**

6.1 Eficacia de los tratamientos de las fobias específicas	114
------------------------------------------------------------	-----

## **Capítulo 7. Método**

7.1 Problema de investigación	135
7.2 Hipótesis	136
7.3 Participantes	136
7.4 Instrumentos	139
7.5 Diseño experimental	141
7.6 Procedimiento	142

## **Capítulo 8. Resultados**

8.1 Análisis descriptivo	145
8.2 Aproximaciones conductuales	147
8.3 Respuestas de fobia específica informadas por los niños	156
8.4 Respuestas de fobia específica informadas por los padres	162
8.5 Relevancia clínica	171
<b>Discusión</b>	178
<b>Referencias</b>	188
<b>Anexos</b>	
Anexo A: Consentimiento Informado	209
Anexo B: Factor de Ansiedad del CBCL 6/18	210
Anexo C: Prueba de Aproximación Conductual	211
Anexo D: Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica	215
Anexo E: Descripción del Manual de Tratamiento	216

## RESUMEN

La fobia específica se define como un miedo persistente e irracional desencadenado por la presencia de una situación u objeto específico que se evita o soporta a costa de un intenso malestar. Dado que la rutina cotidiana se altera significativamente, resulta importante enriquecer la línea de investigación existente. La investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos ha cobrado gran interés recientemente, debido a la necesidad de asegurar la calidad de los tratamientos que se recomiendan. El tratamiento conductual se ha beneficiado de la investigación, recientemente el tratamiento conductual de una sesión de tres horas de exposición gradual, el cual cuenta ya con un bagaje importante de datos de investigación de su eficacia en adultos, no así en niños. La presente investigación buscó replicar en niños mexicanos su eficacia, explorar la participación de los padres e indagar su relevancia clínica. Participaron 41 niños con fobia específica y sus padres. El diseño implicó comparaciones intragrupo (pretest, posttest y seguimientos a los 3 y 6 meses) y entregrupos (tratamiento sólo a los niños, a los niños y sus padres, y grupo control). El tratamiento de una sesión fue eficaz en ambas modalidades. El tratamiento de una sesión dirigido al niño fue eficaz independientemente de la participación de los padres, aunque se observó que en esta última condición la significancia clínica fue mayor. El tratamiento de una sesión, es un procedimiento de fácil aplicación y breve, cuya eficacia se observa aún meses después.

## **ABSTRACT**

Specific phobia is defined as a persistent and irrational fear cued by the presence of a specific object or situation that is avoided or else endured with intense distress. The avoidance or distress interferes significantly with the person's normal routine, it is of the utmost important to generate a richer line of research regarding this problem. The research into the effectiveness of psychological treatments has won great interest recently because of the need to ensure the quality of the treatments recommended. Behavioral treatment has benefited from research of behavioral treatment of a one session of three-hour treatment with gradual exposure, which already has a significant background research data of its effectiveness in adults, but not in children. The aim of the current research was replicated their effectiveness in Mexican children, exploring the involvement of parents and investigate their clinical significance. Participants were 41 children with specific phobia and their parents. The design involved intra-group comparisons (pretest, posttest and follow-up at 3 and 6 months) and between-groups (treatment only to children, children and parents, and control group). Treatment of a session was effective in both modes. Treatment of the one session only to children was effective indenpendly of parental involvement, although it was observed that this last condition was observed that the clinical significance was greater. The one-session treatment is an easy application procedure and brief, whose effectiveness has been observed even months later.

## INTRODUCCIÓN

En el curso de su desarrollo, los niños experimentan miedos, la mayoría son transitorios, de intensidad leve y específicos de la edad. Los miedos infantiles se consideran respuestas normales del organismo que permiten el afrontamiento. No obstante, cuando persisten, suelen convertirse en una fobia específica (Fong & Garralda, 2006; Öst, 1987).

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association {APA}, 2008) define la fobia específica, como un miedo persistente, excesivo e irracional desencadenado por la presencia o anticipación claramente discernible de una situación u objeto específico. Esta clasificación diagnóstica distingue cuatro tipos de fobias y una categoría residual denominada “otros tipos”: (1) tipo animal, (2) tipo ambiental, (3) tipo sangre-inyecciones-daño, (4) situacional y (5) otros tipos.

La prevalencia de las fobias específicas en los niños es de 5% en población general y 15% en población clínica (Silverman & Moreno, 2005). La fobia a los animales es la más común (Iancu, et al., 2007; Medina-Mora et al., 2003; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000). Particularmente, en población infantil, la fobia a las arañas es la más frecuente (Muris, Merckelbach, Gadet & Meesters, 2000; Ollendick, King & Frary, 1989).

Aunque las fobias específicas inician aproximadamente a los 7 años (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez & Martínez-Vélez, 2002; Fong & Garralda, 2006; Medina-Mora, et al., 2003), pueden aparecer en cualquier momento de la vida (APA, 2008). Este trastorno sin tratamiento tiende a ser crónico (Sosa & Capafóns, 1995) e interfiere con el funcionamiento cotidiano del individuo que lo padece (Shearer, 2007).

El tratamiento de las fobias específicas ha variado, dependiendo del enfoque psicológico del que se trate. No obstante, la investigación sobre

tratamientos validados empíricamente ha señalado a la terapia conductual como la más eficaz. De entre las técnicas apoyadas en datos de investigación que cumplen con los criterios de rigor metodológico (Shearer, 2007; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; Velting, Setzer & Albano, 2004) para el tratamiento de las fobias específicas, sobresale la exposición en vivo (Antony, McCabe, Leeuw, Sano & Swinson, 2001; Capafóns, 2001; Emmelkamp, et al., 2002; Rentz, Powers, Smits, Cogle & Telch, 2003; Wald, 2004). El avance de esta línea de investigación ha permitido afinar los tratamientos, de tal suerte que Öst (1989a, 1989b) ha logrado tratar con éxito las fobias específicas mediante la técnica de exposición en una sesión única (Öst, 1989a).

Los diversos estudios realizados por Öst y sus colaboradores revelan que entre el 74% y 95% de pacientes adultos mejora después del tratamiento de una sesión, y esta mejoría se ha verificado un año después del tratamiento (Öst, Brandberg & Alm, 1997; Öst, Ferebee & Furmark, 1997; Öst, Hellström & Kaver, 1992; Öst, Salkovskis & Hellström, 1991; Öst & Sterner, 1987). Para que un tratamiento se considere validado empíricamente, basado en datos de investigación y recomendable para diversas poblaciones, un equipo de investigadores, distinto al que hubiese demostrado originalmente su eficacia, debe encontrar resultados similares (Hamilton & Dobson, 2001). Dos equipos de investigadores independientes han repetido los resultados de Öst en niños que padecían fobia específica, uno dirigido por Muris (Muris, Merckelbach, Holdrinet & Sijtsenaar, 1998; Muris, Merckelbach, van Haften & Mayer, 1997), y el otro por Ollendick (King, Ollendick, Murphy & Muris, 2000; Ollendick, 2004; Ollendick & King, 1998).

Esta línea de investigación exige estudios realizados por otros equipos independientes que corroboren la validez y generalidad del tratamiento de una sesión de las fobias específicas, aplicado a diversas poblaciones y circunstancias vitales. En el presente estudio, un grupo independiente de investigadores

mexicanos, sometió a prueba el tratamiento de las fobias específicas en una sesión en niños con fobia específica a las arañas, los perros, los gatos, la oscuridad, a las alturas y a las muñecas. Dependiendo del tipo de fobia de que se trate, se espera, como resultado de un tratamiento dirigido a la reducción de la fobia específica a las arañas, a los perros y a los gatos, que los niños se acerquen al animal y lo manipulen, para el caso de la fobia a la oscuridad, a las alturas y a las muñecas, se espera que los niños logren permanecer en la situación, asimismo que este efecto se refleje en la ansiedad general de los niños, de acuerdo con la valoración de sus padres, y que los cambios se mantengan con el paso del tiempo.

Por tratarse de población infantil, no puede dejarse de lado, la influencia que los padres tienen sobre la conducta de sus hijos, pues son ellos quienes al ser sus primeros modelos enseñan las pautas de comportamiento que posteriormente el niño aplicará en sus actividades cotidianas que van desde la casa hasta los ambientes fuera de casa, como lo son la escuela, el parque, el catecismo, entre otros (Muris, Bögels, Meesters, Van Der Kamp & Van Oosten 1996, Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon & Zwakhalen, 1998; Murris & Merckelbach, 1998; Murris, Merckelbach, Ollendick, King & Bogie, 2001).

Se publican artículos y libros de divulgación, con el propósito de intentar informar a los padres y cuidadores principales acerca de cómo educar o tratar a sus hijos y así evitar que desarrollen problemas psicológicos. Sin embargo, son muy pocos los que se basan en datos de investigación científica en psicología. En la mayoría de los casos se trata de recomendaciones fundamentadas en la experiencia personal del autor del libro o del artículo de revista, que solamente quiso compartir con el público sus propias experiencias personales, pero, la mayoría de las veces, dicha información carece de la validez y credibilidad que caracteriza a la investigación científica psicológica (Hernández-Guzmán, 1999).

La importancia de realizar investigación que evalúe el papel de los padres en el desarrollo de la psicopatología infantil, no siempre se ha reconocido. En la sociedad actual la difusión de información dirigida a población general va en aumento. Sin embargo, si la información difundida no proviene de fuentes de investigación válidas y confiables, su empleo no será de mucha ayuda en el tratamiento de la disfunción psicológica infantil (Hernández-Guzmán, 1999).

En el caso de las fobias específicas, son los padres, son los padres quienes se encuentran en la posibilidad de exacerbar o aminorar las respuestas fóbicas de sus hijos, mostrarles cómo modificar la situación y controlarla o mostrársela como incontrolable y aprobar o desaprobar su conducta frente al estímulo o situación fóbica, es decir, modular su percepción de la situación y orientar sus respuestas ante situaciones futuras (Hernández-Guzmán, 1999).

En general, la participación de los padres en el tratamiento de la fobia específica de sus hijos consiste en su educación sobre el trastorno, la revisión de las técnicas de crianza empleadas con su hijo, un análisis funcional de las reacciones fóbicas de sus hijos y, las de ellos, como padres en el manejo de su hijo con una reacción de miedo fóbico y por último la enseñanza de las técnicas a emplear en el tratamiento para que después de su aplicación, se les facilite el manejo de recaídas en el futuro (Bouchard, Mendlowitz, Coles & Franklin, 2004).

Por lo que los propósitos de la presente investigación fueron, en primer lugar indagar si en el caso de niños mexicanos se replicaban los hallazgos acerca de la eficacia del tratamiento conductual de una sesión para las fobias específicas. En segundo término, era importante averiguar si la inclusión de los padres en el tratamiento dirigido a sólo a los niños aportaba beneficios adicionales al mero tratamiento de los niños. Por último, el tercer propósito fue indagar la relevancia clínica del tratamiento conductual de una sesión para las fobias específicas.

Para cumplir con los propósitos planteados, la presente investigación se organizó de la siguiente manera:

En el primer capítulo se presenta la revisión de las características de la ansiedad en niños, sus manifestaciones, clasificación y evolución del diagnóstico.

El segundo capítulo se centra en la descripción de las características clínicas de la fobia específica, su definición, diagnóstico, clasificación, estructura factorial, prevalencia, edad de inicio, duración, comorbilidad, etiología. Para entender como es que de un miedo, que podría considerarse como propio de una edad, puede derivarse en el desarrollo de una fobia específica.

El capítulo tres se enfoca en la evaluación de la fobia específica en niños, describiendo tanto los aspectos básicos a evaluar, hasta los métodos de evaluación empleados con mayor frecuencia.

El siguiente capítulo se retoma en la descripción del papel de las prácticas parentales en el desarrollo, mantenimiento o erradicación de la fobia específica en los niños.

El quinto capítulo se concentra en la exposición de los criterios relacionados con las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos y el establecimiento de las diferencias entre cambios estadísticamente significativos de los clínicamente significativos.

A lo largo del capítulo seis se describe la investigación de resultados sobre la eficacia de los tratamientos de las fobias específicas.

Se describe el método empleado en la presente investigación.

Los resultados se describen en el capítulo ocho ordenados de acuerdo a los propósitos planteados.

Se discuten los resultados obtenidos en la presente investigación, sus alcances y limitaciones, así como algunas sugerencias para investigaciones futuras.

# **CAPÍTULO 1.**

## **ANSIEDAD EN NIÑOS**

### **1.1 Características y definición**

La ansiedad es un fenómeno que se da en cualquier persona, y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio ambiente (social, laboral o académico). Su función primordial es movilizar a la persona frente a situaciones amenazantes o preocupantes. Logra que ésta realice las acciones necesarias para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Sin embargo, cuando ocurre ante situaciones que no entrañan peligro y sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un trastorno de ansiedad, problema de salud que impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales (Edelmann, 1992; Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999).

Los problemas de ansiedad en la población representan un problema importante para los profesionales de la salud. En las últimas décadas, la investigación sobre los trastornos de ansiedad en la población adulta se ha enriquecido considerablemente. No obstante, recientemente, se sabe que la población infantil también los padece, con mayor frecuencia de la que se pensaba. Por ende, éstos representan un reto para los especialistas de la salud psicológica (Hernández-Guzmán, 1999; Manassis, 2000; Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas & Hernández-Guzmán, 1992; Weissman, 1990).

Todas las personas, en algún momento de su vida sienten ansiedad: mariposas en el estómago antes de una cita importante, el ritmo cardíaco acelerado cuando hay peligro. Esta se asocia frecuentemente con las situaciones desafiantes o peligrosas. La ansiedad incita a las personas a actuar, a enfrentarse

a una situación amenazadora, es decir, las mantiene alerta. Cuando se padece un trastorno de ansiedad, esta reacción normalmente útil puede ejercer un efecto contrario, lo que conlleva a afrontar las situaciones de la vida cotidiana de una forma defectuosa y trastornar el funcionamiento personal.

De acuerdo con Edelman (1992), la ansiedad, es una reacción natural, por lo tanto, guarda algunas similitudes con otras reacciones, tales como la alegría, el enfado, la tristeza, el miedo. La ansiedad se experimenta como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar una situación y tratar de reducir las consecuencias negativas, el individuo se alerta. En consecuencia, la reacción puede observarse en tres niveles: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

A nivel cognitivo-subjetivo, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios), aún cuando no ocurren, es decir, son resultado de la percepción (Edelman, 1992).

A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta mediante la activación de diferentes sistemas, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor, aunque también se activan otros, como el sistema nervioso central, o el sistema endocrino, o el sistema inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo sólo percibe algunos cambios en respuestas tales como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas. La persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas (Edelman, 1992).

A nivel motor observable, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para comunicarse (tartamudeo), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias, llanto, tensión en la expresión facial (Edelmann, 1992).

La ansiedad es un constructo ampliamente utilizado en la literatura psicológica, aunque sin consenso, por lo que ha adquirido diversos significados. Se emplea indistintamente términos como miedo, fobia, neurosis y angustia, lo que dificulta su diferenciación (Edelmann, 1992).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2008) define la ansiedad como un estado de aprensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible.

Hallam (1992) indica que la ansiedad es una experiencia subjetiva desagradable con reacciones desproporcionadas en presencia o ausencia de un estímulo o situación temida. Esto provoca en el individuo la activación del sistema nervioso autónomo y la pérdida de control de los movimientos motores finos, el deseo de huir o salir de la situación, el temor de perder el control y una inhabilidad general para responder ante el estímulo o situación identificada como amenazante.

La ansiedad puede manifestarse de diferentes maneras y en diferentes niveles, la gravedad dependerá de la evaluación e interpretación de las características del estímulo o situación ansiosa, influenciada por la historia personal de cada individuo. En consecuencia, un estímulo o situación que resulte amenazante o atemorizante para una persona, puede no serlo para otra (Edmund & Bourne, 1994; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1985, 1999; Meichenbaum, 1988).

De acuerdo con Hallam (1992), la ansiedad debe evaluarse con base en: (1) la conducta observable de los individuos expuestos a estímulos o situaciones temidas, (2) la percepción de las características contextuales atemorizantes o estresantes y (3) otras señales presentes en el individuo (por ejemplo reacciones fisiológicas). Esto es congruente con el modelo tripartita desarrollado por Lang (1977) que intenta explicar las manifestaciones de ansiedad. Por medio de un análisis funcional de la situación, las personas aprenden a distinguir las características de su propia ansiedad.

Existen situaciones dentro de las actividades cotidianas, así como periodos en el desarrollo del individuo en los cuales no se está exento de circunstancias vitales adversas, como desastres, pérdida o separación de los seres queridos, ante las cuales las respuestas de ansiedad son “normales”, reflejan los intentos de adaptación del individuo a los cambios de su medio ambiente (Hernández-Guzmán, 1985). No obstante, cuando esas reacciones se prolongan, salen de control e interfieren con el funcionamiento “normal” de la persona y su familia se consideran disfuncionales y se convierten en trastornos de ansiedad (Edmund & Bourne, 1994; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Shearer, 2007), debido a una respuesta ansiosa extrema y desproporcionada ante la amenaza de un determinado estímulo o situación.

## **1.2 Trastornos de ansiedad**

Cuando las reacciones (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) son demasiado intensas, o demasiado frecuentes o, simplemente poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo, se considera que se trata de un trastorno de ansiedad. Estas manifestaciones son patológicas cuando dificultan el desarrollo de las actividades cotidianas (Organización Mundial de la Salud {OMS}, 2001).

Se experimenta un estado emocional subjetivo desagradable caracterizado por pensamientos y sentimientos negativos, nerviosismo, palpitaciones, náusea, deseos de huir (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Shearer, 2007).

### **1.2.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad**

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2008) los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

- Crisis de angustia (panic attack): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.
- Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o similar.
- Trastorno de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- Trastorno de angustia con agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia inesperadas.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- Fobia específica: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones u objetos temidos, lo que da lugar a comportamientos de evitación principalmente.
- Fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que da lugar a comportamientos de evitación.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- Trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- Trastorno de ansiedad no especificado: incluye todos aquellos trastornos que causan ansiedad o evitación fóbica, pero que no reúnen los criterios diagnósticos para un trastorno en particular.

### **1.2.2 Síntomas Generales**

El modelo tripartita desarrollado por Lang (1977) para explicar las manifestaciones de los trastornos de ansiedad propone tres sistemas de respuesta independientes: motor, expresiones lingüísticas (originalmente llamado cognitivo-verbal) y estados fisiológicos. Otros autores han retomado este modelo, e introducido algunos cambios en la nomenclatura original como sigue, el “sistema motor” cambio a “comportamiento observable”, el “sistema de expresiones

lingüísticas” a “cognitivo” y los “estados fisiológicos” a “fisiológico” (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Ollendick, 2004; Öst, 1989<sup>a</sup>; Shearer, 2007).

En la tabla 1.2.2.1 se presentan las principales manifestaciones de ansiedad para cada sistema de respuesta (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Lang, 1977; Meichenbaum, 1988; Méndez, et al., 2001; Shearer, 2007).

Tabla 1.2.2.1 Manifestaciones de ansiedad para cada sistema de respuesta.

<b>SISTEMA DE RESPUESTA</b>		
<b>Conductual</b>	<b>Cognitivo</b>	<b>Fisiológico</b>
Conductas de evitación	Imágenes, pensamientos	Actividad del sistema
Respuestas de huida	y autoverbalizaciones	nervioso autónomo
Cambios en la postura corporal	catastróficas y/o de derrota	Aumento en la tasa cardiaca
Aumento o disminución de gesticulaciones	Incapacidad para concentrarse	Cambios en la respiración
Inquietud	Quejas y preocupaciones	Tensión muscular
Comerse las uñas	excesivas	Sudoración en todo el cuerpo
Temblor	Inseguridad	Náusea
Llanto	Autoexigencia	Boca seca
	Obsesiones	Mareo
	Pánico	

A pesar de que se trata de sistemas independientes con sus propias manifestaciones, éstos aparecen al mismo tiempo en presencia de un estímulo o situación ansiosa (Edelmann, 1992; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Shearer, 2007), influenciados por las características del ambiente, del individuo y por la evaluación subjetiva que éste realiza (Perrez & Reicherts, 1992).

En las pasadas dos décadas, la ansiedad se ha entendido como un conjunto complejo de reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas que reflejan su naturaleza multicomponente y multidimensional en actividad continua con un sistema de procesamiento jerárquico vía tres diferentes sistemas de expresión (Edelmann, 1992; Edmund & Bourne, 1994; Lang, 1977).

Sin embargo, la mayor parte de la información existente proviene de investigaciones descriptivas realizadas en población adulta, a pesar de que los niños también presentan trastornos de ansiedad (Hernández-Guzmán, 1999).

### **1.3 Ansiedad en niños**

Durante muchos años simplemente se han extrapolado a los niños los modelos para adultos de psicopatología, evaluación y tratamiento de los diversos trastornos psicológicos. No se han tomado en cuenta las características propias de estas etapas de la vida (Hernández-Guzmán, 1999; Mash & Graham, 2001).

A lo largo del tiempo se ha creído que los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes son transitorios e inocuos, y se han considerado poco importantes. En los últimos años, se ha reconocido que los niños tienen sus propias maneras de pensar, sentir y comportarse (Hernández-Guzmán, 1999; Kolvin & Kaplan, 1988; Mash & Graham, 2001). Se argumenta que los miedos son una manifestación normal y que desaparecen en etapas subsecuentes del desarrollo. La expresión de sus síntomas varía de acuerdo con la etapa de desarrollo en la que se encuentren.

Las manifestaciones de miedo y ansiedad en la niñez y adolescencia son similares aunque no exactamente iguales a las de los adultos. Sin embargo, es importante considerar los ámbitos de desarrollo y desenvolvimiento en los cuales se hacen manifiestas dichas reacciones. Incluyen manifestaciones fisiológicas, que reflejan la actividad del sistema nervioso autónomo; conductuales, traducidas

en comportamiento observable (respuestas de huida o evitación, llanto, comerse las uñas, temblores); y cognitivas (pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas, de preocupación excesiva, de autoexigencia o de derrota) (Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Odriozola, 1998; Silverman & Moreno, 2005).

Otras manifestaciones generales en niños y adolescentes incluyen insomnio, pesadillas, problemas de concentración y memoria, palpitaciones, taquicardia, diarrea, vómito, sensaciones abdominales, incremento en la frecuencia y urgencia de micción, sudoración, dolor de cabeza, temblores, sequedad en la boca, mareos y desmayos (Fong & Garralda, 2006; Kolvin & Kaplan, 1988).

Los objetos, situaciones, contenidos de los miedos y las fuentes de ansiedad cambian a lo largo del espectro del desarrollo. En edades iniciales, son generales e indiferenciados, y tienden a ser más abstractos y diferenciados en edades posteriores. Los miedos en los niños son comunes. El número de miedos, los objetos o situaciones atemorizantes disminuyen con la edad. Se hacen más específicos con el paso del tiempo (Beck, et al., 1985; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Kendall & Ronan, 1990; Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten, 2001; Pina, Silverman, Saavedra & Weems, 2001; Shearer, 2007; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000).

La mayoría de los miedos en niños de 0 a 6 años son generales, a veces específicos. Frecuentemente ocurre que los niños aprenden a reaccionar con temor como resultado de la imitación de la conducta de una persona significativa para ellos. A partir de estas edades, el niño es capaz de recordar y de anticiparse a situaciones futuras, por lo que los peligros que eran reales y concretos, comienzan a ser ficticios e imaginarios. Esta pauta se mantiene aproximadamente hasta los 9 años (Odriozola, 1998). A partir de este momento, el niño comienza a involucrarse en otros contextos con exigencias específicas. Por lo tanto, también

se presenta miedo a situaciones sociales, lo cual genera ansiedad y, por lo tanto, percepciones de falta de control. Esta circunstancia se encuentra directamente vinculada con la historia de reforzamiento social del niño dentro de su contexto familiar y de su historia de interacciones (Hernández-Guzmán, 1999). De los 9 a los 13 años las preocupaciones se concentran en el rendimiento escolar, en la salud y la enfermedad y los contactos sociales nuevos (Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon & Zwakhalen, 1998), y permanecen a lo largo de la adolescencia.

En la tabla 1.3.1 se presenta la evolución de los miedos más frecuentes de acuerdo con la edad (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Tabla 1.3.1 Evolución de los miedos más frecuentes en niños y adolescentes.

EDAD	MIEDOS		
	Disminuyen	Permanecen	Aumentan
0- 2 años			Pérdida de la figura de apego Separación de los padres Ruidos fuertes Extraños Heridas Animales Oscuridad
3- 5 años	Pérdida de la figura de apego Extraños	Ruidos fuertes Separación de los padres Animales Oscuridad	Daños físicos Personas disfrazadas
6- 8 años	Ruidos fuertes Personas disfrazadas	Separación de los padres Animales	Seres imaginarios (brujas, fantasmas, extraterrestres) Tormentas

		Oscuridad	Estar solo
		Daño físico	Escuela
9- 12 años	Separación de los padres	Animales	Escuela (situacional)
	Seres imaginarios	Daño físico	Aspecto físico
	Soledad	Tormentas	Relaciones sociales
			Muerte
13- 18 años	Tormentas	Animales	Escuela (situacional)
		Daño físico	Aspecto físico
			Relaciones sociales
			Muerte

La literatura de investigación ha informado que las niñas refieren más miedos (Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; King, Ollier, et al., 1989; Medina-Mora, et al., 2003), y manifiestan niveles más altos de ansiedad y mayor prevalencia de trastornos de ansiedad que los niños (March, Sullivan & Parker, 1999; Medina-Mora, et al., 2003; Muris, Merckelbach, Gadet, et al., 2000; Ollendick, 1983; Reynolds & Richmond, 1978; Spence, 1997; Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001).

La investigación sobre la prevalencia de las principales fuentes de miedo y ansiedad a lo largo del espectro del desarrollo comprueba que a edades más tempranas son generales e indiferenciados y, conforme pasa el tiempo, se vuelven específicos y se relacionan principalmente con actividades y situaciones sociales (Hernández-Guzmán, 1999; King, Ollier, et al., 1989; March, Sullivan & Parker, 1999; Muris, Merckelbach, Mayer, et al., 2000; Muris, Schmidt, et al., 2001; Ollendick, King & Frary, 1989; Spence, Rapee, et al., 2001).

### 1.3.1 Evolución del diagnóstico

Tras la publicación del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-III {APA}, 1980), los trastornos de ansiedad de la infancia y la adolescencia

se subdividieron en: trastorno de ansiedad excesiva, trastorno por angustia de separación y trastorno por evitación. Esta diferenciación del trastorno de ansiedad excesiva en niños y adolescentes, de otros trastornos de ansiedad generados por situaciones, objetos o miedos más específicos, fue de gran importancia metodológica, puesto que proporcionó un modelo novedoso para el estudio empírico de los trastornos de ansiedad.

En el DSM-III-R (APA, 1987), también se consideró que el término “trastorno de ansiedad excesiva” era el más apropiado para referirse a los estados de ansiedad generalizada en niños y adolescentes. Su publicación generó mucha investigación sobre la ansiedad en la infancia y la adolescencia, momento desde el cual, la mayoría de los estudios ha empleado sus criterios diagnósticos. Los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia se dividían en: trastorno por angustia de separación, trastorno por evitación en la niñez o adolescencia, trastorno de ansiedad excesiva, trastorno por angustia con agorafobia, trastorno por angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno por angustia, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

El DSM-IV (APA, 1994) introdujo un cambio importante, el trastorno específico infantil persistió como el trastorno de ansiedad de separación. El diagnóstico de trastorno de ansiedad excesiva infantil se suprimió y pasó a formar parte del trastorno de ansiedad generalizada de los adultos, situación que se mantiene en el DSM-IV-TR (APA, 2008).

Con la publicación de la cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, se trató de extrapolar los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad en adultos a los niños (como ocurrió en la tercera edición del DSM {APA, 1987}). En consecuencia, incluyó un apartado en donde se hace referencia a hallazgos de investigación relacionada con niños y adolescentes.

Actualmente, según del DSM-IV-TR (APA, 2008), los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes comprenden: el trastorno de ansiedad de separación, la fobia específica, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10 {WHO}, 1992), se conserva un apartado para los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en el que se incluyen las siguientes categorías diagnósticas: trastorno de ansiedad de separación de la infancia, trastorno de ansiedad fóbica en la infancia, trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (incluido un “trastorno de ansiedad”) y trastorno de las emociones de la infancia sin especificación (OMS, 2001).

#### **1.4 Diferencia entre miedo, ansiedad y fobia**

El empleo de las palabras miedo, fobia y ansiedad, en ocasiones, se realiza de manera indiscriminada, ya sea por que no se conoce su significado, o porque no se entiende que aunque comparten algunas características y síntomas, por formar parte del mismo constructo, son tres condiciones diferentes entre sí (Fong & Garralda, 2006; Méndez, et al., 2001; Ollendick, King, et al., 1989). Son términos ampliamente utilizados en la literatura psicológica, aunque sin consenso (Edelmann, 1992).

El DSM-IV-TR (APA, 2008) define la ansiedad como un estado de aprensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible.

Hallam (1992) indica que la ansiedad es una experiencia subjetiva desagradable en la cual existe conocimiento de las reacciones desproporcionadas en presencia o ausencia de un estímulo o situación temida, lo que provoca en el individuo la activación del sistema nervioso autónomo y la pérdida de control de

los movimientos motores finos, el deseo de huir o salir de la situación, el temor de perder el control y una inhabilidad general para responder ante el estímulo o situación identificada como amenazante.

La ansiedad puede manifestarse de diferentes maneras y en diferentes niveles, su gravedad dependerá de la evaluación e interpretación de las características del estímulo o situación ansiosa, influenciada por la historia personal de cada individuo. En consecuencia, un estímulo o situación que resulta amenazante o atemorizante para una persona puede no serlo para otra (Edmund & Bourne, 1994; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1985, 1999; Meichenbaum, 1988; Shearer, 2007).

Existen situaciones dentro de las actividades cotidianas, así como, periodos en el desarrollo del individuo en los cuales no se está exento de circunstancias vitales adversas, como desastres, pérdida o separación de los seres queridos, en las cuales las respuestas de ansiedad son “normales”, reflejan los intentos de adaptación del individuo a los cambios de su medio ambiente (Hernández-Guzmán, 1985). No obstante, cuando esas reacciones se prolongan, salen de control e interfieren con el funcionamiento “normal” del niño o adolescente y su familia, se consideran disfuncionales y se convierten en trastornos por ansiedad (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999; Shearer, 2007).

La ansiedad es una respuesta adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, misma que prepara al organismo para reaccionar ante una situación evaluada como amenazante o peligrosa. Los procesos implicados no son estáticos, sino que tienen distintas facetas que dependen de las modificaciones corporales, conductuales y psicológicas que ayudan al organismo a adaptarse a los cambios y exigencias de su medio ambiente. Promueve una estrategia defensiva e incrementa el estado de alerta, la evaluación y la capacidad de reacción hacia los estímulos. La habilidad para responder física, conductual y psicológicamente enfoca la atención en el objeto o situación peligrosa, y posibilita

el escape o confrontación de la amenaza. Cuando esta ansiedad se remite a estímulos específicos que implican un peligro real se habla de miedo (Edelmann, 1992; Edmund & Bourne, 1994; Shearer, 2007).

Edmund y Bourne (1994) indican que un trastorno por ansiedad:

- Es una respuesta muy intensa que incluye manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas.
- Es una respuesta de larga duración o bien persistente durante días, meses y/o años, cada vez que la situación ansiosa se presente.
- Puede derivar en una fobia que específicamente interfiera con un aspecto de la vida del individuo.

Su origen es más interno que externo. Es decir, se debe a la percepción individual de pérdida de control de una situación o estímulo específico (Edmund & Bourne, 1994). Se experimenta un estado emocional subjetivo desagradable caracterizado por pensamientos y sentimientos negativos, nerviosismo, palpitaciones, náusea, deseos de huir, etcétera (Beck, et al., 1985).

El miedo es una respuesta a un estímulo objetivo y amenazante que se activa cuando la persona se expone a la situación temida, es decir, cuando el peligro es inminente y real (Beck, et al., 1985; Edelmann, 1992; Méndez, et al., 2001; Shearer, 2007). El miedo constituye un sistema primitivo de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas. Es un motivo para el escape, mismo que se manifiesta conductualmente por medio de la huida y una emoción que se experimenta a lo largo de la vida, aunque las situaciones temidas varían con la edad (Spence, 1997).

El desarrollo biológico, psicológico y social, propio de las diferentes etapas evolutivas explica la remisión de unos miedos y la aparición de nuevos, necesarios para la adaptación a las demandas cambiantes del medio ambiente (Spence,

1997). Los miedos son muy frecuentes durante la infancia, de modo que prácticamente todos los niños refieren al menos un temor importante.

Sin embargo, el miedo puede llegar a constituir un trastorno fóbico, generar malestar clínicamente significativo y repercutir negativamente en las áreas personal, familiar, escolar y/o social. El término fobia proviene de la palabra griega *phobos* (miedo, pavor) y se utiliza en psicología para categorizar aquellos trastornos que implican la reacción de miedo intenso, acompañado de evitación, que presentan algunos individuos frente a estímulos o situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas ansiosas (Méndez, et al., 2001).

Una fobia es un temor persistente e identificable que resulta excesivo e irracional y que se desencadena por la presencia o anticipación de un objeto específico. Los niños que experimentan una o más fobias experimentan una constante ansiedad cuando se exponen al objeto. Entre las fobias comunes se incluyen el temor a los animales, la sangre, las alturas, los espacios cerrados y a volar. En los niños el temor debe durar por lo menos seis meses para ser considerado una fobia y no un temor transitorio (APA, 2008).

En general, las fobias se dividen en tres tipos:

- a) *Fobia específica* (o simple): Esta fobia es provocada por un objeto o una situación específica como volar, alturas, agujas, serpientes, etc.
- b) *Fobia social* (trastorno de ansiedad social): Esta fobia en particular se limita a situaciones sociales específicamente. Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse o conocer nuevas personas o de que los demás le avergüencen, humillen o juzguen.
- c) *Agorafobia*: Literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Se caracteriza por la ansiedad que aparece donde resulta difícil escapar u obtener ayuda. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también los relacionados con ellos, como las multitudes y la dificultad

de poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).

La investigación enfocada a cada uno de los trastornos de ansiedad constituye toda una línea de investigación, aunque se enfoca principalmente a los adultos. Dado que los trastornos de ansiedad se presentan inicialmente alrededor de los 6 años, y uno de los principales problemas que se presentan son los miedos infantiles, los cuales pueden convertirse en fobias específicas con una alta presencia en la población infantil (INEGI, 2000; Medina-Mora, et al., 2003; OMS, 2001), por lo que resulta importante su estudio en dicha población. Para tal efecto se requiere un entendimiento claro y específico de sus características clínicas para su evaluación y tratamiento.

## **CAPÍTULO 2.**

### **FOBIA ESPECÍFICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

#### **2.1 Definición**

El DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (2008) define fobia específica (antes fobia simple [DSM-III, APA, 1980; DSM-III-R, APA, 1987]) como un miedo persistente, excesivo e irracional desencadenado por la presencia o anticipación claramente discernible de una situación u objeto específico (también puede hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse por la exposición), que se evita o se soporta a costa de un intenso malestar e interfiere acusadamente con el funcionamiento cotidiano del individuo.

Otras definiciones a pesar de coincidir con la anterior hacen hincapié en los objetos o situaciones concretas, como perros, las alturas o los espacios cerrados (Silverman & Moreno, 2005; Sosa & Capafóns, 1995), y en la respuesta de ansiedad, desproporcionada y desadaptativa (Méndez, et al., 2001).

Los estímulos causantes de una reacción de miedo fóbico son discretos, por lo que aquéllos con una fobia específica pueden generalmente evitar la confrontación directa con el objeto o situación temida con cierta facilidad. Esto explica por qué la búsqueda de ayuda no es tan frecuente como en el caso de otros trastornos (Ohayon, Shapiro, Psyc & Kennedy, 2000; Sosa & Capafóns, 1995). El contacto o la anticipación con el objeto o la situación temida - desencadena un patrón típico de reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas interrelacionadas entre sí, de naturaleza multicomponente y multidimensional en actividad continua (Lang, 1977), influenciadas por las características ambientales y del individuo (Novak, 1998; Perrez & Reicherts, 1992).

A simple vista pareciera ser que las fobias específicas son trastornos fácilmente identificables. Sin embargo, existen algunas dificultades al intentar delimitar sus características y de fijar sus límites (Odriozola, 1998; McCabe, Anthony & Ollendick, 2006; Méndez, et al., 2001; Silverman & Moreno, 2005; Sosa & Capafóns, 1995).

La fobia es una forma “especial” de miedo, razón por la cual una de las principales dificultades diagnósticas se relaciona con el establecimiento de los límites entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico. Existe un acuerdo más o menos generalizado de las características de una reacción de miedo fóbico. Sosa y Capafóns (1995), y Odriozola (1998) indican que dicha reacción:

- a) Es desproporcionada a la situación que desencadena la respuesta de miedo y/o relacionada con estímulos que no son objetivamente peligrosos.
- b) No se puede manejar racionalmente.
- c) Esta más allá del control voluntario (al menos perceptivamente).
- d) No es específica de una edad determinada.
- e) Es de larga duración.
- f) Interfiere considerablemente con la vida cotidiana del niño o adolescente en función de las respuestas de evitación.

Recientemente, Méndez, et al. (2001) han indicado que para considerar un miedo infantil como fóbico, éste debe ser:

- (a) *Desproporcionado de acuerdo con las demandas de la situación.* En algunas situaciones, los objetos temidos no constituyen ninguna amenaza objetiva para el bienestar biopsicosocial del niño, de modo que el miedo es irracional. En otras, existe la probabilidad, aunque sea mínima, de peligro, por lo que la mayoría de los individuos experimentan cierto grado de malestar en presencia de un objeto o situación peligrosa. Sin embargo, la respuesta excesiva se considera fóbica.

(b) *Desadaptativo debido a su elevada intensidad.* El niño sufre en presencia del objeto o situación temida, lo que produce un deterioro de su comportamiento e interfiere con sus relaciones familiares, escolares o sociales.

Méndez, et al. (2001) añaden, asimismo, que el miedo se denomina “fóbico” si los estímulos que lo provocan son objetivamente inocuos (ratones, seres imaginarios) o tal vez no totalmente inofensivos, pero que puedan mantenerse bajo control.

## **2.2 Diagnóstico**

A pesar de su naturaleza categórica, los sistemas que gozan de mayor aceptación son el DSM-IV-TR (APA, 2008) y la CIE-10 (WHO, 1992). Por su seriedad y estabilidad en la población, las fobias específicas se encuentran incluidas en ambos sistemas.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para la fobia específica de ambos sistemas de clasificación, con sus principales características, síntomas asociados y factores relacionados.

### **2.2.1 Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR**

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2008) representan una base inicial confiable a partir de la cual se puede establecer un diagnóstico de la fobia específica. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que existen otros factores importantes para su diagnóstico relacionados con su establecimiento, desarrollo, mantenimiento, su evaluación y tratamiento oportunos (Fong & Garralda, 2006; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999).

En la Fobia Específica (DSM-IV-TR {APA}, 2008) antes Fobia Simple (DSM-III {APA}, 1980; DSM-III-R {APA}, 1987), la persona experimenta un temor

marcado, persistente, excesivo e irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o bien cuando anticipa su aparición. También puede hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Ante un estímulo fóbico, aparece de forma inmediata y casi invariable una respuesta de ansiedad y, en ocasiones, aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo fóbico. El nivel de la ansiedad o temor suele estar en función del grado de proximidad con el estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico.

En el DSM-IV-TR (APA, 2008) se especifican los siguientes criterios para el diagnóstico de la fobia específica:

- a) Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia de un objeto o situación específicos.
- b) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Que puede tomar la forma de crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación específica.
- c) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional, no ocurriendo este reconocimiento en los niños por lo que en este caso no constituye un elemento diagnóstico imprescindible.
- d) La(s) situación(es) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona y con sus relaciones laborales, académicas o sociales.
- f) En menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de por lo menos 6 meses.

- g) La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno de ansiedad.

El reconocimiento de que el miedo es irracional constituye una característica diagnóstica obligatoria para establecer un diagnóstico de fobia específica (excepto en la infancia), los temores a objetos o situaciones circunscritas son muy frecuentes, sobre todo en niños, si bien en muchos casos el grado de deterioro a que dan lugar no es suficiente para establecer el diagnóstico, si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no se diagnostica.

Los subtipos que establece el DSM-IV-TR (APA, 2008) para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica son los siguientes:

- a) Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos, este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- b) Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua, este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- c) Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.
- d) Tipo situacional. El miedo hace referencia a otras situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados. Al inicio, este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico mayor de incidencia en la segunda infancia (6 a los 9 años) y otra a la mitad de la tercera década de la vida.
- e) Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al

vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los espacios abiertos o el miedo que los niños tienen a sonidos con volumen alto o a las personas disfrazadas.

En algunos casos de fobia específica, pueden presentarse dos o más tipos de fobias relacionados a alguna experiencia traumática o por la sucesión de eventos traumáticos o no (Essau, Conradt & Petermann, 2000; McCabe, et al., 2006).

Generalmente, los niños no pueden reconocer sus miedos como excesivos o irracionales. Sin embargo, su ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, parálisis o aferrarse a otras personas; el miedo a los animales y a otras situaciones ambientales son particularmente frecuentes, teniendo a menudo un carácter transitorio cuando aparecen en la infancia. El diagnóstico de fobia específica no puede asegurarse a no ser que estos temores den lugar a un deterioro significativo de las actividades del niño, generalmente informado por sus padres o maestros (APA, 2008).

En el sistema DSM-IV (APA, 2004) y posteriormente en el DSM-IV-TR (APA, 2008), la categoría específica para trastornos de ansiedad en niños se suprimió de ambas ediciones del DSM-III (APA, 1980; APA, 1987). A partir de ese momento el diagnóstico se realiza empleando los criterios establecidos para su evaluación en adultos con indicaciones acerca de su diagnóstico en niños. Se realizaron cambios semánticos en el DSM-IV (APA, 2004), que se refieren a los trastornos de ansiedad, por ejemplo, el trastorno de fobia simple cambió a fobia específica y el trastorno de ansiedad excesiva en niños a trastorno de ansiedad generalizada, los criterios diagnósticos son compatibles entre ambas versiones y con el DSM-IV-TR (APA, 2008; Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

### **2.2.2 Criterios diagnósticos de la CIE-10**

La CIE-10 (WHO, 1992) indica que las fobias específicas (aisladas o simples) se restringen a situaciones muy específicas, tales como la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, viajar en avión, los espacios cerrados, tener que utilizar sanitarios públicos, ingerir ciertos alimentos, acudir al dentista, la visión de sangre o de heridas o el contagio de enfermedades concretas. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no se tratan, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

En la décima edición de la CIE-10 (WHO, 1992) se especifican las siguientes pautas para el diagnóstico:

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- c) Estas situaciones se evitan, en la medida de lo posible.

La CIE-10 (WHO, 1992) incluye el diagnóstico de zoofobias, claustrofobia, acrofobia, fobia a los exámenes y fobia simple como parte de las fobias específicas.

### 2.2.3 Relación entre los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y la CIE-10

Aunque ambos sistemas de clasificación son aceptables para el diagnóstico de fobia específica, existen semejanzas y diferencias en sus descripciones y criterios diagnósticos, las que se describen a continuación:

- En el DSM-IV-TR (APA, 2008) por razones de compatibilidad con la CIE-10 (WHO, 1992), el nombre de esta categoría cambió de fobia simple a fobia específica.
- En el DSM-IV-TR (APA, 2008) se elevó el umbral del miedo en el Criterio A, exigiendo que sea importante y excesivo o no razonable (así como persistente). Partiendo de revisiones de la literatura y de análisis de datos, se incluyen subtipos que describen el objeto de las fobias.
- El DSM-IV-TR (APA, 2008) incluye un criterio diagnóstico con respecto a la ocurrencia de este trastorno durante la infancia, establece un mínimo de duración para su diagnóstico y diferencia las fobias específicas de los miedos naturales del curso del desarrollo.
- Una definición similar de fobia específica aparece en ambos sistemas diagnósticos, pero en la CIE-10 (WHO, 1992) también se refiere como “fobia aislada” o “fobia simple”.
- A diferencia del DSM-IV-TR (APA, 2008), la CIE-10 (WHO, 1992) establece criterios diagnósticos menos específicos en relación con las características de la fobia específica y no establece un criterio de intensidad y duración del miedo.
- Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 requieren de la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de, por lo menos, 2 síntomas de ansiedad (de la misma lista de 13 síntomas citados para la crisis de angustia). La CIE-10 (WHO, 1992) especifica que los síntomas de ansiedad “se limiten a las situaciones temidas o a su contemplación”.

El DSM-IV (2004) indica que, además de los síntomas asociados con cada trastorno de ansiedad, puede presentarse una “crisis de angustia” (ataque de pánico), para la mayoría de los trastornos de ansiedad. Características que se mantienen en el DSM-IV-TR (2008).

## 2.3 Clasificación

En general, los métodos tradicionales de clasificación para las fobias específicas atienden exclusivamente al tipo de estímulo que desencadena la reacción de miedo fóbico (McCabe, et al., 2006; Sosa & Capafóns, 1995). En consecuencia, surgieron listas de términos fóbicos que designan el contenido del objeto o situación temida por medio de prefijos griegos o latinos (Tabla 2.3.1).

Tabla 2.3.1 Denominaciones de algunas fobias específicas.

<b>Prefijo</b>	<b>Estímulo</b>
Acrofobia	Alturas
Aracnofobia	Arañas
Brontofobia	Tormentas
Cancerofobia	Cáncer
Cinofobia	Perros
Claustrofobia	Espacios cerrados
Fotofobia	Luz
Gelofobia	Gatos
Hematofobia	Sangre
Hipofobia	Caballos
Insectofobia	Insectos
Misofobia	Suciedad, contagio
Nictofobia	Oscuridad
Nosofobia	Enfermedad
Ofidiofobia	Serpientes

Ornitofobia	Pájaros
Potofobia	Agua
Tanatofobia	Muerte
Venerofobia	Enfermedades sexuales
Xenofobia	Extraños

Este enfoque de clasificación cumple con una clara misión descriptiva. Sin embargo, conduce a una lista exorbitante de términos fóbicos, que carece de utilidad clínica. Resulta de mayor utilidad agruparlas de acuerdo con otras variables (McCabe, et al., 2006; Sosa & Capafóns, 1995).

El DSM-IV-TR (2008) distingue entre 4 tipos de fobias y una categoría residual denominada “otros tipos”. Comenzando generalmente en la infancia, aunque algunas pueden comenzar a edades más avanzadas (Tabla 2.3.2).

Tabla 2.3.2 Tipos de fobias específicas según el DSM-IV-TR (APA, 2008).

<b>Tipo</b>	<b>Estímulos fóbicos</b>	<b>Edad de Inicio</b>
Animal	Perros, gatos, ratones, serpientes, arañas, cucarachas, etc.	Segunda infancia
Ambiental	Tormentas, relámpagos, rayos, precipicios, agua, etc.	Segunda infancia Principios de la edad adulta
Sangre-Inyecciones-Daño	Sangre, heridas, inyecciones, dentista, médico, cirugía, etc.	Segunda infancia
Situacional	Transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches, etc.	Segunda infancia Mitad de la tercera década de la vida
Otras	Ruidos fuertes, personas disfrazadas, atragantamiento	Infancia Edad adulta

## 2.4 Estructura factorial

La investigación sobre la estructura factorial de los síntomas de fobia específica en niños y adolescentes es escasa. Los principales estudios realizados en esta población informan de la naturaleza heterogénea de los diferentes tipos de fobia (McCabe, et al., 2006; Méndez, et al., 2001; Silverman & Moreno, 2005).

La escasa investigación realizada en esta área, se basa principalmente en identificar si los diferentes tipos de fobias específicas coinciden con la estructura presentada en el DSM-IV (APA, 2004), es decir, su objetivo principal es validar dicho sistema de clasificación de la fobia específica en niños (Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Spence, 1997).

Uno de los principales estudios en esta área es el realizado por Muris, Schmidt y Merckelbach (1999). Desarrollaron un instrumento para medir fobia específica basado en las categorías propuestas por el DSM-IV (APA, 1994) con base en la prevalencia y características diagnósticas establecidas en el manual. El instrumento comprendía tres factores de fobia específica: fobia animal, fobia sangre-inyecciones-daño y fobia situacional-ambiental. Se aplicó a una muestra de 996 niños y adolescentes entre 7 y 19 años. Emplearon modelos de ecuaciones estructurales para realizar un análisis factorial confirmatorio. Encontraron que los tipos de fobia específica se agruparon en los tres factores esperados: (1) animal, (2) sangre-inyecciones-daño y (3) ambiental-situacional. Concluyeron tentativamente que los factores de fobia específica descritos en el DSM-IV (APA, 1994) son aplicables a población infantil y que por lo tanto pueden emplearse para discriminar los diferentes tipos de fobia.

Por su parte, Spence (1997) aplicó la Escala de Ansiedad para niños de Spence basada en la clasificación del DSM-IV (APA, 1994) que incluye factores para los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y miedo al daño físico (fobia específica del tipo sangre-

inyecciones-daño). Se aplicó a dos diferentes cohortes, cada una formada por 698 niños entre 8 y 12 años. Realizó análisis de covarianza y análisis factoriales para cada cohorte. Concluyó cautelosamente que los trastornos de ansiedad propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) son aplicables en niños. En el caso de la fobia específica, encontró que los reactivos incluidos en el instrumento se agrupaban como se esperaba en ambas cohortes.

En México, en un estudio realizado por Bermúdez-Ornelas (2003) para explorar la validez de las categorías de fobia específica propuestas por el DSM-IV (APA, 1994) en población mexicana infantil y adolescente, se aplicó a una muestra de 1681 niños y adolescentes de entre 7 y 16 años el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) (desarrollado para fines de la investigación) que incluía reactivos para los siguientes factores: fobia animal, fobia escolar, fobia situacional, fobia sangre-inyecciones-daño y fobia ambiental. Los resultados del análisis factorial realizado mostraron que la estructura factorial de la fobia específica coincide con la clasificación propuesta por el DSM-IV (APA, 1994).

El enfoque de clasificación empleado por el DSM-IV (APA, 1994) para la fobia específica hace referencia a las características del objeto o situación temida, lo que ofrece un sistema más integral y de mayor utilidad clínica que el anterior (McCabe, et al., 2006; Méndez, et al., 2001; Silverman & Moreno, 2005). Las investigaciones descritas anteriormente confirman esta forma de clasificación, puesto que los instrumentos empleados se desarrollaron con base en la clasificación del DSM-IV (APA, 1994) y los tres confirman su pertinencia para clasificar la fobia específica en niños.

## **2.5 Prevalencia**

La fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad más comunes en la población infantil. Realizar un cálculo exacto de su frecuencia en la población general es complicado, debido a que los diferentes estudios arrojan tasas de

prevalencia diferentes entre sí. Los factores que pueden explicar esta diversidad, son varios, entre los más comunes se encuentran los de tipo metodológico, ya que existen importantes diferencias entre los estudios con relación a la forma de obtención de los datos, la forma de establecer los diagnósticos y, la confiabilidad y validez de los instrumentos empleados. Otro factor que particularmente la explica, para el trastorno de fobia específica, es que el grado de malestar puede ser tolerable si la exposición a la situación u objeto temido es poco frecuente o si dicha se evita con relativa facilidad (Méndez, et al., 2001; Silverman & Moreno, 2005; Sosa & Capafóns, 1995).

Atendiendo a lo anterior, las tasas de prevalencia van desde el 3.5% hasta el 24.3% en población general. La investigación en este campo es escasa y resulta insuficiente para establecer la prevalencia real de la fobia específica en la población. Aún así los resultados de los estudios existentes parecen indicar que las fobias específicas son más comunes de lo que se piensa (Bermúdez-Ornelas, 2003; Caraveo-Anduaga, et al., 2002; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Medina-Mora, et al., 2003; Muris, Merckelbach, Mayer, et al., 2000; Silverman & Moreno, 2005).

En población infantil psiquiátrica Muris, Merckelbach, Mayer, et al. (2000) aplicaron una entrevista diagnóstica basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para evaluar los miedos de un grupo de 290 niños de 8 a 13 años. Realizaron un análisis de frecuencias para registrar la prevalencia de cada fobia en su muestra. Los resultados muestran que entre el 11.7% y 13.4% de esa población podría cumplir con el diagnóstico de fobia específica.

Por su parte, Essau, et al. (2000) investigaron la frecuencia de la fobia específica en una muestra de 1035 adolescentes entre 12 y 17 años. Desarrollaron una entrevista diagnóstica para fines de su estudio, la cual se basaba en los criterios diagnósticos para fobia específica del DSM-IV (APA, 1994). Después de identificar a los niños y adolescentes que cumplían con el criterio de

fobia específica, realizaron un análisis de frecuencias y encontraron que el 3.5% de los adolescentes cumplían con el diagnóstico de fobia específica. El tipo más común de fobia específica fue el tipo animal (1.1%), seguida de la fobia situacional (0.9%), fobia sangre-inyecciones-daño (0.8%) y otros tipos de fobia (0.4%).

En México, Medina-Mora, et al. (2003) realizaron la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) basada en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional en 2500 habitantes de población general entre 18 y 65 años que vivían en zonas urbanas. El instrumento empleado en la encuesta incluía reactivos para los 23 trastornos que conforman la CIE-10 (APA, 1992). El 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los trastornos alguna vez en su vida. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Al analizar los trastornos específicos las fobias específicas fueron las más comunes (7.1%) seguido de los trastornos de conducta (6.1%).

De la aplicación de una entrevista diagnóstica a 1685 padres de familia entre 18 y 65 años, con el objetivo de calcular la prevalencia de los principales síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes, Caraveo-Anduaga, et al. (2002) investigaron la presencia de 27 síntomas en niños de 4 a 16 años. Entre los síntomas más frecuentes que hallaron están los relacionados con la conducta y la ansiedad. Destacan, inquieto (19.4%), irritable (17.4%), nervioso o miedoso (16.4%), distraído (13.7%), entre otros. Los resultados de este estudio indican que el miedo percibido por los padres de familia en sus hijos (niños o adolescente) es alto, lo que amerita solicitar ayuda profesional.

Finalmente, un estudio realizado por Bermúdez-Ornelas (2003) en una muestra de 1681 niños y adolescentes entre 7 y 16 años aplicó el IDFE, con

un punto de corte conforme al DSM-IV (APA, 1994) en 40 puntos, informa que el 27.8% podría cumplir con el diagnóstico de fobia específica.

En cuanto al sexo, la mayoría de los estudios revisados han concluido que las mujeres informan de más síntomas de fobia específica que los hombres. La metodología empleada en cada uno, por lo general, es un análisis de diferencia de grupos o bien un análisis de frecuencias por sexo (DSM-IV {APA}, 1994; DSM-IV-TR {APA}, 2008; Essau, et al., 2000; Medina-Mora, et al., 2003; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Ohayon, et al., 2000). Generalmente, los niños refieren más síntomas y objetos de fobia específica que los adolescentes. La metodología empleada en la mayoría de los estudios revisados implicó un análisis de frecuencias y posteriormente la comparación gráfica de los resultados (Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996; Essau, et al., 2000; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Silverman & Moreno, 2005).

En México, los resultados parecen coincidir con lo informado en otros países. La aplicación de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora, et al., 2003) informó que las mujeres presentan más fobia específica que los hombres. Indican que los tres principales trastornos para las mujeres fueron: la fobia específica, la fobia social y el episodio depresivo mayor. Para los hombres fueron: dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

## **2.6 Edad de inicio y duración**

Las fobias específicas se presentan en cualquier momento de la vida. Sin embargo, existe investigación que parece indicar que la edad promedio de inicio fluctúa entre los 9 y los 16 años. En general, la infancia es la edad de inicio típica, y en la medida en que la edad aumenta se produce un descenso en el número de nuevos casos, sin dejar de presentarse (DSM-IV {APA}, 1994; DSM-IV –TR {APA}, 2008; Silverman & Moreno, 2005; Sosa & Capafóns, 1995).

La manera tradicional en que se recaba la información relacionada a la edad de inicio de la fobia específica es en forma de pregunta abierta, en la cual se pide información acerca de la edad en la que aparecieron por primera vez los síntomas de la fobia específica. El problema relacionado con este método es que en poblaciones adultas, en ocasiones resulta difícil recordar el momento preciso cuando iniciaron los síntomas. En el caso de los niños, este problema se acentúa debido a que no lo pueden recordar o bien son los padres quienes proporcionan esa información, sin estar realmente seguros del momento de su aparición, pues en ocasiones no ponen atención en las conductas de evitación (principalmente) del niño hasta que éstas se convierten en un problema familiar que requiere atención (Méndez, et al., 2001). Por esta razón, los diferentes estudios informan de diferentes edades de inicio de las fobias (Essau, et al., 2000; Hofmann, Lehman & Barlow, 1997; McCabe, et al., 2006; Medina-Mora, et al., 2003; Merckelbach & Muris, 1997; Silverman & Moreno, 2005; Stravynski, Basoglu, Marks, Sengun & Marks, 1995).

En México, los datos existentes en relación a con la edad de inicio de la fobia específica son escasos. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada por Medina-Mora, et al. (2003) se informa que la edad de inicio promedio es alrededor de los 7 años de edad y que el número de casos nuevos de fobia específica disminuye conforme avanza la edad cronológica. En esa encuesta no se presentan datos de la edad de inicio de cada tipo de fobia específica.

Entre los tipos de fobias que suelen comenzar en la infancia o antes de la adolescencia y que se mantienen hasta la vida adulta, se encuentran las siguientes: la fobia a los animales, fobia a la sangre y las heridas y algunas fobias situacionales-ambientales (p.e. fobia a las alturas) (Essau, et al., 2000; Hoffmann, et al., 1997; McCabe, et al., 2006; Stravynski, et al., 1995). Las razones de la persistencia de las fobias de origen infantil hasta la edad adulta quedan poco claras, no obstante, los datos parecen indicar que en la infancia dichas fobias se

adquieren con gran facilidad. Cuando inician en la vida adulta, normalmente se relacionan con algún tipo de acontecimiento traumático que se mantendrá a lo largo del tiempo si no se acude a tratamiento (McCabe, et al., 2006; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

Las fobias a los animales suelen aparecer antes que la fobia a la sangre y las heridas, y las fobias situacionales y ambientales aparecen más tardíamente. Así, el período de edad donde es más frecuente la aparición de las fobias tipo animal y tipo sangre-inyecciones-daño es de los 5 a los 9 años (Hoffmann, et al., 1997; McCabe, et al., 2006; Méndez, et al., 2001; Merckelbach & Muris, 1997; Sosa & Capafóns, 1995). Por el contrario, el rango de edad en el que es más frecuente el inicio de las fobias de tipo situacional (excepto el temor a las alturas) y ambiental es en la mitad de la década de los veinte (Hoffmann, et al., 1997; McCabe, et al., 2006; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

La investigación relacionada indica que una fobia específica sin tratamiento tiende a ser crónica. Se calcula una duración promedio entre 24 y 31 años (Hofmann, et al., 1997; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995). Para las de tipo animal y sangre-inyecciones-daño se calcula una duración promedio de 25 años. Para las fobias de tipo situacional es de 10 años y para las de tipo ambiental es aproximadamente de 30 años (Hoffmann, et al., 1997; Méndez, et al., 2001). Durante la infancia y adolescencia suelen aparecer trastornos que comparten síntomas, por lo que el conocer las características distintivas de cada trastorno apoya su tratamiento conjunto. A continuación se describen los trastornos que frecuentemente se presentan al mismo tiempo en esta población.

## **2.7 Comorbilidad**

La comorbilidad se define como la co-ocurrencia de dos o más trastornos al mismo tiempo, frecuentemente relacionados entre sí. La comorbilidad entre los diversos trastornos psicológicos tiene implicaciones muy importantes relativos a su

evaluación, diagnóstico y tratamiento (Fong & Garralda, 2006; Méndez, et al., 2001; Ohayon, et al., 2000; Shearer, 2007).

La comorbilidad entre los diversos trastornos mentales significa que los síntomas de un trastorno pueden ser útiles para identificar poblaciones en alto riesgo de desarrollar otro trastorno. Además, afecta la gravedad del deterioro físico, psicológico y conductual, así como la eficacia de los resultados de los tratamientos para cada trastorno (Essau, et al., 2000; Ohayon, et al., 2000; Shearer, 2007).

Entre los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad existe cierta sobreposición, razón por la cual, se puede diagnosticar a una misma persona de forma distinta. En consecuencia, desarrollar un trastorno puede exacerbarse en el desarrollo de otros trastornos de ansiedad. En el DSM-IV-TR (APA, 2008), la ansiedad y la depresión aparecen como categorías separadas. Sin embargo, ambos trastornos forman parte del mismo constructo (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque & Chartt-León, 1999; Fong & Garralda, 2006; King, Ollendick & Gullone, 1991; Ohayon, et al., 2000), pues las reacciones y los síntomas asociados se traslapan entre sí. Otros han propuesto que forman parte de un continuo donde la ansiedad es precursora de un trastorno depresivo. Una de las principales dificultades para diferenciar la ansiedad y la depresión radica en que comparten síntomas tales como: inquietud, dificultad para concentrarse, problemas de sueño y fatiga; lo que aumenta la probabilidad de error al diagnosticar sólo uno de ellos (Fong & Garralda, 2006; Méndez, et al., 2001; Schniering, et al., 2000). Los índices de comorbilidad entre un trastorno de ansiedad y uno depresivo varía de un 10% a un 60% en pacientes con alguno de estos trastornos (Kolvin & Kaplan, 1988; Méndez, et al., 2001; Roth, 1988).

Se cuestionó la depresión en la infancia hasta el advenimiento del DSM- III (APA, 1980), en el que se reconoció formalmente la existencia de la depresión

infantil, indicando que sus síntomas esenciales son similares en niños (excepto las cogniciones elaboradas y conductas suicidas), adolescentes y adultos. La edad es la variable que modula sus características y repercusiones negativas en dichos periodos de desarrollo (McCabe, et al., 2006; Méndez, et al., 2001).

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2008), un episodio depresivo típico se caracteriza por la presencia de tres o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 14 días: decaimiento del estado de ánimo, reducción de la energía, disminución de la actividad, deterioro de la capacidad de disfrutar, pérdida del interés y la concentración, cansancio excesivo, trastorno del sueño, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, estado de ánimo variable, discordante con las circunstancias, acompañado de síntomas somáticos, retraso psicomotor (observado por otras personas), agitación, pérdida del apetito y de peso (en el caso de los niños se evalúa cuando éstos no alcanzan el peso indicado para cada periodo de desarrollo). Un episodio depresivo puede calificarse como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

La presencia de depresión repercute negativamente a nivel personal (malestar físico y psicológico), familiar (deterioro de las relaciones padres-hijos), escolar (repentino descenso en el rendimiento escolar) y/o social (aislamiento). La naturaleza de las respuestas y las áreas afectadas varían con la edad. En la infancia, predominan los síntomas psicofisiológicos y motores y, conforme avanza el desarrollo, son relevantes los síntomas cognitivos y pueden presentarse dificultades en otros contextos, como el sexual, laboral o legal (Fong & Garralda, 2006; Méndez, et al., 2001).

Para evaluar la presencia de un síntoma depresivo, es suficiente el informe del niño o adolescente, excepto en los síntomas de agitación o enlentecimiento psicomotores, observados por otros, y no constituye un informe meramente subjetivo de síntomas. El informe de los síntomas se relaciona con un cambio en

la actividad previa, lo que provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o familiar (Fong & Garralda, 2006; Méndez, et al., 2001).

Los niños y adolescentes pueden mostrar síntomas de depresión similares a los de los adultos, incluyendo estado de ánimo depresivo, pérdida de interés por diversas actividades, trastornos de sueño y alimenticios, agitación, fatiga, sentimientos de culpa, falta de concentración y dificultad para tomar decisiones, pensamientos relacionados con la muerte, baja autoestima y sentimientos de desamparo (Kolvin & Kaplan, 1988). Sin embargo, los problemas más frecuentes son los de conducta (Barret, Rapee, Dadds & Ryan, 1996; Last, Strauss & Francis, 1987), escolares (Méndez, et al., 2001), fobias específicas (Essau, et al., 2000) y enuresis (Schulman, Colish, von Zuben & Kodman, 2000). Algunos equivalentes conductuales pueden incluir fuertes berrinches, desobediencia, haraganería, fobia escolar, menor rendimiento al esperado, susceptibilidad a los accidentes, conductas autodestructivas, aburrimiento, alta actividad sexual (en el caso de los adolescentes), hiperactividad, agresividad, fracaso escolar, síntomas psicósomáticos, irritabilidad, enojo excesivo, quejas y lloriqueos frecuentes.

Los patrones de comorbilidad pueden ser de diversa naturaleza, dependiendo de la problemática e historia de desarrollo de cada persona. Al momento de la evaluación debe tomarse en cuenta la posibilidad de un diagnóstico comórbido entre un trastorno de ansiedad y uno depresivo, o bien con otro trastorno de ansiedad.

Otros síntomas comórbidos a la ansiedad en general, y a la fobia específica en particular, son: los problemas de sueño que incluyen la dificultad para levantarse, los problemas para conciliar el sueño, sueño no reparador, cansancio excesivo y sueño durante la mayor parte del día. Como resultado de dicha combinación de síntomas, la mayor parte de las personas recibe un diagnóstico de ansiedad, depresión o uno comórbido (Ohayon, et al., 2000).

En la infancia, la mayor parte de los pacientes diagnosticados con algún trastorno de ansiedad, reciben un diagnóstico adicional de otro trastorno de ansiedad. Los niños con un trastorno de ansiedad generalizada son más vulnerables a desarrollar otro trastorno de ansiedad. Trastornos como los de ansiedad de separación, fobia social y fobia específica (Fong & Garralda, 2006; Last, Strauss & Francis, 1987; Strauss & Last, 1993). Essau, et al. (2000) aplicaron una encuesta que contenía reactivos para diferentes trastornos psicológicos a una muestra de 1035 adolescentes entre 12 y 17 años y encontraron que la fobia específica se relaciona con el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad de separación.

Ohayon, et al. (2000) realizaron un estudio exploratorio en una muestra de 1832 individuos entre 15 y 70 años de edad con el objetivo de identificar la prevalencia y comorbilidad de los trastornos de ansiedad y los depresivos. Encontraron que el 9.3% presentaba un trastorno de ansiedad y el 6.9% un trastorno depresivo. El 3% de la muestra presentó un diagnóstico comórbido de ansiedad y depresión.

Otros trastornos comórbidos a los trastornos de ansiedad en general y a la fobia específica en particular, son el trastorno negativista desafiante y el déficit de atención con hiperactividad (Last, Strauss, et al., 1987). A este respecto algunos investigadores sugieren que la ansiedad y la depresión pueden ser causa y resultado, al mismo tiempo, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En algunos casos los síntomas iniciales de un trastorno de la conducta enmascaran los síntomas de ansiedad y depresión por lo que no son identificados (Jensen, Shervete III, Xenakis & Richters, 1993).

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es uno de los más referidos en el escenario clínico y su impacto en la sociedad es enorme en términos de costo, estrés en las familias, en las escuelas y en el deterioro individual. La interacción entre este trastorno con trastornos del estado de ánimo

(ansiedad y depresión), problemas de conducta y de aprendizaje, influye en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento en los servicios de asistencia a la salud (Jensen, et al., 1993; Schniering, et al., 2000).

La investigación de la comorbilidad arroja resultados variados debido, principalmente, al tipo y tamaño de la muestra, y al método de evaluación empleado (Schniering, et al., 2000). A pesar de dicha variabilidad, se informa de una relación estrecha entre ansiedad, depresión y problemas de conducta principalmente (Benjet, et al., 1999; Brady & Kendall, 1992; Essau, et al., 2000; Ohayon, et al., 2000; Schniering, et al., 2000).

## **2.8 Etiología**

Las fobias específicas se consideran fundamentalmente, reacciones adquiridas. Las explicaciones más plausibles y que gozan de más apoyo en la investigación son aquellas que recurren al condicionamiento clásico (Wolpe, 1990). Explicar la adquisición de una fobia por medio de la teoría del condicionamiento clásico implica el reconocimiento de un estímulo incondicionado (EI), una respuesta incondicionada (RI), un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). La probabilidad de desarrollar un miedo condicionado aumenta por la exposición a objetos o situaciones temidas, y por la asociación entre estímulos neutros con el incondicionado. Un estímulo neutro, apareado con el estímulo incondicionado temido, adquiere las mismas propiedades del estímulo incondicionado, lo que lo convierte en un estímulo condicionado temido por asociación (Wolpe, 1990). Así como es difícil identificar el momento en el que inicia la fobia específica, lo es también relacionar el inicio de la fobia con un estímulo o situación particularmente temida. Por lo tanto, la investigación encaminada a indagar retrospectivamente cómo inicia la fobia ha aportado escaso apoyo a la explicación de las fobias específicas (Fong & Garrido, 2006; King, Eleonora & Ollendick, 1998; Rachman, 1977).

Sin embargo, la teoría del condicionamiento clásico es la más plausible y la que ha recibido más apoyo de la investigación, sobretodo de aquélla que para resolver el problema ha empleado técnicas propias de la terapia de la conducta. La definición de Wolpe (1958) de la ansiedad la describe como la respuesta autonómica de un organismo individual ante estímulos nocivos. Un estímulo nocivo es un estímulo que produce dolor. Tiende a evocar respuestas de escape o evitación, al mismo tiempo que se producen respuestas autonómicas, predominantemente de la división del simpático del Sistema Nervioso Autónomo. Las respuestas a los estímulos nocivos se pueden condicionar y son la base de todas las respuestas aprendidas de ansiedad, ya sean adaptativas o desadaptadas.

Esta definición ha requerido una visión más amplia del perfil fisiológico de las respuestas de ansiedad. Generalmente la respuesta de ansiedad se ha constreñido a la respuesta galvánica de la piel, a respuestas respiratorias, y a una variedad de respuestas vasculares periféricas y de tensión muscular. Sin embargo existe una amplia gama de componentes autonómicos adicionales de la ansiedad. La ansiedad subjetiva correlaciona con la elevación de la presión sanguínea, alteraciones de la actividad gastrointestinal, respuestas de la pupila y cambios característicos en los potenciales evocados del electroencefalograma. Las variaciones del equilibrio autonómico también deben recibir atención, dado que ocurre una serie de cambios endócrinos muy extensos. La implicación de estas observaciones es que a menos que se tenga un conocimiento comprensivo de las respuestas autónomas del individuo, no se podrá hablar de sus emociones como independientes de la activación autónoma.

La importancia de esta definición de ansiedad es que se basa en una respuesta incondicionada. Los estímulos neutros que tienen un impacto sobre la persona cuando se evoca el miedo tienen la posibilidad de condicionarse a ese miedo. Este condicionamiento debe ocurrir teóricamente con cualquier forma de estimulación contigua, sonidos, cosas, personas, palabras, ideas, cualquier cosa

vista oída o sentida, cualquier cosa percibida por la persona. Este condicionamiento de segundo orden extiende el miedo a nuevos estímulos.

Se pensaba que todos los estímulos se podían condicionar al miedo. En 1971, Seligman, al tratar las leyes del aprendizaje, propuso que sólo ciertos estímulos se pueden conectar fácilmente a respuestas de miedo. Los llamó estímulos preparados y sugirió que su propensión especial a condicionarse con el miedo tenía una base filogenética. Su suposición era que tales estímulos tienen algún significado especial en la historia evolutiva de las especies. La experiencia clínica indica que los lugares cerrados, los animales, y los insectos tienen mayor propensión a convertirse en estímulos fóbicos que las casas, las flores o las nubes. Sin embargo la explicación filogenética no se puede dar como un hecho. Otra posibilidad es que simplemente en el curso normal de algunos objetos como las flores y las casas se conviertan en estímulos asociados con situaciones placenteras, o por lo menos neutras, lo que impide que se dé un condicionamiento ansioso. En el caso de los niños una vez que se ha dado un repertorio de miedos condicionados existe la posibilidad de que éstos se extiendan a nuevos miedos a partir del condicionamiento clásico de segundo orden. Este repertorio es también la base para que se extienda a miedos de una manera distinta, basados en información, lo que Rachman (1977) ha indicado que se tiende a ignorar. Una persona podría tener miedo a los secuestros o a la comida contaminada o que alguien apunte una pistola hacia él, no por condicionamiento clásico, sino por información. Ésta se facilita porque el uso del lenguaje resulta en la asociación de miedos en general con ideas de peligro. Existe mucha confusión acerca de la biología de la ansiedad y ésta viene de la presuposición de que es diferente de los miedos verbales. Básicamente no existe diferencia entre éstos. Tal como los miedos normales, la ansiedad se desarrolla a partir del condicionamiento clásico y, en algunos casos, en la información (aprendizaje cognitivo). La ansiedad clínica condicionada clásicamente surge de la ansiedad evocada por estímulos condicionados, y son la base del condicionamiento de segundo orden.

No obstante, autores como Rachman (1977) han cuestionado la capacidad de la teoría del condicionamiento clásico para explicar las fobias específicas. Ha propuesto este autor tres vías de adquisición para las fobias específicas: condicionamiento directo (experiencia de naturaleza traumática con el estímulo temido), modelamiento (experiencia indirecta con el estímulo o situación temida) y transmisión de información (instrucción acerca del objeto o situación temida por terceros significativos) (King, Eleonora, et al., 1998; Méndez, et al., 2001; Rachman, 1977; Ollendick & King, 1991; Sosa & Capafóns, 1995).

La metodología empleada para investigar la forma en la que la fobia se adquirió se realiza mediante estudios retrospectivos. En los que se pide directamente a la persona con fobia que recuerde la primera experiencia de miedo intenso frente al objeto temido. Esta forma de evaluación tiene serios problemas metodológicos. Básicamente se debe confiar en la información que la persona proporcione, lo que en ocasiones no representa un registro fidedigno de los acontecimientos, debido a que ésta debe recordar algo que probablemente ocurrió años atrás. En el caso de los niños, son sus padres quienes proporcionan la información, pero en algunos casos ni siquiera ellos saben el origen de la fobia de sus hijos. Sin embargo, no se cuenta con otro método para conocer dicha información. En general, los estudios existentes al respecto evalúan tanto la percepción del niño como la de sus padres y, por lo general, refieren inconsistencias. No obstante, la investigación sobre las formas de adquisición de las fobias infantiles es escasa y los resultados varían considerablemente (Méndez, et al., 2001; Fong & Garralda, 2006; Sosa & Capafóns, 1995).

Con el objetivo de investigar las principales vías de adquisición de las fobias, diversos autores han propuesto diferentes diseños y controles para que la información obtenida sea lo más próxima a la realidad. La variabilidad de los resultados informados por los diferentes estudios se relaciona con la validez y confiabilidad del informe retrospectivo de los participantes en los diferentes estudios (King, Clowes-Hollins, et al., 1997; King, Eleonora, et al., 1998). La

investigación en esta área de conocimiento es escasa, tanto en poblaciones adultas como infantiles, razón por la cual se presentan datos de estudios realizados en ambas poblaciones. A continuación se describen brevemente los más importantes realizados en relación a este aspecto de la fobia específica (Tabla 2.8.1).

En un estudio, realizado por Öst y Hugdahl (1981), se aplicó un cuestionario para investigar el origen de su fobia a 110 pacientes diagnosticados con diferentes tipos de fobia (fobia específica, fobia social y agorafobia). El cuestionario constaba de nueve preguntas en formato de respuesta “sí” o “no”, desarrollado por ellos mismos (dos preguntas para condicionamiento clásico, tres preguntas relacionadas con transmisión de información y cuatro preguntas relacionadas con el modelamiento). Antes de aplicar el cuestionario se pidió a los participantes que escribieran todo lo que recordaban del momento en el que adquirieron su fobia. Después de la aplicación del cuestionario realizaron un conteo de las respuestas en las que la respuesta fuera afirmativa y con esa información establecieron a que vía de adquisición estaba relacionada la fobia de cada participante. Se observa en los resultados que el 57.5% relacionó su fobia con el condicionamiento directo, el 17% señaló hacia el modelamiento, el 10.4% a la transmisión de información y el 15.1% restante no recordó el origen de su fobia.

Tabla 2.8.1 Principales investigaciones en el origen de las fobias específicas.

<b>Autor</b>	<b>Fobia</b>	<b>Muestra</b>	<b>Método de Investigación</b>	<b>Forma de Adquisición</b>	<b>Porcentaje</b>
Öst y Hugdahl (1981)	Diferentes tipos	110 adultos 19-48 años	Autoinforme	Condicionamiento directo	57.5%
				Modelamiento	17%
				No informó	15.1%
				Transmisión de información	10.4%
Ollendick y King (1991)	10 principales miedos	1092 niños 9- 14 años	Autoinforme	Modelamiento	56%
				Transmisión de información	39%
				Condicionamiento directo	37%
Doogan y Thomas (1992)	Fobia a los perros	30 niños 8- 9 años	Entrevista al niño	Condicionamiento directo	91%
				Transmisión de información	82%
				Modelamiento	73%
King, Clowes-Hollins y Ollendick (1997)	Fobia a los perros	30 niños 1- 12 años	Entrevista a los padres	Modelamiento	53%
				Condicionamiento directo	27%
				No informó	13%
				Transmisión de información	7%
Graham y Gaffan (1997)	Fobia al agua	33 niños 5- 8 años	Entrevista a los padres	Condicionamiento directo	33.3%
				Modelamiento	33.3%
				Transmisión de información	81.8%
Merckelbach y Muris (1997)	Fobia a las arañas	26 niñas ME= 12.5 años	Entrevista al niño	Condicionamiento directo	42.3%
				Modelamiento	15.3%
				Transmisión de información	3.8%
			Entrevista a los	Condicionamiento directo	38.3%

				padres	Modelamiento	26.9%
					Transmisión de información	3.8%
Muris, Merckelbach y Collaris (1997)	10 principales miedos	129 niños 9- 13 años		Autoinforme	Condicionamiento directo	45.8%
					Modelamiento	3.8%
					Transmisión de información	35.1%
					No informó	15.3%
Mulkens y Bögels (1999)	Fobia a sonrojarse	61 adultos 18- 40 años		Autoinforme	Condicionamiento directo	96.7%
					Modelamiento	70.5%
					Transmisión de información	78.7%
Muris, Merckelbach, Ollendick, King y Bogie (2001)	Miedos nocturnos	176 niños 4- 12 años		Entrevista al niño	Condicionamiento directo	25.6%
					Modelamiento	13.2%
					Transmisión de información	77.5%
					No informó	24%
				Entrevista a los padres	Condicionamiento directo	23.6%
					Modelamiento	9%
					Transmisión de información	61.9%
					No informó	34.5%

Por su parte, Mulkens y Bögels (1999) aplicaron un cuestionario para investigar el origen de la fobia a sonrojarse a 61 adultos entre 18 y 40 años de edad. Se les pidió que contestaran según recordaran como es que habían adquirido su fobia o bien con base en el recuerdo de la primera vez que se presentó. El 96.7% de la muestra indicó que había adquirido su fobia por medio del condicionamiento directo, el 78.7% lo atribuyó con la transmisión de información y el 70.5% al modelamiento. Los autores concluyen cautelosamente que el establecimiento de la fobia a sonrojarse se relaciona con experiencias de condicionamiento directo principalmente, pero en combinación con la transmisión de información en primer lugar y con el modelamiento en segundo.

Los resultados anteriores no coinciden del todo con un estudio realizado por Ollendick y King (1991), quienes exploraron las vías de adquisición de los miedos infantiles en una muestra de 1092 niños y adolescentes australianos y americanos entre 9 y 14 años de edad, quienes refirieron sus principales miedos contestando el Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R) desarrollada por Ollendick (1983) que incluye una sección en donde el niño contesta una serie de preguntas relacionadas con las vías de adquisición propuestas por Rachman (1977). Se realizó un análisis de frecuencias de las respuestas contestadas de forma afirmativa y se estableció la vía de adquisición para cada participante. Encontraron que el 56% atribuía el origen de su fobia al modelamiento, el 39% a la transmisión de información y el 37% al condicionamiento clásico. Concluyen de forma cautelosa que las vías de adquisición de la fobia específica interactúan entre sí, más que actuar en forma aislada.

También, basados en las vías de adquisición propuestas por Rachman (1977), Doogan y Thomas (1992) aplicaron una versión simplificada del Fear Survey Schedule para adultos (Geer, 1965) con una escala de respuesta de 0 a 7, siendo cero nada de miedo a 30 niños entre 8 y 9 años de edad diagnosticados con fobia a los perros. El 91% de los niños relacionó el inicio de su fobia con el condicionamiento clásico, el 82% con la transmisión de información y el 73% con

el modelamiento. Con base en los resultados, concluyeron que el condicionamiento clásico era la principal vía de adquisición de la fobia específica. Sin embargo, también atribuyen responsabilidad a la transmisión de información y el modelamiento a la vez que sugirieron que las vías de adquisición interactúan entre sí, más que actuar individualmente.

Resultados similares obtuvieron, Muris, Merckelbach y Collaris (1997) al aplicar, en una muestra de 129 niños entre 9 y 13 años, un cuestionario de autoinforme relacionado con los principales miedos en la infancia y su origen. El cuestionario incluyó reactivos para los siguientes subtipos de fobia específica: fobia a los animales, fobia a lo desconocido, fobia al peligro y a la muerte, fobia médica, fobia a la crítica y fobia a las arañas. Se realizaron análisis de frecuencias y pruebas de diferencia de grupos para discriminar entre las diferentes vías de adquisición. El 45.8% de la muestra atribuyó su fobia al condicionamiento directo, el 35.1% a la transmisión de la información, el 3.8% al modelamiento y el 15.3% no relacionó el inicio de su fobia con ninguna vía de adquisición.

Dentro de esta misma línea de investigación, otros estudios han incluido la opinión de los padres respecto a la adquisición de la fobia por sus hijos. Así, King, Clowes-Hollins, et al. (1997), en una muestra de 30 niños entre 1 año 11 meses y 12 años 8 meses con fobia a los perros, entrevistaron a los padres. Durante la entrevista se les explicó las características de cada vía de adquisición de la fobia propuestas por Rachman (1977), posteriormente se les pidió que describieran cual era la forma en la que ellos creían que su hijo(a) había adquirido la fobia a los perros. Contrario a las investigaciones anteriores, los padres informaron que el modelamiento (53%) era la principal vía de adquisición de la fobia de su hijo(a), seguido por el condicionamiento clásico (27%) y la transmisión de información (7%). Interesantemente, muchos de los padres informaron tener miedo a los perros desde pequeños e informaron ponerse nerviosos cuando estaban cerca de uno, aún en presencia de sus hijos. El 13% de la población no logró identificar

ninguna de las condiciones propuestas para explicar el inicio de la fobia de sus hijos(as).

La falta de concordancia entre un estudio y otro añade tentatividad a las conclusiones sobre el origen de la fobia específica. Aunque la mayoría parece atribuirla a causas múltiples más que a una sola. A esta conclusión llegaron Graham y Gaffan (1997), al investigar en una muestra de 33 niños y entre 5 y 8 años, diagnosticados con fobia al agua, la distribución de las vías de adquisición. Entrevistaron a las madres acerca de las experiencias previas de sus hijos con el agua, y de las actitudes y destrezas de los miembros de la familia con respecto a la misma. Las madres contestaron el cuestionario relacionado con la información del resto de la familia y, ambos, madre e hijo(a) contestaron el cuestionario del origen de los miedos. Los resultados mostraron que el 33.3% de las madres relaciona la fobia de su hijo(a) con condicionamiento directo, otro 33.3% con modelamiento y el 81.8% con transmisión de información.

Otra fobia, cuyo origen se ha explorado es la fobia a las arañas. Merckelbach y Muris (1997) entrevistaron a 26 niñas diagnosticadas con una media de edad de 12.5 años acerca de sus experiencias de condicionamiento, modelamiento o transmisión de información con respecto a su fobia. Este estudio también incluyó una entrevista a sus padres. Las niñas informaron de más experiencias de condicionamiento directo (42.3%), seguido por el modelamiento (15.3%) y transmisión de información (3.8%), en tanto que sus padres señalaron al condicionamiento directo (38.3%), seguido por modelamiento (26.9%) y transmisión de información (3.8%).

No todos los estudios muestran coincidencia entre padres e hijos respecto al origen de la fobia de estos últimos. En relación con los miedos nocturnos, Muris, Merckelbach, Ollendick, et al. (2001) aplicaron una entrevista diagnóstica a 176 niños con sus padres entre 4 y 12 años para determinar el origen de sus miedos nocturnos. Al entrevistar a los padres se les pidió que describieran la primera vez

que su hijo(a) había presentado el problema. A los niños se les hacían preguntas relacionadas con sus conductas, sentimientos y pensamientos relacionados con su miedo. La mayoría de los niños atribuyeron su miedo a la transmisión de información (77.5%), seguido por el condicionamiento directo (25.6%) y el modelamiento (13.2%). Un 24% de los niños no pudo relacionar el origen de su miedo con una de las vías de adquisición propuestas por Rachman (1977). Por otra parte, los padres atribuyeron el origen de la fobia de sus hijos primordialmente a la transmisión de información (61.9%), seguido por condicionamiento directo (23.6%) y por modelamiento (9%). Sin embargo, un 34.5% de los padres no mencionó ningún tipo de origen. Se observa en los resultados que existe congruencia entre las respuestas padres-hijos, pero no es completa. Esta discrepancia en la información proporcionada por cada uno indica que tanto los niños como los padres tienden a percibir sus experiencias de manera diferente, por lo cual es importante tomar en cuenta ambos informes para tener un panorama más preciso de la situación.

La variabilidad de los resultados obtenidos puede deberse a la forma de recabar la información, dada la naturaleza retrospectiva de las respuestas proporcionadas por el niño o por sus padres y escasa credibilidad. Concluyen que el condicionamiento directo es la principal vía de adquisición para la fobia específica. Por sí misma una experiencia directa de condicionamiento con un objeto o situación es suficiente para desarrollar una fobia específica. Aún cuando la transmisión de información y el modelamiento no son formas frecuentes de adquisición, juegan un papel importante en el desarrollo del niño ya que aunadas al condicionamiento directo pueden propiciar el desarrollo de una fobia específica. Aunque los resultados de la mayoría de los estudios sugieren que el establecimiento de la fobia específica incluye más de una vía de adquisición, usar al niño o a sus padres como informantes no es fidedigno.

Las condiciones de evaluación arrojan resultados poco concordantes. Los estudios basados sólo en el autoinforme del niño muestran que si bien se

considera el condicionamiento directo como la principal vía de adquisición, no todos los niños refieren adquirir su fobia de esta manera. Los estudios realizados con el informe de los padres producen resultados dispares entre sí, la adquisición de la fobia de sus hijos se debe al condicionamiento directo o bien a la transmisión de información, y el informe entre padres e hijos difiere considerablemente entre sí. En conclusión, la exploración de la vía de adquisición de la fobia específica es una herramienta más para evaluar la historia de las interacciones del niño con el objeto fóbico.

La fobia específica constituye el más frecuente de los trastornos de ansiedad y se encuentra entre los trastornos psicológicos más comunes. Es también el trastorno de ansiedad cuyo tratamiento es más exitoso, pues llega a lograr una mejoría clínica mantenida entre el 90% y el 100% de los casos que se someten a un tratamiento conductual. Es un trastorno comórbido con otros trastornos de ansiedad, la depresión, déficit de atención y los problemas de conducta, entre otros, que interfieren con las actividades cotidianas tanto del niño como de las personas que le rodean, lo que ofrece obstáculos a una interacción adecuada en los espacios en donde se desenvuelven.

La mayoría de los estudios ubican el origen de la fobia específica con el condicionamiento directo, aunque existe investigación que indica que es multifactorial. La comprensión de sus aspectos diagnósticos, su epidemiología y de sus características clínicas son importantes para su tratamiento. Sin embargo, un aspecto muy importante que, por lo general, se deja de lado, o bien no se le da la suficiente importancia, es su evaluación. Una adecuada y completa evaluación de la fobia específica permite diferenciarla de otros trastornos. A continuación se revisarán sus componentes básicos y los principales métodos de evaluación disponibles en la actualidad.

## **CAPÍTULO 3.**

### **EVALUACIÓN DE LA FOBIA ESPECÍFICA**

#### **3.1 Introducción**

Una adecuada evaluación es crítica para establecer un diagnóstico adecuado, formular y evaluar un plan de tratamiento y, para el planteamiento y desarrollo de investigaciones. Entre los principales sistemas de evaluación se encuentran: la entrevista, la entrevista sobre la conducta, la entrevista diagnóstica estructurada, instrumentos de auto-informe, instrumentos para padres y maestros, observación conductual, automonitoreo, evaluación fisiológica y recientemente medidas de laboratorio e instrumentos de evaluación familiar (King, Ollendick & Murphy, 1997; McCabe, et al., 2006).

Al decidir emplear un tipo de evaluación u otro se debe atender a las necesidades del niño, así como a los recursos e infraestructura disponibles para realizar la evaluación, además se debe considerar cuales serán los aspectos que se desean evaluar antes de tomar decisiones con respecto al número y tipo de instrumento que se empleará para evaluar cualquier trastorno en general, y la fobia específica en particular. A continuación se presentan los aspectos básicos a evaluar y algunas opciones para hacerlo más confiablemente.

#### **3.2 Aspectos básicos a evaluar**

Las reacciones de un niño con fobia específica ante el contacto o la anticipación del objeto o situación temida desencadena un patrón típico de reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas interrelacionadas entre sí, en actividad continua (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994; Fong & Garralda, 2006; Hernández-Guzmán, 1999; Lang, 1977; Meichenbaum, 1988; Méndez, et al., 2001; Shearer, 2007), influenciadas por las características ambientales y del individuo (Perrez & Reicherts, 1992).

Méndez, et al. (2001) retoman el modelo tripartita propuesto por Lang (1977) para explicar las respuestas de la fobia específica, y distinguen las siguientes manifestaciones para cada sistema de respuesta:

(a) *Psicofisiológicas*. En este tipo de respuestas se observa un notable aumento de la actividad vegetativa:

- Respuestas electrodérmicas: aumento en la actividad de las glándulas sudoríparas del cuerpo (manos sudorosas, húmedas o pegajosas) e incrementa la conductancia de la piel.
- Respuestas cardiovasculares: aumentan las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones), incrementa la presión arterial y las pulsaciones; los cambios en el flujo sanguíneo, varían la coloración de la piel (enrojecimiento o palidez) y la temperatura (calor o frío súbito).
- Otras respuestas: aumenta el tono muscular (es posible producir movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diversas zonas del cuerpo) e incrementa la tasa respiratoria (percibida como sensaciones de ahogo o suspiros).

Además, puede presentarse inhibición de la salivación, contracciones estomacales, náuseas y diarrea. Existen importantes diferencias individuales en el patrón de reacciones autónomas, de forma que no existe una única medida que represente la reacción somática de miedo para todos los individuos (Beck, et al., 1985; Lang, 1977; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

(b) *Motoras*. El comportamiento motor infantil se dirige a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos fóbicos:

- Respuestas de evitación activa: el niño o adolescente realiza acciones que impiden la aparición o confrontación con los estímulos que provocan sus respuestas de ansiedad.

- Respuestas de evitación pasiva: el niño o adolescentes deja de realizar una acción o acciones, logrando que los estímulos causantes de ansiedad no se presenten.
- Respuestas de escape: el niño o adolescente se aleja del objeto o situación fóbica cuando se encuentra de forma inesperada con él.
- Respuestas motoras alteradas: si las condiciones fuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen alteraciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, tartamudeos, repeticiones) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales).

A este nivel, la reacción más frecuente puede ser abandonar la situación temida lo más rápidamente posible y tratar de evitarla en el futuro (Beck, et al., 1985; Essau, et al., 2000; Lang, 1977; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

(c) *Cognitivas*. Respuestas completamente subjetivas en forma de pensamientos e imágenes mentales relacionadas con la situación fóbica:

- Percepción de estímulos como amenazantes (el perro tiene un aspecto muy feo).
- Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento (soy miedoso).
- Preocupación por las reacciones somáticas (¿y si me mareo?).
- Planes e intentos de escape/evitación (no pienso ir al dentista).
- Expectativas de daño (me va a doler la inyección).

El niño desarrolla una serie de creencias sobre la situación temida y sobre su capacidad para afrontarla, así como un amplio conjunto de interpretaciones subjetivas acerca de sus reacciones fisiológicas. Todo ello se puede traducir en imágenes o autoverbalizaciones sobre las consecuencias negativas que espera al enfrentarse con el objeto o situación temida (Beck, et al., 1985; Lang, 1977; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

Las relaciones entre los tres tipos de respuesta (fisiológico, conductual y cognitivo) son de naturaleza tal, que complica no sólo la evaluación del miedo, sino también la toma de decisiones diagnósticas. La medida aislada de alguno de los tres tipos de reacciones puede no reflejar adecuadamente el problema de un individuo particular (Lang, 1977; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995). Por lo que a continuación se presentan diversos métodos de evaluación, que en combinación podrían acercarse a la realización de una evaluación y diagnóstico más acertados.

### **3.3 Métodos de evaluación**

#### **3.3.1 Entrevista**

La entrevista es el método empleado más comúnmente para la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes, administrándose a ellos mismos, a sus padres e incluso a sus maestros. Entrevistar al niño o adolescente permite el establecimiento de una relación terapeuta-paciente que ayuda a mantener su interés y establecer una situación en la cual las preguntas y/o respuestas ambiguas pueden aclararse. La entrevista puede modificarse y adaptarse al nivel de desarrollo del niño (Kendall, Chansky, et al., 1992).

La entrevista puede emplearse con tres propósitos diferentes: (1) como instrumento exploratorio para la identificación de variables y relaciones, sugerir hipótesis y fases para una investigación; (2) como instrumento principal de una investigación o (3) puede ser un instrumento complementario para una investigación (Kerlinger, 1988).

Por lo general se aplica de dos maneras:

(a) *Estructurada*. Permite obtener información para organizar un marco teórico y conceptual congruente con el problema que se estudia, la información se

recolecta con lápiz y papel o grabadoras; la información recolectada de esta manera permite efectuar análisis cualitativos o cuantitativos.

(b) *Semiestructurada*. Comienza con una serie de preguntas clave que permitirán al entrevistador indagar y obtener mayor información, se emplea principalmente en estudios de carácter exploratorio, aunque esta flexibilidad es su principal desventaja y da lugar a la realización de preguntas poco relacionadas con el trastorno que se pretende evaluar.

A continuación se describen los dos tipos de entrevista más comúnmente empleadas en la práctica profesional por terapeutas e investigadores: la entrevista sobre la conducta y la entrevista diagnóstica estructurada.

### **3.3.1.1 Entrevista sobre la conducta**

La entrevista sobre la conducta es un paso crucial en el proceso de evaluación, cuyo principal propósito es establecer “rapport” con el niño y su familia, obtener información de la conducta fóbica, sus antecedentes y consecuencias, evaluar el nivel de desarrollo, determinar el contexto en el que ocurre y formular planes de tratamiento (King, Ollendick, et al., 1997).

Una diferencia importante entre una entrevista sobre la conducta y una entrevista tradicional es el tipo de información recolectada y el tipo de preguntas formuladas. Cooper, Heron y Heward (1987) describe la entrevista sobre la conducta como un modelo que se enfoca en “qué hace” el paciente, en “qué situaciones” y “cómo responden” otras personas relacionadas con él (qué hacen ellos antes y después de que el paciente emite tales conductas). “¿Qué?” y “¿cuándo?” se emplean más que el “¿por qué?” permitiendo respuestas más elaboradas que contestaciones de sí o no.

Entrevistar a un paciente fóbico requiere anticipar que puede ser alguien tímido, serio, con miedo, ansioso y relativamente irresponsivo a las preguntas de la entrevista, esta situación demanda una apreciación del nivel de desarrollo

cognitivo del paciente para plantear preguntas adecuadas y entendibles que pueda contestar. Las preguntas se realizan de manera directa, con lenguaje sencillo, abierto y específico de una situación en particular para obtener respuestas elaboradas del niño o adolescente. Ayudarle a establecer los antecedentes y las consecuencias de su fobia puede ser benéfico para identificar cómo se siente respecto a su fobia. Por medio de preguntas elaboradas puede identificar por sí mismo sus propias señales de miedo como el llanto, miedo, ansiedad o conductas de evitación (King, Ollendick, et al., 1997).

Frecuentemente los informes de los padres y de los niños son inconsistentes y poco confiables, particularmente si se trata de conducta pasada, esto ocurre porque ambos perciben de manera diferente un mismo acontecimiento y por lo tanto su interpretación es distinta. Sin embargo, es importante identificar estas discordancias y no sólo enfocar el tratamiento al niño, sino a su familia como principal apoyo para el tratamiento (King, Ollendick, et al., 1997).

### ***3.3.1.2 Entrevista diagnóstica estructurada***

Las entrevistas diagnósticas semiestructuradas o estructuradas muestran varias ventajas sobre las entrevistas no estructuradas. Las entrevistas estructuradas proporcionan información fácilmente cuantificable, mismas que funcionan como apoyo para realizar un diagnóstico oportuno basados en los sistemas de clasificación vigentes al momento de su elaboración (Schniering, et al., 2000).

Frecuentemente las fobias co-ocurren con otros trastornos de ansiedad, como ansiedad de separación, ansiedad generalizada o trastornos externos como trastornos del comportamiento (King, Ollendick, et al., 1997). Por esta razón, clínicos e investigadores se interesan en el desarrollo de instrumentos estructurados que incluyan un apartado para diferenciar la fobia específica de otros trastornos de ansiedad. De este tipo de instrumentos el que más se emplean

es el Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C; Silverman & Nelles, 1988) descrito a continuación.

❖ *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C)*

El ADIS-C elaborado por Silverman y Nelles (1988) es el instrumento más representativo de la entrevista diagnóstica estructura. Sus reactivos se desarrollaron considerando los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-III-R (APA, 1987). Incluye un apartado para evaluar fobia específica, escalas visuales y material pictográfico para niños. Además cuenta con una versión para padres (ADIS-P) el cual se administra después de la entrevista para niños. Silverman y Nelles (1988) aplicaron el ADIS-C y el ADIS-P en una muestra de niños con ansiedad y sus madres. Trabajaron con los datos correspondientes a fobia simple, fobia escolar y desorden de ansiedad, informando una confiabilidad de moderada a alta en dichas categorías. Específicamente en fobia simple obtuvieron una confiabilidad alta en la entrevista para niños, entrevista para padres y en el diagnóstico compuesto con índices de .64 y 1.0 respectivamente.

La confiabilidad test-retest de las entrevistas es adecuada con respecto al diagnóstico de los trastornos de ansiedad, pero es cuestionable la identificación de síntomas individuales. Las entrevistas estructuradas proporcionan información razonablemente confiable de los síntomas de ansiedad y son moderadamente sensibles para diferenciar entre trastornos de ansiedad y otros (Schniering, et al., 2000).

### **3.3.2 Instrumentos de auto-informe**

Existe una gran variedad de estos instrumentos y frecuentemente se aplican para complementar la información obtenida en la entrevista. Consisten en listas de reactivos que hacen referencia a estímulos o situaciones temidas y en un

grupo de respuestas entre las que se elige la que mejor describe el estado del paciente. Por lo general, estos instrumentos son rápidos y fáciles de administrar, cuentan con datos normativos y ayudan a evaluar los resultados del tratamiento. Sin embargo, tienen algunas limitaciones, como su poca habilidad para discriminar entre grupos diagnósticos y su escasa sensibilidad a los cambios del desarrollo (Kendall, et al., 1992).

El objetivo principal del diseño de un instrumento es explorar las características de un universo particular de contenido y además permite obtener una idea clara de sus aspectos sobresalientes, su dirección, profundidad o intensidad generales y, quizá, la presencia o ausencia de ciertas características específicas (Kerlinger, 1981). En principio, un instrumento psicológico es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Es decir, se realizan observaciones sobre una muestra de individuos. El valor diagnóstico o predictivo de un test psicológico depende de qué tanto funcione como indicador de un área de conducta relativamente amplia y significativa. A pesar de las diferencias existentes entre un instrumento y otro, todos constan de muestras de conducta del individuo y cada uno debe probar su valor con la demostración de una correspondencia empírica entre el desempeño del examinado en el instrumento y otras situaciones (Anastasi & Urbina, 1998).

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez (Anastasi & Urbina, 1998; Kerlinger, 1981).

Entre los principales instrumentos de este tipo se encuentran:

❖ *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS).*

Tradicionalmente se emplea para determinar los efectos de situaciones fóbicas o temidas en la experiencia subjetiva. Se derivó del original el Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) desarrollado por Castaneda, et al. (1956) está

formado por 42 reactivos sintomáticos y 11 reactivos adicionales de deseabilidad social de las respuestas (Escala L). Validada con 386 niños de 4to a 6to grado, informa una alta confiabilidad test-retest de 1 semana de .90 para la escala de ansiedad y de .70 para la Escala L. Debido a la dificultad de las palabras en algunos de los reactivos del CMAS, Reynolds y Richmond (1978) desarrollaron una versión revisada, el RCMAS, llamado "What I Think and Feel?", formado por 37 reactivos que indican la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad (28 reactivos forman la escala total de ansiedad distribuidos en tres factores: ansiedad fisiológica, preocupación-sensibilidad y preocupación-concentración) y 9 reactivos adicionales correspondientes a la Escala L, con opciones de respuesta dicotómicas de sí/no. La escala se estandarizó con una muestra de 4,972 niños entre 6 y 19 años, informando una confiabilidad test-retest a los 9 meses de .68 y a las 3 semanas de .98. Similarmente, Wisniewski, Mulick, Genshaft y Coury (1987) informan de una alta consistencia interna y una confiabilidad test-retest de 1 y 5 semanas de .88 y .77 respectivamente en una muestra de 161 niños de población general entre 11 y 14 años. Recientemente en un estudio realizado por Pina, et al. (2001) con la Escala L del RCMAS en una muestra de 284 niños diagnosticados con algún trastorno de ansiedad entre 6 y 17 años, encontraron que los niños con un trastorno de ansiedad obtienen una calificación mayor en la Escala L que los adolescentes con ansiedad.

❖ *Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R).*

Derivado de la escala desarrollada para adultos el Fear Survey Schedule for Children fue modificada por Scherer y Nakamura (1968). Consiste de 80 reactivos representativos de las diferentes fobias incluyendo miedo a los animales, miedo a la pérdida y fobia escolar para niños entre 9 y 12 años con una escala de respuesta tipo Lickert de 5 puntos. En una revisión del instrumento Ollendick (1983) introdujo una escala de 3 puntos (nada, regular, mucho) para su uso en niños más pequeños y con problemas de desarrollo. Obtuvo una alta consistencia interna en dos muestras con coeficientes alfa de .94 y .92, la confiabilidad test-retest de una semana fue de .82 y a los 3 meses fue de .55. La validez de la

escala fue evaluada comparando sus puntajes con los puntajes de otros instrumentos similares. El FSSC-R está formado por 5 factores: Factor 1 “Miedo al fracaso y a la crítica”, Factor 2 “Miedo a lo desconocido”, Factor 3 “Miedo a ser lastimado y a los animales pequeños”, Factor 4 “Miedo al peligro y a la muerte” y Factor 5 “Miedos médicos”. El FSSC-R se emplea para recolectar datos normativos de los miedos infantiles en varios continentes y países incluyendo a América, Australia, África y China, los contenidos de los miedos son similares entre culturas.

❖ *Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS).*

Desarrollado por Spence (1997) es un instrumento de auto-informe de 44 reactivos caracterizando los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo al daño físico (fobia específica), con una escala de respuesta de 4 puntos: nunca, a veces, frecuentemente y siempre, con calificaciones 0, 1, 2 y 3, respectivamente. Es un instrumento desarrollado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).

En un estudio realizado por Muris, Schmidt y Merckelbach (2000) con una muestra de 1011 jóvenes entre 7 y 19 años de edad informan un alfa de Cronbach de .92 y una correlación de .89 con el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher, et al., 1997) comprobando por medio de este procedimiento la validez concurrente de ambos instrumentos.

En México, en un estudio realizado por Hernández-Guzmán (2003) se aplicó la SCAS a una muestra de 1681 niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, encontrando un alfa de Cronbach de .92 conformado por 5 factores (ansiedad de separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo y síntomas físicos). Sin embargo, no se tiene conocimiento de otra aplicación en México de dicho instrumento.

❖ *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC).*

Elaborado por March (1997), consta de 39 reactivos distribuidos en cuatro escalas (síntomas físicos, evitación del daño, ansiedad social y separación/pánico, una escala para medir el nivel total de ansiedad y 2 índices (trastornos de ansiedad e inconsistencia), y un formato por separado del instrumento, el MASC-10 que se emplea en situaciones especiales cuando se requiere realizar una evaluación rápida de los síntomas de ansiedad en general (10 reactivos), con 4 puntos de respuesta. Desarrollada para jóvenes entre 8 y 19 años, fácil de administrar en un tiempo máximo de 15 minutos. Su confiabilidad test-retest a las 3 semanas es de .79 y a los 3 meses de .93. March, et al. (1999) examinaron su confiabilidad test-retest en una muestra de 142 niños y adolescentes entre 8 y 18 años, es de .88 a las 3 semanas.

❖ *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED).*

La versión original del SCARED desarrollado por Birmaher, et al. (1997) evalúa síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social, desorden de pánico y fobia escolar. La confiabilidad test-retest es de .86 a las 5 semanas. En una revisión realizada por Muris, Merckelbach, Schmidt, et al. (1999), se incluyeron reactivos para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica (animal, sangre-inyecciones-daño, situacional-ambiental) y el trastorno por estrés post-traumático. Es un instrumento que emplea los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). En un estudio realizado por Muris, Merckelbach, Gadet, et al. (2000) con una muestra de 1011 jóvenes entre 7 y 19 años de edad se encontró un alfa de Cronbach de .94.

### **3.3.3 Instrumentos para padres y maestros**

En ocasiones se entrevista a otras personas relacionadas con el paciente para obtener información adicional de su comportamiento. Los padres y maestros completan listas de verificación y escalas de auto-informe como parte de la

evaluación de la fobia específica en niños y adolescentes. Entre los principales instrumentos dirigidos a padres y maestros, destacan los siguientes:

❖ *Child Behavior Checklist (CBCL).*

Elaborado por Achenbach y Edelbrock (1983) diseñado para identificar problemas de conducta y competencia social en jóvenes de 9 a 18 años. Cuenta con instrumentos separados para padres y maestros, quienes evalúan la conducta interna y externa de los niños por medio de 113 reactivos con 3 opciones de respuesta. Los reactivos de competencia social evalúan la participación del niño en organizaciones y, actividades sociales y escolares. Cuenta con normas por edad y sexo. Frecuentemente se emplea para evaluar fobia específica y ansiedad. Posteriormente, Achenbach y Rescorla (1983) incluyeron normas de aplicación del instrumento para poblaciones desde los 6 años hasta los 18 años.

❖ *Louisville Fear Survey for Children (LFSC).*

Este instrumento, desarrollado por Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972) es una escala con 81 reactivos que enumeran una gran variedad de miedos específicos, para aplicarse en niños y adolescentes de 4 a 16 años. Bajo este criterio los padres o maestros responden a la escala con 3 opciones de respuesta (no temido, normal o miedo razonable, irrealista o miedo excesivo), indican así el nivel de miedo del niño. También puede contestarlo el niño o adolescente. El LFSC cuenta con tres factores para padres: miedo o peligro físico (guerra o cirugía), peligros naturales y sobre-naturales (animales y oscuridad) y socio-interpersonal (evaluación y crítica).

### **3.3.4 Evaluación conductual**

La evaluación conductual de la ansiedad se engloba en dos categorías principales: (a) observación directa y (b) situaciones de evitación conductual (Behavioral Avoidance Test, BAT).

La observación directa comprende el registro de los aspectos conductuales de la ansiedad como la expresión facial, postura y conductas de evitación. La observación de conductas específicas permite elaborar análisis más complejos de secuencias temporales y funcionales que proporcionan elementos que facilitan elaborar explicaciones más contundentes sobre las conductas y la asociación entre ellas. Usualmente la observación de los niños se realiza en escenarios naturales. Sin embargo, se puede crear situaciones o escenarios artificiales pueden ser creados para satisfacer las necesidades de evaluación. Tal es el caso del BAT. Sin embargo, el empleo de este tipo de sistemas es limitado. La mayor limitación de la observación directa es que no es una forma estandarizada de evaluación y es vulnerable a la influencia de diversos factores extraños dentro del escenario experimental (Schniering, et al., 2000).

Esta forma de evaluación es la más directa y menos subjetiva de evaluar las conductas específicas de miedo o fobia siendo operacionalmente definidas y registradas. Cuando la observación directa no es posible, puede emplearse un escenario simulado para registrar las respuestas fóbicas, empleando la técnica de "Behavioral Avoidance Test" (BAT). Típicamente este procedimiento requiere colocar al niño dentro de un cuarto preparado con el objeto fóbico en su interior con el objetivo de manipular la situación. A pesar de la extrema seguridad que esta situación representa, los niños con fobia específica registran conductas de evitación conductual sin poder controlar sus respuestas. Dicha situación permite registrar confiablemente conductas de evitación, la cantidad de tiempo de permanencia ante el objeto, la distancia entre el sujeto y el objeto y, el número y latencia de aproximaciones (King, Ollendick, et al., 1997).

### **3.3.5 Automonitoreo**

Este procedimiento requiere el registro de conductas "blanco", en este caso el niño con fobia es quien realiza dicho procedimiento, primero debe auto-observarse y posteriormente auto-registrar la ocurrencia de su conducta fóbica. Se

emplea principalmente para registrar línea base, antecedentes y consecuencias de la conducta fóbica. El automonitoreo permite al niño registrar su propia conducta, así como, la gravedad de su ansiedad por lo que se han desarrollado métodos como el diario conductual y aparatos contadores (por ejemplo, contadores de muñeca). Cuando se emplea con niños es imperativo que las conductas a registrar se encuentren bien definidas y que el procedimiento de registro sea muy sencillo. La edad del niño es un factor importante para decidir emplear esta técnica de registro (King, Ollendick, et al., 1997).

Cuando se elige el automonitoreo como una estrategia de evaluación, se debe atender lo siguiente: la precisión del automonitoreo, incluyendo explicaciones adjuntas a lo registrado. El propósito del automonitoreo es la evaluación de la conducta antes y después del tratamiento, no debe emplearse como una técnica de tratamiento (King, Ollendick, et al., 1997).

### **3.3.6 Evaluación fisiológica**

Las respuestas fisiológicas son importantes componentes en la mayoría de las reacciones fóbicas. La instrumentación científica permite el registro de muchas respuestas fisiológicas (por ejemplo, tasa cardíaca, presión sanguínea o tensión muscular) en la evaluación de la reactividad de un individuo ante un estímulo fóbico (Kendall, et al., 1992).

En las reacciones fóbicas, las respuestas fisiológicas que con mayor frecuencia se registran son: las respuestas cardiovasculares (tasa cardíaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo periférico), electrodermales (conductancia de la piel) y electromiográficas (actividad eléctrica en los músculos esqueléticos) (Kendall, et al., 1992; Öst, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Öst, Sterner & Fellenius, 1989).

La evaluación fisiológica presenta una variedad de problemas. Entre los principales, se encuentran: acceder al equipo, seleccionar los electrodos, registrar y controlar movimientos comunes, registrar los patrones individuales normales; cuestiones que deben revisarse antes de considerar una evaluación de este tipo.

### **3.3.7 Medidas de laboratorio**

En años recientes el interés por identificar las bases del procesamiento de la información ha recibido vital importancia para la caracterización de las fobias infantiles. La investigación sugiere que los niños con trastornos fóbicos procesan información influenciados por diversas señales de peligro o amenaza presentes en el ambiente. Desde este punto de vista, los niños fóbicos resultan excesivamente vigilantes a las señales de amenaza del ambiente que a su vez activan un mecanismo de aviso anticipatorio para conductas de evitación o escape. Sin embargo, cuando existen o persisten en ausencia del estímulo real esas respuestas son maladaptativas y dan lugar a una preocupación excesiva y constante, respuestas fisiológicas y evitación conductual. El origen de tales respuestas es poco claro, una vez que se presentan es probable que jueguen un papel crítico en el mantenimiento de la fobia. Así, la identificación y medición de las bases atencionales son muy importantes para su tratamiento (King, Ollendick & Murphy, 1997).

Entre las diversas medidas de laboratorio, destaca el “Stroop Interference Task” (Watts, McKenna, Sharrock & Trezise, 1986). Vasey, Daleiden, Williams y Brown (1995) y, Vasey, El-Hag y Daleiden (1996) demostraron que los niños y adolescentes ansiosos y fóbicos presentan bases atencionales similares por medio del “Stroop Interference Task”. Registraron el tiempo de reacción para examinar los efectos que el estímulo temido tiene sobre las respuestas atencionales, presentaron pares de palabras relacionadas con estímulos fóbicos y pares de palabras neutrales. Las palabras se presentan en una pantalla de computadora, la palabra relacionada con el estímulo fóbico a la mitad de la

pantalla y la palabra neutral debajo. Inmediatamente después de la presentación de los pares de palabras (pero no de todos), un estímulo visual (punto iluminado) aparece en la pantalla en el área de una de las palabras (por encima o por debajo), los participantes presionaban un botón para indicar que percibían el estímulo midiendo la latencia entre la presentación del estímulo y la respuesta del participante (tiempo de reacción). Vasey y sus colegas demostraron que los participantes con un trastorno de ansiedad detectan el estímulo luminoso más rápidamente cuando el lugar donde se presenta es el mismo en el que se presentó la palabra temida que cuando se presenta en el lugar donde se mostró la palabra neutra. Estos hallazgos sugieren que los ansiosos dirigen significativamente su atención hacia los estímulos fóbicos o bien hacia los lugares en donde se han presentado.

### **3.3.8 Instrumentos de evaluación familiar**

Frecuentemente se ha encontrado que los niños con algún trastorno de ansiedad presentan problemas en las relaciones familiares. Generalmente los adultos diagnosticados con algún trastorno de ansiedad han definido retrospectivamente a sus padres como sobreprotectores, ambivalentes, rechazantes y hostiles (Hernández-Guzmán, 1999; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992), también han referido ansiedad en la relación con sus padres (Bowlby, 1989), padres divorciados (Sandier, Kim-Bae & MacKinnon, 2000) y problemas de interacción (Wasserstein & La-Greca, 1996). Estos factores pueden dificultar la elaboración e implementación de un plan de tratamiento. Para evaluar estos factores se emplean entrevistas estructuradas y semiestructuras. Sin embargo, un instrumento representativo de este rubro es el Family Environment Scale.

❖ *Family Environment Scale (FES).*

Desarrollado por Moos y Moos (1981) es un instrumento de auto-informe compuesto por 90 reactivos distribuidos en 10 subescalas (cohesión, expresividad,

conflicto, independencia, orientación a metas, orientación cultural, recreación, religión, organización y control) con dos opciones de respuesta (cierto/falso). Se aplica a los distintos miembros de la familia incluyendo al niño si es posible.

Frecuentemente, se emplea para identificar las áreas en la interacción familiar en las cuales existen problemas y también aquellos aspectos que se pueden aprovechar para el tratamiento (Aduna, 1998).

En conclusión, la integración de los diferentes métodos de evaluación enriquece el proceso de diagnóstico. Realizar una evaluación diagnóstica integrada a partir de diversos sistemas existentes, proporciona mayor información y mayores recursos para el tratamiento, tomando en cuenta al paciente y al resto de las personas relacionadas con él, tanto como sea posible.

La mayor parte de los instrumentos descritos en este apartado cuentan con datos adecuados de confiabilidad y validez. Sin embargo, los instrumentos que se basan en el informe de otros significativos para los niños, en ocasiones, no toman en cuenta la expresión de las manifestaciones que éstos puedan presentar, ni que la correspondencia entre ambos no arroja resultados alentadores. Así, es necesario realizar medidas de evaluación no sólo con el niño o sus padres, sino que en la medida de lo posible realizarla tomando en cuenta los diferentes contextos sociales que rodean al niño.

## **CAPÍTULO 4.**

### **EL PAPEL DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES**

#### **4.1 Introducción**

Se publican artículos y libros de divulgación, con el propósito de intentar informar a los padres y cuidadores principales acerca de cómo educar o tratar a sus hijos y así evitar que desarrollen problemas psicológicos. Sin embargo, son muy pocos los que se basan en datos de investigación científica en psicología. En la mayoría de los casos se trata de recomendaciones fundamentadas en la experiencia personal del autor del libro o del artículo de revista, que solamente quiso compartir con el público sus propias experiencias personales, pero, la mayoría de las veces, dicha información carece de la validez y credibilidad que caracteriza a la investigación científica psicológica (Hernández-Guzmán, 1999).

La importancia de realizar investigación que evalúe el papel de los padres en el desarrollo de la psicopatología infantil, no siempre se ha reconocido. En la sociedad actual la difusión de información dirigida a población general va en aumento. Sin embargo, si la información difundida no proviene de fuentes de investigación válidas y confiables, su empleo no será de mucha ayuda en el tratamiento de la disfunción psicológica infantil (Hernández-Guzmán, 1999).

#### **4.2 Desarrollo de la psicopatología infantil**

##### **4.2.1 Contexto familiar**

Uno de los contextos más importantes que ejerce mayor influencia sobre el desarrollo infantil, tanto sano como patológico, es el familiar y los intercambios que se dan a su interior. Se han identificado diversos factores relacionados con el desarrollo de la psicopatología infantil, entre los cuales destacan las relaciones

tempranas con las personas significativas, el ambiente familiar, el estrés parental y las prácticas parentales concretas (Hernández-Guzmán, 1999).

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés psicológico como una relación entre la persona y su medio ambiente que se percibe como rayando o excediendo sus recursos y dañando su bienestar.

Desde este punto de vista Perrez y Reicherts (1992) indican que la interpretación que el individuo realiza de los sucesos estresores es más importante que el suceso en sí mismo, es decir, no es el suceso ambiental el que define el estrés, sino la percepción psicológica de la situación por parte del individuo. Si se interpreta daño potencial, amenazas y cambios el individuo puede percibirse a sí mismo como falta de habilidad para resolverlos. Así, el significado de un suceso dependerá de la percepción personal de un evento. En la formación de dicha percepción intervienen dos grupos de factores, a partir de los cuales puede explicarse su naturaleza (Brannon & Feist, 2000):

- (a) *Los relacionados con la persona.* Incluyen experiencias anteriores en diversas situaciones que definen las características personales del individuo, incluyendo su forma de afrontar, y
- (b) *Los relacionados con la situación.* Aquellas características directas de la situación como intensidad, frecuencia y duración, así como, el contexto en el que ocurre.

El estrés no se considera un estímulo o una respuesta, sino como el resultado de una transacción, influida tanto por el individuo como por el entorno. Desde esta perspectiva, el estrés se define como un concepto relacional, mediado cognitivamente, que refleja una relación entre la persona y el ambiente (Meichenbaum, 1988), y que es congruente con el determinismo recíproco propuesto por Novak (1998).

La identificación de los recursos personales y ambientales con los que cuenta una persona para manejar el estrés es de suma importancia para entender la vulnerabilidad y con resistencia al estrés (Brannon & Feist, 2000). El afrontamiento es un factor ampliamente estudiado en relación a la vulnerabilidad y resistencia al estrés, que representa la transacción entre el individuo y su ambiente (Novak, 1998).

Lazarus y Folkman (1984) definen afrontamiento como un constante esfuerzo cognitivo y conductual para controlar las demandas internas o externas percibidas como excedentes de los propios recursos. El afrontamiento es un proceso en constante cambio evaluado como más o menos exitoso. No es automático, es un patrón de respuesta aprendido por medio de la superación de situaciones estresantes que requiere esfuerzo continuo dependiendo de las diferentes situaciones.

Lazarus (1966) describe los siguientes tipos de afrontamiento:

- (a) *Afrontamiento cognitivo-activo*. Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
- (b) *Afrontamiento conductual-activo*: Se refiere a las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- (c) *Evitación del afrontamiento*: Se refiere a reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas que eviten hacer frente a la situación.

En el caso del afrontamiento infantil (Hernández-Guzmán, 1999), son los padres quienes ante una situación que genere ansiedad en el niño, se encuentran en la posibilidad de:

- (a) Exacerbar la ansiedad o aminorarla.
- (b) Mostrar al niño cómo modificar la situación o mostrársela como incontrolable.

(c) Aprobar su respuesta de afrontamiento o desaprobarla, es decir, modular su percepción de la situación y orientar sus respuestas ante situaciones futuras.

Seligman (1971) propone que el niño aprende a afrontar desde pequeño y dependiendo del éxito que tenga controlando las situaciones ansiosas, es decir, en la medida en la que pueda controlar sus respuestas individuales como especie y canalizarlas al manejo y control de la situación, podrá manejar más o menos exitosamente las situaciones que se le presenten. En la forma en que haya aprendido a controlar aquellas situaciones que generan ansiedad, (a) se percibirán más controlables a futuro, (b) se evaluarán positiva o negativamente y en consecuencia, (c) se responderá adaptativamente o no.

Dentro del contexto familiar, los niños son aprendices activos, se guían directamente de la experiencia física y social, así como del conocimiento transmitido culturalmente para el entendimiento del mundo que les rodea, por los padres o cuidadores. Comienza en su hogar para después, al ingresar a la escuela ampliarse a la comunidad que les rodea, al participar en actividades con otros niños, adultos e incluso con sus maestros (Bredekamp & Copple, 1997; Johnson & Medinnus, 1974).

#### **4.2.2 Interacciones padres-hijo**

El desarrollo y aprendizaje son resultado de la interacción, la maduración biológica y el ambiente (Novak, 1998). Así, el aprendizaje comienza desde el momento de la concepción, momento desde el cual, los cuidados y atenciones que un niño reciba serán de suma importancia para el establecimiento de patrones de conducta y estilos de afrontamiento, que posteriormente generalizará a otros contextos. A través de los diversos contactos con su familia y otras personas significativas, el niño va aprendiendo una serie de conductas que le permitirán

funcionar o no adecuadamente ante los requerimientos de adaptación (Hernández-Guzmán, 1999).

A través del contacto continuo con su madre o con sus proveedores de cuidado, el niño desarrollará un mundo propio, dentro del cual él y su comportamiento dependerán de las características particulares de la díada. Las consecuencias de dichas interacciones no sólo ocurrirán de manera inmediata, sino que su efecto repercute más tarde en la adolescencia e incluso en la edad adulta. Cuando dichas interacciones no son de calidad pueden derivar en daños físicos, psicológicos y sociales (Johnson & Medinnus, 1974; Sroufe, Cooper & De Hart, 1996).

La relación de apego que un niño establece con su cuidador principal tiene importantes consecuencias en su desarrollo posterior. Los niños experimentan y perciben tales relaciones en función de los estilos de crianza de sus padres y, frecuentemente, desarrollan un esquema de relaciones seguras, ansiosas o ambivalentes, mismo que modula en el futuro la mayor parte de sus relaciones con otras personas, lo que perdura a lo largo de todo el espectro de desarrollo. Las pautas de interacción adquiridas durante los primeros años de vida tienden a mantenerse, pero pueden modificarse por nuevas interacciones (Hortacsu & Cesur, 1993).

La calidad de las relaciones familiares, las pautas de apego percibidas por los niños y los estilos de crianza empleados por los padres se relacionan con el ajuste personal, escolar y/o social. Además, se relacionan con el desarrollo de psicopatología infantil en general, y con los trastornos de ansiedad en particular (Hernández-Guzmán, 1999).

Las interacciones positivas padre-hijo y madre-hijo se han asociado negativamente con los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Grüner, Muris & Merckelbach, 1999; Hernández-Guzmán & Sánchez Sosa, 1996; Muris,

Meesters, van Melick & Zwambag, 2001). Así, las variables como afecto, apoyo, amistad, interés y confianza predicen bajos niveles de ansiedad (Muris, Meesters, Merckelbach & Hülßenbeck, 2000).

Los estudios de esta naturaleza resultan escasos en la literatura de investigación relacionada con fobia específica. Sin embargo, los existentes han evaluado el papel de los padres en el tratamiento de la ansiedad de sus hijos y los resultados son prometedores. Barrett, Dadds y Rapee (1996) encontraron que la participación de los padres en el tratamiento de ansiedad de sus hijos aumentaba en un 30% en el número de niños beneficiados con el tratamiento, además los cambios son más resistentes a través del tiempo que cuando se aplica el tratamiento únicamente al niño. Así mismo, se redujo el número de conductas de evitación, aunque en ambos casos los niños mostraron una disminución de los síntomas de evitación, pero en la condición en la que los padres participan, los cambios mostraron ser más resistentes y consistentes con el paso del tiempo.

Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner y Hedtke (2004) indican que si la relación del niño con sus padres es ansiosa o bien que sus padres son parte de la causa del problema de fobia de sus hijos, éstos deben participar en el tratamiento en forma activa para que sean parte de la solución del problema y no al contrario fungir como un factor de riesgo en el mantenimiento de las respuestas fóbicas de su hijo.

En otro estudio realizado por Mendlowitz, et al. (1999) se compararon diferentes condiciones de tratamiento, (1) niño solo, (2) padres solos y (3) niño-padres. El rango de edad de los niños que participaron fue de 7 a 12 años de edad con síntomas clínicamente significativos de ansiedad. Todos los grupos mostraron mejora en sus síntomas de ansiedad sin registrar diferencias significativas entre grupos. Sin embargo, el grupo de tratamiento niño-padres mostró estrategias de afrontamiento más activas que los otros niños. Se han encontrado resultados similares respecto a otros trastornos de ansiedad como fobia social (Spence,

Donovan, et al., 2000), rechazo escolar (Last, Hansen & Franco, 1998) y el trastorno obsesivo-compulsivo (Knox, Albano & Barlow, 1996).

En el caso de la fobia específica existe poca investigación relacionada con el papel de los padres en su tratamiento. En un estudio realizado por Graziano y Mooney (1980) con 33 niños (6-13 años) diagnosticados con terrores nocturnos de larga duración que fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento con padres o a lista de espera, los niños y los padres recibieron el tratamiento de forma separada en grupos pequeños durante tres sesiones, el tratamiento consistió en una combinación de manejo de contingencias y autocontrol. Los resultados muestran que el grupo de tratamiento con padres mostró mayor mejoría con respecto al grupo de lista de espera y los efectos se mantuvieron por tres años. Otros estudios, como el de Silverman, Kurtines, et al. (1999) coinciden en señalar hacia resultados similares. No todos los estudios han encontrado ventajas inmediatas de incluir a los padres en el tratamiento. No obstante, también favorecen como conclusión final la participación de los padres.

Por su parte, Öst, Svensson, Hellström y Lindwall (2001) trabajaron con 60 niños y adolescentes de 7 a 17 años y sus padres. Asignaron de forma aleatoria los niños a diferentes condiciones de tratamiento, (1) niño/adolescente sólo, (2) niño/adolescente y uno de sus padres y (3) lista de espera. Los resultados indican que no existen diferencias entre ambas condiciones de tratamiento. Sin embargo, los efectos de la intervención se mantienen más en el tiempo en el grupo en el que uno de los padres participó en el tratamiento.

En general, la participación de los padres en el tratamiento de la fobia específica de sus hijos consiste en la educación sobre el trastorno, en la revisión de las técnicas de crianza empleadas con el niño, un análisis funcional de las reacciones fóbicas de sus hijos y, las de ellos, como padres en el manejo de su hijo con una reacción de miedo fóbico y por último la enseñanza de las técnicas a

emplear en el tratamiento para que después de su aplicación, se les facilite el manejo de recaídas en el futuro (Bouchard, et al., 2004).

### **4.3 Fobia específica y familia**

Uno de los hallazgos más importantes respecto al desarrollo de los trastornos de ansiedad en los niños es que si sus padres tienen algún trastorno de ansiedad, sus hijos muy probablemente lo desarrollarán. No obstante, la literatura de investigación no ha logrado definir si el origen es heredado o adquirido mediante la interacción defectuosa con padres ansiosos. Hay datos que señalan que los padres con un trastorno de ansiedad tienden a ejercer prácticas parentales más sobreprotectoras, restrictivas y limitantes en la mayoría de las actividades cotidianas y muestran más conductas de rechazo hacia los hijos cuando cometen un error o bien cuando toman la iniciativa en alguna actividad. La mayor parte de los hijos de padres ansiosos tienden a desarrollar un trastorno de este tipo en etapas subsecuentes. Sus relaciones están mediadas por niveles bajos de cohesión, pero altos de sobreprotección (Turner, Beidel, Roberson-Nay & Tervo, 2003).

La investigación también ha encontrado niños con trastornos de ansiedad, hijos de padres no ansiosos. En estos casos, también se identifican interacciones defectuosas que tienden a apoyar un origen del trastorno en los niños basado en el aprendizaje, basado en ciertas predisposiciones genéticas.

Ante una situación estresante, las madres de niños con ansiedad son más sobreprotectoras y entrometidas, sus relaciones son más negativas y limitantes que las madres de niños no ansiosos. Los niveles altos de ansiedad en los niños se relacionan con negatividad e involucramiento excesivo en las interacciones de la díada madre-hijo (Hudson & Rapee, 2001). La sobreprotección de los padres puede desarrollar en el niño la idea de que el mundo es un lugar peligroso, lo que limita sus experiencias de aprendizaje y fomenta niveles altos de ansiedad en

relación con las actividades cotidianas, moldeando así, un patrón de afrontamiento de evitación (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996; Rapee, 1997).

Otro factor que podría explicar por qué los padres con trastorno de ansiedad tienden a tener hijos también con algún trastorno de ansiedad es el modelamiento. De acuerdo con la investigación, las conductas de modelamiento de los padres son también un factor importante en el desarrollo o no de un trastorno de ansiedad. De acuerdo con la explicación del modelamiento, las conductas ansiosas de los niños se adquieren mediante la observación de conductas ansiosas en los padres (o en otros significativos) en respuesta a algún estímulo o situación específica. Así, el aprendizaje del miedo es más probable que ocurra en un niño que constantemente está expuesto a situaciones de afrontamiento ansiosas o de evitación (Gerull & Rapee, 2002). A este respecto, la expresión facial de las madres es una importante vía de comunicación entre la diada. Gerull y Rapee (2002) encontraron una asociación estadísticamente significativa entre las respuestas de evitación de los niños y la expresión facial de miedo de sus madres. Por el contrario, cuando ellas reaccionan positivamente los niños no muestran ninguna conducta de evitación, y llevan a cabo las mismas conductas de interacción que sus madres en diferentes situaciones y con diferentes objetos.

En particular, la crianza ansiosa por parte de los padres, combinada con un estilo de crianza autoritario y rechazante, se relaciona fuertemente con los síntomas de la fobia específica (Grüner, et al., 1999; Muris & Merckelbach, 1998; Rapee, 1997) y, en general, con síntomas de ansiedad. Las madres de niños con fobia ambiental, fobia sangre-inyecciones-daño y ansiedad de separación presentan síntomas de ansiedad relacionados con la fobia de sus hijos (Muris & Merckelbach, 1998). La fobia específica del tipo sangre-inyecciones-daño se relaciona positivamente con el rechazo y la ansiedad de los padres, y negativamente con su aceptación (Muris, Meesters, van Melick, et al., 2001).

De acuerdo con Repetti, Taylor y Seeman (2002), los comportamientos al interior de la familia caracterizados por conflictos y agresiones y las relaciones frías, carentes de apoyo y negligentes crean vulnerabilidades que a su vez interactúan con vulnerabilidades genéticas que afectan directamente el procesamiento de las emociones y la competencia social. Existen datos que apoyan esta propuesta, al sugerir que las familias caracterizadas arriba tienden a trastornar el sistema biológico regulador de las respuestas al estrés, pues afectan el funcionamiento simpático-adrenomedular e hipotalámico-pituitario-adrenocortical (Heim, et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000). Los riesgos asociados con las fobias específicas parecen ser entonces son multifactoriales. Aunque la exposición a un factor de riesgo, incluso grave, aumenta la probabilidad de que un niño llegue a desarrollar un trastorno no significa que todos los niños lleguen a desarrollarlo. Las variables mediadoras (p.ej. apego, prácticas parentales e interacción familiar) se introducen para explicar por qué sólo ciertos niños desarrollan el trastorno. El niño desarrolla su propia percepción del mundo por medio de las interacciones primarias con su familia y cuando el comportamiento paterno no alcanza el mínimo requerido para su saludable desarrollo, se encontrará en mayor riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico. Por estas razones, los padres deben crear un ambiente protector para el desarrollo y crecimiento sano de sus hijos.

En particular, el desajuste psicológico provocado por la fobia específica se refleja en la mayoría de las actividades que realiza el individuo, sean familiares, laborales o escolares. Dichos problemas emocionales y adaptativos permean y perturban toda actividad humana (disminuyen la productividad del individuo) y, en el peor de los casos, la destruyen (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991). Una vez que la patología está presente en el individuo y afecta directamente su funcionamiento, la mejor opción para restaurarlo son las herramientas profesionales basadas en la investigación y evaluadas sistemáticamente (Hernández-Guzmán, 1999; Kendall, et al., 1992; Öst, Alm, et al., 2001; Öst & Sterner, 1987).

del desarrollo reconocen que además de la calidad de las interacciones al interior de la familia, las prácticas parentales globales y la conducta del niño frecuentemente se relacionan con el desarrollo o no de psicopatología infantil. Existen numerosas investigaciones que han encontrado que combinaciones de factores presentes en la relación que establecen los padres con el niño (o con la persona responsable de la crianza) son los que favorecen ciertos problemas psicológicos posteriores (Hernández-Guzmán, 1999).

Aquéllos niños expuestos a prácticas de crianza negativas que van desde el castigo hasta la falta de supervisión pueden desarrollar un problema de fobia específica a que no hay quien le modele el comportamiento apropiado ante algún estímulo atemorizante o bien quien le informe acerca de las características de los objetos ya que afrontará las situaciones como mejor pueda, pero sin ningún tipo de apoyo (Hernández-Guzmán, 1999).

Ferrari (2002) realizó un estudio con el propósito de evaluar la relación entre la historia de abuso infantil que un padre puede haber experimentado y las creencias o factores culturales que actualmente utiliza en sus actitudes y prácticas de crianza. Concluyó que una historia de abuso infantil predice el uso de castigo tanto físico como psicológico por parte de las madres, pero no de los padres. Frecuentemente, muestran menor consistencia en la crianza, no proporcionan una estructura adecuada a sus hijos, ni disciplina consistente o expectativas conductuales claras. Muris, Bögels, et al. (1996) demostraron una relación positiva entre las prácticas de crianza negativas y trastornos de ansiedad en general.

Algunos estudios sugieren la una relación existente entre los estilos de crianza y el desarrollo de trastornos de ansiedad. Pacientes con fobia social, agorafobia y fobia a las alturas, atribuyen más comúnmente características como rechazo y control al estilo de crianza ejercido por sus padres. En conclusión, parece que las prácticas parentales en la infancia juegan un papel muy importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en general (Rapee, 1997).

La investigación, hasta este momento, demuestra la importancia de no pasar por alto los miedos infantiles, llamados “normales” de la edad, puesto que pueden derivar en el desarrollo de una fobia específica que requiera de atención psicológica y que, sin un tratamiento eficaz, pueden afectar significativamente el desempeño presente y futuro del niño en un área determinada de actividad, no solamente suya, sino de toda su familia. La investigación de los efectos o resultados de las estrategias de tratamiento toma en cuenta el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y atiende a la reducción de los síntomas propios del trastorno, pero no sólo eso, sino que además evalúa la mejora clínica del paciente, al determinar la significancia clínica.

En el caso del tratamiento de la disfunción psicológica infantil se ha encontrado que la participación de los padres es un factor que influye significativamente en los resultados del tratamiento no sólo a corto plazo, sino a mediano y largo plazos. Por ser la fobia específica el trastorno de ansiedad con mayor prevalencia en México con una edad de inicio en la infancia (Medina-Mora, et al., 2003), se debe contar con estrategias terapéuticas eficaces y eficientes en tiempo, que incluyan a aquellas personas significativas que puedan contribuir a la mejora del niño, como son sus padres o cuidadores primarios. Los padres son la principal figura de apoyo en la infancia, por lo que es importante estudiar en que forma su participación en el tratamiento de la fobia específica ayuda al niño a recuperarse y mantener los efectos del tratamiento a corto, mediano y largo plazo.

Los estudios futuros en el campo de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos de las fobias específicas no sólo deberán contemplar los efectos de las intervenciones sobre la reducción de síntomas, sino incluir el funcionamiento de los niños en sus contextos principales, tales como el familiar y escolar. Asimismo, deberán basar sus conclusiones, no sólo en la significancia estadística entre promedios grupales, sino en la relevancia clínica que contempla la adaptación de cada individuo a su ambiente.

## **CAPÍTULO 5.**

### **INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS**

#### **5.1 Introducción**

Se han propuesto diversos tratamientos para la fobia específica infantil, cada uno centrado en diferentes aspectos. Algunos en la educación sobre el trastorno, otros sobre el control de las respuestas fisiológicas, otros en aspectos cognitivos y sólo algunos en el aspecto conductual. Sin embargo, aunque todos tienen ventajas y desventajas, ¿cómo saber cuál de ellos es el más eficaz para el niño?, y sobre todo, ¿cómo saber si el tratamiento empleado es el más eficaz para el niño a corto, mediano y largo plazo? El comprobar los resultados del tratamiento empleado a lo largo del tiempo es uno de los principales problemas en relación con el cambio terapéutico a corto, mediano y largo plazos (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984; Jacobson & Truax, 1998; Kazdin, 1997, 1999; Kendall, 1998, 1999).

En general, la práctica clínica se encuentra desligada de los resultados de la investigación, razón por la cual la mayor parte de los terapeutas no se han familiarizado con los tratamientos y técnicas actuales para el tratamiento de la fobia específica. Posiblemente una de las razones de ese distanciamiento sea la escasa difusión del trabajo científico hacia la comunidad profesional. También hay aún desacuerdos entre los propios investigadores sobre qué datos son los más importantes para decidir si un tratamiento es exitoso o no. Las principales fuentes de discordia son: (1) la confiabilidad exclusiva que la mayoría de los investigadores otorgan a los resultados significativos de varios grupos de tratamiento, (2) la exclusividad de la significancia estadística para la evaluación de los resultados, (3) la falta de énfasis en los resultados del tratamiento en cuanto al funcionamiento cotidiano (relevancia clínica) del individuo, y (4) los resultados de la eficacia de las intervenciones no toman en cuenta aún la variabilidad entre los

individuos (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchey, 1999; Jacobson & Truax, 1998).

La mayoría de las investigaciones emplean métodos estadísticos para informar los resultados de sus investigaciones, el problema es que dicha manera de interpretar la efectividad de un tratamiento en particular por sobre de otro se relaciona muy pobremente con la importancia práctica de su efecto (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson, Roberts, et al., 1999).

Una posible solución a dicho problema es que la literatura de investigación comience a informar sobre la proporción de pacientes que mejoran su condición como resultado del tratamiento realizado. De aquí, la importancia de la investigación sobre la eficacia de las intervenciones es informar, además de la significancia estadística, la relevancia clínica del tratamiento para el paciente (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998; Kazdin, 1997, 1999; Kendall, 1998, 1999).

La evaluación de la eficacia de la aplicación de los tratamientos psicológicos es indispensable por dos razones: 1) permite considerar si los procedimientos empleados logran un cambio en el paciente, y 2) si el cambio observado es clínicamente significativo (Jacobson & Truax, 1998). A pesar de que en la práctica clínica, los resultados de investigación se consideran irrelevantes y de difícil acceso, la evaluación de los tratamientos psicológicos es una necesidad, no sólo para investigadores, sino también para los clínicos, ya que permite decidir que tratamiento es más eficaz para cada paciente y ofrecerle el mejor tratamiento disponible.

Por ello que actualmente se han propuesto “reglas de oro” para cuidar la calidad metodológica de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, en especial para evaluar la relevancia clínica, su importancia radica en demostrar que la aplicación de un tratamiento determinado es mejor que no

aplicarlo o aplicar un tratamiento placebo (Öst, Hellstrom & Kaver, 1992, Öst & Sterner, 1987; Öst, Svenson, et al., 2001). Para determinar la eficacia de un tratamiento con respecto a otro se requiere llevar a cabo un análisis comparativo que permita: 1) observar la asociación de alguna mejoría con el tratamiento o determinar si ocurrió lo contrario, 2) comparar experimentalmente cuando menos dos condiciones de tratamiento, 3) identificar si alguno de los tratamientos fue el más adecuado para el paciente y 4) seleccionar el tipo de intervención pertinente para cada caso en particular.

Tradicionalmente lo que se realizaba para comprobar la eficacia de un tratamiento por encima de otro era emplear como único criterio, la disminución de los síntomas del trastorno. Otro resultado que consistentemente se informa es que la aplicación de un tratamiento es mejor que su no tratamiento o un tratamiento placebo (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998; Öst, Hellström, et al., 1992; Öst & Sterner, 1987; Öst, Svenson, et al., 2001; Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza & Ayala, 2002). Dichas forma de evaluación no permiten concluir si el cambio en el paciente se debió al tratamiento. Por lo que Jacobson y Truax (1998) han mencionado dos importantes razones para evaluar la relevancia clínica del tratamiento para el paciente, las cuales son: (1) permite considerar si los procedimientos empleados logran un cambio en el paciente, y (2) si el cambio observado es clínicamente significativo para el paciente.

La evaluación de la relevancia clínica de los tratamientos es una necesidad, no sólo para investigadores, sino también para clínicos, ya que permite decidir qué tratamiento es más eficaz para un trastorno en particular. Inicialmente se propuso evaluar la relevancia clínica con puntos de corte basados en la media aritmética y la desviación estándar (Jacobson, Follette, et al., 1984), pero tenía el problema de que se basaba en promedios de poblaciones funcionales o disfuncionales. Posteriormente, Jacobson y Truax (1998) propusieron un método que empleaba datos normativos de muestras funcionales y disfuncionales, lo cual permite hacer

comparaciones entre el resultado del tratamiento y la evaluación previa (Jacobson, Follette, et al., 1984).

Aunado al problema de la significancia estadística existen otras razones por las que en la práctica clínica no se toman en cuenta los resultados de investigación (Pedroza, et al., 2001), las cuales son que:

- (a) Las investigaciones se realizan generalmente con muestras de 30 participantes o más.
- (b) La metodología empleada es de diseños de grupo.
- (c) Los métodos de evaluación son estadísticamente complicados.
- (d) Los instrumentos de evaluación que emplean son de difícil acceso.

## **5.2 Definición**

La relevancia clínica es el indicador más empleado para la investigación sobre la eficacia del tratamiento en Psicología. Se define como la ubicación del paciente dentro del área funcionamiento normal. Se requieren reglas para decidir cuánto cambio es necesario antes de llamarlo clínicamente relevante o significativo. La relevancia clínica se debe referir a una gama de posibles resultados que a una simple categorización dicotómica (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson, Roberts, et al., 1999).

Por su parte, Kazdin (1999) define relevancia clínica como el valor práctico y/o aplicado de los efectos de un tratamiento sobre la conducta del paciente, es decir, evaluar si el tratamiento es responsable de un cambio real en la vida del paciente y de sus familiares o personas cercanas.

Así, un cambio en terapia es clínicamente significativo cuando el paciente pasa de un funcionamiento disfuncional a uno adaptado durante el curso de la terapia respecto a cualquier variable usada para medir el problema. Este criterio

se compone de dos preguntas: ¿Será el nivel de funcionamiento proporcionado por los puntajes en las pruebas aplicadas posteriormente al tratamiento suficientemente adaptativo para ya no considerar al paciente como miembro de una población disfuncional? ¿Estará el paciente funcionando ahora a un nivel en el cual se ubique a la par que la población normal? (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998).

Los componentes del criterio de funcionalidad (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998) pueden operacionalizarse como sigue:

- Las puntuaciones en las pruebas posteriores se ubican dentro del área de disfuncionalidad, donde disfuncionalidad se define como dos desviaciones estándar (en la dirección de disfuncionalidad) sobre la media.
- Las puntuaciones en las pruebas posteriores caen dentro de la normalidad, donde normalidad se define como dos desviaciones estándar por debajo de la media.
- Las puntuaciones en las pruebas posteriores sugieren que el sujeto se encuentra estadísticamente posicionado con la población funcional y no con la disfuncional.

### **5.3 Objetivos**

Entre los principales objetivos de la relevancia clínica se encuentran los siguientes (Jacobson, Follette, et al., 1984):

- (1) Elegir entre los tratamientos existentes el que mejor cubra las necesidades del paciente.
- (2) Indagar ¿cuántos? y ¿quiénes? de los pacientes se benefician con el tratamiento.
- (3) Evaluar qué tan importante es el cambio que presenta el paciente durante y al final del tratamiento.

Un objetivo adicional, es que los resultados de la investigación sean más accesibles para los terapeutas en la práctica clínica, dejando de lado resultados plagados de pruebas estadísticas complicadas y de difícil interpretación en el terreno clínico (Jacobson & Truax, 1998).

#### **5.4 Cambio estadísticamente significativo versus cambio clínicamente relevante**

El empleo de herramientas estadísticas para verificar la eficacia de un tratamiento es una práctica común, no sólo en el campo de la Psicología, sino en otras disciplinas (Jacobson & Truax, 1998). Sin embargo, aún cuando goza de gran consenso entre investigadores, la significancia estadística enfrenta a la interpretación de la eficacia de un tratamiento a varios problemas.

Para investigar la eficacia de los tratamientos se requiere tomar en cuenta algunos criterios mínimos que garanticen su calidad metodológica. La eficacia de un tratamiento respecto a otro se establece mediante un análisis comparativo que permita:

- (1) Observar si el tratamiento mejoró o empeoró al paciente.
- (2) Comparar experimentalmente cuando menos dos condiciones de tratamiento.
- (3) Identificar si alguno de los tratamientos fue más adecuado para el paciente.
- (4) Seleccionar el tipo de intervención más eficiente para cada población.

Se realizan procedimientos de comparación experimental, en los cuales se emplea la estadística descriptiva e inferencial para evaluar los efectos del tratamiento. Se espera que los resultados sean estadísticamente significativos, es decir, que las diferencias observadas no se deban al azar, sino al efecto del tratamiento. Sin embargo, son diversos los factores que afectan la significancia

estadística: (1) La magnitud del efecto, (2) el tamaño de la muestra, (3) la confiabilidad del efecto, y (4) los instrumentos de medición utilizados. El problema fundamental con la evaluación basada en el análisis estadístico es la posibilidad de que el tratamiento (variable independiente) sea el responsable del resultado encontrado, aun cuando su efecto sea relativamente pequeño (Jacobson & Truax, 1998).

Con base en lo anterior, Jacobson, Follette, et al. (1984), Kazdin (1997, 1999) y, Kendall (1998, 1999) han identificado cuatro limitaciones importantes concernientes al uso de herramientas estadísticas para determinar si un tratamiento tuvo éxito o no. Éstas deben observarse antes de arribar a conclusiones acerca de la eficacia de uno u otro tratamiento:

- Su poder se basa en la comparación del promedio de respuesta o calificaciones de los pacientes sin tomar en cuenta la información de los efectos del tratamiento para cada paciente en particular.
- Imponen un criterio para determinar el efecto de un tratamiento, el cual probablemente puede tener poca relevancia terapéutica para alcanzar el funcionamiento adecuado del paciente, es decir, se puede caer en el error de concluir que el tratamiento produjo efectos significativos para el paciente con sólo un pequeño cambio en la variable de interés.
- La evaluación de la eficacia de un tratamiento a partir de los diseños de grupo da una respuesta pobre de la importancia social del cambio alcanzado por el paciente.
- Los diseños de grupo no permiten monitorear las características del proceso del cambio producido por la variable independiente, a lo largo de los diferentes momentos del tratamiento, ya que su lógica es de tipo transversal y no longitudinal.

Para responder a las limitaciones de los análisis estadísticos, algunos autores (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998; Kazdin, 1997,

1999; Kendall, 1998, 1999) plantean el uso de procedimientos de análisis de resultados que complementen las evaluaciones estadísticas, lo que permite una comprobación del cambio clínico significativo o relevancia clínica del tratamiento para los pacientes, con base en puntos de corte y comparaciones normativas entre poblaciones funcionales y disfuncionales.

Al utilizar como criterio de evaluación la relevancia clínica, el investigador puede esperar uno de los siguientes resultados:

- (1) Al finalizar la intervención el paciente puede mostrar un cambio estadísticamente significativo, pero sigue siendo parcialmente disfuncional, entonces puede considerarse como mejorado, pero no recuperado, es decir, los resultados presentan significancia estadística pero no son clínicamente significativos.
- (2) Si el paciente cae dentro del rango funcional al final de la intervención, pero la magnitud del cambio no fue estadísticamente significativo, se concluye que se presentó un cambio clínicamente significativo o relevante con una mejora parcial, es decir, el paciente se encontraba en los límites exteriores de la población con funcionamiento normal y el tratamiento provocó un pequeño cambio que lo colocó en los límites internos de dicha población.
- (3) Si el cambio es estadísticamente significativo y el paciente termina en los límites funcionales de la variable de interés, se puede afirmar que el paciente se ha recuperado y el cambio es tanto estadística como clínicamente significativo o relevante.

Por tales motivos, se requiere del empleo de herramientas adicionales de evaluación que complementen las estadísticas. Jacobson, Follette, et al. (1984), y Jacobson y Truax (1998) proponen tres estrategias para evaluar la relevancia

clínica del tratamiento. Complementan las herramientas estadísticas tradicionales, ya que evalúan, además de la relevancia estadística, el cambio en el paciente.

## 5.5 Comparaciones normativas

Para determinar si el cambio, producto del tratamiento, es clínicamente significativo, Jacobson, Follette, et al. (1984) han propuesto como primer paso identificar las distribuciones normativas de la variable de interés, tanto para la población funcional como para la población disfuncional. Posteriormente, Una vez que los pacientes hayan recibido el tratamiento, es necesario comparar los puntajes de la variable de interés con las distribuciones que se obtuvieron antes de su aplicación realizando una comparación entre población funcional y disfuncional y situar al paciente respecto a ambas poblaciones (Jacobson & Truax, 1998). De esta manera, las mediciones pre y posttest de los pacientes indican la dirección del cambio (Kazdin, 1997, 1999; Kendall, 1998, 1999).

Generalmente, al inicio de la intervención los pacientes se sitúan dentro de la población disfuncional, cuando menos en cuanto a la variable de interés y se espera que conforme avanza el tratamiento las puntuaciones cambien hacia el nivel de ejecución de la población funcional. Jacobson, Follette, et al. (1999) proponen tres formas de evaluación del cambio para determinar si los pacientes se han movido del rango disfuncional hacia el funcional, las cuales son:

- (1) *Cuando el investigador conoce la norma de ejecución de la población disfuncional.* Se esperaría que al final del tratamiento los pacientes estuvieran dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población disfuncional (cuando el problema es un exceso conductual), o por dos desviaciones estándar arriba de la media (cuando el problema se trata de un déficit conductual). Este procedimiento recibe el nombre de punto límite “a”, y se calcula con la media de la población más/menos

el producto de la desviación estándar por dos (Jacobson, Follette, et al., 1984).

La fórmula es la siguiente:

$$a = \bar{X}_1 \pm 2sd_1$$

En donde:

$\bar{X}_1$  = La media del grupo disfuncional

$sd_1$  = Desviación estándar del grupo disfuncional

$\pm$  = Depende de la dirección donde se localiza la población disfuncional

(2) *El investigador conoce únicamente la norma de ejecución para la población funcional.* En este procedimiento el puntaje del paciente al final de la intervención tiene que caer al menos dos desviaciones estándar alrededor de la media de la población normal. Este procedimiento recibe el nombre de punto límite “b”. Se calcula, sumando a la media el producto de multiplicar la desviación estándar por dos y, por el otro, restando a la media el producto de multiplicar la desviación estándar por dos (Jacobson, Follette, et al., 1984).

La fórmula es la siguiente:

$$b = \bar{X}_0 \pm 2sd_1$$

En donde:

$\bar{X}_0$  = La media del grupo funcional

$sd_1$  = Desviación estándar del grupo funcional

$\pm$  = Depende de la dirección donde se localiza la población funcional

(3) *El investigador conoce las normas tanto de la población funcional y disfuncional*, por lo que se espera que el nivel de funcionamiento del paciente cambie de una población a otra en la dirección deseada del cambio. Este procedimiento recibe el nombre de punto límite “c” (Jacobson & Truax, 1998), y se calcula por medio de la siguiente fórmula:

$$c = \frac{sd_0 \bar{X}_1 + sd_1 \bar{X}_0}{sd_0 + sd_1}$$

En donde:

$\bar{X}_1$  = La media del grupo disfuncional

$sd_1$  = Desviación estándar del grupo disfuncional

$\bar{X}_0$  = La media del grupo funcional

$sd_0$  = Desviación estándar del grupo funcional

Jacobson y Truax (1998) recomiendan que cuando se dispone de las normas para la población funcional y disfuncional es preferible utilizar los puntos límite “b” o “c”. Si las distribuciones se traslapan en algún punto de las curvas, es preferible elegir el punto límite “c” como la mejor alternativa. En el caso de que las distribuciones no tengan contacto en algún punto de la curva, se tiene que elegir el punto límite “b”. Así, cuando no se conoce la distribución para la población funcional, la única opción posible es utilizar el punto límite “a”.

Entre las principales ventajas de utilizar comparaciones normativas (Kazdin, 1997, 1999; Kendall, 1998, 1999) se encuentran las siguientes:

- Indican al investigador si los datos permiten concluir que los sujetos del grupo disfuncional, al final del tratamiento, llegan a ser clínicamente equivalentes a los sujetos del grupo funcional.

- Evalúan la efectividad del tratamiento contra un estándar de individuos que inicialmente eran disfuncionales.
- Permiten comparar dos tratamientos y determinan cuál es el más efectivo para la población estudiada.

Por otra parte, un problema relacionado con las comparaciones normativas es que son procedimientos que establecen puntos límite con poblaciones extremas, lo que en ocasiones no permite distinguir a los pacientes que han cambiado significativamente, pero no lo suficiente para quedar dentro del área de funcionamiento de la población funcional. Para lo cual algunos autores (Jacobson, Follette, et al, 1984; Jacobson & Truax, 1998) proponen el empleo del índice de cambio confiable (ICC). Por medio del empleo de este método de evaluación que permite identificar y cuantificar el cambio que se genera en el paciente y proporciona información sobre los pacientes que cambian en mayor medida en comparación con pacientes en los que el cambio sea mínimo o nulo.

## **5.6 Índice de cambio confiable**

Para considerar que la información obtenida por medio de la investigación sobre la eficacia del tratamiento sea considerada como relevante en el campo clínico y clínicamente relevante para el paciente, es necesario cumplir con los siguientes criterios (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998):

- Las mediciones deben señalar cuando la conducta objetivo (resultado del tratamiento) cambia de un rango disfuncional a uno más funcional. Dicha condición requiere identificar en qué medida el nivel de funcionamiento post-tratamiento indica que el paciente pertenece a la población funcional y no a la disfuncional.
- Asegurar que el tamaño del cambio sea de tal magnitud que demuestre que éste no se debe al azar.

Para lograr dichos objetivos es que se emplea el índice de cambio confiable (ICC) para evaluar el cambio clínico significativo en un paciente, cuyos resultados de tratamiento forman parte de una situación clínica grupal (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998).

En general, el ICC:

- (1) Permite considerar la variabilidad de la respuesta al tratamiento de cada paciente en comparación con otros pacientes.
- (2) Indica la proporción de pacientes que mejoraron o se recuperaron como resultado del tratamiento.
- (3) Determina si el tamaño del cambio es de suficiente magnitud para sugerir un cambio significativo.
- (4) Permite valorar el cambio en el comportamiento de un paciente como resultado de un tratamiento específico, relacionar los resultados de pacientes distintos y observar si el cambio presenta significancia estadística.

Para iniciar el cálculo del ICC se miden las diferencias encontradas entre el pre y el postratamiento. Después, se divide dicha diferencia entre el error estándar del resultado obtenido (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998).

La fórmula para calcular el ICC es la siguiente:

$$\text{ICC} = \frac{X_2 - X_1}{S_{\text{dif}}}$$

En donde:

ICC = Índice de Cambio Confiable

$X_1$  = Puntuación pretest del paciente

$X_2$  = Puntuación posttest del paciente

$S_{\text{dif}}$  = Error estándar de la diferencia de medición entre dos puntajes de la prueba

Una vez obtenido el valor del cambio significativo, se compara contra una distribución de puntajes z, cuyo valor más aceptable es de  $\pm 1.96$ . Si el resultado del cálculo del índice de cambio significativo está fuera de este intervalo, es poco probable que el cambio en el comportamiento ocurra debido al azar o a alguna otra variable extraña, lo que le da certeza al investigador de que el tratamiento fue el responsable del cambio observado en el paciente (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998).

El cálculo del error estándar de las diferencias de medición entre dos puntajes de la prueba se realiza por medio de la siguiente fórmula (Jacobson, Follette, et al., 1984; Jacobson & Truax, 1998):

$$S_{\text{dif}} = \sqrt{2S_E^2}$$

En donde:

$S_{\text{dif}}$  = Error estándar de la diferencia de medición entre dos puntajes de la prueba

$S_E$  = Error estándar de la medición del puntaje de la prueba (test-retest)

## **5.7 Beneficios de la investigación sobre la eficacia del tratamiento**

Jacobson, Follette, et al. (1984) y Jacobson y Truax (1998) enumeran los siguientes beneficios de la investigación sobre la eficacia del tratamiento por medio del cálculo de la relevancia clínica, tanto para investigadores, terapeutas y pacientes:

- Se identifica la proporción de pacientes que se benefician con el tratamiento empleado, aquéllos que no muestran cambio alguno, e incluso aquéllos que muestran algún efecto moderado y que, por lo tanto, requieren modificaciones al tratamiento.

- Ayuda a identificar los tratamientos que obtienen mejores resultados con problemas clínicos particulares o con grupos de pacientes específicos.
- Permite valorar el cambio observado y si dicho cambio es resultado del tratamiento.
- En el caso de que se pueda comparar con una población normalizada, identifica y determina la distancia de la norma a la que se encuentra el paciente, es decir, (a) si se ha recuperado de manera tal que ha regresado a la norma, (b) si se encuentra en los límites, o (c) si aún permanece con los problemas de conducta originales.

En conclusión, el empleo de herramientas de evaluación adicionales a las estadísticas disminuye la probabilidad de que el terapeuta “sobrevalore” o “subvalore” los efectos del tratamiento, sobretodo cuando no se observan claramente los cambios. Si el terapeuta carece de un sistema de evaluación confiable que incluya la evaluación del paciente contra un grupo de referencia, o bien contra su propio desempeño, puede cometer el error de dar por terminado el tratamiento, aunque el paciente no haya alcanzado el objetivo planteado. Por lo tanto, las posibilidades de una recaída aumentan (Pedroza, et al., 2002).

Sin embargo, el empleo de herramientas estadísticas es común en la mayoría de las investigaciones relacionadas con la práctica clínica, en consecuencia, la mayoría de los investigadores evalúan un tratamiento en función de su significancia estadística, pero dicha evaluación no implica que el cambio alcanzado por el paciente tenga valor clínico. Es por ello que se emplean las comparaciones normativas y el índice de cambio confiable para determinar si dicho cambio fue realmente significativo (Pedroza, et al., 2002).

Cabe preguntarse a este punto cómo se ha investigado la eficacia de los tratamientos de las fobias específicas.

## **CAPÍTULO 6.**

### **INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS**

#### **6.1 Eficacia de los tratamientos de las fobias específicas**

El tratamiento por excelencia para las fobias específicas, desde el punto de vista psiquiátrico, ha sido el farmacológico. La investigación relacionada con el uso de fármacos para el tratamiento de la fobia específica infantil es escasa y de reciente interés. La mayor parte de los estudios relacionados con este procedimiento son estudios de caso, que si bien, aportan información descriptiva de los resultados de la aplicación de un fármaco para solucionar el problema, no permiten el establecimiento de controles metodológicos rigurosos que garanticen la validez interna y externa de los resultados.

En un estudio realizado en adultos con fobia específica se empleó la fluoxetina, cuya función es principalmente evitar la alteración del sistema simpático y evitar así las respuestas fisiológicas características del trastorno. Después de cuatro semanas de administración del fármaco dos entre 35 pacientes mostraron una mejoría absoluta. Sin embargo, entre las principales limitaciones del estudio es que no se realizó seguimiento alguno, no se contó con un grupo control, y no se realizó un análisis detallado de los datos. La metodología empleada no permitió investigar si el tratamiento había sido eficaz para los pacientes a corto, mediano y largo plazos (Abene & Hamilton, 1998).

Dentro de esta misma línea de estudios de caso, Balon (1999) empleó fluvoxamina para tratar a un niño de 11 años con fobia a las tormentas. El objetivo de dicho fármaco es impedir las reacciones fisiológicas relacionadas con la fobia específica. La evaluación se realizó por medio de una entrevista al niño y a su madre quien no deseaba someter a su hijo a ningún tipo de tratamiento

conductual, aún cuando desde los nueve años había estado en diferentes tratamientos farmacológicos sin ningún resultado. Después de tres semanas con el fármaco, el paciente mostró una enorme mejoría, según lo informó su madre. El niño podía dormir solo y se despertaba en promedio dos veces por la noche. La fluvoxamina resultó efectiva para el tratamiento de la fobia a las tormentas. Sin embargo, no se evaluó si el efecto se mantenía con el paso del tiempo.

Finalmente, en un estudio más controlado con una muestra de 20 pacientes con fobia dental, con una media de edad de 30 años, se investigó la eficacia del tratamiento farmacológico para la fobia específica. Se evaluó a los pacientes con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para las fobias específicas. Se aplicaron medidas de autoinforme relacionadas con la fobia dental (cognitiva, conductual) y medidas fisiológicas (tasa cardíaca). Se administró un tratamiento farmacológico a base de benzodiazepinas durante cuatro semanas. El grupo que recibió tratamiento mejoró significativamente después del tratamiento en comparación con el grupo control sin tratamiento (N=10). Los seguimientos, inmediatamente después de retirar el medicamento, una semana después y dos meses después, revelaron que el efecto se revirtió a casi el mismo nivel observado antes del tratamiento. Se concluyó que el tratamiento con benzodiazepinas es efectivo a corto plazo durante el tiempo en el que se esté administrando, pero una vez retirado el medicamento pierde su efecto. Se recomienda su uso en caso de que el problema requiera una solución inmediata y temporal (Thom, Sartory & Jöhren, 2000). La realización de este tipo de estudios debe manejarse con mayores controles metodológicos, pues los informes existentes, en su mayoría, son estudios de caso que no proporcionan la posibilidad de generalizar los resultados. La investigación en el tratamiento farmacológico es escasa, probablemente debido al aumento de opciones de tratamiento igual de efectivas que el medicamento, pero con efectos duraderos a largo plazo. Tal es el caso de la terapia conductual.

A excepción de los tratamientos farmacológicos y cognitivos, la gran mayoría de los tratamientos de la fobia específica surgen de la concepción de aprendizaje estímulo-respuesta, es decir, forman parte de las estrategias propias de la terapia conductual. Concretamente, se basan en el paradigma del condicionamiento clásico como explicación de la presencia de la respuesta fóbica.

El condicionamiento clásico de la ansiedad humana puede originarse de una sola ocurrencia (aprendizaje en un sólo ensayo) o puede ir desarrollándose progresivamente y ante el curso de una serie de sucesos relacionados. A pesar de las críticas reiteradas a la teoría del condicionamiento, existen datos experimentales que la apoyan. Tanto en la producción de ansiedad o de respuestas de miedo en animales ante estímulos condicionados como los experimentos de desesperanza aprendida de Seligman (1971) proporcionan datos que apoyan esta postura. Por lo tanto, la mayoría de las propuestas terapéuticas psicológicas de la fobia específica están basadas en la teoría del condicionamiento. Por lo menos, las más eficaces surgen de la teoría de la terapia conductual y emplean los procedimientos propios de esta que, al producir los cambios deseados, aportan un soporte adicional a los postulados teóricos que los sustentan.

Una de las primeras técnicas que ha demostrado su eficacia para romper la respuesta de ansiedad y que surge del laboratorio experimental de Wolpe (1958), es la desensibilización sistemática. Sucintamente la desensibilización sistemática consiste en crear un estado fisiológico que inhibe la ansiedad tal como la relajación muscular, y en ese estado exponer al paciente al estímulo que produce la ansiedad por unos segundos. Esto se repite, y el estímulo progresivamente pierde su habilidad para provocar la ansiedad. Posteriormente, se introducen estímulos más fuertes que se tratan de la misma manera. El utilizar una emoción que actúa antagónicamente para vencer la emoción no deseada gradualmente tiene un precedente en la experiencia cotidiana, de acuerdo con Wolpe (1958, 1990).

La técnica de la desensibilización sistemática surgió de una serie de eventos relacionados con el interés de Wolpe (1958) por vencer a la ansiedad, exponiendo a los pacientes a actos antagónicos a la ansiedad. Por ejemplo, los exponía a conductas asertivas que fueran contrarias a la ansiedad. Dado que la teoría del condicionamiento requiere, para debilitar una reacción ante un estímulo, que el estímulo esté presente en la situación de descondicionamiento, Wolpe (1958) coligió que no funcionaba el crear una respuesta asertiva. Al enterarse de la relajación progresiva de Jacobson (1938), llegó a la conclusión de que era un procedimiento que inhibía la ansiedad y que se podía utilizar contra cualquier fuente de ansiedad. Los efectos autonómicos que acompañan a la relajación profunda son opuestos diametralmente a aquéllos característicos de la ansiedad. La relajación profunda disminuye el curso y la presión sanguínea, la resistencia de la piel aumenta y hace más lenta y regular la respiración.

La relajación muscular produce efectos opuestos a la ansiedad sobre el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio y la conductancia de la piel. Para inducir, tanto la relajación, como para introducir los estímulos que producen ansiedad, generalmente se recurre a la imaginación guiada. No todos los pacientes pueden imaginar las situaciones que les producen ansiedad, de tal manera que correspondan con la cantidad de ansiedad que les produce en la realidad. Generalmente los pacientes que visualizan satisfactoriamente tienden a mostrar mucho una mejoría más clara que los que no lo logran. Una forma de contrarrestar esto es describir en gran detalle la situación que deba imaginarse la persona, recurrir a la hipnosis o exponer directamente a la persona al objeto ansiógeno.

Dentro de desensibilización sistemática autores como Wolpe (1990) han sugerido que además de la relajación progresiva se puede echar mano de otras técnicas para producir calma que es la respuesta antagónica de la ansiedad. Uno de ellos es el entrenamiento autogénico desarrollado por Schultz y Luthe (1959). También se menciona la meditación trascendental, como el yoga, la retroinformación biológica todas ellas con la intención de producir esta respuesta

antagónica a la ansiedad y poder llevar a cabo los procedimientos de desensibilización sistemática.

Sin duda la desensibilización sistemática es una de las técnicas de exposición más aplicadas debido a su sencillez. Por lo general no incluye ningún tipo de exposición directa con el estímulo, por lo que antes de dar por concluido el tratamiento es importante preparar al paciente para enfrentarse a los estímulos de forma directa y poner en práctica lo aprendido en el tratamiento. Miller, et al. (1972) asignaron a 67 niños de entre 6-15 años de edad, a una de tres condiciones: (1) desensibilización, (2) psicoterapia, y (3) grupo control. Se realizaron mediciones antes y después del tratamiento y un seguimiento a los 6 meses. Se evaluó a los niños mediante un observador externo y una entrevista a sus padres. Después del tratamiento se observó una mejoría significativa en ambos grupos de tratamiento en comparación con el grupo control. Asimismo, no hubo diferencias significativas entre ambas condiciones de tratamiento justo al terminar las sesiones ni en el seguimiento.

Sin embargo, la desensibilización se emplea también en vivo, llamada desensibilización activa. Freeman y Kendrick (1960) hicieron la primera descripción de ésta sobre como un niño superó su fobia a los gatos haciendo primero que tocara material cada vez más parecido a la piel del gato. Después se le expuso a fotografías de gatos después a gatos de juguete hasta llegar a un cachorro de gato real y finalmente a gatos mayores. Estos primeros ensayos fueron la base de toda una serie de estudios relacionados con el tratamiento de las fobias específicas.

Posteriormente el repertorio de métodos para el tratamiento de las fobias se enriqueció con el modelamiento introducido por Bandura (1968). El método tiene un componente de información que es terapéuticamente relevante en la base cognitiva de la fobia. Sin embargo, también tiene un efecto en el descondicionamiento clásico tal como se describió anteriormente. Constituye una

forma de desensibilización en vivo. El modelamiento también se ha utilizado para el tratamiento de la ansiedad. Generalmente, se emplea el modelamiento como complemento a otras técnicas de tratamiento en las cuales se le enseña al niño cómo reaccionar e interactuar ante la presencia de un estímulo fóbico. Frecuentemente, es el terapeuta quien modela o bien sus padres o personas significativas para mejorar la confianza del niño en sí mismo.

Existen antecedentes de un estudio de Bandura, Grusec y Menlove (1967), quienes trataron a 48 niños con fobia a los perros, se asignaron a cuatro condiciones de tratamiento. Durante periodos de 10 minutos dos de los grupos observaban a un modelo que no tenía miedo a los perros y que se acercaba progresivamente y tenía interacción cada vez más complicada con el perro. Un grupo control vio a un perro durante ocho sesiones y el segundo grupo control no vio ni al perro ni al modelo. Los dos grupos experimentales mostraron mayores respuestas de acercamiento a los perros, no sólo al perro experimental, sino a otros perros en comparación a los niños del grupo control.

En un estudio de adolescentes con fobia a las serpientes, un modelo interactuó acercándose gradualmente con una serpiente inofensiva. Después, los adolescentes tocaron, acariciaron y sostuvieron a la serpiente, con y sin guantes, mientras el modelo sujetaba al reptil por la cabeza y la cola. Finalmente, permitieron que el animal se enroscara libremente por sus cuerpos, con y sin la ayuda del modelo. Junto con instrucciones e instigaciones verbales el modelo proporcionó guía física, la modalidad se llama *desensibilización por contacto* (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969).

La eficacia de la desensibilización se sometió a prueba en 75 niños diagnosticados con fobia a las víboras entre 6 y 8 años de edad. Completaron escalas de autoinforme y una evaluación conductual. Se les asignó aleatoriamente a una de tres condiciones de tratamiento: (1) desensibilización activa (modelamiento terapeuta y acción del niño), (2) desensibilización pasiva

(modelamiento terapeuta), y (3) grupo control. Los resultados indican que los niños que recibieron cualquiera de ambas formas de desensibilización mejoraban significativamente sobre aquellos que no recibieron ningún tratamiento. Los niños que recibieron el tratamiento de desensibilización activa mostraron cambios superiores a los de los niños del grupo de desensibilización pasiva (Murphy & Bootzin, 1973).

Otros estudios conductuales han empleado a los padres como modelos para tratar la fobia de sus hijos. Goldberg y Weisenberg (1992) informan del caso de un niño de nueve años de edad con fobia al periódico tratado durante un periodo de cuatro meses, empleando también otras técnicas operantes como economía de fichas y reforzamiento positivo administrado por sus padres. La finalidad era enseñarle habilidades de autocontrol y de interacción con el objeto fóbico. La evaluación se realizó por medio de una entrevista a los padres. El tratamiento constó de ocho sesiones de una hora de duración aproximadamente. En cada sesión participaban el niño, el terapeuta y sus dos padres. El paso inicial fue elaborar una jerarquía de miedo y en cada sesión se trabajaba sobre un estímulo distinto de la jerarquía. Al final del tratamiento el niño podía sentarse a leer el periódico sin ningún problema. La participación de los padres como modelos ayudó al tratamiento de la fobia específica de su hijo.

Los padres también pueden actuar creando ambientes controlados para facilitar la exposición de sus hijos a estímulos temidos. En otro estudio se evaluó a un total de 247 niños, de los cuales 89 niños presentaban fobia a los perros. Se entrevistó al niño y a los padres para establecer su historia clínica y posteriormente se elaboró junto con los niños y los padres una jerarquía de miedos, iniciando por el menos temido al más temido. Cada sesión, el terapeuta dejaba como tarea para casa trabajar un miedo de la jerarquía en un ambiente natural. El trabajo de los padres consistía en controlar los estímulos ambientales para que cuando sus hijos se expusieran al estímulo fóbico no lo hicieran en una situación descontrolada, en la que el niño experimentara las mismas reacciones

negativas que en el pasado. En la medida en que se pudo controlar el ambiente de exposición, los niños desarrollaron mejores estrategias de afrontamiento (Rogerson, 1997).

En un estudio realizado por Bandura y Menlove (1968) se compararon dos tipos de modelamiento simbólico en un grupo de 48 niños de entre 3 y 5 años de edad con fobia a los perros. Se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones: (1) modelamiento simbólico simple, (2) modelamiento simbólico múltiple, y (3) grupo control. La evaluación de las conductas de evitación de los niños se realizó por medio de entrevistas a sus padres y de técnicas conductuales que los confrontaban directamente con un perro. Los niños del grupo de modelamiento simbólico múltiple presentaron significativamente menos síntomas de evitación que los niños de las otras dos condiciones. A su vez, los niños del grupo de modelamiento simbólico simple observaron mayor mejoría con respecto a los del grupo control. Dichos resultados se mantuvieron un mes después del tratamiento.

El modelamiento es un tratamiento eficaz para la fobia específica, sin embargo, es importante considerar que al realizar los niños las conductas de acercamiento o aceptación del objeto temido, se exponen necesariamente a éste. Por consiguiente no difiere mucho este tratamiento de la exposición en vivo, una de las técnicas más eficaces para el tratamiento de las fobias específicas. Un estudio que mostró que es la participación activa del niño, es decir, el componente de exposición, la responsable de la disminución de las conductas de evitación y no el modelamiento solo. Una muestra de 50 niños, entre 5 y 12 años de edad con fobia al agua, se distribuyó a una de cuatro condiciones: (1) modelamiento participativo, (2) modelamiento, (3) participación, y (4) grupo control. Para demostrar la conducta adecuada ante en actividades de tipo acuático, se realizó por medio de caricaturas cortas que mostraban actividades acuáticas. En la primera condición después de la caricatura se animaba a los niños a realizar las conductas que habían visto en la televisión, en la segunda condición sólo se

mostraba la caricatura, en la tercera condición no se mostraba caricatura alguna y se animaba al niño a realizar actividades acuáticas y en la cuarta condición no se realizaba ningún tipo de intervención. El tratamiento tuvo una duración de tres días consecutivos. Las condiciones donde hubo participación fueron más efectivas que la no aplicación de tratamiento. Por otra parte, no se pudo comprobar si este efecto se mantenía con el paso del tiempo ya que no hubo evaluaciones de seguimiento (Lewis, 1974).

Otra de las técnicas operantes propias de la terapia conductual es el “*flooding*” o llamado inundación. Wolpe (1958, 1990) lo define como la exposición prolongada del paciente al estímulo que evoca miedo con una intensidad relativamente alta. El desarrollo sistemático de la terapia de “*flooding*” empezó con el trabajo de Malleon (1959) y el de Stampfl y Levis (1967). Esta estrategia también descansa en que el paciente imagine. En la imaginación guiada, la idea es que el paciente se exponga insistentemente al estímulo condicionado que produce la ansiedad, si esta ansiedad no se refuerza, es decir, no va acompañada de un estímulo incondicionado, la respuesta de ansiedad se extinguirá. Se espera que la exposición continua al estímulo haga que éste pierda su poder para producir ansiedad. Se induce al paciente a que se imagine de manera realista en la situación que le produce ansiedad en tanto que el terapeuta describe en gran detalle la situación de la manera más espantosa posible. De acuerdo con estos autores el éxito del “*flooding*”, posteriormente llamado exposición, es el paradigma de la extinción experimental.

A diferencia de la extinción de una respuesta motora, la relación observada experimentalmente en la ansiedad condicionada depende de la fuerza de la respuesta de ansiedad. Cuando la ansiedad es relativamente débil el provocarla de manera repetida es relativamente fácil. Cuando es fuerte la disminución de la respuesta es menor. Para que la exposición o el “*flooding*” reduzcan con éxito la ansiedad condicionada tiene que reducir el miedo evocado. Cuando la exposición reduce el miedo, la presencia del terapeuta facilita la habilidad de la exposición

para disminuirlo. Es muy probable que al debilitar la respuesta de ansiedad mediante la exposición, la inhibición recíproca desempeñe un papel importante. El éxito del modelamiento descrito anteriormente, parece depender en los casos de condicionamiento clásico del papel del terapeuta para inhibir la ansiedad. Éste también puede aplicarse a la exposición. Otra explicación posible de los efectos de la exposición es que la estimulación fuerte continua después de cierto tiempo inhiba la respuesta de manera marginal.

La exposición en vivo es sin duda el tratamiento más empleado para la fobia específica. La mayor parte de la investigación realizada es con poblaciones adultas, en poblaciones infantiles, es escasa. Ha sido la exposición en vivo un ingrediente presente en la mayor parte de los tratamientos descritos hasta ahora por lo que su eficacia comprobada podría explicar el efecto de esos tratamientos.

Un estudio investigó la eficacia de la exposición en vivo en un grupo de seis pacientes, con una media de edad de 28 años, con fobia a las arañas. El tratamiento constó de tres sesiones de exposición en combinación con modelamiento. La condición de los pacientes mejoró significativamente después del tratamiento en comparación con la evaluación inicial (Antony, et al., 2001).

Otros estudios han empleado metodologías que aseguran con mayor precisión su validez interna y externa. 82 pacientes diagnosticados con fobia específica a los perros según el DSM-IV (APA, 1994), con una media de edad de 18 años, se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones: (1) exposición en vivo, (2) exposición imaginada, y (3) exposición en vivo e imaginación. Se realizó una evaluación de sus síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos. La exposición en vivo y su combinación con imaginación fueron las más efectivas para los pacientes a corto, mediano y largo plazos que la mera imaginación. Sin embargo, al término del tratamiento las tres condiciones de tratamiento resultaron eficaces. Con el paso del tiempo, los pacientes que recibieron el tratamiento de exposición en vivo mostraron mejores puntuaciones de funcionalidad. Todos los

pacientes se beneficiaron de los diferentes tratamientos recibidos, ese efecto se mantuvo a lo largo del tiempo (Rentz, et al., 2003).

Debido al éxito mostrado por las técnicas de exposición en vivo en población adulta, se han aplicado también en poblaciones infantiles, con algunas modificaciones relacionadas a la edad del niño y el tipo de fobia. Se ha comparado la exposición en vivo con la desensibilización por movimientos oculares y procesamiento de información. 26 niños con fobia a las arañas, en una primera fase, se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones: (1) desensibilización por movimientos oculares y procesamiento de información, (2) exposición en vivo, y (3) exposición por medio de realidad virtual. En una segunda fase, todos los pacientes se expusieron en vivo en 90 minutos a arañas. Los niños que sólo recibieron tratamiento de exposición en vivo mostraron la mayor mejoría en la expresión de sus síntomas, en cambio, el grupo expuesto primero a desensibilización por movimientos oculares y procesamiento de información no mejoró, sino hasta después de la exposición en vivo. Lo mismo ocurrió con el grupo sometido a tratamiento de realidad virtual, no hubo mejoría antes del tratamiento de exposición (Muris, Merckelbach, Holdrinet, et al., 1998).

Existe consenso entre diferentes autores que la técnica de exposición en vivo es la más eficaz para tratar las fobias específicas. Al compararla con otros tratamientos, la exposición siempre ha resultado superior. La mayor parte de los estudios se han dirigido a poblaciones adultas. Es hasta recientemente que se ha comenzado la investigación sobre la eficacia de dichos tratamiento en poblaciones infantiles. Así, el funcionamiento del paciente en situaciones que entrañan la interacción con el estímulo fóbico implica la adquisición de habilidades de interacción que le permiten desarrollar sus actividades cotidianas de manera funcional.

Son diversas las modalidades que permiten aplicar la exposición. Una de ellas es la realidad virtual, que es una técnica relativamente nueva. Es por ello que

la investigación relacionada con esta línea de tratamiento es escasa y hay resultados contradictorios. Algunos estudios con adultos han mostrado que la exposición empleando equipo computarizado con realidad virtual es una forma eficaz para el tratamiento de la fobia específica a corto plazo. La mayor parte de investigación en este campo también se ha realizado principalmente en adultos.

La eficacia del tratamiento virtual en comparación con la exposición se investigó con 33 pacientes con miedo a las alturas, asignados aleatoriamente a una de dos condiciones de tratamiento: (1) tres sesiones de realidad virtual, o (2) tres sesiones de exposición, con una duración de una hora respectivamente. Se evaluó mediante la aplicación de instrumentos de autoinforme y evaluación conductual. Además, se emplearon los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) para el diagnóstico de fobia específica. Al final de las tres sesiones de tratamiento para cada condición se encontró que ambos grupos mejoraron por igual, y esta mejoría se mantuvo a los seis meses. Los pacientes del grupo expuesto a realidad virtual presentaron un desempeño menor que los del grupo de exposición en vivo (Emmelkamp, et al., 2002).

Utilizando también un diseño de comparación entre grupos, Maltby, Kirsch, Mayers y Allen (2002) investigaron la eficacia de un tratamiento virtual. Se evaluó a 45 pacientes con fobia a volar por medio de instrumentos de autoinforme, una evaluación conductual y con los criterios diagnósticos para la fobia específica propuestos por el DSM-IV (APA, 1994). Se asignó a los pacientes aleatoriamente a una de dos condiciones: (1) cinco sesiones de tratamiento virtual o (2) grupo de tratamiento placebo. En la evaluación posterior al tratamiento, el 65% de los pacientes tratados con realidad virtual y el 57% del grupo de tratamiento placebo, mostraron mejoría significativa. En el seguimiento a los seis meses, el grupo expuesto a la realidad virtual mantuvo el efecto del tratamiento. No obstante, se registró un aumento en las conductas de evitación y en las reacciones fisiológicas de los pacientes.

En un intento por repetir el efecto del estudio anterior, cinco pacientes con fobia a manejar entre 30 y 57 años de edad se expusieron a un tratamiento de realidad virtual, mediante un diseño de línea base múltiple. El tratamiento consistió en ocho sesiones de exposición virtual de una hora aproximadamente. Para establecer el diagnóstico se emplearon medidas de automonitoreo y entrevistas estructuradas. En tres de los cinco pacientes expuestos se observaron cambios estadísticamente significativos y en dos se observaron cambios, pero no significativos. El seguimiento uno y tres meses después reveló en ambos casos que los pacientes no eran capaces de manejar a menos que fuera completamente necesario. Un año después cuatro de los pacientes presentaban conductas de evitación similares a las observadas antes del tratamiento. Si bien el tratamiento virtual arrojó resultados a corto plazo éstos no se mantuvieron a mediano y largo plazo (Wald, 2004).

Cuando la posibilidad de una exposición en vivo es complicada o bien el objeto de la fobia no es de fácil acceso, se emplea la imaginación guiada. Es una técnica muy eficiente en cuanto a tiempo y no demanda entrenamiento previo en el paciente. Tres niños de 6, 8 y 11 años diagnosticados con terrores nocturnos participaron en un estudio que empleó un diseño de línea base múltiple. Se evaluó a los padres y a los niños. A los padres se les entrevistó directamente sobre la conducta de sus hijos, y además completaron escalas de autoinforme sobre la conducta que percibían en sus hijos y sobre su manejo como padres de la situación. Los niños disminuyeron significativamente sus conductas de evitación antes de ir a dormir y los padres también notaron dicho cambio. No obstante, los autores recomiendan emplear este tratamiento en conjunto con la exposición en vivo (Murphy & Bootzin, 1973).

A diferencia de las técnicas basadas en la terapia de la conducta, las técnicas cognitivas se dirigen principalmente al control, manejo y reconstrucción de los pensamientos catastróficos relacionados con la situación fóbica. Se enseña al niño a manejarlos y elaborarlos, para facilitar la interacción con el objeto fóbico.

Sin embargo, esta técnica, generalmente se ha empleado junto con la imaginación guiada que en muchos casos conlleva la exposición. Comparada con una condición sin tratamiento en 33 familias voluntarias con hijos entre 6 y 12 años de edad con terrores nocturnos, los niños recibieron entrenamiento en autocontrol cognitivo, el tratamiento incluyó estrategias de relajación muscular, imaginación guiada y autorregistro. El papel de la familia fue ayudar al niño en casa a realizar las actividades relacionadas con el tratamiento. Después de tres semanas de tratamiento, el grupo experimental mostró una disminución significativa en la expresión de sus miedos nocturnos en comparación con el grupo control, indicado por el registro de los padres antes y después del tratamiento. Medidas posteriores a los 2, 6 y 12 meses después los resultados se mantuvieron con una leve disminución, pero no significativa. La participación es decisiva para el mantenimiento de los resultados (Graciano & Mooney, 1980). Ya que el tratamiento se combinó con técnicas conductuales no es posible concluir acerca de la eficacia de las técnicas propiamente cognitivas. Los estudios que han evaluado las técnicas operantes o conductuales han aislado su efecto y han demostrado su eficacia, por lo que el efecto observado en este estudio deja abierta la posibilidad de que se deba exclusivamente a la aplicación de las técnicas operantes.

Esta incógnita no logró resolverse en otro estudio que también combinó la técnica cognitiva de autocontrol con representación de roles y exposición, éstas últimas técnicas conductuales. Se evaluó la eficacia del entrenamiento en autocontrol con un adolescente con fobia a sus movimientos intestinales en público, por medio de diversos instrumentos de autoinforme. Los padres del adolescente completaron una medida de funcionamiento general de su hijo. El entrenamiento se enfocó principalmente a modificar los pensamientos desadaptativos por medio de representación de roles, exposición gradual y tareas para casa. Se realizaron evaluaciones de significancia clínica y social. Después del tratamiento, a los tres y seis meses de seguimiento, el efecto benéfico del tratamiento se mantuvo (Eisen & Silverman, 1991). Sólo una investigación ha arrojado cierta luz sobre el efecto aislado de un tratamiento cognitivo de

autocontrol. Silverman, Kurtines, et al. (1999) sometieron a 81 niños y sus padres a un tratamiento de 10 semanas. Los niños se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones: (1) tratamiento basado en el autocontrol, (2) psicoeducación, y (3) lista de espera. Los niños sometidos a ambas condiciones de tratamiento mostraron una mejoría significativa después de tratamiento, a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Los niños tratados con psicoeducación mostraron un leve deterioro que no fue significativo a lo largo de los seguimientos en comparación, lo que no ocurrió con el entrenamiento en autocontrol. Ambas condiciones de tratamiento fueron mejores que el no tratamiento.

La exposición es hoy en día el tratamiento de elección para las fobias específicas y en ésta se basa el tratamiento de una sesión propuesta por Öst. El presente trabajo se basa en los estudios de Öst principalmente desarrollado con adultos, los cuales se describen a continuación. Como tratamiento basado en la terapia de la conducta la exposición en vivo es una técnica de intervención conductual que se apoya en el condicionamiento. Öst (1989a, 1989b, 1997) retomó la exposición en una técnica de intervención corta, efectiva y eficiente para el tratamiento de la fobia específica. Sin embargo, también echa mano de técnicas cognitivas. El tratamiento propuesto por Öst consiste en una sesión de tres horas de exposición gradual del paciente al objeto o situación fóbica (Friedberg, Crosby, Friedberg, Rutter & Knight, 2000; Hernández-Guzmán, 1999; Muris, Merckelbach, Holdrinet, et al., 1998; Öst, Alm, et al., 2001; Öst, Brandberg, et al., 1997; Öst, Ferebee, et al., 1997).

La eficacia del tratamiento diseñado por Lars-Göran Öst para diferentes tipos de fobias específicas se ha demostrado ampliamente. Su efecto se mantiene más consistentemente a lo largo del tiempo. El equipo de investigadores encabezado por Öst ha documentado la eficacia de su tratamiento para la fobia a las arañas (Öst, Ferebee, et al., 1997; Öst, Salkovskis, et al., 1991), fobia sangre-inyecciones-daño (Öst, 1992; Öst, Hellström, et al., 1992), fobia a volar (Öst, Brandberg, et al., 1997) y la claustrofobia (Öst, Alm, et al., 2001; Öst, Johansson &

Jerremalm, 1992). El tratamiento de exposición de una sesión es más efectivo que cinco sesiones de exposición y más efectivo que la autoexposición. La proporción de pacientes que mejoraron significativamente va de un 74%-95% y los efectos del tratamiento se mantienen hasta un año después.

En la tabla 6.1.1 se muestran las principales características de población, del tratamiento empleado, de evaluación, de diseño y de tipo metodológico, de los diferentes estudios revisados con respecto a la eficacia de los tratamientos sobre la eficacia de los tratamientos de las fobias específicas.

Tabla 6.1.1 Características de los estudios sobre el tratamiento conductual de una sesión para la fobia específica.

Tipo de Tratamiento		Adultos	Niños y padres	
Estudio (autores)		Öst, Brandberg, et al. (1997) Öst, Salkovskis, et al (1991) Öst, Hellström, et al. (1992) Öst, Ferebee, et al. (1997) Thom, et al. (2000) Öst, Svenson, et al. (2001) Muris, Merckelbach, et al. (1997) Öst, Johansson, et al. (2001)		
Población	General			
	Clínica	• • • • • • • • •		
Selección de la muestra	Estudio de caso			
	Grupal	• • • • • • • • •		
	Conveniencia			
	Ensayo aleatorio	• • • • • • • • •		
	Inclusión	• • • • • • • • •		
	Exclusión	• • • • • • • • •		
Variables dependientes	Pacientes	Otras condiciones		
		Conducta Evitación	• • • • • • • • •	
	Padres	Estrés		
		Crianza		
		Intervención		•
Variables independientes	Familia	Interacción	•	
		Crianza		
		Intervención	•	
Comparaciones	Lista de espera	• • • •		

	Otra intervención	•	•	•	•	•	•	•
	Otras características							
	Seguimiento	•	•	•	•	•	•	•
Diseño	Intra-sujeto	•	•	•	•	•	•	•
	Entre-sujetos	•	•	•	•	•	•	•
Controles metodológicos	Diagnóstico inicial	•	•	•	•	•	•	•
	Comparabilidad	•	•	•	•	•	•	•
	Confiabilidad	•	•	•	•	•	•	•
	Validez	•	•	•	•	•	•	•
	Confiabilidad entre los observadores	•	•	•	•	•	•	•
	Sesgos							
Tamaño de los resultados	Significancia estadística	•	•	•	•	•	•	•
	Significancia clínica	•	•	•	•	•	•	•
	Medidas de funcionamiento	•	•	•	•	•	•	•

En un estudio realizado por Thom, et al. (2000) en 20 pacientes con fobia dental con una media de edad de 30 años, investigaron la eficacia de una sesión de tratamiento sobre los síntomas de fobia específica. Realizaron el diagnóstico con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), aplicaron medidas de autoinforme relacionadas con la fobia dental (cognitiva, conductual) y medidas fisiológicas (tasa cardíaca). Se realizó el tratamiento de una sesión. Los resultados indican que el grupo expuesto al tratamiento mejoró significativamente en comparación con el grupo control (N=10). Realizaron seguimientos inmediatamente después del tratamiento, una semana después y dos meses después. Encontraron que los pacientes expuestos al tratamiento mantuvieron significativamente la mejoría que los del grupo control. Concluyeron que el

tratamiento de una sesión es efectivo a corto, mediano y largo plazos. Su efecto se mantiene a lo largo del tiempo. Es un tratamiento útil, rápido y eficaz en el tratamiento de la fobia específica.

La eficacia de una sesión de tratamiento se ha comparado con la autoexposición en 34 pacientes con fobia a las arañas. De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III (APA, 1987) para fobia específica y mediante evaluaciones de tipo conductual, fisiológicas y de autoinforme, la condición de una sesión de tratamiento resultó significativamente mejor que la autoexposición, cuya duración fue de dos semanas. El efecto se mantuvo un año después. La proporción de pacientes con una mejoría clínicamente significativa o relevante fue de 71% en el tratamiento de una sesión y 6% en la autoexposición. Los autores concluyen que el tratamiento de exposición en una sesión abate eficazmente la fobia a las arañas a corto y largo plazos (Öst, Salkovskis, et al., 1991).

Cuando se ha comparado la misma estrategia de tratamiento variando el largo de la sesión, una sesión de 3 horas contra 5 sesiones de exposición, no se ha encontrado diferencia, 40 pacientes entre 18 y 60 años de edad diagnosticados con fobia a la sangre se asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones: (1) una sesión de exposición (tres horas), y (2) cinco sesiones de exposición (una hora semanal). Los pacientes de ambas condiciones mejoraron significativamente, sin diferir significativamente entre uno y otro. Los resultados se mantuvieron un año después. La proporción de pacientes que observaron una mejoría clínicamente significativa fue de 80% en el tratamiento de una sesión y 79% en el tratamiento de cinco sesiones (Öst, Hellström, et al., 1992).

El hallazgo respecto a la equivalencia de una y cinco sesiones de tratamiento se han replicado para la fobia a volar (Öst, Brandberg, et al., 1997). La proporción de pacientes que mostró una mejoría clínicamente relevante o significativa fue de 93% en el tratamiento de una sesión y 79% en el tratamiento de cinco sesiones. Un año después, se mantenía el efecto, excepto en la

evaluación conductual en la que sólo el 64% de los pacientes habían volado por no haber tenido la oportunidad para hacerlo.

Además de corroborar los resultados anteriores respecto al tratamiento de una sesión, un estudio de Öst, Alm, et al. (2001) mostró la superioridad de la exposición sobre el tratamiento cognitivo. Comparó el tratamiento de una sesión con la terapia cognitiva en pacientes claustrofóbicos. El 80% de los niños en el grupo de una sesión de exposición, 81% en el de cinco sesiones de exposición. El grupo expuesto al tratamiento de una sesión continuó mejorando y, un año después, el 100% de sus integrantes mostraba mejoría clínicamente significativa.

Para optimizar aun más el tratamiento de una sesión, Öst, Ferebee, et al. (1997) evaluaron una adaptación grupal con 46 pacientes con fobia a las arañas. Compararon el tratamiento de una sesión grupal versus individual (directo e indirecto), ambos con una duración de tres horas aproximadamente. Cada grupo constó de un máximo de ocho pacientes. Los resultados indican que las evaluaciones tanto conductuales y las de autoinforme en el tratamiento directo fueron significativamente mejores que en indirecto. Al realizar un seguimiento un año después, los resultados fueron los mismos. La proporción de pacientes que tuvieron una mejoría clínicamente significativa fue de 75% en el tratamiento de una sesión, 7% y 31% en observación directa e indirecta, respectivamente. Los autores concluyen, que el tratamiento de exposición es más efectivo a corto y largo plazos para el tratamiento de la fobia a las arañas.

La eficacia del tratamiento de una sesión dirigida a las fobias específicas en adultos, ha motivado la realización de estudios que la prueban (Öst, 1989a, 1997) en niños. No obstante, la investigación es aún escasa.

En el caso de los niños, el tratamiento de una sesión ha superado al tratamiento de movimientos oculares rápidos (EMRD) (Muris, Merckelbach, van Haften, et al., 1997).

En el caso de las fobias específicas infantiles, los padres desempeñan un papel importante por lo que, cuando participan los padres, se observa que los niños y, también los adolescentes, el efecto del tratamiento parece ser más duradero. Öst, Svenson, et al. (2001) compararon la sesión de tratamiento dirigida a los niños con la sesión de tratamiento combinada, en la que también participaban los padres, y con una condición control en lista de espera. La participación de los padres ofrece ventajas sobre el tratamiento sólo a niños, principalmente respecto a dos aspectos, el efecto del tratamiento es más duradero y la relevancia clínica es superior. Estos resultados son prometedores, pero aún incipientes. Se requiere más investigación, primeramente sobre la eficacia del tratamiento de una sesión para abatir los síntomas de las fobias específicas. En segundo término para evaluar si la inclusión de los padres en el tratamiento de sus hijos ofrece ventajas sobre el tratamiento que atiende exclusivamente a los niños.

## **Capítulo 7.**

### **Método**

#### **7.1 Problema de investigación**

A pesar de que el tratamiento conductual de una sesión cuenta ya con un bagaje importante de datos de investigación acerca de su eficacia para eliminar la fobia específica de población adulta, los estudios que documentan su eficacia en niños son aún escasos. Además, todo tratamiento validado empíricamente, es decir, basado en datos de investigación y recomendable para diversas poblaciones, requiere que un equipo de investigadores, distinto al que hubiese demostrado originalmente su eficacia, encuentre resultados similares (Hamilton & Dobson, 2001). Esta línea de investigación exige, por consiguiente, estudios realizados por otros equipos independientes que corroboren la validez y generalidad del tratamiento de una sesión de las fobias específicas, aplicado a diversas poblaciones y circunstancias vitales.

Por tratarse de población infantil, es necesario indagar acerca del papel que los padres desempeñan en la eficacia del tratamiento y, a su vez, la posible influencia de la disminución de los síntomas del trastorno sobre las respuestas de estrés de sus padres y el ambiente familiar.

La presente investigación busca indagar, en primer término, si en el caso de niños mexicanos se replicaban los hallazgos acerca de la eficacia del tratamiento conductual de una sesión para las fobias específicas, demostrada por otros estudios realizados en otros países, en población adulta e infantil. Como segundo propósito, era importante averiguar si la inclusión de los padres en el tratamiento dirigido a los niños aportaba beneficios adicionales al “mero” tratamiento de los niños. El tercer propósito fue indagar la relevancia clínica del tratamiento conductual de una sesión para las fobias específicas.

## 7.2 Hipótesis

De acuerdo con la revisión de la literatura de investigación en este campo, se espera, como resultado de un tratamiento dirigido a la reducción de las fobias específicas infantiles, que los niños ya no evitaran el estímulo fóbico, asimismo que este efecto se reflejara en la reducción de la ansiedad general de los niños, y que los cambios se mantuvieran con el paso del tiempo. También, se suponía que la participación de los padres en el tratamiento se traduciría en una disminución mayor de los síntomas de sus hijos que la producida por el sólo tratamiento de los niños. Por consiguiente, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Si se somete a un grupo de niños diagnosticados con fobia específica al tratamiento de una sesión conductual, diseñado por Öst (1989a), a) aumentarán sus conductas de acercamiento al estímulo fóbico o de aceptación de la situación fóbica, b) su ansiedad general se reducirá, c) estos cambios se mantendrán una semana, tres y seis meses después del tratamiento y serán clínicamente relevantes.
2. Si se somete a un grupo de niños diagnosticados con fobia específica al tratamiento de una sesión conductual, diseñado por Öst (1989a), a la vez que se incluya a uno o a ambos padres en el tratamiento, se observarán, en comparación con el tratamiento dirigido sólo a los niños, mejores resultados respecto a: a) sus conductas de acercamiento al estímulo fóbico o de aceptación de la situación fóbica, b) su ansiedad general, y c) la permanencia de los cambios a lo largo del tiempo después del tratamiento y serán clínicamente relevantes.

## 7.3 Participantes

De 1265 niños provenientes de escuelas primarias públicas ubicadas en diversas zonas geográficas de la Ciudad de México, se seleccionó

intencionalmente a 114 (9.01%) que puntuaron más alto que el punto de corte de la escala de *Ansiedad/Depresión* del *Child Behavior Check List (CBCL/6-18)* (Achenbach & Rescorla, 2001). Los 114 niños respondieron posteriormente al Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) (Bermúdez-Ornelas, 2003) y se sometieron a una entrevista diagnóstica semiestructurada. También se entrevistó a sus padres. Esta información fue la base para establecer el diagnóstico, corroborado posteriormente por un paidopsiquiatra. Cuarenta y un niños cumplieron con el criterio diagnóstico de alguna fobia específica, de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2008). Los 41 niños se asignaron aleatoriamente a cada una de las 3 condiciones de tratamiento mediante insaculación quedando 14 niños en cada condición de tratamiento y 13 en el grupo control en lista de espera. Las entrevistas revelaron que los niños sufrían el trastorno desde hacía 1-7 años. Participaron en el estudio, 27 niñas (entre 6 y 12 años de edad) y 14 varones (entre 6 y 12 años). No fue posible evaluar a 2 de los niños (un niño y una niña) en el segundo seguimiento, ambos de la condición control en lista de espera, por lo que no terminaron el estudio y se eliminaron. Por lo que finalmente quedaron 26 niñas y 13 varones. Los padres firmaron una carta en la que manifestaban su libre consentimiento a participar (Anexo A), después de conocer el propósito del estudio y de la confidencialidad de los resultados.

Tabla 7.3.1 Características de los 39 niños que terminaron el estudio.

Identificación		Evaluación				
		Sexo	Edad	Fobia	Años de padecerla	Quejas más importantes
Tratamiento sólo niños						
1	PN007	masculino	11	Arañas	6	Conductuales
2	PN008	masculino	10	Arañas	1	Conductuales
3	PN009	masculino	12	Arañas	2	Conductuales
4	PN010	masculino	8	Arañas	1	Conductuales
5	TN001	masculino	10	Arañas	3	Conductuales
6	TN002	femenino	10	Gatos	4	Conductuales

7	TN003	femenino	10	Muñecas	4	Conductuales
8	TN004	femenino	10	Oscuridad	4	Conductuales
9	TN005	femenino	10	Arañas	4	Conductuales
10	ZN006	femenino	6	Arañas	3	Conductuales
11	ZN007	masculino	9	Perros	1	Conductuales
12	ZN008	masculino	7	Oscuridad	5	Conductuales
13	ZN009	femenino	6	Arañas	1	Conductuales
14	ZN010	femenino	9	Arañas	3	Conductuales
15	ZN011	femenino	8	Oscuridad	5	Conductuales

#### Tratamiento niños y padres

1	ANP001	masculino	9	Oscuridad	5	Conductuales
2	ANP002	femenino	8	Perros	5	Conductuales
3	ANP003	femenino	7	Perros	6	Conductuales
4	ANP004	femenino	8	Arañas	4	Conductuales
5	ANP005	femenino	6	Arañas	3	Conductuales
6	ANP006	femenino	9	Arañas	5	Conductuales
7	ANP007	masculino	6	Arañas	3	Conductuales
8	ANP008	femenino	8	Arañas	2	Conductuales
9	ANP009	masculino	7	Arañas	2	Conductuales
10	ZNP012	femenino	9	Oscuridad	6	Conductuales
11	ZNP013	femenino	10	Arañas	6	Conductuales
12	ZNP014	femenino	9	Perros	4	Conductuales
13	ZNP015	masculino	6	Oscuridad	1	Conductuales

#### Condición lista de espera

1	PPNP001	femenino	7	Arañas	4	Conductuales
2	PPNP002	femenino	9	Arañas	1	Conductuales
3	PPNP003	femenino	8	Arañas	3	Conductuales
4	PPNP004	femenino	8	Arañas	1	Conductuales
5	PPNP005	femenino	10	Arañas	7	Conductuales
6	PPNP006	femenino	11	Arañas	5	Conductuales

7	ZN001	femenino	7	Oscuridad	2	Conductuales
8	ZN002	femenino	7	Oscuridad	1	Conductuales
9	ZN003	masculino	8	Arañas	1	Conductuales
10	ZN004	femenino	10	Arañas	1	Conductuales
11	ZN005	masculino	7	Alturas	2	Conductuales

## 7.4 Instrumentos

### *Instrumentos que respondieron los padres*

- *Child Behavior Check List, CBCL/6-18* (Achenbach & Rescorla, 2001). Instrumento de banda ancha compuesto por 118 reactivos que pregunta a los padres sobre los síntomas internalizados y externalizados del niño. Su fiabilidad de consistencia interna es de 0,96 (Hernández-Guzmán, 2005). Sus reactivos calificados desde 0 (*nunca*) hasta 2 (*siempre*) se agrupan en 9 factores: *Ansioso/Deprimido, Aislado/Deprimido, Quejas somáticas, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Problemas de atención, Conducta de violar reglas, Conducta agresiva y Otros problemas*. Los análisis del presente estudio se basaron solamente en el factor *Ansioso/Deprimido* (alfa de Cronbach = 0,78; Hernández-Guzmán, 2005) compuesto por 13 reactivos que alcanza una calificación total posible de 26 puntos. Este factor mide ansiedad, pero toma en cuenta los datos que muestran que la ansiedad infantil comparte síntomas con la depresión. Una calificación de 8 puntos o menos significa que el niño se comporta normalmente (Anexo B).
- *Entrevista a Padres de Niños con Fobia Específica* (Ollendick, 2004). Entrevista semiestructurada compuesta por 12 preguntas que exploran aspectos relacionados con la fobia de sus hijos, como el inicio de la fobia, el tiempo con ella, las consecuencias para la vida diaria y algunas reacciones

ante la fobia de su hijo (por ejemplo. “¿Cómo afecta la fobia de su hijo al desempeño de sus actividades cotidianas?”).

### *Instrumentos aplicados a los niños*

- *Prueba de Aproximación Conductual (PAC)* de la fobia específica (McCabe, et al., 2006; Ollendick, 2004) diseñada para evaluar conductualmente la interacción con el estímulo fóbico. Consta de una secuencia de 28 reactivos o actividades que implican el acercamiento gradual al objeto fóbico o de la aceptación gradual de la situación fóbica. Al niño se le informa del propósito de la PAC y se le explica que desempeñará las actividades en una situación controlada. Se suma un punto por cada actividad realizada. A mayor puntuación mayor interacción con el estímulo fóbico. La PAC considera que el niño ha logrado vencer eficazmente su fobia, cuando cumple satisfactoriamente con el 50% de las actividades (Öst, 1989a, 1997), equivalente a 14 los puntos. No obstante, aún cuando el niño alcance este criterio, se continúa con la prueba hasta completar todas las actividades o cuando el niño decida suspenderla. En el presente estudio, dos observadores independientes registraron las actividades de los niños, alcanzando una fiabilidad entre observadores de 92.85% (Kerlinger, 1981; Kerlinger & Lee, 2002) (Anexo C).
- *Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE)* (Bermúdez-Ornelas, 2003). Presenta un alfa de Cronbach de 0,93 y está compuesto por 52 ítems distribuidos en 9 factores: *Fobia escolar, Fobia animal, Fobia a la oscuridad, Fobia situacional, Fobia al daño físico, Fobia al peligro y a la muerte, Fobia ambiental, Fobia médica y Fobia a la crítica*. El niño valora su grado de ansiedad en una escala de 3 puntos desde 0 (*nada*) hasta 2 (*mucho*). A mayor puntuación mayor ansiedad. El punto de corte es de 40 puntos (Anexo D).

- *Entrevista para el Niño con Fobia Específica* (Ollendick, 2004). Entrevista semiestructurada que explora aspectos relacionados con la fobia, el tiempo que la ha padecido, la forma en que interfiere con la vida diaria del niño y de la familia, y reacciones relacionadas con la fobia del niño (por ejemplo, “¿Desde hace cuánto tiempo tienes miedo a las arañas?”).

### *Otros materiales*

- Hojas de lectura óptica, lápices, gomas para borrar.
- Para la fobia a las arañas se emplearon guantes, tarjetas de cartón, fotografías de arañas, una caja de cartón, recipientes de vidrio transparente y arañas vivas.
- Para a la fobia a los perros y a los gatos, se emplearon fotografías, y perros y gatos vivos. Se tuvo especial cuidado de no hacer daño a los animales y que los niños aprendieran a protegerlos.
- Para la fobia a la oscuridad se emplearon cartulinas oscuras, cobijas y antifaces.
- Para la fobia a las muñecas se utilizaron muñecas de diferentes tamaños y expresiones faciales.
- Para la fobia a las alturas se empleo un puente que se encontraba cerca de la escuela primaria.

### **7.5 Diseño experimental**

El diseño experimental implicó comparaciones intragrupo (pretest, postest - 1 semana - y seguimientos a los 3 y 6 meses) y entregrupos (tratamiento sólo a los niños, tratamiento a niños y padres, grupo control lista de espera). Se asignó a los participantes aleatoriamente a las tres condiciones experimentales: (a) el tratamiento de la fobia específica sólo a los niños, (b) participación de los padres en el tratamiento de la fobia específica de los niños y (c) lista de espera, sin tratamiento. Los efectos se examinaron sobre las respuestas de acercamiento al

estímulo fóbico o de aceptación de la situación fóbica de los niños (dependiendo de la fobia de la que se tratara), y su ansiedad/depresión, de acuerdo con la percepción de sus padres. En el grupo de tratamiento a padres y niños participaron 13 niños (4 varones y 9 niñas) debido a que los padres de uno de los niños no pudieron asistir. Este niño se reasignó, por razones éticas, al grupo de sólo niños. Por lo que en la condición de tratamiento sólo a niños participaron 15 (7 varones y 8 niñas) y en el grupo de control lista de espera 11 (2 varones y 9 niñas). El grupo en lista de espera se expuso al tratamiento, una semana después de la evaluación de post-tratamiento de los dos grupos de tratamiento. La integridad del tratamiento se controló mediante el manual de tratamiento desarrollado originalmente por Öst y Ollendick (1999), adaptado en el presente estudio para niños mexicanos.

## **7.6 Procedimiento**

*Pre-evaluación.* Se aplicó en forma individual la PAC a los 39 niños, previamente diagnosticados con fobia específica, en el curso de 2 semanas.

*Condición de tratamiento solamente a los niños.* El tratamiento de una sesión para la fobia específica, basado en el manual elaborado por Öst y Ollendick (1999) (Anexo E), se aplicó individualmente a los niños una semana después de la evaluación inicial, durante el curso de 4 semanas (en promedio se trato a 4 niños por semana). Al inicio de la sesión se aplicó la Prueba de Aproximación Conductual. Posteriormente, durante la misma sesión se implementó el tratamiento de una sesión de las fobias específicas, basado en el modelamiento y la exposición gradual al estímulo fóbico (Öst, 1989a). El tratamiento consta de ensayos sucesivos, cuyo objetivo son exponer gradualmente al niño al estímulo fóbico. El niño realizaba entre 14 y 28 actividades en total para ir alcanzando los diversos objetivos en forma controlada. La interacción con el estímulo fóbico iniciaba en la situación de interacción menos fóbica y terminaba en la más fóbica. La sesión de tratamiento se daba por terminada cuando el niño decidía suspender

o bien cuando había realizado todas las actividades. Se repetía cada actividad cuantas veces fuese necesario, hasta que el participante lograra desempeñarla por sí mismo, sin ayuda del terapeuta o de algún instrumento como guantes, tarjetas o lápices. La sesión tenía una duración aproximada de tres horas y ocurría en presencia de dos terapeutas.

*Condición de tratamiento a los niños con la participación de sus padres.* El tratamiento de una sesión para la fobia específica, se aplicó a los niños cuyos padres participaron de la misma manera que a los niños que participaron solos. La diferencia consistió en que, en la condición de tratamiento a niños y a padres, uno de ambos padres presenciaba la sesión de tratamiento. Recibían, antes del inicio de la sesión de tratamiento, una explicación acerca de las técnicas que se emplearían. Durante la sesión participaban junto con el terapeuta como modelos, acercándose al estímulo fóbico, y se les instigaba para que reforzaran a su hijo cuando el niño realizaba las actividades de acercamiento gradual. Debido a que en los casos de dos niños con fobia a las arañas, sus madres también presentaban la fobia, éstas se sometieron al tratamiento de una sesión previamente a la realización de la sesión de tratamiento a los niños.

*Condición control en lista de espera.* Los niños asignados al grupo en lista de espera no recibieron tratamiento durante el tiempo en el que todos los niños de ambas condiciones experimentales se exponían al tratamiento de una sesión para la fobia específica. Una semana después de haberse evaluado a la totalidad de los niños de los 2 grupos de tratamiento, los niños en lista de espera recibieron el tratamiento dirigido a los niños y sus padres de manera individual a lo largo de 2 semanas, debido a que éste mostró ser el tratamiento más eficaz.

*Post-evaluación y seguimientos.* Los padres cumplimentaron el CBCL 6/18. Una semana, tres y seis meses después de la sesión de tratamiento se aplicó la PAC a todos los niños de los 2 grupos de tratamiento. Se evaluó a aquéllos asignados al grupo en lista de espera en dos ocasiones consecutivas antes del

tratamiento que corresponden a la pre-evaluación y a la post-evaluación de los niños en los otros 2 grupos. En la evaluación del segundo seguimiento, seis meses después del tratamiento, 1 varón y 1 niña se habían cambiado de escuela por lo que no fue posible realizar la medición.

## CAPÍTULO 8.

### RESULTADOS

Los datos se analizaron individual y grupalmente.

#### 8.1 Análisis Descriptivo

La tabla 8.1.1 presenta el tipo de fobia informada por los niños y sus padres, así como la frecuencia y porcentaje en que se presentó. La fobia animal fue la más frecuente con un total de 29 casos, 24 a las arañas, 4 a los perros y 1 caso de fobia a los gatos. Nueve casos de fobia del tipo situacional, 8 a la oscuridad y 1 caso de fobia a las alturas. Finalmente, se presentó un caso de fobia a las muñecas, clasificada como de otros tipos.

*Tabla 8.1.1* Frecuencia y porcentaje del tipo de fobia específica informada por los niños y sus padres.

<i>Fobia Específica</i>	<i>Descriptivo</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Arañas	24	61.5%
Oscuridad	8	20.5%
Perros	4	10.3%
Gatos	1	2.6%
Muñecas	1	2.6%
Alturas	1	2.6%
<i>Total</i>	39	100%

En la tabla 8.1.2 se presenta el tipo de fobia informada por los niños y sus padres para cada una de las condiciones de tratamiento, así como su frecuencia y porcentaje. La fobia a las arañas se encontró presente en todos los grupos de

tratamiento, ocurriendo la misma situación con la fobia a la oscuridad. No se ubicó ningún caso de la fobia a los perros en la condición en lista de espera. Los dos casos de fobia a los gatos y a las muñecas se localizaron en la condición de tratamiento dirigida sólo a los niños. Se presentó un caso de fobia a las alturas en la condición control en lista de espera.

*Tabla 8.1.2* Frecuencia y porcentaje del tipo de fobia específica informada por los niños y sus padres en cada una de las condiciones de tratamiento.

<i>Fobia Específica</i>	<i>Condición</i>					
	<i>Solo niños</i>		<i>Niños y padres</i>		<i>Lista de espera</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Arañas	9	23.1%	7	17.9%	8	20.5%
Oscuridad	3	7.7%	3	7.7%	2	5.1%
Perros	1	2.6%	3	7.7%	0	0%
Gatos	1	2.6%	0	0%	0	0%
Muñecas	1	2.6%	0	0%	0	0%
Alturas	0	0%	0	0%	1	2.6%
<i>Total</i>	15	38.6%	13	33.35%	11	28.2%

El tiempo de duración del trastorno informado por los niños y sus padres osciló entre 1 y 7 años. En todos los casos, la fobia específica se había mantenido o empeorado durante los últimos tres meses y su forma de adquisición fue por una experiencia traumática, modelamiento o por transmisión de información. De acuerdo con el informe de los padres, las principales formas de control y manejo de la fobia específica a los que habían recurrido eran hablar sobre ésta y reprenderles.

*Tabla 8.1.3* Correspondencia de los momentos de evaluación entre los grupos de tratamiento.

<i>Grupo</i>	<i>Evaluación</i>			
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
Sólo niños	X	X	X	X

Niños y padres	X	X	X	X	
<i>Grupo</i>	<i>Pre 1</i>	<i>Pre 2</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
Lista de espera	X	X	X	X	X

En la tabla 8.1.3 se presentan la correspondencia de las evaluaciones pre-tratamiento, post-tratamiento, seguimiento a 3 meses y seguimiento a 6 meses entre los grupos de tratamiento, considerando que el grupo de lista de espera fue evaluado en dos ocasiones antes del tratamiento.

## 8.2 Aproximaciones Conductuales

En la tabla 8.2.1 presenta la media y la desviación estándar de la Prueba de Aproximación Conductual (PAC).

*Tabla 8.2.1* Media y desviación estándar por grupo para la Prueba de Aproximación Conductual (PAC)

<i>Condición</i>	<i>Evaluación</i>									
	<i>Pre</i>		<i>Post</i>		<i>3 meses</i>		<i>6 meses</i>		<i>9 meses</i>	
	<i>ME</i>	<i>DE</i>	<i>ME</i>	<i>DE</i>	<i>ME</i>	<i>DE</i>	<i>ME</i>	<i>DE</i>	<i>ME</i>	<i>DE</i>
Sólo niños	4.13	3.20	21.40	3.83	22.80	3.21	23.07	4.16		
Niños y padres	4.54	2.96	24.77	5.71	26.54	4.01	27.54	4.02		
Lista de espera	2.91	1.13	2.81	.83	22.64	4.56	22.45	4.20	26.82	1.77

En la figura 8.2.1 se observa que en el pre-tratamiento todos los participantes se encontraban por debajo del punto de corte establecido en 14 actividades para la Prueba de Aproximación Conductual. En el post-tratamiento, las puntuaciones correspondientes a los grupos de tratamiento sólo a los niños y al grupo de niños y sus padres se encontraron por encima del punto de corte. El grupo control en lista de espera se mantuvo por debajo del punto de corte en las dos evaluaciones antes de someterse al tratamiento, una vez que lo recibió, se situó arriba del punto de corte.

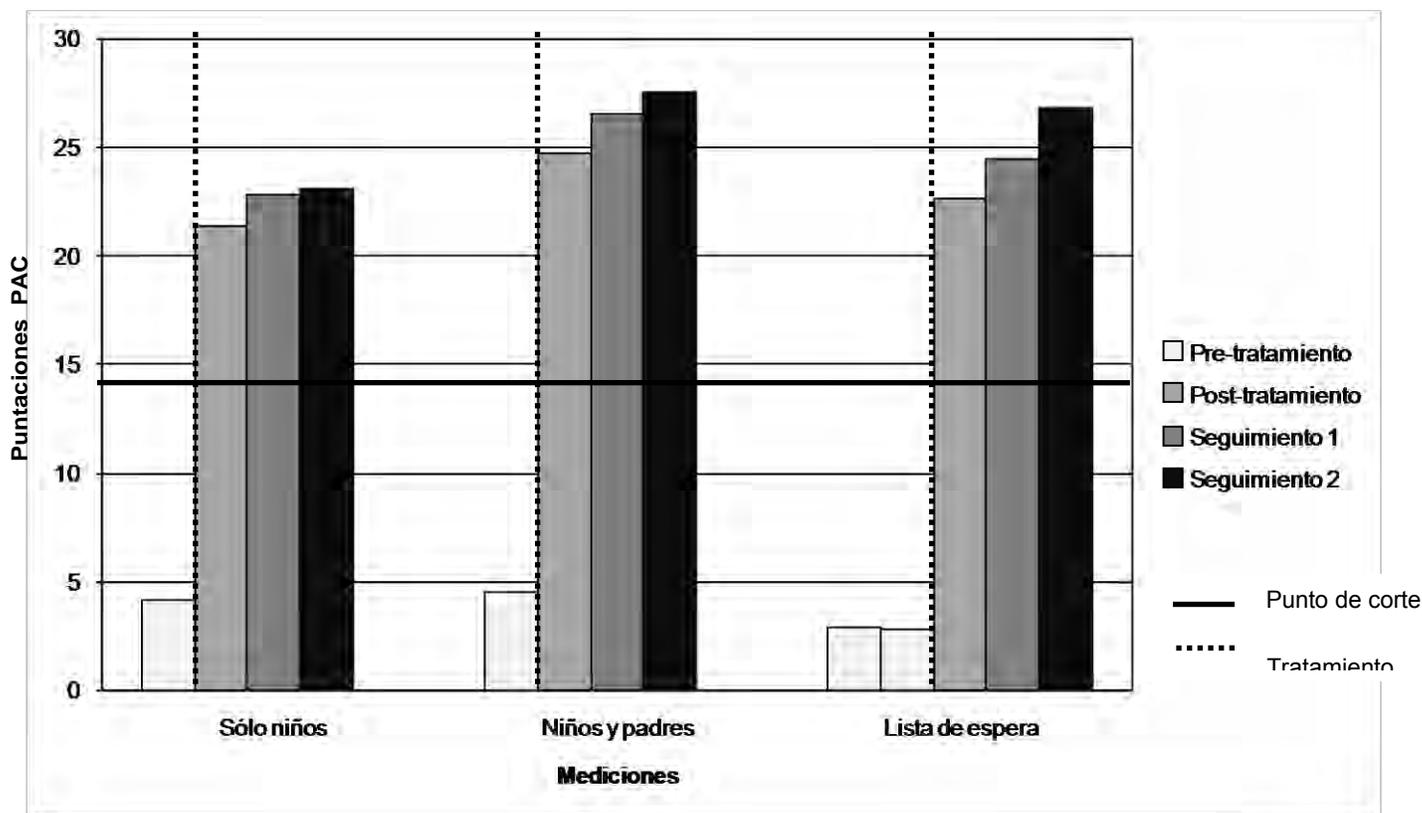


Figura 8.2.1 Figura comparativa de las medias de las condiciones de tratamiento y los momentos de medición para la PAC.

La tabla 8.2.2 presenta el número de actividades de la Prueba de Aproximación Conductual llevadas a cabo por cada niño, para cada una de las 3 condiciones de tratamiento.

Tabla 8.2.2 Puntuaciones obtenidas por cada niño en la Prueba de Aproximación Conductual para cada condición.

Condición	Evaluación				
	Pre	Post	3 meses	6 meses	9 meses
Tratamiento solo niños					
1 PN007	1	21	19	13	
2 PN008	3	23	25	25	
3 PN009	2	19	22	22	
4 PN010	3	22	25	25	
5 TN001	9	26	26	25	
6 TN002	8	25	25	27	

7	TN003	3	23	25	28
8	TN004	10	28	25	20
9	TN005	0	17	20	20
10	ZN006	5	25	25	28
11	ZN007	0	15	15	17
12	ZN008	6	23	24	24
13	ZN009	2	20	25	25
14	ZN010	7	17	19	22
15	ZN011	3	17	22	25

Tratamiento niños y padres

1	ANP001	7	28	28	28
2	ANP002	0	14	23	23
3	ANP003	0	23	28	28
4	ANP004	3	25	28	28
5	ANP005	7	28	28	28
6	ANP006	4	28	28	28
7	ANP007	6	28	28	28
8	ANP008	6	28	28	28
9	ANP009	3	28	28	28
10	ZNP012	7	28	28	28
11	ZNP013	0	14	23	23
12	ZNP014	0	23	28	28
13	ZNP015	3	25	28	28

<i>Condición</i>	Pre 1	Pre 2	Post	3 meses	6 meses
------------------	-------	-------	------	---------	---------

Lista de espera

1	PPNP001	3	3	27	28	28
2	PPNP002	2	2	27	27	28
3	PPNP003	2	2	25	28	28
4	PPNP004	2	2	25	26	27
5	PPNP005	3	3	28	28	28

6	PPNP006	3	3	25	28	28
7	ZN001	3	3	19	23	27
8	ZN002	6	5	23	26	28
9	ZN003	3	3	18	18	24
10	ZN004	3	3	15	18	26
11	ZN005	2	3	17	19	23

### Comparaciones intra-grupo

Los análisis intra-grupo de las puntuaciones obtenidas en la PAC, en el pre-tratamiento, post-tratamiento, primer seguimiento a los 3 meses y segundo seguimiento a los 6 meses, se realizaron mediante la Prueba no Paramétrica de Friedman, posteriormente, se aplicó la Prueba no Paramétrica de Wilcoxon para las comparaciones entre pares.

#### *Condición de tratamiento dirigido sólo a los niños*

En la tabla 8.2.3 se presentan las diferencias intragrupo entre los diferentes momentos de evaluación para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

*Tabla 8.2.3* Diferencias intragrupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

PAC	Evaluación				$X^2$ de Friedman
	Pre	Post	3 meses	6 meses	
Rango Promedio	1	2.47	3.13	3.40	$X^2(3) = 33.386, p \leq .000$

*Tabla 8.2.4* Comparaciones intragrupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

Evaluaciones	Z de Wilcoxon	
	Z	p
Pre X Post	-3.429	.001

Pre X S1	-3.415	.001
Pre X S2	-3.412	.001
Post X S1	-1.977	.048
Post X S2	-1.740	.042
S1 X S2	-.538	.590

Pre = Pre-tratamiento, Post = Post-tratamiento,  
S1 = Seguimiento1 a 3 meses, S2 = Seguimiento 2 a 6 meses.

En el análisis intragrupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños, la Prueba de Friedman reveló diferencias significativas entre los diferentes momentos de evaluación. Por su parte, la Prueba de Wilcoxon mostró diferencias significativas entre las evaluaciones del pre-tratamiento al post-tratamiento, al primer seguimiento a los 3 meses y al segundo seguimiento a los 6 meses, también entre las evaluaciones del post-tratamiento al seguimiento a los 3 meses y al seguimiento a los 6 meses. No se observaron diferencias significativas entre los seguimientos de 3 meses y 6 meses.

*Condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres*

En la tabla 8.2.5 se presentan las diferencias intragrupo entre los diferentes momentos de evaluación para la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres.

*Tabla 8.2.5 Diferencias intragrupo para la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres.*

PAC	Evaluación				<i>X<sup>2</sup> de Friedman</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Rango Promedio	1	2.62	3.19	3.59	$X^2(3) = 35.129, p < .000$

*Tabla 8.2.6 Comparaciones intragrupo para la condición de tratamiento dirigida a los niños y sus padres.*

<i>Evaluaciones</i>	<i>Z de Wilcoxon</i>	
	<i>Z</i>	<i>p</i>
Pre X Post	-3.193	.001
Pre X S1	-3.187	.001
Pre X S2	-3.197	.001
Post X S1	-2.060	.039
Post X S2	-2.075	.039
S1 XS2	-2.135	.895

Pre = Pre-tratamiento, Post = Post-tratamiento,  
S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

En los análisis intragrupo para la condición de tratamiento de niños y padres, la Prueba de Friedman reveló diferencias significativas entre las medidas a lo largo del tiempo. La Prueba de Wilcoxon mostró diferencias significativas entre las comparaciones de las puntuaciones pre-tratamiento al post-tratamiento, al primer seguimiento (3 meses) y al segundo seguimiento (6 meses). Las comparaciones realizadas del post-tratamiento al primer y al segundo seguimiento también resultaron significativas. No se observó diferencia del primer seguimiento al segundo seguimiento.

*Condición de control en lista de espera*

*Tabla 8.2.7 Diferencias intragrupo para la condición de control en lista de espera.*

<i>PAC</i>	<i>Evaluación</i>					<i>X<sup>2</sup> de Friedman</i>
	<i>Pre1</i>	<i>Pre 2</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Rango Promedio	1.50	1.60	3.18	4.05	4.77	X <sup>2</sup> (4) = 42.020, p ≤ .000

*Tabla 8.2.8* Comparaciones intragrupo para la condición de control en lista de espera.

<i>Evaluaciones</i>	<i>Z de Wilcoxon</i>	
	<i>Z</i>	<i>p</i>
Pre1 X Pre2	.238	.895
Pre1 X Post	-2.938	.003
Pre1 X S1	-2.952	.003
Pre1 X S2	-2.975	.003
Pre2 X Post	-2.937	.003
Pre2 X S1	-2.950	.003
Pre2 X S2	-2.952	.003
Post X S1	-2.555	.011
Post X S2	-2.809	.005
S1 X S2	-2.375	.018

Pre1 = Pre-tratamiento 1, Pre2 = Pre-tratamiento 2, Post = Post-tratamiento, S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

En la condición control en lista de espera, según la Prueba de Friedman, hubo diferencias significativas. Posteriormente, la Prueba de Wilcoxon no mostró diferencias significativas entre las puntuaciones del pre-tratamiento 1 al pre-tratamiento 2, éste último ocurrió simultáneamente con la evaluación post-tratamiento de los otros 2 grupo, para observar las diferencias entre la aplicación del tratamiento y su no aplicación sobre la sintomatología de la fobia específica. Fueron significativas las comparaciones del pre-tratamiento 1 al post-tratamiento, al primer seguimiento a los 3 meses y al segundo seguimiento a los 6 meses. También las comparaciones del pre-tratamiento 2 al post-tratamiento, al seguimiento a los 3 meses y al seguimiento a los 6 meses fueron significativas. Finalmente, fue significativa la comparación entre el primer seguimiento a los 3 meses y el segundo seguimiento a los 6 meses.

## Comparaciones entre-grupos

Para el análisis entre-grupos se aplicó la Prueba no Paramétrica Kruskal-Wallis. Las comparaciones por pares se realizaron con la Prueba U de Mann-Whitney.

*Tabla 8.2.9* Diferencias entre grupos para los rangos promedio en la evaluación pre-tratamiento.

<i>Evaluación</i>	<i>Grupo de Tratamiento</i>			<i>X<sup>2</sup> de Kruskal-Wallis</i>
	<i>Sólo niños</i>	<i>Niños y padres</i>	<i>Lista de espera*</i>	
Pre-tratamiento	20.23	23.08	16.05	$X^2(2) = 2.366, p \leq .306$
Post-tratamiento	22.03	29.50	6	$X^2(2) = 26.637, p < .000$
3 meses	14.80	29.38	16	$X^2(2) = 13.928, p < .001$
6 meses	14.30	27.27	19.18	$X^2(2) = 9.936, p < .007$

\* Evaluación pre-tratamiento 1, para el grupo en lista de espera.

La Prueba no Paramétrica Kruskal-Wallis para la comparación entre los grupos, en cada momento de evaluación, no mostró diferencias significativas en el pre-tratamiento, pero sí en el post-tratamiento, el primer seguimiento a los 3 meses y el segundo seguimiento a los 6 meses.

*Tabla 8.2.10* Comparación por pares entre los grupos en la evaluación pre-tratamiento.

<i>Grupo</i>	<i>Z de Mann-Whitney</i>	
	<i>Z</i>	<i>p</i>
N X NP	-.488	.650
N X LE	-.753	.474
NP X LE	-1.753	.093

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

La aplicación de la Prueba de Mann-Whitney en el pre-tratamiento no mostró diferencias significativas entre los grupos.

*Tabla 8.2.11* Comparación por pares entre los grupos para la evaluación post-tratamiento (evaluación pre-tratamiento 2 para el grupo control en lista de espera).

<i>Grupo</i>	<i>Z de Mann-Whitney</i>	
	<i>Z</i>	<i>P</i>
N X NP	-2.444	.015
N X LE	-4.333	.000
NP X LE	-4.280	.000

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

En la evaluación post-tratamiento, las diferencias resultaron significativas entre el grupo de tratamiento dirigido sólo a los niños y el grupo de tratamiento de niños y padres en favor de éste último. Ambos grupos de tratamiento mostraron significativamente mayor puntuación que el grupo control en lista de espera.

*Tabla 8.2.12* Comparación por pares entre los grupos para la evaluación del primer seguimiento a los 3 meses (evaluación post-tratamiento para el grupo control en lista de espera).

<i>Grupo</i>	<i>Z de Mann-Whitney</i>	
	<i>Z</i>	<i>P</i>
N X NP	-3.522	.000
N X LE	-.241	.038
NP X LE	-3.007	.804

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

La Prueba de Mann-Whitney reveló diferencias significativas entre el grupo de tratamiento dirigido sólo a los niños y el grupo de tratamiento dirigido a los niños y a sus padres, quienes obtuvieron mayor puntuación. También hubo diferencias entre el primero y el grupo control en lista de espera. Pero la diferencia

entre el grupo de tratamiento dirigido a los niños y a sus padres y el grupo control en lista de espera no resultó significativa.

*Tabla 8.2.13.* Comparación por pares entre los grupos para la evaluación del segundo seguimiento a los 6 meses (evaluación de primer seguimiento a los 3 meses para el grupo control en lista de espera).

<i>Grupo</i>	<i>Z de Mann-Whitney</i>	
	<i>Z</i>	<i>P</i>
N X NP	-3.093	.003
N X LE	-1.154	.026
NP X LE	-2.067	.072

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

Hubo diferencias significativas entre el grupo de tratamiento dirigido sólo a los niños y el grupo dirigido a los niños y sus padres, a favor de éste último, así como entre el grupo de sólo niños y el grupo control en lista de espera. No resultó significativa la comparación entre el grupo de tratamiento dirigido a los niños y sus padres y el grupo control en lista de espera que en ese momento ya se había sometido al tratamiento.

### **8.3 Respuestas de fobia específica informadas por los niños**

En la figura 8.3.1 se observa que en el pre-tratamiento todos los participantes se encontraban por encima del punto de corte establecido en 40 puntos para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica. En el post-tratamiento, las puntuaciones correspondientes a los grupos de tratamiento sólo a niños y el grupo de tratamiento de los niños y sus padres se encuentran por encima del punto de corte, de igual forma sucede con el grupo control en lista de espera cuya puntuación se ubica muy por encima del punto de corte. Posteriormente, hacia el primer y segundo seguimiento todos los grupos se ubicaron por debajo del punto de corte.

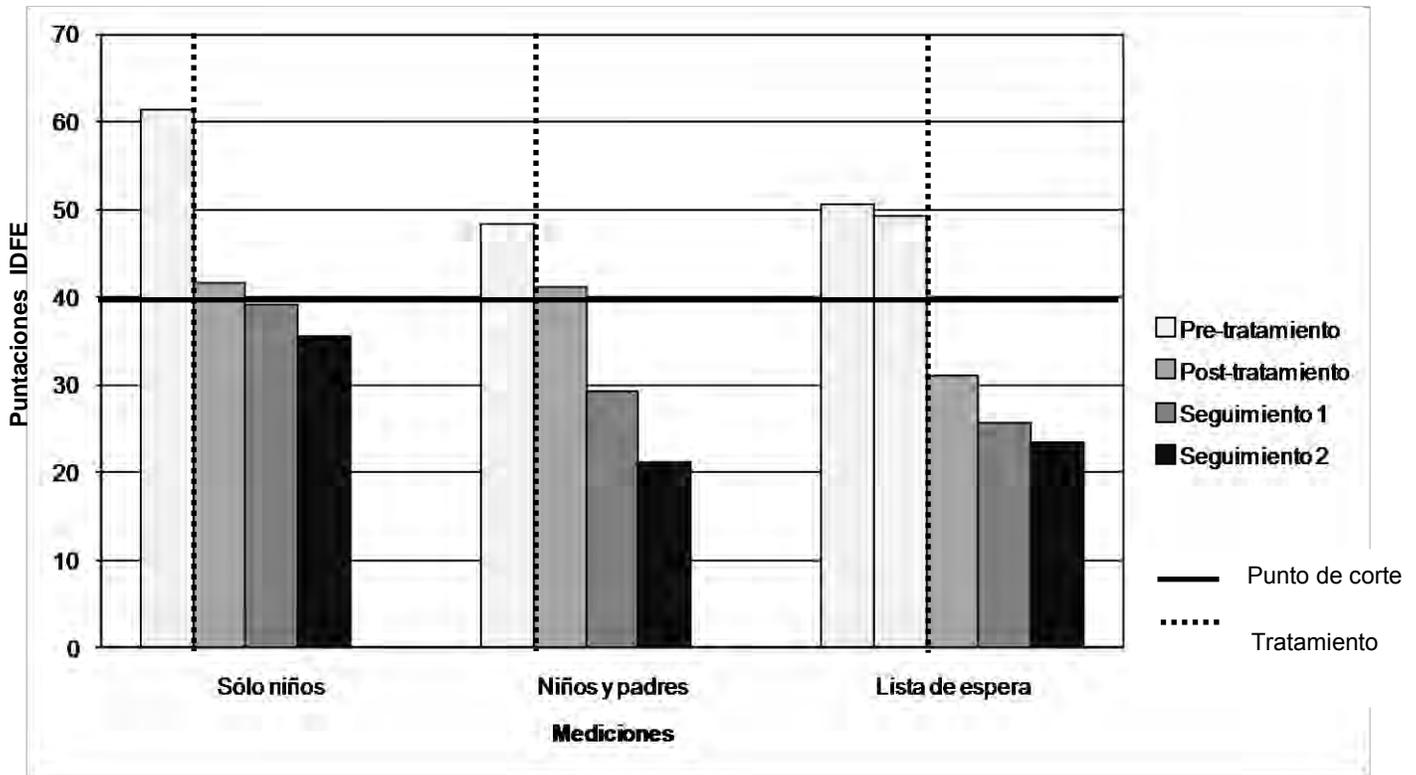


Figura 8.3.1 Figura comparativa de las condiciones de tratamiento y los momentos de medición para el IDFE.

En la tabla 8.3.1 se presentan, en la parte superior, las puntuaciones obtenidas por los niños en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para cada condición de tratamiento y la condición control en lista de espera con un punto de corte de 40 puntos.

Tabla 8.3.1 Puntuaciones obtenidas por los niños en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE).

Condición	Evaluación				
	Pre	Post	3 meses	6 meses	9 meses
Tratamiento solo niños					
1 PN007	53	35	41	46	
2 PN008	62	48	45	45	
3 PN009	51	45	36	41	
4 PN010	65	40	37	37	

5	TN001	49	32	28	25
6	TN002	66	21	23	17
7	TN003	77	33	29	25
8	TN004	77	33	29	25
9	TN005	77	33	29	25
10	ZN006	51	49	62	50
11	ZN007	28	6	0	0
12	ZN008	71	68	73	70
13	ZN009	51	53	51	46
14	ZN010	76	70	31	30
15	ZN011	69	59	73	53

Tratamiento niños y padres

1	ANP001	36	30	20	17
2	ANP002	58	48	38	18
3	ANP003	55	33	30	28
4	ANP004	59	62	40	27
5	ANP005	45	45	26	24
6	ANP006	58	50	50	35
7	ANP007	28	25	23	11
8	ANP008	36	13	4	4
9	ANP009	43	40	20	15
10	ZNP012	58	60	44	18
11	ZNP013	56	40	30	22
12	ZNP014	60	68	47	56
13	ZNP015	37	21	8	0

<i>Condición</i>	Pre 1	Pre 2	Post	3 meses	6 meses
------------------	-------	-------	------	---------	---------

Lista de espera

1	PPNP001	45	47	20	15	15
2	PPNP002	53	50	23	15	15
3	PPNP003	38	38	20	20	19

4	PPNP004	50	49	15	15	15
5	PPNP005	58	56	20	20	15
6	PPNP006	64	60	25	13	11
7	ZN001	93	89	86	68	65
8	ZN002	62	60	54	60	55
9	ZN003	20	11	8	11	8
10	ZN004	53	63	58	34	30
11	ZN005	21	19	12	11	10

### Comparaciones intra-grupo

El análisis estadístico intra-grupo de las puntuaciones del IDFE, en el pre-tratamiento, post-tratamiento, primer seguimiento a los 3 meses y segundo seguimiento a los 6 meses después del tratamiento, se realizó mediante un ANOVA de dos factores con medidas repetidas en un factor con pruebas post-hoc de Tukey.

#### *Tratamiento dirigido sólo a los niños*

Tabla 8.3.2 Diferencias intragrupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

<i>IDFE</i>	Evaluación				<i>F</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Media	61.53	41.67	39.13	35.67	F (3, 42) = 17.231, p < .000)
Desviación Estándar	14.12	17.10	19.45	17.16	

Se observan diferencias significativas entre las mediciones realizadas a lo largo del tiempo en la condición de tratamiento dirigida sólo a los niños.

Tabla 8.3.3 Comparaciones por pares intragrupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

<i>Evaluación</i>	<i>Significancia</i>
	<i>p</i>
Pre X Post	.000
Pre X S1	.001
Pre X S2	.000
Post X S1	.043
Post X S2	.047
S1 X S2	.049

Pre = Pre-tratamiento, Post = Post-tratamiento,  
S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

Se observan diferencias significativas de la evaluación pre-tratamiento al post-tratamiento, al seguimiento a los 3 meses y finalmente al seguimiento a los 6 meses, asimismo, entre el post-tratamiento y el primer y segundo seguimientos. Finalmente, la comparación entre el seguimiento a los 3 meses y el seguimiento a los 6 meses mostró también ser significativa.

*Tratamiento dirigido a los niños y sus padres*

Tabla 8.3.4 Diferencias intragrupo para la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres.

<i>IDFE</i>	<i>Evaluación</i>				<i>F</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Media	48.38	41.15	29.23	21.15	F (3, 36) = 44.385, p < .000)
Desviación Estándar	11.25	16.59	14.33	14.18	

Se observan diferencias significativas entre las mediciones realizadas a lo largo del tiempo para la condición de tratamiento dirigida a los niños y sus padres.

Tabla 8.3.5 Comparaciones por pares intragrupo para la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres.

<i>Significancia</i>	
<i>Evaluación</i>	<i>P</i>
Pre X Post	.020
Pre X S1	.000
Pre X S2	.000
Post X S1	.000
Post X S2	.000
S1 X S2	.008

Pre = Pre-tratamiento, Post = Post-tratamiento,  
S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

Todas las comparaciones intra-grupo para la condición de tratamiento de niños y padres resultaron significativas.

*Condición control en lista de espera*

Tabla 8.3.6 Diferencias intragrupo para la condición control en lista de espera.

<i>IDFE</i>	<i>Evaluación</i>					<i>F</i>
	<i>Pre1</i>	<i>Pre2</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Media	50.64	49.27	31	25.64	23.45	F (4, 40) = 24.677, p < .000)
Desviación Estándar	20.43	21.34	24.27	20.09	19.09	

Los análisis muestran diferencias significativas entre las mediciones realizadas a lo largo del tiempo en la condición control en lista de espera.

Tabla 8.3.7 Comparaciones intragrupo para la condición control en lista de espera.

<i>Evaluación</i>	<i>Significancia</i>
	<i>P</i>
Pre1 X Pre2	.356
Pre1 X Post	.001
Pre1 X S1	.000
Pre1 X S2	.000
Pre2 X Post	.001
Pre 2 X S1	.001
Pre2 X S2	.000
Post X S1	.044
Post X S2	.026
S1 XS2	.004

Pre1 = Pre-tratamiento 1, Pre2 = Pre-tratamiento 2, Post = Post-tratamiento, S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

Para la condición control en lista de espera, el análisis no reveló diferencias significativas entre las puntuaciones del pre-tratamiento 1 al pre-tratamiento 2 (post-tratamiento para ambos grupos de tratamiento). Para el resto de las comparaciones realizadas el análisis mostró diferencias significativas en todos los casos.

### Comparaciones entre-grupos

El análisis entre-grupos se realizó mediante la aplicación de un ANOVA de un factor.

Tabla 8.3.8 Diferencias entregrupos para las condiciones de tratamiento.

<i>Evaluación</i>	<i>Grupo de Tratamiento</i>			<i>F</i>
	<i>Sólo niños</i>	<i>Niños y padres</i>	<i>Lista de espera*</i>	
Pre-tratamiento	61.53	48.38	50.64	F (2, 36) = 2.938, p < .066

Post-tratamiento	41.67	41.15	49.27	$F(2, 36) = .734, p < .487$
3 meses	39.13	29.23	31	$F(2, 36) = 1.030, p < .367$
6 meses	35.67	21.15	25.64	$F(2, 36) = 2.642, p < .085$

\* Evaluación pre-tratamiento 1, para el grupo en lista de espera.

Las comparaciones entre-grupos no mostraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en las evaluaciones realizadas por lo que ya no se realizaron las comparaciones por pares.

#### 8.4 Respuestas de fobia específica informadas por los padres

En la figura 8.4.1 se observa que en el pre-tratamiento todos los participantes se encontraban por encima del punto de corte establecido en 8 puntos para el CBCL 6/18. En el post-tratamiento, las puntuaciones correspondientes a los grupos de tratamiento dirigido sólo a niños y el grupo de tratamiento dirigido a los niños y sus padres se encontraron por debajo del punto de corte establecido, situación que no ocurrió con el grupo control en lista de espera puesto que aún se encontraba en pre-tratamiento. Después de intervenir al grupo control en lista de espera todos los grupos se ubicaron por debajo del punto de corte.

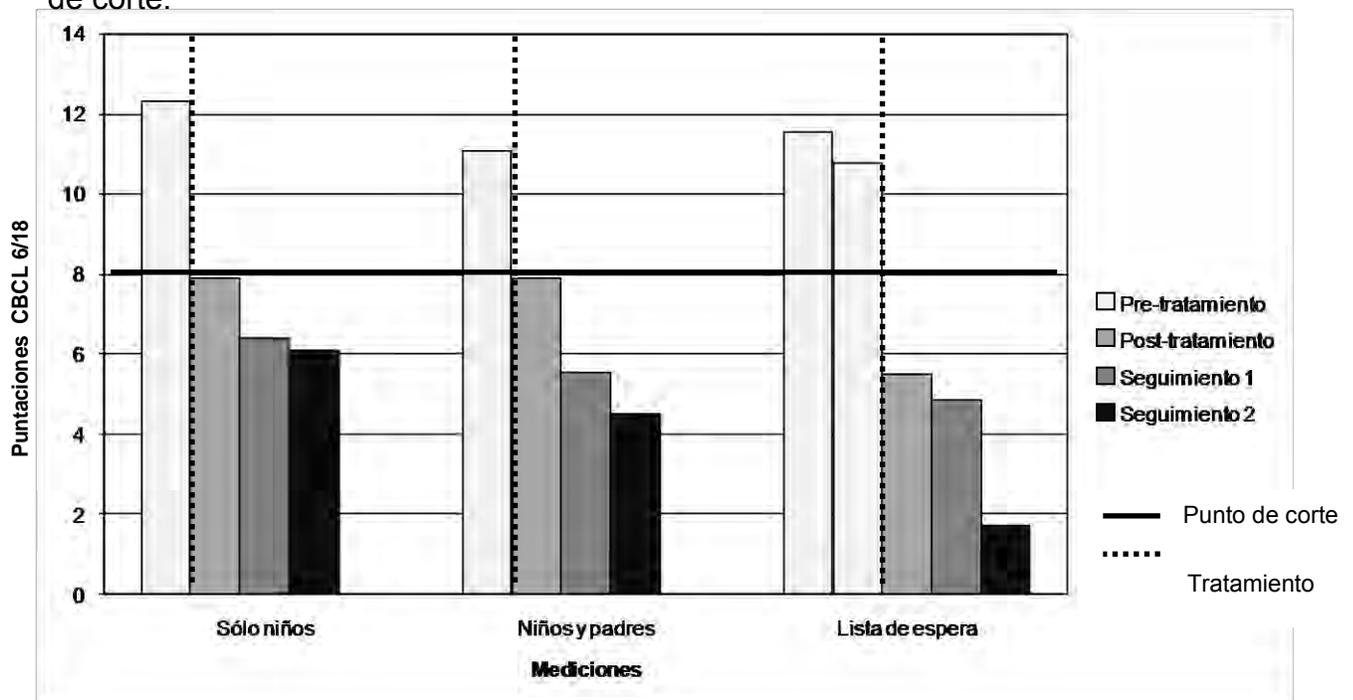


Figura 8.4.1 Figura comparativa de las condiciones de tratamiento y los momentos de medición para el CBCL 6/18.

Tabla 8.4.1 Puntuaciones informadas por los padres en el factor ansiedad/depresión del CBCL 6/18.

<i>Condición</i>		<i>Evaluación</i>			
		<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
<b>Tratamiento solo niños</b>					
1	PN007	8	6	6	6
2	PN008	10	6	6	5
3	PN009	9	3	3	3
4	PN010	15	9	9	7
5	TN001	22	9	9	9
6	TN002	10	7	7	4
7	TN003	12	6	4	4
8	TN004	12	6	4	4
9	TN005	12	6	4	4
10	ZN006	12	11	10	9
11	ZN007	15	5	5	3
12	ZN008	10	8	4	5
13	ZN009	11	7	3	7
14	ZN010	14	14	10	10
15	ZN011	13	16	12	12
<b>Tratamiento niños y padres</b>					
1	ANP001	12	12	7	6
2	ANP002	8	7	5	5
3	ANP003	14	3	0	0
4	ANP004	12	8	6	4
5	ANP005	18	12	7	4
6	ANP006	13	11	9	5
7	ANP007	8	8	8	3
8	ANP008	8	9	9	5
9	ANP009	16	13	7	6

10	ZNP012	8	4	4	7	
11	ZNP013	9	1	2	1	
12	ZNP014	9	4	3	4	
13	ZNP015	9	11	5	9	
<i>Condición</i>		Pre 1	Pre 2	Post	3 meses	6 meses
<i>Lista de espera</i>						
1	PPNP001	14	13	2	0	0
2	PPNP002	12	10	2	1	0
3	PPNP003	10	10	3	3	1
4	PPNP004	16	16	4	3	2
5	PPNP005	10	9	2	2	2
6	PPNP006	9	9	1	2	1
7	ZN001	9	13	11	8	4
8	ZN002	14	13	9	7	3
9	ZN003	9	9	4	3	0
10	ZN004	9	9	3	3	2
11	ZN005	9	10	6	6	4

La tabla 8.4.1 presenta, en la parte superior, las puntuaciones informadas por los padres en el factor ansiedad/depresión del CBCL 6/18 para cada condición de tratamiento.

### **Comparaciones intra-grupo**

#### *Condición de tratamiento dirigido sólo a los niños*

El análisis intra-grupo de las puntuaciones del pre-tratamiento, post-tratamiento, primer seguimiento a los 3 meses y el segundo seguimiento a los 6 meses después del tratamiento se realizó mediante un ANOVA de dos factores con medidas repetidas en un factor con pruebas post-hoc de Tukey.

Tabla 8.4.2 Diferencias intra-grupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

<i>CBCL 6/18</i>	<i>Evaluación</i>				<i>F</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Media	12.33	7.93	6.40	6.13	F (3, 42) = 32.579, p < .000)
Desviación Estándar	3.37	3.45	2.92	2.77	

Se observan diferencias significativas entre las evaluaciones realizadas a lo largo del tiempo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

Tabla 8.4.3 Comparaciones por pares para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños.

<i>Significancia</i>	
<i>Evaluación</i>	<i>P</i>
Pre X Post	.001
Pre X S1	.000
Pre X S2	.000
Post X S1	.004
Post X S2	.000
S1 X S2	.524

Pre = Pre-tratamiento, Post = Post-tratamiento,  
S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

El análisis intra-grupo para la condición de tratamiento dirigido sólo a los niño no arrojó diferencias significativas en la comparación entre el primer seguimiento a los 3 meses y el segundo seguimiento a los 6 meses, pero si en todas las demás.

*Condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres*

Tabla 8.4.4 Diferencias intra-grupo para la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres.

<i>CBCL 6/18</i>	<i>Evaluación</i>				<i>F</i>
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Media	11.08	7.92	5.54	4.54	F (3, 36) = 17.990, p < .000)
Desviación Estándar	3.37	3.90	2.72	2.36	

Se observan diferencias significativas entre las medidas realizadas a lo largo del tiempo en la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres.

Tabla 8.4.5 Comparaciones por pares para la condición de tratamiento dirigida a los niños y sus padres.

<i>Evaluación</i>	<i>Significancia</i>
	<i>P</i>
Pre X Post	.010
Pre X S1	.000
Pre X S2	.000
Post X S1	.004
Post X S2	.002
S1 X S2	.203

Pre = Pre-tratamiento, Post = Post-tratamiento,

S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

El análisis intra-grupo en la condición de tratamiento dirigido a los niños y sus padres no arrojó diferencias significativas sólo en la comparación realizada entre el primer seguimiento a los 3 meses y el segundo seguimiento a los 6 meses, pero sí en todas las demás.

*Condición control en lista de espera*

Tabla 8.4.6 Diferencias intra-grupo para la condición control en lista de espera.

<i>CBCL 6/18</i>	<i>Evaluación</i>					<i>F</i>
	<i>Pre1</i>	<i>Pre2</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>	
Media	11.54	10.79	5.51	4.85	1.73	F (4, 40) = 55.447, p < .000)
Desviación Estándar	3.15	3.55	2.98	2.73	1.48	

Se observan diferencias significativas entre las mediciones realizadas a través del tiempo en la condición control en lista de espera.

Tabla 8.4.7 Comparaciones por pares para la condición control en lista de espera.

<i>Evaluación</i>	<i>Significancia</i>
	<i>p</i>
Pre1 X Pre2	.985
Pre1 X Post	.000
Pre1 X S1	.000
Pre1 X S2	.000
Pre2 X Post	.000
Pre 2 X S1	.000
Pre2 X S2	.000
Post X S1	.042
Post X S2	.004
S1 XS2	.002

Pre1 = Pre-tratamiento 1, Pre2 = Pre-tratamiento 2, Post = Post-tratamiento, S1 = Seguimiento a 3 meses, S2 = Seguimiento a 6 meses.

Para la condición control en lista de espera, el análisis no reveló diferencias significativas entre las puntuaciones del pre-tratamiento 1 al pre-tratamiento 2, ocurrió lo contrario con el resto de las comparaciones, todas fueron significativas.

## Comparaciones entre-grupos

El análisis entre-grupos se realizó mediante la aplicación de un ANOVA de un factor con pos hoc de Tukey.

Tabla 8.4.8 Diferencias entre-grupos para las condiciones de tratamiento.

<i>Evaluación</i>	<i>Grupo de Tratamiento</i>			<i>F</i>
	<i>Sólo niños</i>	<i>Niños y padres</i>	<i>Lista de espera</i>	
Pre-tratamiento	12.33	11.08	11	F (2, 36) = .767, p < .472
Post-tratamiento	7.93	7.92	12	F (2, 36) = 3.304, p < .048
3 meses	6.40	5.54	4.27	F (2, 36) = 1.674, p < .202
6 meses	6.13	4.54	3.45	F (2, 36) = 3.588, p < .038

Se observaron diferencias significativas en la evaluación post-tratamiento y en la evaluación del segundo seguimiento a los 6 meses. Las diferencias en la evaluación pre-tratamiento y el primer seguimiento a los 3 meses no mostraron ser significativas.

Tabla 8.4.9 Comparación entre-grupos para la evaluación pre-tratamiento.

<i>Significancia</i>	
<i>Grupo</i>	<i>P</i>
N X NP	.584
N X LE	.576
NP X LE	.998

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

Las comparaciones para el pre-tratamiento no resultaron significativas.

Tabla 8.4.10 Comparación entre-grupos para la evaluación post-tratamiento (pre-tratamiento 2 para el grupo control en lista de espera).

<i>Significancia</i>	
<i>Grupo</i>	<i>P</i>
N X NP	.999
N X LE	.046
NP X LE	.049

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

Las comparaciones para el post-tratamiento no mostraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento dirigido sólo a los niños y el dirigido a los niños y sus padres. Se observan diferencias significativas entre el grupo control en lista de espera y el grupo de tratamiento dirigido sólo a los niños y el grupo de tratamiento dirigido a los niños y a sus padres.

Tabla 8.4.11 Comparación entre-grupos para la evaluación del primer seguimiento a los 3 meses (post-tratamiento para el grupo control en lista de espera).

<i>Significancia</i>	
<i>Grupo</i>	<i>P</i>
N X NP	.042
N X LE	.020
NP X LE	.578

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

El análisis mostró que la diferencia entre el grupo de tratamiento dirigido sólo a los niños y el dirigido a los niños y sus padres es significativa, así como la comparación realizada entre el grupo de sólo niños y el grupo control en lista de espera. No hubo diferencia significativa entre el grupo de los niños con sus padres y el grupo control en lista de espera.

Tabla 8.4.12 Comparación entre-grupos para la evaluación del segundo seguimiento a los 6 meses (primer seguimiento a los 3 meses para el grupo control en lista de espera).

<i>Significancia</i>	
<i>Grupo</i>	<i>P</i>
N X NP	.027
N X LE	.043
NP X LE	.593

N = Sólo a los niños, NP = Niños y sus padres, LE = Lista de espera.

Las diferencias a los 6 meses resultaron significativas entre el grupo de tratamiento dirigido sólo a los niños y el tratamiento dirigido a los niños y sus padres, también entre el grupo sólo niños y el grupo control en lista de espera. La comparación entre el tratamiento dirigido a los niños y sus padres y la condición control en lista de espera no resultó significativa.

## 8.5 Relevancia Clínica

### Aproximaciones Conductuales

#### *Tratamiento dirigido sólo a los niños*

Las puntuaciones en la Prueba de Aproximación Conductual fluctuaron en la pre-evaluación entre cero y 10 actividades, en la post-evaluación entre 15 y 28 actividades, en el seguimiento 1 entre 15 y 26 actividades y en el seguimiento 2 fluctuaron entre 13 y 28 actividades.

### *Tratamiento dirigido a los niños y sus padres*

En la Prueba de Aproximación Conductual, las puntuaciones fluctuaron entre 0 y 7 actividades en la pre-evaluación, entre 14 y 28 en la post-evaluación, entre 23 y 28 actividades en los seguimientos a los 3 y 6 meses.

#### *Condición control en lista de espera*

En la pre-evaluación 1 las actividades fluctuaron entre 2 y 6, en la pre-evaluación 2 entre 2 y 5, en la post-evaluación entre 15 y 28, en el seguimiento 1 fueron de 18 a 28 actividades y finalmente, en el seguimiento 2 fueron de 23 a 28 actividades.

En la tabla 8.5.1 se presentan el número menor y mayor de actividades realizadas entre las que fluctuaron los grupos de tratamiento en la Prueba de Aproximación Conductual, respecto al punto de corte de 14 actividades.

*Tabla 8.5.1 Puntuaciones en la Prueba de Aproximación Conductual para cada condición en todos los momentos de evaluación.*

<i>Evaluación</i>	<i>Condición</i>						
	<i>Solo niños</i>		<i>Niños y padres</i>		<i>Lista de espera</i>		
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Pre	0	10	0	7	Pre 1	2	6
Post	15	28	14	28	Pre 2	2	5
3 meses	15	26	23	28	Post	15	28
6 meses	13	28	23	28	3 meses	18	28
					6 meses	23	28

En la tabla 8.5.2 se observa que del grupo de 15 niños que participaron sin sus padres, 15 se ubicaron en el punto de corte o por encima después del tratamiento (evaluación post-tratamiento), la misma situación ocurrió para los 11 niños del grupo en lista de espera. En el caso de los 13 niños del grupo de tratamiento dirigido a los niños y sus padres, sólo hubo un caso en el que se

observo mejoría sin que alcanzará el punto de corte (Punto de corte= 14 actividades).

Tabla 8.5.2 Relevancia clínica del tratamiento en la Prueba de Aproximación Conductual después del tratamiento.

Condición	Cambio			
	Mejora	Mejora sin alcanzar el punto de corte	Sin cambio	Empeora
Sólo niños (N=15)	15 (100%)	0	0	0
Niños y padres (N= 13)	13 (100%)	0	0	0
Lista de espera (N=11)	11 (100%)	0	0	0

En la tabla 8.5.3 se presenta el número y porcentaje de niños que se encontraron por encima del punto de corte para la PAC en cada una de las evaluaciones realizadas para cada grupo de tratamiento. A mayor número de actividades mayor mejoría.

Tabla 8.5.3 Número y porcentaje de niños que superaron el punto de corte en la Prueba de Aproximación Conductual para cada condición (Punto de corte= 14 actividades).

Evaluación	Condición							
	Solo niños		Niños y padres		Lista de espera			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Evaluación	Frecuencia	Porcentaje	
Pre	0	0%	0	0%	Pre 1	0	0%	
Post	15	100%	13	100%	Pre 2	0	0%	
3 meses	15	100%	13	100%	Post	11	100%	
6 meses	14	93.33%	13	100%	3 meses	11	100%	
					6 meses	11	100%	

### Respuestas de fobia específica informadas por los niños

#### Tratamiento dirigido sólo a los niños

Las puntuaciones en el Instrumento de Diagnóstico de Fobia Específica fluctuaron en la pre-evaluación entre 28 y 77 puntos, en la post-evaluación entre 6

y 70 puntos, en el seguimiento 1 entre cero y 73 puntos, y en el seguimiento 2 fluctuaron entre cero y 70 puntos.

#### *Tratamiento dirigido a los niños y sus padres*

En el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica, las puntuaciones fluctuaron entre 28 y 60 puntos en la pre-evaluación, entre 13 y 68 en la post-evaluación, entre 4 y 50 puntos en el seguimiento 1 y finalmente entre cero y 56 en el segundo seguimiento.

#### *Condición control en lista de espera*

En la pre-evaluación 1 las puntuaciones fluctuaron entre 20 y 93, en la pre-evaluación 2 entre 11 y 89, en la post-evaluación entre 8 y 86, en el seguimiento 1 fueron de 11 y 68 puntos y finalmente, en el seguimiento 2 fueron de 8 a 65 puntos.

En la tabla 8.5.4 se presentan las puntuaciones menores y mayores entre las que fluctuaron los grupos de tratamiento en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica, respecto al punto de corte de 40 puntos.

*Tabla 8.5.4 Puntuaciones en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para cada condición en todos los momentos de evaluación.*

<i>Evaluación</i>	<i>Condición</i>						
	<i>Solo niños</i>		<i>Niños y padres</i>		<i>Lista de espera</i>		
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Pre	28	77	28	60	Pre 1	20	93
Post	6	70	13	68	Pre 2	11	89
3 meses	0	73	4	50	Post	8	86
6 meses	0	70	0	56	3 meses	11	68
					6 meses	8	65

En la tabla 8.5.5 se observa que del grupo de 15 niños que participaron sin sus padres, 8 se ubicaron por debajo del punto de corte después del tratamiento (evaluación post-tratamiento), la misma situación ocurrió para los 11 niños del grupo en lista de espera. En el caso de los 13 niños del grupo de tratamiento dirigido a los niños y sus padres, 7 se ubicaron por debajo del punto de corte (Punto de corte= 40 puntos).

Tabla 8.5.5 Relevancia clínica del tratamiento en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica después del tratamiento.

Condición	Cambio			
	Mejora	Mejora sin alcanzar el punto de corte	Sin cambio	Empeora
Sólo niños (N=15)	8 (53.33%)	6 (40%)	0	1(6.67%)
Niños y padres (N= 13)	7 (53.84%)	2 (15.38%)	1 (7.69%)	3 (23.09%)
Lista de espera (N=11)	8 (72.72%)	3 (27.28%)	0	0

En la tabla 8.5.6 se presenta el número y porcentaje de niños que se encontraron por encima del punto de corte para la PAC en cada una de las evaluaciones realizadas para cada grupo de tratamiento. A menor puntuación mayor mejoría.

Tabla 8.5.6 Número y porcentaje de niños que superaron el punto de corte en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para cada condición (Punto de corte= 40 puntos).

Evaluación	Condición						
	Solo niños		Niños y padres		Lista de espera		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Evaluación	Frecuencia	Porcentaje
Pre	0	0%	0	0%	Pre 1	3	27.27%
Post	8	53.33%	7	53.87%	Pre 2	3	27.27%
3 meses	8	53.33%	10	83.33%	Post	8	72.72%
6 meses	8	53.33%	12	92.30%	3 meses	9	81.81%
					6 meses	9	81.81%

## Respuestas de fobia específica informadas por los padres

### *Tratamiento dirigido sólo a los niños*

Las puntuaciones en el Factor de Ansiedad del CBCL 6/18 fluctuaron en la pre-evaluación entre 8 y 22 puntos, en la post-evaluación entre 3 y 16 puntos y en el seguimiento 1 y 2, fluctuaron entre 3 y 12 puntos.

### *Tratamiento dirigido a los niños y sus padres*

En el Factor de Ansiedad del CBCL 6/18, las puntuaciones fluctuaron entre 8 y 18 puntos en la pre-evaluación, entre 1 y 13 en la post-evaluación, entre cero y 9 puntos en el primer y segundo seguimiento.

### *Condición control en lista de espera*

En la pre-evaluación 1 las puntuaciones fluctuaron entre 9 y 16, en la pre-evaluación 2 entre 9 y 14, en la post-evaluación entre 1 y 11, en el seguimiento 1 fueron de cero y 8 puntos y finalmente, en el seguimiento 2 fueron de 0 a 4 puntos.

En la tabla 8.5.7 se presentan las puntuaciones menores y mayores entre las que fluctuaron los grupos de tratamiento en el Factor de Ansiedad del CBCL 6/18, respecto al punto de corte de 8 puntos.

*Tabla 8.5.7* Puntuaciones en el Factor de Ansiedad del CBCL 6/18 para cada condición en todos los momentos de evaluación.

<i>Evaluación</i>	<i>Condición</i>						
	<i>Solo niños</i>		<i>Niños y padres</i>		<i>Lista de espera</i>		
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Pre	8	22	8	18	Pre 1	9	16
Post	3	16	1	13	Pre 2	9	14
3 meses	3	12	0	9	Post	1	11
6 meses	3	12	0	9	3 meses	0	8
					6 meses	0	4

En la tabla 8.5.8 se observa que del grupo de 15 niños que participaron sin sus padres, 10 se ubicaron por debajo del punto de corte después del tratamiento (evaluación post-tratamiento). En el caso de los 13 niños del grupo de tratamiento dirigido a los niños y sus padres, 7 se ubicaron por debajo del punto de corte y en el grupo control en lista de espera, 9 niños (Punto de corte= 8 puntos).

Tabla 8.5.8 Relevancia clínica del tratamiento en el Factor de Ansiedad del CBCL 6/18.

Condición	Cambio			
	Mejora	Mejora sin alcanzar el punto de corte	Sin cambio	Empeora
Sólo niños (N=15)	10 (66.66%)	3 (20%)	1(6.67%)	1(6.67%)
Niños y padres (N= 13)	7 (53.84%)	3 (23.08%)	1 (7.69%)	2 (15.39%)
Lista de espera (N=11)	9 (81.82%)	2 (18.18%)	0	0

En la tabla 8.5.9 se presenta el número y porcentaje de niños que se encontraron por debajo del punto de corte para el factor Ansiedad del CBCL 6/18 en cada una de las evaluaciones realizadas para cada grupo de tratamiento. A menor puntuación mayor mejoría.

Tabla 8.5.9 Número y porcentaje de niños que superaron el punto de corte en el Factor de Ansiedad del CBCL 6/18 para cada condición (Punto de corte= 8 puntos).

Evaluación	Condición							
	Solo niños		Niños y padres		Lista de espera			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Evaluación	Frecuencia	Porcentaje	
Pre	0	0%	0	0%	Pre 1	0	0%	
Post	10	66.67%	7	53.84%	Pre 2	0	0%	
3 meses	10	66.67%	11	76.92%	Post	9	%	
6 meses	11	73.33%	12	92.31%	3 meses	11	100%	
					6 meses	11	100%	

## DISCUSIÓN

El primer propósito de la presente investigación fue indagar si en población mexicana se replicaban los hallazgos de estudios realizados en otros países sobre la eficacia del tratamiento conductual de una sesión para las fobias específicas en población infantil. Este tratamiento se ha investigado principalmente en la situación en la que solamente participa la persona diagnosticada con fobia específica. Además, aunque se ha comparado con otras opciones, en la mayoría de los estudios, los grupos de comparación han sido principalmente grupos control sin tratamiento. Para cumplir, entonces, con el primer propósito del presente estudio, se discutirá el comportamiento observado del grupo de niños que participó sin sus padres y del grupo control en lista de espera antes de someterse al tratamiento.

Como requisito indispensable para realizar, posteriormente, comparaciones acerca de los efectos del tratamiento, es preciso constatar la equivalencia inicial de los grupos antes de tratamiento respecto a las variables dependientes. De la comparación entre los resultados de la evaluación antes del tratamiento se desprende que inicialmente no había diferencias entre los grupos.

Una vez aplicado el tratamiento al grupo de niños cuyos padres no participaron, se observó la desaparición de sus reacciones fóbicas. Estos niños realizaron las actividades que, en última instancia, les llevaron a interactuar con el estímulo fóbico o a permanecer en la situación fóbica, sin manifestar miedo alguno. También, disminuyó el nivel de ansiedad informado, tanto por los padres y como por los propios niños. Dichos cambios no ocurrieron en el grupo control en lista de espera que, en ese momento, aún no recibía el tratamiento.

En la segunda evaluación, los 15 niños que participaron sin sus padres superaron el punto de corte de la Prueba de Aproximación Conductual, que es la observación conductual. Ningún niño del grupo control en lista de espera lo logró. Por otra parte, el grupo control en lista de espera no mostró cambio en ninguna de

las 3 medidas. Es decir, rehusó realizar las actividades de acercamiento al estímulo fóbico. Al igual que el informe de sus padres, su autoinforme reveló ansiedad. Dichos resultados sugieren que se logró replicar los hallazgos encontrados por otros grupos de investigación (Davis III, Ollendick & Öst, 2009; Ollendick, 2004) acerca de la eficacia de la aplicación del tratamiento de una sesión para las fobias específicas.

Según indican los datos de diversos estudios realizados por Öst y sus colaboradores, entre el 74% y 95% de pacientes adultos mejora después del tratamiento de una sesión, y esta mejoría se ha verificado un año después del tratamiento (Öst, 1997). La investigación presente que dirigió su interés a la población infantil encontró porcentajes de mejoría de 100%, una semana y 3 meses después del tratamiento. Este porcentaje se redujo a 93.33% 6 meses después, debido a que un niño, con fobia a las arañas, rehusó continuar realizando las actividades de manipulación de la araña: evitó tocarla con el dedo y sólo aceptó tocarla con una tarjeta (13 puntos en la PAC, puntuación inferior al punto de corte de 14 actividades de acercamiento). Si bien, antes del tratamiento no había logrado siquiera observar a la araña, la tocó con su dedo una semana y tres meses después. Aunque su desempeño no se revirtió al nivel mostrado antes del tratamiento, sí debe interpretarse como una recaída, pues se ubicó por debajo del punto de corte. Recaída que no se reflejó en las medidas de autoinforme e informe de la madre. El niño refirió anecdóticamente que su madre se ponía muy nerviosa cuando él intentaba mostrarle sus logros manipulando arañas. Por pertenecer este participante al grupo que se expuso al tratamiento sin sus padres, su madre quien también presentaba fobia a las arañas no recibió el entrenamiento. El caso de este niño llama atención sobre la necesidad de incluir a los padres en el tratamiento (Ollendick & Horsch, 2007; Waters, Ford, Wharton & Cobham, 2009).

Después de la aplicación del tratamiento de una sesión para la fobia específica, el 100% de los niños alcanzó el máximo posible de conductas de

acercamiento y manipulación del estímulo fóbico, por ejemplo, liberar a la araña o llevársela como mascota en el caso de la fobia a las arañas o bien permanecer en la oscuridad con las luces apagadas en el caso de la fobia a la oscuridad. Por su parte, los niños del grupo control en lista de espera permanecieron sin aproximarse al estímulo fóbico o contender con la situación fóbica.

Los datos del informe de los padres representan otra fuente de resultados en los que se refleja el efecto del tratamiento. Concomitante al importante cambio conductual apreciado después del tratamiento en la conducta de los niños, sus padres también notaron un cambio importante en el nivel de ansiedad. De acuerdo con sus padres, después del tratamiento la ansiedad de los participantes se redujo al nivel de normalidad y este cambio se mantuvo a los 3 y 6 meses. Las dos medidas de ansiedad, adicionales a la observación directa de la conducta infantil mediante la PAC, que utilizó este estudio provienen de dos fuentes diferentes, las respuestas de los niños al IDFE y la respuesta de sus padres al CBCL 6/18. Hubo mejoría en ambas variables simultáneamente después de la aplicación del tratamiento. Es decir, el efecto se repitió en ambas variables dependientes, lo que añade solidez a los resultados. Sin embargo, el análisis individual mostró que sólo 7 de los 15 niños remontaron el punto de corte al autoinformar su fobia, y 10 habían superado su ansiedad de acuerdo con el informe de sus padres. El autoinforme de los niños, así como el informe de los padres, no reflejó del todo el comportamiento observado. La ausencia de concordancia entre el comportamiento manifiesto y el informe verbal se ha documentado en diversas áreas de la psicología (Buela-Casal, et al., 1996; Ollendick, Davis III & Muris, 2004; Ollendick & Francis, 1988), por lo que podría explicar la incongruencia observada entre la conducta manifiesta y el informe verbal de los niños del presente estudio. Estos niños habían padecido el trastorno de fobia específica entre 1 y 7 años previos. Aún después de no manifestar miedo al estímulo o situación fóbico, para algunos niños fue difícil expresar verbalmente que ya no lo padecían.

Con la finalidad de abundar en la eficacia del tratamiento de una sesión dirigido sólo a los niños, resulta imprescindible comentar el papel que desempeñan las evaluaciones de seguimiento. La información que proporcionan los seguimientos es fundamental para indagar si los cambios observados a partir del tratamiento, se mantienen con el paso del tiempo. La eficacia del tratamiento es cuestionable cuando los cambios asociados con éste se revierten al nivel observado previo al tratamiento. En la presente investigación se observó que los cambios, tanto de las conductas de acercamiento o tolerancia del estímulo o situación fóbicos, como la percepción de los padres de la ansiedad de sus hijos, mejoraron 3 y 6 meses después.

Hubiese sido deseable obtener datos sin tratamiento del grupo control en lista de espera por un tiempo más prolongado. Sin embargo, por razones éticas, en este estudio se resolvió exponer al tratamiento a los niños en lista de espera, puesto que cumplían con el tiempo establecido por el DSM-IV-TR (APA, 2008) para el diagnóstico de fobia específica. Aún así, la contundencia con la que estos niños aumentaron drásticamente sus conductas de acercamiento al estímulo fóbico sólo después de haberse expuesto al tratamiento, cuando no habían presentado cambio alguno en dos evaluaciones sucesivas previas al tratamiento, confiere responsabilidad a este último del efecto observado.

Es posible concluir, respecto al primer propósito de este estudio, que se repiten sistemáticamente en niños mexicanos los resultados de estudios anteriores (Davis III, et al., 2009, Ollendick, 2004; Ollendick & King, 1998; Öst, Ferebee, et al., 1997; Öst, Svensson, et al., 2001; Zlomke, Thompson & Davis III, 2008), lo que aumenta la generalidad del tratamiento de una sesión de las fobias específicas entre culturas.

El segundo propósito de la presente investigación fue averiguar si la inclusión de los padres en el tratamiento dirigido a los niños aportaba beneficios adicionales al solo tratamiento de los niños. Para resolver la cuestión acerca de la

posible superioridad de la condición en la que participaron los padres sobre aquélla en la que los niños se expusieron solos al tratamiento, son útiles los datos de las comparaciones entre los tres grupos.

Dado que los niños del grupo control en lista de espera recibieron el tratamiento junto con sus padres, después de una segunda evaluación previa al tratamiento, simultánea a la evaluación post-tratamiento de los otros dos grupos, se puede considerar una réplica de la condición en la que participaron los padres.

La comparación, entre el grupo en el que sólo participaron los niños y el que incluyó a sus padres, puso de manifiesto la superioridad del segundo. La participación de los padres en la sesión de tratamiento de una sesión para la fobia específica se asoció con ganancias mayores respecto de la condición de tratamiento dirigida sólo a los niños y al grupo control en lista de espera antes de que éste se sometiera al tratamiento. Sin embargo, al exponerse este último al mismo tratamiento que el grupo en el que participaron los padres, las ganancias fueron similares y también superó al grupo que participó sin sus padres. La participación de los padres les permitió un mejor manejo de la fobia de sus hijos en casa, pues aprendían a modelar las conductas de acercamiento. Aunque los resultados indican que la condición de tratamiento dirigido sólo a los niños produjo cambios significativos en la interacción con el estímulo fóbico y en los niveles de ansiedad percibidos en los niños por los padres, los resultados muestran que la participación de los padres se traduce en mayores beneficios en el desempeño de las actividades de acercamiento al estímulo o situación fóbica (Ollendick & Horsch, 2007; Waters, et al., 2009).

El autoinforme de los niños sobre su fobia no reflejó estos resultados, pues la percepción de unos y otros acerca del estímulo fóbico es distinta dependiendo de sus expectativas (Ollendick & Horsch, 2007; Waters, et al., 2009) pues no hubo diferencias entre los grupos en ninguno de los momentos en los que se efectuaron las evaluaciones, es decir, no muestra la superioridad de la participación de los

padres. Los tres grupos presentaron resultados similares, el autoinforme de fobia de los niños se redujo significativamente después del tratamiento en las condiciones de participación sin los padres y de participación con los padres. Para el grupo control en lista de espera este cambio no se observó sino hasta después del tratamiento. Como ya se sugirió, no es usual que el informe verbal coincida con la conducta observada (Ollendick & Horsch, 2007; Waters, et al., 2009). De cualquier manera, la conducta observada es el estándar de oro o el criterio rector sobre la presencia o no de la fobia específica (Méndez, et al., 2001; Ollendick, 2004).

La percepción de los padres de la ansiedad de sus hijos sí replicó los resultados de la conducta observada. Es decir, los dos grupos que incluyeron a los padres presentaron ganancias similares y superiores a las del grupo que en el que no participaron los padres. Este hallazgo, por provenir de dos fuentes independientes, la conducta observada en los niños y el informe de los padres, añade solidez a las conclusiones del presente estudio. No obstante, podría aducirse que, la participación de los padres en las sesiones de tratamiento sesgó su percepción de la ansiedad de los niños. Lo que explicaría los cambios similares de una medida a otra. Sin embargo, ambas medidas, la conducta observada y el informe de los padres, se comportaron también de manera similar en el grupo donde no hubo participación de los padres (Waters, et al., 2009).

Los cambios detectados después del tratamiento en los tres grupos se mantuvieron con el paso del tiempo. Fue posible dar seguimientos a los niños a los 6 meses de terminado el tratamiento en los tres grupos. El mejor desempeño lo mostraron los dos grupos que se sometieron al procedimiento junto con sus padres, cuyo comportamiento manifiesto, auto-informe y percepción de los padres de la ansiedad describieron una tendencia a mejorar aún más con el paso del tiempo.

Otro dato que añade importancia a la participación de los padres fue el caso de un niño con fobia a las arañas perteneciente al grupo en el que no se incluyó a los padres, quien perdió gran parte de las ganancias adquiridas a partir del tratamiento. Este fue el único caso en el que no se mantuvieron los cambios. El que la madre presentara también fobia a las arañas y haya permanecido ajena al tratamiento podría explicar esta reversión (Ollendick & Horsch, 2007).

La mayoría de los niños mostró una mejoría gradual conforme transcurría el tiempo después de terminado el tratamiento, para la evaluación realizada a los 6 meses después del tratamiento, el 90% de los niños alcanzó el máximo posible de conductas de acercamiento y manipulación del estímulo fóbico. Sin embargo, este fenómeno fue más conspicuo en los grupos en los que participaron los padres. Se ha sugerido que las contingencias ambientales son responsables de la tendencia a mejorar. Parece ser, que algunos niños reciben atención de sus pares y de su familia al dominar las situaciones anteriormente temidas. En el presente estudio, algunos niños y niñas informaron que, después del tratamiento, demostraron a sus padres y otras personas que habían superado su fobia, recibiendo por ello reforzamiento verbal o material. Asimismo, el reforzamiento intrínseco, asociado con la competencia del niño en el afrontamiento del estímulo fóbico, podría explicar la tendencia a mejorar con el paso del tiempo. La mayoría de los niños del presente estudio se enfrentan de manera cotidiana al estímulo fóbico, lo que les dio la oportunidad de poner en práctica la forma de afrontamiento aprendida durante la sesión de tratamiento y a mejorar de manera paulatina con el paso del tiempo. Por su parte, el acontecimiento y las destrezas adquiridas a los padres como partícipes del tratamiento podrían explicar el que la mejoría haya sido más pronunciada en los grupos que incluyeron a los padres (Waters, et al., 2008).

El tercer propósito fue indagar la relevancia clínica del tratamiento conductual de una sesión para las fobias específicas. Jacobson y Truax, 1991, Kazdin, 1997, Kendall y Norton-Ford (1982), así como Nietzel y Trull (1988), han coincidido en definir la relevancia clínica como el funcionamiento de la persona

dentro de los niveles de normalidad al término del tratamiento. Una de las aportaciones del presente estudio fue mostrar cambios clínicamente relevantes en tres medidas, para todos menos uno de los niños intervenidos. La relevancia clínica conlleva precisamente ese criterio de funcionamiento normal en los contextos en los que se desenvuelven los niños. Con base en los resultados obtenidos, se observó que el empleo del tratamiento de una sesión para la fobia específica es altamente eficaz (Haukebo, et al., 2008; Rentz, Powers, Smits, Cogle & Telch, 2003; Vika, Skaret, Raadal, Öst & Kvale, 2009; Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers & Telch, 2008).

De acuerdo con los análisis estadísticos, se apreció mejoría en todas las variables dependientes, para los tres grupos que recibieron el tratamiento. No obstante, dado que las pruebas estadísticas no permiten el análisis de los beneficios o retrocesos presentados por cada uno de los participantes, el presente estudio analizó también la relevancia clínica del tratamiento de una sesión para la fobia específica. Varios autores han coincidido en que la relevancia clínica se documenta cuando la persona, una vez sometida al tratamiento, funciona dentro de los niveles de normalidad (Kazdin, 1997; Jacobson & Truax, 1991; Nietzel & Trull, 1988).

En el presente estudio, 6 meses después del tratamiento, el 90% de los niños alcanzaron el máximo desempeño en la PAC, y en las medidas de autoinforme todos los niños se ubicaron dentro de la normalidad. Por su parte, los niños en el grupo control en lista de espera mostraron en las dos evaluaciones previas al tratamiento un desempeño por debajo de la normalidad en todas las medidas empleadas, después del tratamiento las puntuaciones en todas las medidas empleadas se ubicaron en niveles de funcionamiento normal y mejoraron de forma paulatina, como se observó en las evaluaciones sub-siguientes. A la adición de un grupo de niños sin tratamiento subyacen consideraciones éticas importantes, pues no puede negarse la atención psicológica inmediata a la

persona que la requiera. Es por ello que no se prolongó, como hubiese sido deseable, la situación en lista de espera de este grupo.

Si bien no fue un propósito del presente trabajo investigar acerca de la generalidad de la eficacia del tratamiento de un tipo fobia a otra, los resultados permiten especular sobre este asunto. El tratamiento conductual de una sesión de las fobias específicas fue igualmente eficaz para las fobias de tipo animal, como para las situacionales, y las clasificadas como otras. El escaso número de participantes que padecían cada tipo de fobias no permitió un análisis formal, no obstante cedieron al tratamiento los tres tipos presentes en la muestra estudiada. El único caso que no cedió del todo al tratamiento fue el niño con fobia a las arañas ya mencionado, quien pertenecía a la clasificación más representada en este estudio, fobia animal. Entre los animales el más frecuente era la araña. Veintitrés de 24 casos de fobia a las arañas, distribuidos en las tres condiciones, lograron manipular a la araña tanto al término del tratamiento como a los 3 y 6 meses, sus padres percibieron una reducción importante de los síntomas de ansiedad y el autoinforme de los niños refirió la remisión de la fobia. Es por ello que difícilmente podría atribuirse al tipo de fobia la responsabilidad de la reincidencia del niño en cuestión (Davis III, et al., 2007; Ollendick, 2004; Öst, Svenson, et al., 2001; Zlomke, et al., 2008).

Una contribución importante del presente estudio es el empleo de la observación directa del comportamiento ante el estímulo fóbico que, a diferencia del autoinforme, permite verificar directamente la desaparición de la fobia en presencia del estímulo. La observación directa del comportamiento ofrece ventajas sobre el autoinforme. El dato que representó el estándar de oro o criterio rector en el presente estudio fue el comportamiento observado mediante la Prueba de Aproximación Conductual. Un problema de las medidas de autoinforme es la deseabilidad social, es decir, quienes autoinforman suelen presentar respuestas socialmente aceptables. Además, los instrumentos de autoinforme no proporcionan información acerca de las habilidades y la calidad del desempeño de

la persona al interactuar con el estímulo fóbico. La observación directa resuelve estos problemas.

Se ha sugerido que la aplicación de la prueba antes del tratamiento influye sobre los resultados del estudio. En el presente estudio, sin embargo, cuando los niños se sometieron a la PAC antes del tratamiento, ningún niño avanzó más allá de la cuarta actividad. Por lo tanto, no conocieron las actividades subsiguientes. Además, es difícil suponer que los cambios observados en el informe de los padres se deban a la exposición de los niños a la prueba.

El presente estudio incluyó solamente a niños de población general, se sugiere a futuro someter a prueba la eficacia del tratamiento de una sesión para la fobia específica en pacientes clínicos. Para ello será necesario emplear otros diseños que gozan de mayor aceptación, como lo es el ensayo clínico aleatorio (Öst, Svenson, et al., 2001; Silverman, Curtines, et al., 1999; Vika, et al., 2009).

La conducción de investigaciones que sometan a prueba la eficacia de los tratamientos redundará en una mejor atención de aquéllos que padecen trastornos psicológicos. El tratamiento de una sesión de las fobias específicas, propuesto por Öst (1989a), es un procedimiento de fácil aplicación y breve, cuya eficacia se observa aún meses después. La investigación sobre la eficacia del tratamiento de los trastornos psicológicos ha cobrado gran interés en décadas recientes, debido a que es importante asegurar la calidad de los tratamientos que se recomiendan. Son diversos los criterios que se han empleado para establecer si un tratamiento es eficaz. La validez externa depende de la réplica sistemática en diversos individuos (Hayes, 1981) y de un estudio a otro realizados por grupos independientes. En el presente estudio, el efecto del tratamiento se repitió en todos los casos y en las tres variables dependientes, y con el paso del tiempo se mantuvo el cambio, exceptuando un caso.

## Referencias Bibliográficas

- Abene, M. V. & Hamilton, J. D. (1998). Resolution of fear of flying with fluoxetine treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 599-603.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior check list and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. ASEBA: EEUU.
- Aduna, A. P. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed.) México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed. rev.) México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México, D.F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México, D.F.: Masson, S. A.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test psicológicos* (pp. 84-200). México: Prentice Hall.
- Antony, M. M., McCabe, R. E., Leeuw, I., Sano, N. & Swinson, R. P. (2001). Effect of distraction and coping style on in vivo exposure for specific phobia of spiders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1137-1150.
- Balon, R. (1999). Fluvoxamine for phobia of storms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(3), 244-246.
- Bandura, A. (1968). Modelling approaches to the modification of phobic disorders. *Ciba Foundation Symposium: The role of learning in psychotherapy*. London: Churchill.

- Bandura, A., Blanchard, E. B. & Ritter, B. (1969). The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and cognitive changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- Bandura, A., Grusec, J. & Menlove, F. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 16.
- Bandura, A. & Menlove, F. L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(2), 99-108.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M. & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 187-203.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. USA: Basic Books.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. & Chartt-León, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peripúberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Bermúdez-Ornelas, G. (2003). *Evaluación y categorización de la fobia específica en niños y adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. & Kenzie, N. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Bouchard, S., Mendlowitz, S. L., Coles, M. E. & Franklin, M. (2004). Considerations in the use of exposure with children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 56-65.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Barcelona, España: Paidós.

- Brady, E. U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. & Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (pp. 118-121). USA: Wadsworth Thomson Learning.
- Bredenkamp, S. & Copple, C. (1997). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs* (pp. 9-16, 55-71, 97-122). Washington, DC: NAEYC.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C. & Vera-Villarreal, P. (2001). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G. Buela-Casal & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 189-217). España: Biblioteca Nueva.
- Capafóns, B. J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E. & Martínez-Velez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Castaneda, A., McCandless, B. R. & Palermo, D. S. (1956). The Children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 317-326.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (1987). *Applied behavior analysis*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.
- Davis III, T. E., Ollendick, T. H. & Öst, L. G. (2009). Intensive treatment of specific phobias in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 294-303.
- Doogan, S. & Thomas, G. V. (1992). Origins of fear of dogs in adults and children: The role of conditioning processes and prior familiarity with dogs. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 387-394.
- Edelmann, R. J. (1992). Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology. *Theoretical Considerations* (pp. 19-44). England: John Wiley & Sons Ltd.

- Edmund, J. & Bourne, D. (1994). *The anxiety, phobia workbook*. USA: New Harbinger Publications.
- Eisen, A. R. & Silverman, W. K. (1991). Treatment of an adolescent with bowel movement phobia using self-control therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(1), 45-51.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., De Vries, S., Schuemie, M. J. & van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 221-231.
- Ferrari, A. (2002). The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 26, 793-813.
- Freeman, H. L. & Kendrick, D. C. (1960). A case of cat phobia: Treatment by a method derived from experimental psychology. *British Medical Journal*, 1, 497.
- Friedberg, R. D., Crosby, L. E., Friedberg, B. A., Rutter, J. G. & Knight, K. R. (2000). Making cognitive behavioral therapy user-friendly to children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 189-200.
- Fong, G. & Garralda, E. (2006). Anxiety disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry*, 4, 77-81.
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 45-53.
- Gerull, F. & Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: Effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 279-287.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C. & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28-43.

- Goldberg, J. & Weisenberg, M. (1992). The case of a newspaper phobia in a 9-year-old child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(2), 125-131.
- Graham, J. & Gaffan, E. A. (1997). Fear of water in children and adults: Etiology and familial effects. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 91-108.
- Graziano, A. M. & Mooney, K. C. (1980). Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 206-213.
- Grüner, K., Muris, P. & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 27-35.
- Hallam, R. (1992). *Counselling for anxiety problems. Counselling in practice* (pp. 1-16). England: SAGE Publications.
- Hamilton, K. E. & Dobson, K. S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud /International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Haukebo, K., Skaret, E., Öst, L. G., Raadal, M., Berg, E., Sundberg, H. & Kvale, G. (2008). One- vs five-session treatment of dental phobia: A randomized controlled study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 381-390.
- Hayes, S. C. (1981). Single-case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 193-211.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M. & Bonsall, R. (2000). Pituitary adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.
- Hernández-Guzmán, L. (1985). *El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre: Manual de procedimientos*. Universidad Nacional

Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México: Imprenta Universitaria.

Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México: Imprenta Universitaria.

Hernández-Guzmán, L. (2003a). Escala de Trastornos de Ansiedad para niños de Spence (Spence Children Anxiety Scale, SCAS). Proyecto de investigación DGAPA IN-302600, *Evaluación y categorización de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.

Hernández-Guzmán, L. (2005). Lista de Conductas de Achenback: Validación y confiabilización. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002, *Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.

Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1 y 2), 83-90.

Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1996). Parent-child interactions predict anxiety in mexican adolescents. *Adolescence*, 31(124), 955-963.

Hoffmann, S. G., Lehman, C. L & Barlow, D. H. (1997). How specific are specific phobias? *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 233-240.

Hortacsu, N. & Cesur, S. (1993). Relationships between depression and attachment styles in parent and institution reared turkish children. *Journal of Genetic Psychology*, 154(3), 329-337.

Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.

Iancu, I., Levin, J., Dannon, P., Poreh, A., Ben Yehuda, Y. & Kotler, N. (2007). Prevalence of self-reported specific phobia symptoms in an Israeli sample of young conscripts. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 762-769.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *XII Censo general de población y vivienda 2000. Resultados definitivos*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchy, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300-307.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 521-538). USA: American Psychological Association.
- Jensen, P. S., Shervette III, R., Xenakis, S. & Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: New findings. *American Journal of Psychiatry, 150*(8), 1203-1209.
- Johnson, R. C. & Medinnus, G. R. (1974). *The family and its influence on development*. (pp. 191-216, 341-395). London: John Wiley & Sons.
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B. & Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Society of Biological Psychiatry, 48*, 778-790.
- Kazdin, A. E. (1997). A model for developing affective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 26*, 114-129.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 332-339.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 3-6.

- Kendall, P. C. (1999). Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 283-284.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F. M. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions*. USA: Allyn and Bacon.
- Kendall, P. & Norton Ford, J. (1988). *Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales*. México: Limusa.
- Kendall, P. C. & Ronan, K. R. (1990). Assessment of children's anxieties, fears and phobias: Cognitive-behavioral models and methods. En C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context*. New York: Guilford Press.
- Kerlinger, F. N. (1981). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento* (pp. 128-143). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- King, N. J., Clowes-Hollins, V. & Ollendick, T. H. (1997). The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*(1), 77.
- King, N. J., Eleonora, G. & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias: Current status of Rachman's three pathways theory. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 297-309.
- King, N. J., Ollendick, T. H. & Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: Relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 11*, 441-459.
- King, N. J., Ollendick, T. H. & Murphy, G. C. (1997). Assessment of childhood phobias. *Clinical Psychology Reviews, 17*(7), 667-687.
- King, N. J., Ollendick, T. H., Murphy, G. C. & Muris, P. (2000). Animal phobias in children: Aetiology, assessment and treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*, 11-21.
- King, N. J., Ollier, K., Iacuone, R., Schuster, S., Bays, K., Gullone, E. & Ollendick, T. H. (1989). Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian

- study using the Revised-Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 30(5), 775-784.
- Knox, L. S., Albano, A. M. & Barlow, D. H. (1996). Parental involvement in the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A multiple baseline examination incorporating parents. *Behavior Therapy*, 27, 93-114.
- Kolvin, I. & Kaplan, C. (1988). Anxiety in childhood. En M. Roth, R. Jr. Noyes & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety: Vol. 1. Biological, clinical and cultural perspectives* (pp. 1-45, 259-275). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Last, C. G., Hansen, C. & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
- Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lewis, S. (1974). A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidant behavior. *Behavior Therapy*, 5, 648-655.
- Mallesen, N. (1959). Panic and phobia. *Lancet*, 1, 225.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M. & Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1112-1118.
- Manassis, K. (2000). Childhood anxiety disorders: Lessons from the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 724-730.
- March, J. S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children. Technical manual*. Ontario-Canada: Multi-Health Systems.

- March, J. S., Sullivan, K. & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.
- Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 29-58). Madrid: Ediciones Pirámide.
- McCabe, R. E., Anthony, M. M. & Ollendick, T. H. (2006). Evaluación de las fobias específicas. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de evaluación de los trastornos de ansiedad* (pp. 427-445). Madrid: Pirámide.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. México: Martínez Roca.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Merckelbach, H. & Muris, P. (1997). The etiology of children spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1031-1034.
- Miller, L. C., Barrett, C. L., Hampe, E. & Noble, H. (1972). Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 269-279.

- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mulkens, S. & Bögels, S. M. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 1159-1167.
- Muris, P., Bögels, S., Meesters C., Van Der Kamp, N. & Van Oosten, A. (1996). Parental rearing practices, fearfulness, and problem behaviour in clinically referred children. *Personality and Individual Differences*, *21*(5), 813-818.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. & Hülßenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 487-497.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A. & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(7), 703-710.
- Muris, P., Meesters, C., van Melick, M. & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, *30*, 809-818.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, *25*, 1199-1206.
- Muris, P., Merckelbach, H. & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(10), 929-937.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B. & Meesters, C. (2000). Monitoring and anxiety disorders symptoms in children. *Personality and Individual Differences*, *29*, 775-781.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 217-228.

- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick T. H., King, N. J. & Bogie N. (2001). Children's nighttime fears: Parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 13-28.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Muris, P., Merckelbach, H., van Haaften, H. & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider phobic children. *British Journal of Psychiatric*, 171, 82-86.
- Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (1999). The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 863-868.
- Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: The Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 28, 333-346.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
- Murphy, C. M. & Bootzin, R. R. (1973). Active and passive participation in the contact desensitization of snake fear in children. *Behavior Therapy*, 4, 203-211.
- Nietzel, M. T. & Trull, T. J. (1988). Meta-analytic approaches to social comparisons: A method for measuring clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 146-159.

- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(2), 181-196.
- Odriozola, E. E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Ohayon, M., Shapiro, C. M., Psyc, M. R. C. & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: Comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 166-171.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T. H. (2004, noviembre). *Terapia cognitivo-conductual de fobias y ansiedades en niños y adolescentes*. Taller efectuado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México, D.F. (México).
- Ollendick, T. H., Davis III, T. E. & Muris, P. (2004). Treatment of specific phobia in children and adolescents. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.) *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment* (pp. 273-299). U.S.A.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ollendick, T. H. & Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, 12(2), 165-204.
- Ollendick, T. H. & Horsch, L. M. (2007). Fears in clinic-referred children: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overcontrol, and maternal phobic anxiety. *Behavior Therapy*, 38, 402-411.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 117-123.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child and Psychology*, 27, 156-167.
- Ollendick, T. H., King, N. J. & Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generality across gender, age and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19-26.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centrales/index.html](http://www.who.int/whr/2001/media_centrales/index.html)
- Öst, L. G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 223-229.
- Öst, L. G. (1989a). One-session treatment for specific phobias. *Behavior research and Therapy, 27*(1), 1-7.
- Öst, L. G. (1989b). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Resarch and Therapy, 27*(2), 123-130.
- Öst, L. G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), 68-74.
- Öst, L. G. (1997). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Department of Psychology: Stockholm University.
- Öst, L. G., Alm, T., Brandberg, M. & Breitholtz, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behavior Research and Therapy, 39*, 167-183.
- Öst, L. G., Brandberg, M. & Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*(11), 987-996.
- Öst, L. G., Ferebee, I. & Furmark, T. (1997). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 721-732.
- Öst, L. G., Hellström, K. & Kaver, A. (1992). One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behavior Therapy, 23*, 263-282.
- Öst, L. G. & Hugdahl, M. F. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 439-447.
- Öst, L. G., Johansson, J. & Jerremalm, A. (1992). Individual response patterns and the effects of diferent behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 20*, 445-460.

- Öst, L. G. & Ollendick, T. H. (1999). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Department of Psychology: Stockholm University.
- Öst, L. G., Salkovskis, P. M. & Hellström, K. (1991). One-session therapist-directed exposure vs self exposure en the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Öst, L. G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Öst, L. G., Sterner, U. & Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation and the combination in the treatment of blood phobia. *Behavior Research and Therapy*, 27(2), 109-121.
- Öst, L. G., Svenson, L., Hellström, K. & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Pedroza, C. F., Galán, C. S., Martínez, M. K., Oropeza, T. R. & Ayala, V. H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 73-84.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behavior approach theory, methods, applications*. Seattle, WA: Hogrefe and Publishers.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 443-457.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 13(1), 47-67.
- Rentz, T. O., Powers, M. B., Smits, J. A. J., Coughle, J. R. & Telch, M. J. (2003). Active-imaginal exposure: Examination of a new behavioral treatment for cynophobia (dog phobia). *Behavior Research and Therapy*, 41, 1337-1353.

- Repetti, R. I., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). "What I Think and Feel?" A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rogerson, J. (1997). Canine fears and phobias: A regime for treatment without recourse to drugs. *Applied Animal Behavior Science*, 52, 291-297.
- Roth, M. (1988). Anxiety and anxiety disorders-general overview. En M. Roth, R. Jr. Noyes & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety: Vol. 1. Biological, clinical and cultural perspectives* (pp. 1-45). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 27-34.
- Sánchez-Sosa, J. J., Jurado-Cárdenas, S. & Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia grave en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101-116.
- Sandier, N. I., Kim-Bae, S. L. & MacKinnon, D. (2000). Coping and negative appraisal as mediators between control beliefs and psychological symptoms in children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 336-347.
- Scherer, M. W. & Nakamura, C. Y. (1968). A Fear Survey Schedule For Children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behaviour Research and Therapy*, 6, 173-182.
- Schniering, C. A., Hudson J. L. & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.
- Schultz, J. H. & Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiologic approach to psychotherapy*. Nueve York: Grune & Stratton.

- Shearer, S. L. (2007). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34, 475-504.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Gilsburg, G. S., Weems, C. F., Rabian, B. & Serafini, L. T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobias disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 675-687.
- Silverman, W. K. & Moreno, J. (2005). Specific phobia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 819-843.
- Silverman, W. K. & Nelles, W. B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule from Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778.
- Sosa, C. C. D. & Capafóns, B. J. I. (1995). Fobia específica. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carboles (Dir.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1. Fundamentos conceptuales: Trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 257-284). España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713-726.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316.

- Sroufe, A. L., Cooper, R. G. & De Hart, G. B. (1996). *Child development it's nature and course* (pp. 4-34, 77-111, 200-239, 287-295, 327-345). USA: Mc Graw-Hill.
- Stampfl, T. G. & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavior therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 496.
- Strauss, C. C. & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 141-152.
- Stravynski, A., Basoglu, M., Marks, M., Sengun, S. & Marks, I. M. (1995). The distinctiveness of phobias: A discriminant analysis of fears. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(2), 89-101.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*, 3-23.
- Thom, A., Sartory, G. & Jöhren, P. (2000). Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 378-387.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (2003). Parenting behaviours in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and therapy, 41*(5), 541-554.
- Vasey, M. W., Daleiden, E. L., Williams, L. L. & Brown, L. M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 267-279.
- Vasey, M. W., El-Hag, N. & Daleiden, E. L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high- and low-test anxious children. *Child Development, 67*, 1173-1185.
- Velting, O. N., Setzer, N. J. & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and Cognitive–Behavioral Treatment of anxiety disorders in

- children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42–54.
- Vika, M., Skaret, E., Raadal, M., Öst, L. G. & Kvale, G. (2009). One- vs five-session treatment of intra-oral injection phobia: A randomized clinical study. *European Journal of Oral Sciences*, 117(3), 279-285.
- Wald, J. (2004). Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behavior Therapy*, 35, 621-635.
- Wasserstein, S. B. & La-Greca, A. M. (1996). Can peer support buffer against behavioral consequences of parental discord? *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 177-182.
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A. & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 654-662.
- Watts, F. N., McKenna, F. P., Sharrock, R. & Trezise, L. (1986). Color naming of phobia-related words. *British Journal of Psychology*, 77, 97-108.
- Weissman, M. M. (1990). Evidence for comorbidity of anxiety and depression: Family and genetics studies of children. En J. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 349-365). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Wisniewski, J. J., Mulick, J. A., Genshaft, J. L. & Coury, D. L. (1987). Test-retest reliability of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Perceptual & Motor Skills*, 65, 67-70.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. USA: Pergamon General Psychology Series.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 28(6), 1021-1037.

- World Health Organization. (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Zlomke, K. & Davis III, T. E. (2008). One-session treatment of specific phobias: A detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207-223.

# **ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

ESCUELA PRIMARIA “ \_\_\_\_\_ ”

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

México, D., F. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200\_\_.

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, participe en el proyecto relacionado con el “Tratamiento de una sesión para la fobia específica en niños” de entre 6 y 12 años de edad de la Ciudad de México avalado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por medio de la presente me doy por enterado(a), de que en este proyecto mi hijo(a) no corre riesgo mayor y de que no se le harán maniobras que pongan en peligro su vida o modifiquen su estado de salud.

Se me ha informado que el estudio consistirá en una entrevista de evaluación para mí, y que en este caso, incluyen sesiones de intervención psicológica (ya sea para mí, mi hijo(a) o para ambos) y evaluaciones subsecuentes del éxito de las mismas y que los resultados de las evaluaciones son confidenciales y se emplearán exclusivamente para fines académicos y/o en beneficio de mi hijo(a).

---

Nombre y firma del padre o tutor

**GRACIAS POR SU COOPERACIÓN**

## ANEXO B

### FACTOR ANSIEDAD DEL CBCL 6/18

#### DATOS GENERALES

Nombre de la mamá: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Edad del niño(a): \_\_\_\_\_ Grado y grupo del niño: \_\_\_\_\_

#### ¿CÓMO SE COMPORTA MI HIJO?

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer como es la relación con su hijo(a). Por favor trate de contestar en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a). Marque con una X en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a).

Para la siguiente lista de problemas marque si en los últimos 6 meses:

A = Falso

B = A veces cierto

C = Cierto

	Falso (A)	A veces cierto (B)	Cierto (C)
14. Lloro mucho			
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no sean la escuela)			
30. Le da miedo ir a la escuela			
31. Teme pensar o hacer algo malo			
32. Siente que tiene que ser perfecta(o)			
33. Siente o se queja de que nadie la(o) quiere			
35. Siente que no vale o que es inferior			
45. Es nervioso(a) o tensa(o)			
50. Es temeroso(a) o ansiosa(o)			
52. Se siente demasiado culpable			
79. Se preocupa por cómo se le perciba. Se avergüenza			
99. Habla de matarse			
120. Se preocupa			

## ANEXO C

### PRUEBA DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL (PAC)

(ejemplo de algunos reactivos)

#### PAC: FOBIA A LAS ARAÑAS

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

META	CONDUCTA	REGISTRO
<b>LIBERAR Y ATRAPAR</b>		
<i>Observar una araña</i>	Ver arañas en una presentación PPT	
	Ver una araña en un frasco	
<i>Liberar una araña del frasco</i>	Tomar el frasco con una araña	
	Abrir un frasco con una araña dentro	
<i>Atrapar a la araña dentro del frasco</i>	Dejar que la araña se suba sobre la postal	
	Meter a la araña en el frasco con la postal	
<b>TOCAR A LA ARAÑA</b>		
<i>Tocar a la araña</i>	Con un lápiz	
	Con una tarjeta	
<b>QUE LA ARAÑA CAMINE EN LA MANO Y EL CUERPO</b>		
<i>Una araña camine por la mano del niño</i>	Que la araña camine por encima del dedo índice	
	Que la araña camine por encima de la mano	
<i>Tomar a la araña con las manos</i>	Tomar a la araña con una mano	
	Que la araña camine por la mano	
<i>Liberar a la araña</i>	Dejar a la araña en libertad	

## PAC: FOBIA A LOS GATOS

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

META	CONDUCTA	REGISTRO
<b>LIBERAR Y ATRAPAR</b>		
<i>Observar un gato</i>	Ver gatos en una presentación PPT	
	Ver un gato en una caja	
<i>Sacar y meter un gato en una caja</i>	Tomar la caja con el gato	
	Levantar la tapa de la caja con el gato dentro	
<b>TOCAR AL GATO</b>		
<i>Tocar al gato</i>	Con un lápiz	
	Con una franela	
<b>QUE EL GATO CAMINE EN LA MANO Y EL CUERPO</b>		
<i>El gato camine por la mano del niño</i>	Que el gato camine por encima de los dedos del niño	
	Que el gato camine por encima de la mano del niño	
<i>Tomar al gato con las manos</i>	Tomar al gato con una mano	
	Que el gato camine por la mano	
<i>Cargar y abrazar al gato</i>	Cargar al gato con ambos brazos	
	Abrazar al gato con ambos brazos	

## PAC: FOBIA A LAS MUÑECAS

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

META	CONDUCTA	REGISTRO
<b>OBSERVAR UNA MUÑECA</b>		
<i>Observar muñecas</i>	Ver fotografías de muñecas	
	Ver muñecas en una presentación PPT	
<b>TOCAR UNA MUÑECA</b>		
<i>Tocar una muñeca</i>	Con un lápiz	
	Con la mano tocar las manos de la muñeca	
	Con la mano tocar la cara de la muñeca	
	Con la mano tocar los ojos de la muñeca	
<b>VESTIR UNA MUÑECA</b>		
<i>Vestir una muñeca</i>	Colocar el pañal a la muñeca	
	Colocar las calcetas a la muñeca	
<b>DESVESTIR UNA MUÑECA</b>		
<i>Desvestir una muñeca</i>	Desenvolver del rebozo a la muñeca	
	Quitar el gorrito a la muñeca	
<b>FRENTE A MUCHAS MUÑECAS</b>		
<i>Interactuar con muchas muñecas</i>	Observar a las muñecas colocadas en una mesa	
	Acomodar a las muñecas sobre la mesa	
<b>JUGAR SOLA CON LA MUÑECA</b>		
<i>Jugar sola con la muñeca</i>	Jugar con las muñecas y los terapeutas	
	Jugar con las muñecas y un terapeuta	

## PAC: FOBIA A LA OSCURIDAD

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

META	CONDUCTA	REGISTRO
<b>TENER LOS OJOS CERRADOS</b>		
<i>Observar la oscuridad</i>	Ver oscuridad en una presentación PPT	
	Ver la oscuridad en fotografías	
<i>Antifaz de la oscuridad</i>	Ponerse el antifaz	
	Ponerse el antifaz y sentarse en una silla junto al terapeuta	
<b>OSCURECER GRADUALMENTE</b>		
<i>Oscurecer la habitación</i>	Juntar dos mesas y quedarse debajo de ellas	
	Pegar cartulinas a la mitad de las mesas (medio oscuras)	
<b>OSCURECER COMPLETAMENTE</b>		
<i>Oscurecer por completo la habitación</i>	Colocarse debajo de las mesas con la cobija encima (oscuras) 1 minuto	
	Colocarse debajo de las mesas con la cobija encima (oscuras) 3 minutos	
<i>Oscurecer por completo la habitación con antifaz</i>	Con el antifaz puesto, colocarse debajo de las mesas con la cobija encima (oscuras) 1 minuto	
	Con el antifaz puesto, colocarse debajo de las mesas con la cobija encima (oscuras) 3 minutos	

## ANEXO D

### INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE FOBIA ESPECÍFICA (IDFE)

Nombre: \_\_\_\_\_

SITUACIÓN ATEMORIZANTE	¿CUÁNTO MIEDO?		
	NADA	REGULAR	MUCHO
1. Que mi mamá me castigue.			
3. Parecer tonto.			
4. Fantasmas o espectros.			
6. Morir o gente muerta.			
11. Que me cuide alguien que no sea de mi familia.			
16. Las arañas.			
18. Sacar malas calificaciones.			
27. Los cuartos oscuros o el closet.			
29. Las hormigas o los escarabajos.			
31. El océano o las albercas muy profundas.			
32. Las pesadillas.			
33. Que se descomponga el carro cuando yo viajo en él.			
37. Las abejas.			
38. Los gusanos, lombrices o caracoles.			
41. La oscuridad.			
44. Hacer un mal trabajo en la escuela.			
46. Los perros.			
49. Viajar en carro, autobús o metro.			

## **ANEXO E**

### **MANUAL DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UNA SESIÓN PARA LA FOBIA ESPECÍFICA EN NIÑOS**

Öst, L. G. & Ollendick, T. H. (1999)

El manual empleado en la presente tesis, proporcionado por los autores del mismo consta de las siguientes secciones:

#### **1) Marco conceptual**

#### **2) Tratamiento conductual de una sesión para la fobia específica en niños**

- a. Introducción general
- b. Objetivos del tratamiento
- c. Fases del tratamiento
- d. Sesiones
- e. Elementos

#### **3) Descripción de las fases del tratamiento**

- a. Fase de evaluación
- b. Fase de tratamiento
- c. Fase de mantenimiento y prevención de recaídas

#### **4) Variaciones en el trabajo con los padres**