

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Fobias: Descripción, origen y características.

**Tesina
Que para obtener el grado de
Licenciado en psicología**

Presenta:

César Flores Valenzuela

**Asesor:
Dr. José de Jesús Vargas Flores**

**Dictaminadores:
Mtra. Edilberta Joselina Ibáñez Reyes
Lic. María Luisa Hernández Lira**

Los Reyes Iztacala, Edo. De México 13/12/11



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
1 CAPITULO 1: DEFINICION, ORIGEN Y FUNCION DEL MIEDO	3
1.1 EL MIEDO	6
1.2 FUNCIÓN ADAPTATIVA EN EL SUJETO	10
1.3 MIEDOS INNATOS Y APRENDIDOS	11
1.4 CONCEPTO DE TEMOR Y PÁNICO	13
1.5 CONCEPTO DE ANSIEDAD.....	16
1.6 CONCEPTO DE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA.....	19
1.7 CONCEPTO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	21
1.8 CONCEPTO DE ANGUSTIA.....	22
1.9 REACCIONES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS.....	25
2 CAPITULO 2: DEFINICIÓN DEL TÉRMINO FOBIA, SUS DIVISIONES Y CARACTERÍSTICAS.....	27
2.1 AGORAFOBIA.....	30
2.2 FOBIA SOCIAL	35
2.3 FOBIA ESPECÍFICA	40
2.4 FOBIA ESCOLAR	44
2.5 ORIGEN HISTÓRICO DE LAS FOBIAS	45
3 CAPITULO 3: ANALISIS DE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS TEORICAS EN CUANTO A SU CONCEPCION DEL TERMINO FOBIA.....	48
3.1 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA AGORAFOBIA.....	48
3.1.1 TEORÍA BIOLÓGICA:	48
3.1.2 TEORÍA COGNITIVA:	50
3.1.3 TEORÍA PSICOANALÍTICA	51
3.2 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA FOBIA ESPECÍFICA	53
3.2.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA	53
3.2.2 TEORÍA DE LOS REFLEJOS CONDICIONADOS:.....	54
3.2.3 TEORÍA DE LA PREPARACIÓN:.....	56
3.2.4 TEORÍA COGNITIVA:	57
3.2.5 TEORÍA BIOLÓGICA:	58
3.2.6 TEORÍA BIOPSIICOSOCIAL.....	58
3.3 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA FOBIA SOCIAL.....	60
3.3.1 TEORÍA COGNITIVA:	60
3.3.2 TEORÍA FAMILIAR Y GENÉTICA.....	61
3.3.3 TEORÍA CONDUCTUAL	62
3.3.4 TEORÍA DE LA PERSONALIDAD.....	63
3.3.5 TEORÍA DE LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL:	64
4 CAPITULO 4: TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS PARA LA ATENCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FOBIA	66
4.1 PSICOTERAPIA DEL TRASTORNO DE AGORAFOBIA.....	66
4.1.1 TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL.....	66
4.1.2 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	70

4.1.3	TERAPIA DE RELAJACIÓN MUSCULAR.....	74
4.1.4	TERAPIA PARA EL CONTROL DEL PÁNICO	74
4.1.5	TERAPIA PSICODINAMICA.....	78
4.1.6	TERAPIA FARMACOLÓGICA.....	80
4.2	PSICOTERAPIA DE LA FOBIA SOCIAL.....	82
4.2.1	TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	82
4.2.2	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	86
4.2.3	TEORÍA PSICODINAMICA.....	86
4.2.4	TERAPIA DE MORITA	87
4.2.5	TERAPIA FARMACOLÓGICA.....	87
4.3	PSICOTERAPIA DE LA FOBIA ESPECÍFICA.....	90
4.3.1	TERAPIA DE EXPOSICIÓN	90
4.3.2	ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS.....	92
4.3.3	TERAPIA FARMACOLÓGICA.....	94
5	DISCUSION	98
6	CONCLUSIONES.....	111
7	BIBLIOGRAFÍA	114

INTRODUCCION

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el origen, evolución, características y tratamientos de las fobias así como las diferentes perspectivas teóricas que las explican. Además, objetivos específicos son: describir el origen y función del miedo, enunciar las diferencias o similitudes de los conceptos de ansiedad y angustia además de su relación con el miedo y las fobias y finalmente enunciar el origen histórico y características de las fobias.

El primer capítulo hace una introducción al concepto del miedo y la función de tipo adaptativa necesaria para todas las personas, la existencia de una diferencia entre los miedos innatos y aprendidos, también se mencionan los conceptos de ansiedad y angustia y su posible diferencia entre estos conceptos ya que en varias ocasiones ambos conceptos se han utilizado de manera similar. Hacia el final del capítulo se hace mención a las reacciones psicológicas y fisiológicas que aparecen en las personas cuando sufren un episodio de ansiedad.

En el siguiente capítulo las fobias son el tema central, explorando los tres tipos de fobia que son: agorafobia (miedo a los espacios abiertos), fobia social (miedo a hablar o actuar en público) y fobia específica (miedo a un objeto o situación específica) sus definiciones teóricas, características y diferencias principales para una evaluación y tratamiento adecuado de cada una de ellas.

Después para el siguiente capítulo las diferentes perspectivas psicológicas son el punto central, como cada una de ellas define el concepto de fobia, su origen y tipos de inicio de cada una de ellas. Las perspectivas psicológicas como la teoría cognitiva, la teoría familiar o la teoría psicoanalítica tienen su propia definición de fobia y su particular manera de tratarla, aunque como se vera en algunas de ellas, el origen de una fobia tienen puntos en común entre las diferentes perspectivas teóricas.

Finalmente el último capítulo se centra en los tratamientos más comunes y efectivos para manejar las fobias como la terapia cognitivo-conductual, terapia farmacológica y hasta la terapia por medio de Internet, dejando en claro la inmensa variedad de tratamientos que ayudan a superar las fobias y como cada una se puede ajustar de manera distinta a cada persona que la solicite, por ejemplo, quizá no todos puedan obtener resultados positivos con una terapia psicoanalítica pero sí vean mejorías con una terapia cognitivo-conductual, esto puede depender de cada persona y en otra instancia de la formación del mismo terapeuta.

Los objetivos del trabajo son:

OBJETIVO GENERAL: analizar el origen, evolución, características y tratamientos de las fobias así como las diferentes perspectivas teóricas que las explican

OBJETIVO ESPECÍFICO: describir el origen y la función del miedo

OBJETIVO ESPECÍFICO: enunciar las diferencias o similitudes de los conceptos de ansiedad y angustia y su relación con el miedo y las fobias

OBJETIVO ESPECÍFICO: enunciar el origen histórico y características de las fobias

1 CAPITULO 1: DEFINICION, ORIGEN Y FUNCION DEL MIEDO

El concepto de miedo, ansiedad y su consiguiente evolución son importantes para entender el inicio y mantenimiento de las fobias. La función del miedo en las personas es importante y común, pero su forma patológica es muy perjudicial e incapacitante y debe tenerse en cuenta su origen, conocerlo hará posible que sea más sencillo diferenciarlo y después afrontarlo. A lo largo del capítulo se definirán diferentes conceptos como el miedo, ansiedad y angustia, que son básicos para entender las raíces de una fobia y su consiguiente mantenimiento. Se examinará el círculo que forma una persona como parte de la búsqueda de una solución y cómo sólo logra mantener vivo el miedo y la fobia. También la función que cumple el miedo en cada persona como una manera de afrontar los peligros desde los inicios de la humanidad. Finalmente después de analizar estos conceptos, se hará un listado de las reacciones fisiológicas y psicológicas que suceden en los individuos cuando sufren algún episodio fóbico. No hay que olvidar que toda persona es capaz de sentir una gran variedad de emociones y el miedo es una emoción básica muy fuerte, capaz de hacer que la mayoría de las personas hagan cualquier cosa con tal de dejar de sentirla.

El ser humano es muy complejo y sorprendente a la vez, es capaz de sentir una gran cantidad de emociones ya sea solas o en conjunto. Todas las emociones que pueden ser vividas por cualquier persona en cualquier parte del mundo, desde una simple sonrisa hasta el llanto más extremo, reflejan un sin número de emociones y situaciones diferentes. Todos tenemos emociones que motivan y dan forma a nuestra vida, es como un programa interno que nos permite sentir y tener respuestas emocionales.

Una de las características de las emociones es que difícilmente se presentan de forma aislada. Charles Darwin dedicó mucho tiempo en sus viajes a la observación, descripción y análisis de la conducta de múltiples especies tanto animales como humanas. Se cree que él fue el primero en clasificar las emociones y lo hizo en 2 categorías: fundamentales y complejas. Las emociones fundamentales son innatas y tienen patrones de conducta que se pueden leer en

la expresión facial y corporal de cualquier persona y por cualquier persona del mundo por ejemplo: la tristeza, el miedo, la rabia, la vergüenza y el desprecio. Por otro lado, las emociones complejas no son tan sencillas de observar en la expresión facial y corporal, por lo cual son difíciles de reconocer. Estas pueden ser los celos, la envidia, la avaricia, la sospecha, el engaño, la culpa, la vanidad, la ambición, el orgullo y la humildad. Por citar un ejemplo, una persona puede sentir celos sin demostrarlo, pero si la emoción se manifiesta en una acción física, se convierte en cólera (Darwin, 1872, citado por Cornejo y Brik, 2003).

Existen muchas teorías acerca de las emociones, algunos teóricos ponen el énfasis en el plano físico y otros en el plano psicológico. A partir de Darwin, diferentes teóricos han descrito a las emociones manteniendo esa base de dividir las en dos grandes grupos, y estos mismos teóricos coinciden en que las emociones son el centro de nuestra vida social y mental. Es difícil analizar alguna emoción sin observar alguna otra, en este sentido, no es sencillo hablar acerca del miedo por sí solo porque está relacionado con la ansiedad, la angustia, el pánico y por consiguiente con las fobias. Las fobias se verán más adelante ya que cada una de ellas tiene una definición particular y sus características son también diferentes. El miedo puede ser una emoción simple y capaz de atravesar por diferentes estados de intensidad, puede llegar a ser tan complejo hasta convertirse en una fobia y tan incapacitante como difícil de manejar para las personas que la padecen.

A partir de las teorías de Darwin se enunciaron más teorías de las emociones. Barlow y Duran (2003) mencionan que existen al menos 7 emociones primitivas o básicas: la alegría, el interés, la tristeza, el miedo, la rabia, el desprecio/la vergüenza y la sorpresa. Estas tienen un estímulo que las genera y que es diferente para cada emoción.

Interés: el interés evolucionó en relación con la novedad. Lo nuevo es lo que estimula el interés y se desarrolla en curiosidad y exploración. El proceso de la curiosidad hace que el individuo se desinhiba y se interese más por las cosas.

Alegría: es un estado temporal asociado a sentimientos de aceptación por los otros, tener confianza en si mismo, estar relajados o haber solucionado sus conflictos. Se cree que hay diferentes ideas que producen felicidad como lo relacionado con lo familiar, el amor, la satisfacción de las necesidades básicas, la creatividad, etcétera. Es una de las emociones más importantes y trascendentes en nuestras vidas, la que hace que cada persona la busque de diferentes maneras para alcanzar un estado placentero y agradable, cualquiera que sea su situación.

Tristeza: la alegría y la tristeza se consideran emociones opuestas. La alegría implica ganar algo, la tristeza es una emoción que implica una pérdida. Pérdida significa privación, carencia de lo que se poseía ya sea de una persona, objeto o un daño físico. Los principales motivos de la tristeza son las pérdidas y las separaciones, estas forman parte de nuestro desarrollo personal y emocional. Un componente básico emocional del duelo es la tristeza. Es la reacción a la pérdida de alguien o algo valorado por la persona, no solo por la pérdida de una persona, también por la pérdida de un trabajo, del divorcio o separación, o por la clase social, etcétera. El duelo tiene manifestaciones fisiológicas y psicológicas. Dentro de los síntomas físicos se encuentran la fatiga, la debilidad, dolor de cabeza, incomodidad en el estómago etcétera; en los síntomas psicológicos se presentan la tristeza, la ansiedad, la depresión, culpa, miedo, etcétera.

Rabia y cólera: la rabia es un sentimiento donde identificamos su origen, el porque nos enojamos. Involucra un proceso mental y físico y la persona es capaz de mantener el control. Por el contrario, en la cólera no se sabe el porqué se está enojado y tiene una cualidad debilitante. Estas emociones tienen su origen en la infancia, el autor menciona que se basan en una infancia con un desarrollo inadecuado de parte de los padres y por consiguiente del propio niño, y tienen sus repercusiones en la vida adulta por medio de la agresión. El enojo es un gesto de protesta y es visto como una respuesta a la frustración, al abandono y al abuso.

La vergüenza: en un nivel externo, la persona que experimenta esta emoción se siente expuesta a la vista de los demás al haber dicho o hecho algo que no es socialmente aceptado. En un nivel interno, la persona no logra alcanzar

los valores o expectativas que tiene de sí mismo. El punto central de la vergüenza es lo que la persona piensa de sí misma y la desilusión que siente por no lograr los objetivos que se ha marcado. Cuando la persona siente que transgredió las normas sociales esperadas de su grupo de pertenencia, no solo tiene la vivencia de que es rechazada por su grupo social sino que también siente la pérdida del grupo. La vergüenza se siente como humillación, fracaso, o de ser una persona inadecuada. La persona presenta sentimientos de aislamiento y una disminución de la autoestima.

La sorpresa: esta emoción permite centrarse y reorientarse. Su función es prevenir que ocurra una reacción inapropiada antes de que el estímulo que lo inicia haya sido evaluado. Puede considerarse como una emoción con función adaptativa para que el sujeto enfrente la situación u objeto de la manera más adecuada posible.

Finalmente la última emoción básica que nos ocupa en este capítulo y en la cual se extenderá en su definición y sus características.

1.1 El miedo

El miedo en los seres vivos es algo innato, propio, no aprendido, una emoción básica o primaria como lo son, por ejemplo, la alegría, la tristeza y el enojo, las cuales son reconocibles por cualquier persona sin importar su raza, creencia religiosa o lugar de origen. Pese a lo que muchas personas pueden llegar a pensar, el miedo es algo necesario e indispensable en los seres vivos ya que su función es evolutiva, permite por ejemplo, que una especie animal se percate del peligro y reaccione a tiempo. Es la alarma roja que se enciende para alertarnos de algún peligro o daño consiguiente, pero además, permite que el ser vivo, ya sea animal o persona, se prepare para afrontar el peligro de la manera más adecuada. Es una reacción defensiva ante el peligro y es considerada una función protectora en todos los seres vivos.

Sassaroli (2000) dice: "El miedo es producto de la evolución. Aparece antes del dolor, puesto que es producido por la anticipación de que se producirá un posible daño en un futuro inmediato. Prepara al organismo para afrontarlo de la

mejor manera posible a fin de no perecer. El corazón empieza a bombear mas rápidamente para irrigar sangre a los músculos que han de ponerse en movimiento, la respiración se hace más frecuente, la fuerza muscular aumenta, todos los sentidos aumentan su vigilancia sobre el ambiente haciéndose más sensible a lo externo. Todas estas reacciones son mediadas por el sistema nervioso autónomo simpático y por un neurotransmisor llamado adrenalina” (p.13).

Por otro lado, Loosli-Usteri (1982) menciona que: “El miedo es una reacción emocional que se produce por un dolor o un mal posible. El miedo se considera una emoción, la reacción orgánica que acompaña a la emoción es con frecuencia, muy fuerte en el miedo, además el peligro parece inminente nuevo y grande. La percepción de un peligro amenazador produce siempre un choque de desadaptación” (p.29). Resulta interesante esta definición, sobre todo la ultima línea ya que el miedo se considera una emoción adaptativa y por lo tanto funcional y esto no concuerda con lo que dice este autor que considera al miedo como desadaptativo, solo se consideraría de esta manera cuando el sujeto no pueda controlar la situación donde se presenta el miedo y este se convierta en algo mucho mas fuerte, algo que rebasa la defensa que tiene el sujeto para enfrentar situaciones semejantes, entonces estaríamos hablando de un miedo muy intenso o de una fobia.

Otra definición del concepto de miedo la describe Vallejo (1998) al mencionar que es una forma de reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, y así permite al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia a través de conductas de huida o de lucha. Estas conductas dependen de que tan peligroso es para el sujeto lo que enfrenta y de sus propias habilidades para llevar a cabo una u otra conducta.

Como podemos ver el miedo es fundamental para cualquier ser vivo, un sistema de defensa y adaptación ante los peligros que le rodean ya sea un depredador natural o cualquier cosa o situación que creemos que puede poner en peligro nuestra vida o bienestar físico o emocional.

No hay que olvidar que cada persona es diferente y por lo tanto cada persona vive y siente sus propios miedos, afectándolo de manera personal y distinta. Lo que a una persona le puede resultar un miedo difícil de enfrentar como el miedo a las alturas, a otras personas este tipo de situaciones pueden serles cotidianas o simplemente no causan temor alguno en ellos; pero esto no quiere decir que su miedo sea ridículo o no merezca atención, al contrario, debe tomarse con seriedad pues es capaz de afectar el bienestar de la persona que lo padece.

El miedo es como una sensación afectiva dolorosa frente a un objeto o situación de peligro o que es percibido como tal, diferentes autores creen que el miedo tiene sus orígenes en la infancia. Aubert y Duobovy (1993) afirman que el miedo a la oscuridad es un miedo típico en los niños, además de los ruidos extraños o fuertes, situaciones fuera de lo habitual o miedo a una persona desconocida a su entorno. Las causas del miedo en los niños son muy variadas, pero en la mayoría de los casos estos miedos tienden a desaparecer conforme el niño va creciendo y su pensamiento se va modificando. En otros casos se cree que estos miedos infantiles pueden arraigarse en el niño y pueden ser reemplazados por otros generalmente más objetivos. No hay que olvidar que el miedo normal es vital, preserva al organismo de un ataque realmente peligroso. El miedo patológico entraña una reacción desmesurada e inapropiada en relación con las situaciones vividas. Diversos autores opinan que muchos de los miedos comienzan en la infancia. Los más comunes son por la oscuridad, por personas extrañas o por algún animal que les resulte intimidante. Gran parte de estos temores o miedos van desapareciendo conforme el niño va creciendo, en ocasiones ese miedo se supera al ir adquiriendo conocimiento de todo aquello que nos rodea y, por consiguiente, el conocer acerca de las causas de ese miedo que antes paralizaban al niño, ahora no provocan ninguna reacción de miedo. En la teoría psicoanalista se cree que algunos de esos miedos se quedan arraigados en el inconsciente para surgir después en la vida adulta.

Vidal, Alarcón y Lolas (1995) definen el miedo como una emoción fundamental y universal. En los animales nace del reconocimiento del peligro ante

las amenazas de la naturaleza y los depredadores, pero para el hombre, el miedo se multiplica al poder imaginar anticipadamente el peligro, lo presiente mucho antes que el objeto o la situación intimidantes se hallen presentes.

Marks (1991) considera el miedo como un síndrome de respuesta emocional. Para él, las emociones son respuestas que no las define ningún síntoma o conducta en particular, pero que pueden ser reconocidas por los estímulos que las provocan o por los patrones de respuesta. Según este mismo autor, cada emoción tiene sus propias combinaciones de características particulares, y las respuestas que caracterizan a cada emoción pueden agruparse desde la perspectiva cognitiva (las percepciones del miedo y las sensaciones de peligro), la motora-conductual (las acciones o tendencias que se realizan para actuar) y la fisiológica (los cambios que se producen en el organismo para facilitar la acción). La respuesta de miedo, biológicamente heredada, actúa como una reacción defensiva instantánea frente al peligro que ha protegido al ser humano durante toda su existencia. La herencia genética que ha sido transmitida a través de varias generaciones, lo han dotado de respuestas rápidas y automáticas, que lo protegen de peligros potenciales o situaciones amenazantes para la supervivencia del hombre.

En los animales, en las crías específicamente, el miedo es un recurso biológico destinado a protegerlas de los peligros de su entorno. La madre protege a sus hijos durante las primeras semanas, después al comenzar la separación física de ella y la exploración de su entorno el miedo se convierte en su niñera, equilibrando la tentación de la curiosidad, por ejemplo el miedo a las serpientes y a las tormentas es casi universal entre los primates, en el niño las tormentas suelen ser motivo de miedo.

La percepción del peligro ya se observa en los recién nacidos los cuales reaccionan con llanto frente a un ruido intenso, la falta de alimento, al dolor y al desamparo. El miedo se divide en esta etapa de la vida en: 1) miedo al dolor físico; 2) miedo al desamparo materno; y 3) miedo a algún cambio en el ambiente,

desde la aparición de rostros extraños o animales, hasta la oscuridad y cambio de habitación, en los niños su reacción es de llanto.

Finalmente otra definición de la palabra miedo nos la explica Calhoun y Solomon (1989) "Es un fenómeno que puede definirse como una reacción emocional conciente que se caracteriza por inquietud súbita, causada por algo conocido o desconocido que indica un peligro real o imaginario, una reacción a una amenaza objetiva" (p.20). Lo que normalmente se cree que asusta a un niño como la oscuridad o un ruido fuerte, no es más que aquello que es novedoso o no resulta familiar para el niño. El ver a una persona extraña o una situación novedosa son factores que pueden producir miedo en los niños para la cual no tienen una reacción emocional preparada, eso le exige enmendar o reorganizar su mundo interno, sus pensamientos y sus sentimientos.

1.2 Función adaptativa en el sujeto

El miedo es considerado como una de las emociones fundamentales del ser humano, emoción que desempeña una enorme función adaptativa en nuestra vida cotidiana y que mal enfocada puede contribuir al desarrollo de una psicopatología. En este sentido la emoción del miedo, como pensara Charles Darwin, provoca reacciones que parecen estar programadas en todos los animales, incluidos los seres humanos, concluyendo que desempeña una función útil. La reacción de alarma que se activa en alguna emergencia que la persona considera como amenazante se llama respuesta de huida o de lucha. El propósito general de la descarga física de adrenalina que experimentamos en el peligro es movilizarnos para escapar del peligro (huida) o para enfrentarlo (lucha). Por ejemplo, si una persona al estar nadando es atrapada por las corrientes marinas que la han alejado de la orilla, podría comprender racionalmente que sería mejor quedarse flotando simplemente hasta que la corriente tome su curso y luego de manera serena comenzar a nadar. Sin embargo, en alguna parte, los instintos primitivos de supervivencia no la dejarían relajarse aun cuando luchar contra el mar solo la agote y aumente las probabilidades de que se ahogue. Aun así esta misma clase de reacción podría darle la fuerza suficiente para hacer frente a una situación

difícil, la meta principal de la descarga de adrenalina que se experimenta en el peligro extremo es movilizarnos o resistirlo.

La emoción del miedo es una fuerte motivación para la conducta de huida o de lucha y cualquiera de las dos origina una activación compleja del cuerpo, existe la creencia de que se trata de una tendencia de acción, tendencia a comportarse de cierta manera (escapar o enfrentar) provocada por un suceso externo o interno (una amenaza) y un estado emocional (miedo) acompañado por una posible respuesta fisiológica. El miedo es una reacción emocional inmediata ante un peligro actual que se caracteriza por tendencias escapistas o de enfrentamiento y con frecuencia por un impulso ubicado en el sistema nervioso autónomo. Siendo considerado el miedo como una emoción primaria del ser humano, resulta una gran motivación para la conducta de escapar o luchar, provocado por un suceso externo considerado como una amenaza acompañada de una respuesta fisiológica compleja. Uno de los propósitos de un estado emocional es motivarnos a realizar un comportamiento en particular, en este caso, si se huye del suceso u objeto amenazador, el miedo disminuirá, de modo que conseguir que disminuyan las emociones desagradables será el motivante a escapar (Barlow, Duran 2003).

1.3 Miedos innatos y aprendidos

Se considera a Charles Darwin como el primer científico que mencionó al miedo como una emoción innata. La señala como una emoción propia de los animales a los que estudió y se dio cuenta de que desempeñaba una función muy importante para la supervivencia de las especies. La reacción de aquellos animales que se encontraban en peligro era de huir, refugiándose en árboles o en madrigueras o simplemente correr alejándose lo más posible del peligro, otros en cambio se preparaban para la lucha, a defender su territorio, su progenie o su vida, todo esto ante aquellos que eran considerados como sus depredadores de cada especie. Cada una de estas tiene su muy particular forma de hacerle frente a sus depredadores. En el ser humano, como esta escrito anteriormente, se menciona que los bebés son capaces de mostrar miedo ante situaciones u objetos específicos, demostrándolo con llanto o malestar hacia aquello que lo esta

afectando. Podemos considerar estos como temores innatos que el infante interpreta como amenazantes a su entorno. Con el paso del tiempo y mientras su entorno se va ampliando, el niño se enfrenta a nuevas situaciones. Es pertinente mencionar aquí que al estar expuesto a un sinnúmero de estímulos, el niño aprende a observar, a escuchar, a leer, a sentir, etcétera. Por consiguiente siente miedo ya no solo de aquello que esta dentro de sus pensamientos más primitivos, sino también de aquello que esta presente en el mundo que lo rodea y que quizá nunca antes lo atemorizó, por ejemplo, un perro, algún juego mecánico, un muñeco o la obscuridad de su cuarto.

Como se mencionó anteriormente, en el hombre existen un grupo de emociones desde el nacimiento que se manifiestan muy tempranamente y que se les considera innatas, emociones que determinadas especies animales poseerían como resultado adaptativo necesario para la supervivencia de la especie. Una de las emociones considerada innata es el miedo. La ausencia de tal emoción parece conducir a ignorar el riesgo que supone para la supervivencia, no solo fenómenos como el fuego, sino también la presencia de depredadores propios de la especie.

A las emociones primarias o innatas se le asocian determinadas funciones. Así la alegría manifiesta el placer sensorial de una forma universalmente reconocible, la tristeza de contenido emocional provoca que se vuelvan mas lentos los procesos cognitivos y motores, la cólera es una defensa ante la agresión, el miedo es motivo de huida ante situaciones dañinas, etcétera. Seria en torno a estas emociones innatas y de sus funciones como se construyen las emociones estrictamente humanas, dependientes del correspondiente aprendizaje o en su caso de la construcción cognitiva que se realice a lo largo de la vida. Las emociones innatas se manifiestan de forma casi automática es decir, refleja.

Es posible considerar al miedo como una emoción innata y también puede ser una emoción aprendida. El ser humano, al estar en contacto con su medio ambiente, aprende infinidad de cosas a lo largo de toda su vida, a diferentes situaciones y objetos que sabe que le pueden ocasionar un malestar o daño a su integridad física o mental. Cabe señalar que cualquier tipo de miedo que podemos

llegar a sentir todos los seres humanos se basan en proteger la propia integridad de la persona, no importa si es un miedo a la oscuridad, a algún animal, a volar o caer repentinamente. El punto central, el objetivo de la emoción del miedo es proteger a la persona de ese malestar, ya sea huyendo del mismo o si es posible enfrentándolo, para poder disminuir el nivel de malestar que se pueda llegar a sentir. Hay que anotar que esto solo puede ser posible cuando es un miedo normal, ya que un miedo excesivo o patológico puede provocar que el sujeto se paralice y su actividad se interrumpa de manera negativa. El miedo excesivo no es algo positivo para el sujeto, no tiene un valor adaptativo y solo provoca angustia por no poder controlar este tipo de situaciones.

1.4 Concepto de temor y pánico

El temor activa nuestro sistema cardiovascular. Los vasos sanguíneos se contraen lo que aumenta la presión arterial y disminuye el flujo de sangre a las extremidades. El exceso de sangre se redirige a los músculos en donde permanece disponible para los órganos vitales. Se da la impresión de palidez en la piel debido al flujo sanguíneo menor en la piel. La respiración se acelera y se hace más profunda, a fin de proporcionar el oxígeno necesario para que la sangre circule con rapidez. El aumento de la circulación sanguínea lleva oxígeno al cerebro, lo que estimula los procesos cognitivos y las funciones sensoriales que nos hacen estar más alertas, además de ser capaces de pensar más rápidamente durante una emergencia. Las pupilas se dilatan, posiblemente para permitir una mejor visión de la situación. El oído se agudiza y se suspende la actividad digestiva, lo que da por resultado un fluido menor de saliva. Con todo esto, se puede ver porque es tan importante la reacción de huida o de lucha. Nuestros antepasados tenían que sobrevivir a los ataques y a otros peligros en comparación con los que tenían respuestas más débiles o lentas ante las emergencias (Caballo, 1995).

Hay que tener en cuenta también los factores culturales, estos pueden modificar la presentación o gravedad de una determinada conducta, lo cual es notable principalmente ante los fenómenos del miedo y la forma de afrontarlos, lo

cual constituye una parte importante de los patrones culturales básicos, como aquellos que hacen referencia a las pautas de auxilio o de comportamientos de protección del lugar de origen, es decir de cada tipo distinto de cultura.

El equilibrio interno mantenido por el organismo por el sistema nervioso autónomo, es alterado durante el temor como en otros cambios emocionales. Es de gran importancia la familiarización del niño con diversas situaciones o acontecimientos, para evitarle temores que son esencialmente inocentes ya que muchos de los miedos que acompañan a los niños son miedos irracionales que ocurren sin existir un peligro real. Por otro lado, el pánico es un estado emocional en el cual el miedo alcanza un grado extremo y se acompaña de pensamientos irracionales, inseguridad extrema y una desorganización de los pensamientos. El pánico aparece comúnmente en las crisis de angustia. Actualmente se considera al pánico como una vivencia de miedo muy intenso con sensación de descontrol, de desvanecimiento o de muerte inminente, que se presenta súbita y espontáneamente. Su etimología griega alude al dios Pan el cual si algún extraño se acercaba a perturbarlo, lanzaba un grito que atemorizaba y hacía huir a quien lo escuchase, con un miedo tan intenso que se le denominó "pánico" (Bados, 2006).

El pánico es considerado también como una experiencia mas allá de lo normal, se instala bruscamente sin un factor desencadenante claro y se asocia con síntomas físicos. Se relaciona con un componente catastrófico que no se encuentra presente en la ansiedad. Los sujetos que sufren pánico piensan que van a morir, volverse locos o perder el control. El pánico se considera entonces una forma extrema del miedo, se trata de la reacción iniciada por la percepción de algo a través de nuestros sentidos y en consecuencia los latidos se perciben con más atención y la sudoración junto con la respiración acelerada, aparecen de manera súbita y extrema. De acuerdo a esto, Nardone (2004) menciona que las sensaciones de alteración que la persona experimenta activan pensamientos y convicciones amenazadores; estos retroactúan provocando en el organismo las consiguientes reacciones de alarma que conducen a mayores alteraciones psicofisiológicas; estas últimas alimentan posteriormente las formas

aterrorizadoras de atribución de significado a aquello que está sucediendo. Esta dinámica circular lleva al ataque de pánico. Entonces es necesario mencionar que la fórmula para el ataque de pánico es un círculo vicioso, donde unas respuestas mantienen a otras, es decir, mientras más se trate de controlar las respuestas fisiológicas del cuerpo, como los latidos o la respiración, mayor será la dificultad del sujeto para sentirse tranquilo y estos síntomas solo harán que el paciente se altere más, llegando a pensar que está enfermo o que puede morir. El paciente, en lugar de tranquilizarse, solo hará que se mantengan estas respuestas negativas dando lugar a un ataque de pánico. Conforme avancen y se presenten más episodios de pánico, el sujeto buscará ayuda de alguien familiar que le de seguridad y lo acompañe durante estos momentos, pero esto solo logrará que se mantenga e incluso que el miedo crezca. Así, el paciente seguirá perdiendo la confianza en sí mismo, y así no será capaz de enfrentar y romper el círculo vicioso que él mismo creó tratando de encontrar una solución lógica a su temor, a su miedo. No hay que olvidar que si estos episodios de pánico se repiten con frecuencia, podrían desembocar en un trastorno de pánico y finalmente en una fobia.

Este mismo autor menciona que es lo que sucede en cada parte del cerebro cuando se capta un acontecimiento atemorizante que funciona como desencadenante como un ruido imprevisto o una sensación desagradable, se enlistan así:

1: Estímulos auditivos y visuales reales o imaginarios que se elaboran en el tálamo que desvía los impulsos a la amígdala o las partes apropiadas de la corteza.

2: El tálamo analiza los impulsos por dimensión, forma y color y los auditivos por volumen y envía la señal a las partes relacionadas de la corteza.

3: La corteza proporciona el sentido natural de la visión y el sonido permitiendo al cerebro llegar a ser consciente de lo que ve y oye.

4: La amígdala es el centro emocional del cerebro y desempeña el papel primario de poner en marcha la reacción del miedo.

5: El núcleo basal del Terminal estriado se encarga de que la reacción de miedo tenga una larga duración que es típica de la ansiedad.

6: El locus cerúleos recibe las señales de la amígdala y es responsable de muchas manifestaciones de la ansiedad como aumento de la presión, taquicardia, sudoración, etcétera.

7: El hipocampo es el centro de la memoria y almacena la información que proviene de los sentidos incluso lo emocional que ha pasado a través de la amígdala.

El cuerpo reacciona al miedo y la ansiedad cuando la amígdala desencadena una serie de cambios químicos y hormonales que ponen en alerta al cuerpo. El hipotálamo y la glándula pituitaria mandan señales a las glándulas suprarrenales y estas segregan grandes niveles de cortisona que hacen que el hipocampo no organice los recuerdos de manera coherente y el evento se vuelva estresante y con los recuerdos fragmentados. El sistema nervioso simpático desarrolla el trabajo adicional al hacer que los latidos sean mas frecuentes y los pulmones se hiperventilen por el aumento del ritmo respiratorio. La adrenalina se descarga a los músculos, haciendo posible que para el sujeto sea mas fácil huir o enfrentar la amenaza. Finalmente el cerebro se concentra en los peligros potenciales y deja de lado las sensaciones placenteras para ocupar la energía disponible en el evento peligroso o atemorizante. Todo este proceso es reflejo, la persona no es capaz de contener estas reacciones y puede llegar a ser patológico si se considera un temor extremo y sobrepasa las habilidades del sujeto para enfrentarlo.

1.5 Concepto de ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” que significa congoja o aflicción, este consiste en un estado de malestar que se caracteriza por una inquietud e inseguridad ante lo que se cree como una amenaza inminente. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de intranquilidad y de inquietud, por el contrario, cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo en sus acciones, convirtiéndose en algo mas grave como pánico (Echeburua, 1993).

Sassaroli (2000) nos menciona en su particular concepción de ansiedad que “es una reacción de miedo frente a un acontecimiento desencadenante que

normalmente no se considera algo que provoque miedo. La persona que lo experimenta no es capaz de explicarla, la juzga como algo injustificado e involuntario y termina considerándola como una enfermedad. La ansiedad no es inmotivada y sin sentido, sino que deriva de razonamientos precisos, aunque exagerados que transforman algo sencillo o simple para la mayoría de la gente, en un acontecimiento extremadamente peligroso para el sujeto. No son los acontecimientos externos, cualesquiera que sean, los que desencadenan la reacción de miedo, sino lo que nosotros pensamos sobre estos, en particular la valoración que hacemos de nuestra capacidad para hacerles frente” (p. 17).

La ansiedad es entonces, una reacción de miedo frente a un acontecimiento desencadenante que normalmente no se considera algo que provoque miedo, pero la persona no es capaz de explicar esto aun cuando se da cuenta que lo que siente es exagerado o injustificado y termina pensando que es debido a alguna enfermedad. La ansiedad, al igual que el miedo, son emociones comunes y son necesarias para la adaptación y sobrevivencia del sujeto sin caer en un estado extremo.

Ayuso y Salvador (1992) mencionan que la ansiedad es un estado emocional displacentero de aprensión que la persona siente en ausencia de un peligro o amenaza identificable o cuando esta alteración emocional es desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. La ansiedad es clásicamente un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad, anticipación indefinida ante un peligro, que supone una forma de miedo ante algo o ante nada en contraposición al miedo concreto ante un peligro o amenaza real. Cuando la ansiedad es una respuesta a algo que nos sucede, por ejemplo un examen, el hecho de sentirla supone que nos preparamos para ello, movilizamos nuestros recursos, etcétera. En este sentido la ansiedad es normal, pero cuando la ansiedad más que ayudar dificulta el rendimiento, empieza a ser patológica, pues provoca sufrimiento y no funciona para resolver las causas que lo motivan.

Gandara y Rocañin (1999) nos dicen que la ansiedad es un estado de alerta frente a una amenaza que prepara al organismo para un gasto suplementario de energía. Esta situación neurofisiológica de activación la llevan a cabo los mecanismos de control cortico-subcorticales del cerebro y se localizan en una zona denominada "formación reticular ascendente", dicha zona se conecta con todos los sistemas que controlan los órganos y funciones vitales, lo que desencadena un conjunto de cambios fisiológicos en todo el organismo. Por otra parte se produce una activación de los sistemas hormonales, del llamado "eje hipotálamo-hipofiso-adrenal" que prepara al organismo para la utilización del mayor número posible de fuentes energéticas.

Se define como una respuesta adaptativa caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, comportamentales y cognitivas que se distinguen por un estado de alerta ante una señal de peligro o amenaza a la integridad física o psicológica. Los cambios que ocurren en la ansiedad son normales, ya que son adaptativos en respuesta a situaciones de estrés, de amenaza o de alarma. La ansiedad es una experiencia normal, adaptativa, que nos prepara para enfrentar cualquier situación amenazante o estresante de la manera más adecuada para aquella situación que se vive en ese momento o que este próxima. Por otro lado, la ansiedad patológica deja de ser normal al dejar de ser adaptativa, es decir, cuando el peligro no es real o cuando su nivel de duración son desproporcionados con respecto a la situación presente. Se acompaña siempre de descensos de rendimiento, tanto para el plano intelectual como en el psicomotor, en las relaciones personales o en el trabajo, etcétera. Entonces la ansiedad es un estado normal o patológico de activación del sistema nervioso como respuesta a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno del funcionamiento cerebral (Caballo, 1995). Cuando la ansiedad no es adaptativa, cuando el peligro al que pretende responder no es real, cuando la activación y su duración son desproporcionadas con respecto a la situación objetiva o cuando no es capaz de generar una respuesta adecuada, hablamos de ansiedad patológica.

1.6 Concepto de ansiedad normal y patológica

La ansiedad normal es una emoción básica y adaptativa ante un desafío o peligro ya sea presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración esta en función a la magnitud y la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de esta, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación o un objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante al punto de condicionar la conducta del individuo y cuya aparición y desaparición son aleatorias. La ansiedad es una respuesta normal ligada al instinto de conservación, pudiendo transformarse en una respuesta patológica cuando ocurre de modo desproporcionado interfiriendo de manera negativa en todos los aspectos de la vida del individuo. La ansiedad puede abarcar desde una respuesta normal frente a una amenaza externa hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo. Cuando el individuo sufre de crisis de ansiedad, es decir, cuando la ansiedad se presenta de forma recurrente, se le llama trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en los pensamientos, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones (Cía 2002).

La ansiedad se caracteriza por la sensación subjetiva de anticipación de temor, aprehensión o una sensación de desastre inminente. La ansiedad se compone de 2 elementos: los psicológicos y los somáticos. Los elementos psicológicos varían según la personalidad del sujeto y los elementos somáticos son descritos por la propia persona y por consiguiente su gravedad es variable. Además es necesario tener en cuenta la edad, el sexo, la situación socioeconómica y los factores culturales para poder diagnosticar e implementar un tratamiento adecuado. Mas allá de la ansiedad esta el pánico que se define como un factor desencadenante claro y severo y se asocia con síntomas físicos. El pánico se relaciona con un componente catastrófico que no se encuentra presente en el momento de aparecer este malestar (Flaherty, Channon 1991).

La ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una inquietud, una turbación y por una inseguridad ante lo que se ve como una

amenaza inminente. La diferencia entre una ansiedad normal y una ansiedad patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza, cuando la ansiedad es leve produce una sensación inquietud e intranquilidad, cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo y convertirse en pánico.

Saiz (2001) nos dice que la ansiedad patológica: 1) es más grave en términos de intensidad como por su persistencia y duración; 2) aparece frecuentemente en ausencia de una amenaza obvia y 3) la característica esencial es que su aparición implica un deterioro en el rendimiento y la libertad de la persona que la padece. Este mismo autor divide la ansiedad patológica en endógena y exógena. La ansiedad endógena no tiene relación con circunstancias del entorno al menos inicialmente. Su evolución sigue un curso independiente del ambiente y suelen existir antecedentes familiares de ansiedad. La ansiedad exógena se refiere a la existencia de una influencia del ambiente en el sujeto. Por desgracia este autor no profundiza en estas definiciones y no deja claro que tan profundo es el impacto del ambiente en la ansiedad patológica o como la ansiedad patológica en algunos casos se puede desarrollar sin la influencia del mismo ambiente. Diferentes autores han discutido que el ambiente es importante para el desarrollo de la ansiedad ya sea por algún evento o situación que se observa o se vive, pero creo que el desarrollo de la ansiedad desde dentro, sin ningún tipo de influencia externa, es difícil de originarse o mantenerse, creo que la ansiedad siempre se deberá a un factor desencadenante pero siempre debido a un factor externo.

Para Cornejo y Brick (2003) los individuos que se sienten amenazados por algo que se origina desde dentro de nosotros, como la separación de la madre con su hijo, la llaman ansiedad persecutoria. Esta se origina en la niñez y se refiere a aquello que los niños temen como fantasmas, monstruos o todo aquello que sea parte de su propia imaginación. La otra es llamada ansiedad depresiva y se refiere a aquellos sentimientos de depresión dolorosos, cuando el niño se da cuenta de que existe su propia duda acerca de su bondad frente a sus seres queridos, en

particular en la relación que existe con su madre. Para estos autores, la ansiedad se caracteriza por la sensación subjetiva de anticipación, temor o aprensión y una sensación de desastre inminente. Determina alteraciones de la conducta y desempeña un papel importante en el aprendizaje y la adaptación.

Por último la ansiedad se puede constituir en 2 partes la ansiedad “estado” o ansiedad “rasgo”. Esto se refiere a que en algunas personas la ansiedad se manifiesta como un rasgo de su personalidad, una característica de la persona, misma que se presenta de manera permanente y se manifiesta por una tendencia habitual de la persona a estar nervioso y preocuparse. Por otro lado, hay personas que sin presentar rasgos de ansiedad en su personalidad, se manifiesta un estado de ansiedad en un momento determinado, teniendo o no relación con factores ambientales. Cuando esta forma de ansiedad es lo suficientemente intensa suele corresponder a un trastorno de ansiedad, es decir, algo mucho más complejo.

Por otro lado, en un estudio (Gregory, Caspi, Moffitt, Koenen, Eley, Poulton, 2007) se encontró que los adultos con algún trastorno de ansiedad, experimentaron algún trastorno psiquiátrico a temprana edad dando como consecuencia que mostraran algún nuevo caso de ansiedad más adelante en su vida. Además los adultos con trastornos de ansiedad mostraban una historia de ansiedad y de síntomas de depresión a lo largo de su juventud, esto se reflejaba en cierta predisposición a la aparición de algún trastorno de ansiedad en la edad adulta. Como forma de recomendación, estos autores indican que las medidas de prevención a raíz de lo encontrado deberían iniciar en la niñez o adolescencia.

1.7 Concepto de ansiedad generalizada

Este término está definido en el DSM-IV como una ansiedad y una preocupación excesivas, por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días por un mínimo de 6 meses, además la ansiedad debe ser percibida como incontrolable. Para que se pueda diagnosticar como ansiedad generalizada, los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro importante de cualquier área de la vida del individuo. La cláusula para no poderse diagnosticar como ansiedad generalizada es que los síntomas aparezcan

exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado del ánimo o un trastorno psicótico. La ansiedad generalizada se presenta como ansiedad no crítica y más o menos fluctuante, también se le llama ansiedad libre flotante. La tensión motora que se presenta en forma de temblores y dolor de cabeza, hiperactividad autónoma, respiración entrecortada, sudoración excesiva, palpitaciones y alerta cognitiva, es notoria por la irritabilidad y el sobresalto. Los individuos con ansiedad generalizada mencionan tener la sensación de que algo malo va a sucederles a las personas queridas o a ellos mismos, esto también se conoce como aprensión. Los motivos de preocupación se refieren a situaciones más cotidianas como responsabilidades laborales, situaciones económicas, salud o peligros a sí mismo o a la familia incluso situaciones que se salgan de la rutina diaria.

El comienzo del trastorno encuentra una edad media de 20 años, en niños y adolescentes es un poco más común, en los cuales comienza a la edad de 10 años. El curso de la enfermedad es crónico y recurrente con periodos de mejoría y empeoramiento que se relaciona con situaciones de estrés ambiental y una duración media de 20 años. Algunos autores creen que la ansiedad generalizada puede ser un trastorno menos persistente de lo indicado, que los síntomas tienden a declinar con el tiempo. Los individuos que padecen este trastorno tienden a considerarse nerviosos o ansiosos todo el tiempo y con frecuencia buscan tratamiento para sus síntomas físicos, en consultas con médicos. Su curso suele ser de carácter crónico y fluctuante con continuos agravamientos que suelen coincidir con periodos de estrés (DSM-IV-TR, 2004).

1.8 Concepto de angustia

La palabra “angor”, o “angina” y luego “angustia” provienen de la misma raíz griega y luego latina que significan estrangulamiento, constricción y sofocación y se refieren a la sensación de opresión con desasosiego. La angustia es una manifestación afectiva de gran importancia clínica y se caracteriza por un temor a lo desconocido. Este temor sin objeto de la angustia se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y conocido, es decir a un objeto o a una situación

determinada. La angustia puede presentarse de maneras diferentes según sea su origen (Caballo, 1995).

Acerca de la distinción entre ansiedad y angustia, esta ha sido vista desde hace mucho tiempo. Cicerón, estudioso de los autores griegos, estableció una distinción entre “angor” que es una emoción transitoria y explosiva y la “anxietas” que es una predisposición permanente. La “anxietas” esta dirigida hacia el futuro y debe diferenciarse de la angustia que recalca el dolor presente. Tiempo después la distinción entre angustia y ansiedad se hizo menos diferenciada, los trabajos sobre ansiedad aguda aparecen antes de la revolución francesa, pero es hasta el siglo XIX en el que aparecen términos como Neurosis cerebro-cardiaca, corazón irritable, neurosis de angustia, etcétera. Es en este siglo cuando aparecen las aportaciones más importantes referidas a la concepción de neurosis de angustia. Uno de los pensadores del siglo XIX fue Kierkegaard quien estableció la diferencia entre temor referido a un objeto y la angustia libre y flotante desprovista de objeto.

Quizá el más renombrado personaje que escribió y estudió sobre la Neurosis de angustia fue Sigmund Freud en su trabajo: “la neurastenia y la neurosis de angustia” donde describe un cuadro con nueve síntomas como componentes de la crisis de angustia uno de ellos es el mareo, otra la espera angustiosa, conocida después como ansiedad anticipatoria, refiriendo que la misma era permanente y latente, y estos síntomas están asociados a lo que ahora se entiende por agorafobia sin antecedentes de crisis de pánico señalado en el DSM-IV (Stein y Hollander, 2004).

De muchas maneras y en distintos momentos de la vida, se llega a sentir angustia ante estímulos estresantes que implican una amenaza real y nos imponen un desafío.

Frente a estas situaciones, si la valoración de la amenaza es irreal, desproporcionada o el estímulo es imaginario, la angustia tiende a persistir y a no extinguirse con el tiempo, transformándose en anormal o patológica, es decir, el estímulo es percibido erróneamente como amenazador y aunque el sujeto se da cuenta de que es irreal, no puede desprenderse de él. La valoración interna de

estas situaciones se hace a diferentes niveles en el procesamiento de la información, contraponiéndose la convicción irracional al conocimiento racional e intelectual dominando la primera. La angustia normal se basa en preocupaciones presentes o acerca del futuro inmediato y desaparece al resolverse las mismas. La angustia patológica, por el contrario, es desmedida, tiende a persistir, hace ver al futuro cargado de malos y desconocidos presagios y limita la libertad y el desarrollo personal (Cía, 2002).

La ansiedad y la angustia representan diferentes manifestaciones acerca de una situación en común como es la reacción de sobresalto. Saiz (2001) hace una distinción entre la ansiedad y la angustia al referirse a la ansiedad como un sentimiento de sobresalto, el sujeto se muestra inquieto y con movimientos de un lado a otro. Una sensación de intranquilidad. En la angustia por el contrario, predomina el sobrecogimiento con tendencia a la inmovilización y a la pasividad mientras dura la crisis. La angustia se caracteriza por sensaciones opresivas en pecho y garganta de ahí su raíz “angor” que se refiere a estrechez y la ansiedad la relaciona con la dificultad para respirar y una sensación de ahogo.

Reynaud (1982) comenta que la angustia se define como la vivencia corporal de la ansiedad. Angustia y ansiedad definen un sentimiento doloroso de espera o un miedo sin objeto, y este estado afectivo se desencadena por un peligro real o imaginario. La angustia es una experiencia psíquica formada por un malestar interno, proveniente de una sensación de peligro inminente que no puede relacionarse con ninguna causa precisa, esta imprecisión hace que la amenaza ocasione que cualquier defensa y tratamiento sea ineficaz haciendo que la angustia se transforme en pánico.

Se llama trastorno de pánico cuando una persona sufre repetidos ataques de pánico. Los síntomas de estos ataques aumentan poco a poco y pueden durar hasta 20 o 30 minutos en desaparecer. Estos síntomas se definen como una gran ansiedad o temor a algo amenazante, no necesariamente debe estar presente el objeto o la situación. La persona sufre síntomas de índole somático o físico como palpitaciones, falta de aliento, sudoración, mareo y llevan a la persona a pensar

que esta enfermo, además de que el mismo cree que hay algo mal con el y que incluso puede llegar a morir por alguno de estos ataques.

1.9 Reacciones fisiológicas y psicológicas

Según el DSM-IV estos son los ingredientes indispensables de un ataque de pánico o crisis de angustia: aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- 1) palpitación, taquicardia
- 2) sudoración
- 3) temblores o sacudidas
- 4) sensación de ahogo
- 5) sensación de asfixia (parestesias)
- 6) opresión o malestar torácico
- 7) náuseas, dolores abdominales
- 8) sensación de irrealidad
- 9) mareo, desmayo
- 10) miedo a perder el control
- 11) sensación de hormigueo

Los pacientes reportan aprensión, sensación de descontrol, presentimientos de un desastre inminente, viene un acelerado ritmo cardíaco, respiración irregular, sudoración excesiva y mareos, agitación, cansancio, insomnio, dificultad para concentrarse (Davison, 1983).

El mismo autor escribe que los ataques de pánico aparecen en un periodo concreto de ansiedad o miedo intenso:

- 1) ha sido inesperado
- 2) no provocado por situaciones en que el sujeto sea el centro de atención
- 3) caracterizado por al menos 4 de los siguientes síntomas:
 - a) falta de aliento
 - b) mareo, vértigo
 - c) palpitaciones, sofocos

- d) dolor o molestia en el pecho
- e) nauseas
- f) escalofríos, temblores
- g) parestesias

Estos mismos síntomas aparecen en cualquiera de los diferentes tipos de fobia que se verán mas adelante, ya que estos síntomas son la base que la persona experimenta cuando se encuentra ante una situación u objeto que le ocasiona angustia, temor y hasta una fobia.

Es difícil hacer una distinción entre miedo, ansiedad y angustia ya que los síntomas que presentan los tres conceptos son similares y no es sencillo ver donde termina o empieza una u otra emoción. El miedo es una emoción innata y primordial. Su función es de utilidad para el sujeto, es la adaptación a una situación o algún objeto novedoso. La ansiedad esta muy enlazada a la angustia y su distinción es aun más ambigua, no es clara la diferenciación y los autores que la manejan utilizan términos no muy bien distinguidos entre ellos o con poca profundidad en su definición. Por otro lado se revisaron los síntomas tanto físicos como psicológicos que se presentan durante un episodio fóbico, los cuales pueden presentarse uno a la vez o varios al mismo tiempo, siendo característicos al momento de presentarse, estos síntomas también pueden llegar a suceder antes de un episodio fóbico, como parte de una anticipación al evento que la persona cree que sucederá y no podrá evitarlo.

Aun hay muchos puntos que se deben retomar como es, si existe una transferencia genética o solo un aprendizaje familiar acerca de la ansiedad, el miedo o la angustia, como se menciona en aquellas personas que presentan la ansiedad como un rasgo de la personalidad. En el próximo capítulo se comenzará a explotar la definición del concepto de las fobias, tema central de este trabajo. Gracias a este capítulo se puede observar como puede iniciar una fobia y como las mismas fobias están conformadas de muchos elementos explicados para la ansiedad y la angustia.

2 CAPITULO 2: DEFINICIÓN DEL TÉRMINO FOBIA, SUS DIVISIONES Y CARACTERÍSTICAS

Definir cada tipo de fobia es el objetivo de este capítulo. Se enunciarán algunas de las definiciones del concepto de fobia y también las tres grandes divisiones de la fobia: fobia específica, fobia social (también conocida como ansiedad social) y agorafobia con y sin trastorno de pánico. Finalmente se hará un breve resumen de cómo se origino la palabra fobia y de donde proviene la palabra. Es necesario analizar cada punto para comenzar a ubicar cada tipo de fobia, sus características para poder diferenciarla unas de otras y como afectan de manera distinta a las personas. Aunque tengan síntomas parecidos, no presentan el mismo origen y por consiguiente el tratamiento para cada una es diferente. Por ejemplo, una fobia específica como el miedo a volar y una agorafobia que no permite salir de casa a una persona, necesitan diferentes tipos de tratamientos. Entender y saber distinguir cada tipo de fobia es el comienzo para seguir después con sus diferentes perspectivas teóricas y finalmente sus tratamientos más eficaces para resolver el trastorno.

Definición del concepto de fobia

Catalogado como un miedo excesivo e irracional, la fobia es el miedo más incapacitante y extremo que obliga al sujeto a evitar la situación o el objeto que provoca un nivel de ansiedad tan alto. Si alguna persona logra enfrentarlo tendrá una carga de síntomas físicos y psicológicos difíciles de manejar, como por ejemplo: mareos, sudoración, pensamientos negativos, taquicardia, etcétera. Estos mismos síntomas son los que aparecen en una crisis de ansiedad o en el trastorno de pánico, pero con la diferencia de que el sujeto encuentra injustificable e irracional este miedo extremo, sin embargo, no es capaz de superarlo. Esta razón es importante para que la fobia sea clínicamente aceptada para su tratamiento.

Kaplan (1987) define a la fobia como un temor exagerado, una respuesta anormal de miedo de carácter patológico a un tipo específico de estímulo o

situación. Las reacciones fóbicas son aprendidas y están conectadas psicológicamente con objetos específicos como cuchillos, animales, etcétera, lugares específicos como espacios cerrados, y situaciones sociales como reuniones públicas.

“Los psicopatólogos coinciden en que una fobia es una conducta de evitación causada por el miedo y que es desmesurada en relación con el peligro provocado por una situación o algún objeto en particular” (Davison, 1983) (p. 726). Este autor opina que las fobias se pueden adquirir por medio de la imitación, esto es, al observar a un modelo o por la descripción que alguna persona hace acerca de alguna experiencia negativa, incluso al observar el temor ajeno, pero el mismo autor desacredita esta manera de adquirir una fobia al decir que este aprendizaje se extingue rápidamente y que muy pocas personas han reportado volverse temerosos después de presenciar un temor ajeno. Quizás en los niños sea probable transmitir miedo al contarles acerca de algún peligro o situación desagradable, pero eso solo durará en tanto el niño no tenga el conocimiento acerca de aquellas cosas o situaciones que lo atemorizan. Cabe mencionar que cuando a una persona se le impide de alguna manera que lleve a cabo la conducta de evitación, lo que resulta muy importante como defensa ante la fobia, se vuelve temerosa y muestra una gran ansiedad.

Ayuso y Salvador (1992) consideran a la fobia como un miedo excesivo, irracional y persistente ante un objeto, actividad o situación que determina un deseo imperioso por evitar aquello que se teme. La fobia debe ser reconocida como tal, clínicamente hablando, cuando el sujeto reconozca que es un miedo desproporcionado e injustificado.

Kolb (1988) opina que la fobia es una reacción defensiva en donde el sujeto al tratar de manejar su angustia, la desliga de una idea, objeto o situación específica de su vida cotidiana y la desplaza en forma de un miedo neurótico o fobia hacia una idea, situación o un objeto asociada a la primera idea. Por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización, el sujeto logra una defensa contra la fobia que surge de la fuente que el no reconoce. De esta forma

la fobia se desliga de su fuente original y se desplaza hacia una situación u objeto que simbolizan aquello que se teme. El sujeto reconoce que su miedo es irracional, constantemente intenta controlar este miedo evitando el objeto o situación que ahora lo provoca.

Un ejemplo de ansiedad neurótica es la fobia, según lo explica Spielberg (1980), cuando dice que la ansiedad neurótica es un estado emocional muy intenso, presentando miedo intenso ante una situación o algún objeto específico relativamente inofensivo. Cuando una persona fóbica es expuesta al objeto o situación temida, experimenta un ataque de ansiedad que le hace tomar medidas para evitar el objeto o situación causante de la fobia. Como la ansiedad neurótica es provocada por estímulos claramente inofensivos, aun reconocidos por la misma persona, las reacciones fóbicas son irracionales. Las fobias tienden a perdurar ya que el sujeto que las padece hace todo lo posible para evitar el objeto o la situación temida. Siempre que se elude exitosamente, la ansiedad se reduce y así se incrementa la determinación del sujeto de utilizar esta táctica para evitar así el sentir miedo, ansiedad o angustia.

Sassaroli (2000) también menciona: "son 2 los elementos característicos de una fobia: a) la ansiedad se experimenta exclusivamente en circunstancias precisas, lejos de las cuales el sujeto se encuentra bien y como mucho siente temor de poder encontrarse en las mismas condiciones, b) el esfuerzo enorme, sistemático y consciente que el sujeto realiza para evitar las circunstancias que causan ansiedad" (p. 20).

La evitación a la larga, hace disminuir las crisis de ansiedad, pero el remedio resulta peor en la medida que el sujeto se acostumbra a vivir con limitaciones, protegido de la ansiedad pero encerrado y evitando cada vez más las situaciones que le provocan ansiedad. Las fobias son un trastorno que no presentan ninguna ventaja para el sujeto en comparación con la ansiedad, además de que ocasiona graves daños a la vida de la persona que la padece. Las fobias pueden perdurar por mucho tiempo mientras el sujeto que las padece siga evitándolas y aun cuando esto es un alivio momentáneo a su temor excesivo, solo

ocasiona que su ambiente se vaya limitando cada vez más y con esto su calidad de vida vaya disminuyendo y se vea afectada enormemente.

Los autores antes citados coinciden en sus definiciones de las fobias en sus características principales como el hecho de ser un miedo irracional, también que se dirige a un objeto o situación específica y no en general como lo puede ser la ansiedad o la angustia. El miedo es tan intenso e incapacitante para el sujeto que no funciona como un sistema adaptativo como el miedo normal o la ansiedad. El sujeto no puede controlar su malestar cuando se presenta la situación o incluso antes de que se presente y decide evitarla para disminuir esa ansiedad extrema. La evitación solo hace que su estilo de vida se vaya limitando poco a poco sin realmente ser una solución viable para resolver el problema fóbico.

Existen diferencias en las definiciones de ciertos autores debido a que la corriente psicológica que se usa es diferente. Por ejemplo, Kolb (1988) utiliza la corriente psicoanalista para definir la forma como el sujeto adquiere las fobias, una marcada diferencia con la corriente cognitiva conductual. Sin embargo su definición tiene ciertas similitudes, al mencionar que estos temores son irracionales y el sujeto evita enfrentarse a estos temores. Con esto se puede decir que a pesar de las diferencias en las corrientes psicológicas, existen ciertas similitudes en la definición del tema que nos ocupa: el miedo, la angustia, la ansiedad y las fobias.

La fobia se ha dividido en tres grupos según sus características principales, con esto será más sencillo saber de que diferentes formas aparecen en el sujeto y su tratamiento más adecuado para su solución.

2.1 Agorafobia

Un número importante de sujetos continúa desarrollando miedo y evitación a las situaciones asociadas con los ataques de pánico. Temen este tipo de situaciones en las que huir resulta difícil, molesto o que no serán capaces de recibir alguna ayuda. La mayoría de los sujetos creen equivocadamente que son incapaces de cuidarse durante un ataque de pánico y por esto no se sienten seguros ante ciertas situaciones. A esto se le llama agorafobia. La característica

esencial de la agorafobia es la aparición de la ansiedad, al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones como ir en transporte público, hallarse en lugares públicos, ir de compras, hacer cola en algún lugar, encontrarse en túneles, ascensores u otro lugar donde escapar sea difícil. El sujeto siente la necesidad de huir y refugiarse en un lugar que considera seguro, como su hogar. Se hace acompañar por familiares o amigos de confianza, por este motivo teme las situaciones en las que huir sea difícil o imposible, como puede llegar a ser algún avión, el tráfico en un puente o incluso un lugar tan común como la sala de algún cine. Algunos sujetos son capaces de exponerse a situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. Los sujetos no temen la situación en la que se encuentran, sino que piensan en lo que puede suceder si empiezan a experimentar ansiedad durante estas situaciones. Esto es a lo que se le conoce como “miedo al miedo”.

A menudo, a estos sujetos les resulta más fácil encarar las situaciones temidas si se hallan en compañía de una persona conocida. El comportamiento de evitación de estas situaciones, puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV-TR, 2002).

Los criterios de agorafobia no se modificaron durante mucho tiempo, pero quedó claro que el diagnóstico debía estar basado en un miedo persistente y en la evitación de ciertas situaciones. Se cree, según los datos y estudios que se han hecho, que existe un factor genético para la predisposición a desarrollar ataques de pánico y agorafobia. Se sugiere que es posible encontrar la existencia de otro familiar afectado en un 25% y 50% de las veces y es más frecuente en el sexo femenino, aun así los hallazgos muestran una transmisión genética moderada y la

influencia del ambiente e incluso un trauma de la niñez puede ser un factor desencadenante de la agorafobia. Finalmente para su evolución, se sugiere que la agorafobia es una alteración estable pero crónica, la mayoría de los pacientes que buscan tratamiento han presentado la enfermedad de un modo crónico de 10 a 15 años antes del diagnóstico. También se ha encontrado que en la recuperación los sujetos se encuentran en periodos de estabilidad que oscila entre leve y grave. Tras el diagnóstico y la terapia se observa una recuperación funcional en la mayoría de los sujetos (Gelder, 2003).

La agorafobia es rara en la infancia a diferencia de las otras fobias. Se presenta al final de la adolescencia y en torno a los 20-30 años. La primera crisis puede surgir de forma inesperada en cualquier sitio, pero frecuentemente se presenta en un contexto de estrés, ya que ocurrió la crisis se tiende a evitar esta situación y después se puede generalizar a otras situaciones. Su curso es irregular con episodios de agravamiento. La fluctuación del cuadro clínico puede variar por la ocurrencia de sucesos estresantes, la fatiga, alguna enfermedad, etcétera (Caballo, 1995).

La agorafobia suele comenzar con la sensación de miedo o pánico en un lugar público, casi siempre sin un motivo real y se reduce cuando se escapa de la situación. Como consecuencia, se tiende a evitar la situación y otros lugares públicos donde nunca se ha experimentado un ataque de pánico. El sujeto es incluso capaz de sentir ansiedad anticipatoria con solo pensar o imaginar esos lugares. La evitación de estos lugares para reducir el miedo, se convierte en la causa central de la incapacidad del sujeto que en casos graves llega a estar confinado en casa. El sujeto que padece agorafobia presenta una conducta de evitación a los lugares abiertos y públicos, utiliza estrategias que ayuden a tranquilizarlo, por ejemplo, utilizar el mismo camino siempre, moverse solo en coche, siempre estar cerca de alguna salida en el cine, restaurante o algún otro lugar fuera de casa, buscar la compañía de familiares y amigos tratando de no estar solo. La gravedad de la agorafobia se relaciona con la interferencia en el funcionamiento laboral y social del sujeto, además presenta síntomas asociados

como depresión, ansiedad generalizada y trastorno de evitación. Estos síntomas pueden llegar a agravar aun más el estilo de vida de la persona que sufre de agorafobia.

En el DSM-IV se puede encontrar que la agorafobia se divide en 2 subtipos que son agorafobia con trastorno de pánico y sin trastorno de pánico. En el primer subtipo, los ataques de pánico pueden desaparecer cuando reducen sus actividades solamente al hogar, para evitar los estímulos que la persona piensa que van a aparecer fuera de casa. El segundo subtipo, presenta una forma moderada de trastorno con un poco de miedo que después puede evolucionar en una agorafobia con trastorno de pánico. Ambos subtipos son variantes de una misma condición, todos los sujetos con agorafobia presentan conductas de evitación.

El establecimiento en el DSM-IV de la categoría de trastorno de pánico como referente obligado de la agorafobia no está justificado con conocimientos actuales, decir que el pánico es causante de la agorafobia no es algo esclarecido etiologicamente hablando.

En lo que se refiere a la adquisición de la agorafobia, existen algunos factores llamados de vulnerabilidad biológica que tienen una base hereditaria y que pueden predisponer a una persona a experimentar un trastorno de pánico. Estos sujetos pueden llegar a sentir una mayor reacción psicofisiológica ante los estímulos amenazantes y son más atentos a sus síntomas físicos. Sin embargo, este tipo de vulnerabilidad es poco específico y difícil de comprobar además puede predisponer a diversos trastornos de ansiedad no solo la agorafobia. Un tipo diferente de vulnerabilidad es la psicológica, esta se puede dar en el aprendizaje temprano, es decir, en la niñez por medio de la familia, la escuela, de experiencias personales, en el desarrollo de la independencia de los demás y de la evitación como una estrategia para afrontar los problemas. Así, una persona que sufra de ataque de pánico puede llegar a considerarlo como una situación muy peligrosa debido a las atribuciones e importancia que le da a los síntomas

físicos y psicológicos como perder el control, pensar en morir, volverse loco, etcétera.

En último lugar se habla de los acontecimientos estresantes inespecíficos, ya sean ambientales como el calor o el ruido, físicos como la fiebre o el cansancio o psicológicos como un malestar mental o emocional. Estos pueden actuar en los periodos críticos del desarrollo de la adolescencia y comenzando la vida adulta, como estímulos activadores que den comienzo a la vulnerabilidad en los ataques de pánico (Caballo, 1995). Si la experiencia vivida es muy fuerte, puede ser crucial para aquellas personas que pueden tener esta vulnerabilidad biológica o psicológica y puede llegar a dirigir las hacia un patrón de conductas agorafóbicas.

En lo referente al mantenimiento, cualquier agorafobia comienza con un primer ataque de pánico que tiene lugar casi siempre en un lugar público, dicho ataque puede surgir en una situación de estrés o a partir de un momento doloroso en la vida del sujeto, que poco o nada tiene que ver con la agorafobia. Así, lo que aparece al inicio es una sensación de malestar que se asocia después a estímulos que inducen la evitación, esto último es lo que responde a un proceso de condicionamiento, no el suceso inicial.

El mantenimiento se puede explicar en 2 procesos. Primero: por el reforzamiento negativo, donde la ansiedad de anticipación surge ante la posibilidad de salir a la calle y poner en marcha los pensamientos de temor y que a su vez aumentan la ansiedad. Entonces las conductas psicofisiológicas se refuerzan recíprocamente y trae como consecuencia la evitación. Esta evitación reduce la ansiedad, entonces la conducta de quedarse en casa queda reforzada porque se evitan los lugares públicos y con esto da inicio a lo que se llama señales de seguridad, que es estar en casa, salir acompañado etcétera. Segundo: por el refuerzo positivo, donde las quejas y malestar del sujeto provocan el apoyo de los familiares y amigos, obteniendo con esto evitar cualquier actividad que antes harían sin problema como salir a comprar cosas o salir a trabajar, además hay una ganancia de favores y cuidados de la familia. Así, esto refuerza positivamente las conductas de evitación y logra el mantenimiento de la agorafobia (Caballo, 1995).

La agorafobia puede volverse muy incapacitante ya que el sujeto va cerrando poco a poco su vida tratando de huir de las situaciones que le causan ese temor excesivo. Anteriormente se ha mencionado ese círculo que se va formando y del cual en lugar de ayudar, va cercando la vida del sujeto hasta dejarlo incapacitado de actuar por sí mismo fuera de su hogar, el cual podría ser considerado el lugar más seguro después de mucho tiempo de padecer esta situación.

2.2 Fobia social

Casi todo el mundo ha sentido ansiedad al estar en situaciones que implican ser evaluado por los demás como en una reunión, al hablar en público o en primeras citas, pero para algunos sujetos que padecen fobia social esto resulta ser en extremo difícil. Estas situaciones están asociadas a una ansiedad incapacitante y al deseo de evitarlas. Se cree que los sujetos con fobia social son muy autocríticos y perfeccionistas con lo que hacen para así tener controlado hasta el más mínimo detalle, siguiendo estándares extremos y exactos, para evitar la evaluación negativa de los demás. Frecuentemente estos sujetos presentan síntomas como sudoración, mareo, sequedad de boca o rubor y creen que los demás se darán cuenta de estos síntomas y que demostrarán su incapacidad haciendo que el sujeto escape o incluso evite situaciones similares.

Los sujetos que padecen fobia social presentan un deterioro en su vida social, laboral y encuentran difícil mantener relaciones sociales o amorosas, evitan clases que requieran presentaciones en público o aceptan empleos por debajo de sus capacidades con el único fin de evitar demandas sociales o de mayor rendimiento laboral, aun con todo esto el número de sujetos que solicitan ayuda es mínima. El inicio de la fobia social está dado en etapas tempranas de la vida, se cree que puede estar entre los 5 años y los 11 y 15 años pero el adulto solo busca ayuda hasta los 30 años cuando ha tenido que resistir los síntomas durante gran parte de su vida.

La diferencia entre agorafobia y la fobia social es que en esta última la ansiedad aparece al sentir que la persona puede ser evaluada por los demás. La

edad de inicio suele ser más temprana en la fobia social que en agorafobia y finalmente las personas con fobia social están más cómodas cuando están solas mientras que los sujetos con agorafobia sienten mayor comodidad al estar acompañados.

La fobia social y la depresión pueden compartir las características de evitación y para diferenciarlas hay que considerar el motivo de aislamiento. Las personas con depresión se aíslan porque no disfrutan de la compañía de otras personas y presentan indiferencia hacia las relaciones sociales. Las personas con fobia social temen la evaluación negativa y tienen el deseo de entablar relaciones sociales pero la ansiedad se los impide. Se han hecho estudios acerca de la predisposición genética sin embargo se ha encontrado poco en este campo, tomando todo lo que se ha encontrado en conjunto, los estudios efectuados en gemelos sugieren que puede existir una predisposición genética a interpretar ciertas situaciones como peligrosas, mientras que los factores ambientales influyen en el procesamiento específico y la interpretación de las señales sociales. La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o que este relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo e irracional puede que esto no suceda en los niños. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivos de evitación, si bien otras veces el sujeto puede soportarlas aunque experimenta una gran carga de ansiedad.

El diagnóstico puede efectuarse solo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo. En las personas

menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social.

Cuando el sujeto con fobia social se encuentra en situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un sujeto ansioso, débil o loco. Estos sujetos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras. Puede que eviten comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben como les tiemblan las manos.

De forma característica el sujeto con fobia social evitará las situaciones que le provocan ansiedad. Algunos se obligarán a sí mismos a soportar estas situaciones, aunque a costa de una intensa ansiedad. También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que el sujeto deba afrontar la situación social temida o la actuación en público. (DSM-IV-TR, 2002).

Se dispone de poca información sobre la evolución de la fobia social, solo se conoce que persiste durante la vida adulta y no esta relacionada con el sexo, la edad de inicio, los antecedentes de trastornos de ansiedad o la relación con otros trastornos. Se han propuesto 2 aspectos de la fobia social, la ansiedad ante la interacción social y el temor al escrutinio. El escrutinio se refiere a ese temor a realizar ciertas actividades delante de los demás ya sea comer, escribir, trabajar, firmar o simplemente que lo miren, lo que le preocupa es que lo vean desmayarse, parecer ansioso o enfermo, que tiemble o se ruborice. La ansiedad ante la interacción social se refiere a esa ansiedad que se siente cuando se conoce a alguien y se habla con otras personas, ya sean conocidas o desconocidas, y en este rubro las preocupaciones o la ansiedad que suele sentirse es por temor a que llegue a parecer aburrido, a no saber que decir, como responder a esas interacciones y a ser ignorado.

Los aspectos cognitivos de la fobia social reflejan las percepciones del sujeto sobre la situación temida, incluyendo la ansiedad por anticipación y las evaluaciones posteriores a la actuación. También se ha encontrado que los sujetos con fobia social se entregan a diálogos internos negativos que desvían la atención de otras señales incluidas en su actuación. En la fobia social se pueden incluir sensaciones de pena o embarazo y de vergüenza. La situación embarazosa puede estar causada por una inadecuación verbal, torpeza o alguna acción que podría percibirse como incompetente, como la incapacidad para responder de manera fluida y adecuada. La vergüenza es un insulto a la propia imagen pública, el individuo que siente vergüenza cree que está indefenso ante la desaprobación de un grupo, esta ligada a la percepción de lo que piensan los demás en vez de lo que comunican en realidad. Así, un individuo puede exponerse a situaciones problemáticas sin sentir menos ansiedad si continúa creyendo que las evaluaciones negativas de los demás están presentes, además, uno mismo es capaz de sacar esas conclusiones sin escuchar la opinión de los demás. Frecuentemente, la fobia social comienza en la adolescencia, lo cual puede estar relacionado con el conflicto evolutivo de independizarse de los padres además del aumento de la importancia de ser aceptado por parte de los amigos o personas de la misma edad, esto aumenta la preocupación por ser socialmente evaluado, la cual puede llegar a ser negativa.

Un ataque de pánico en respuesta a una crítica o rechazo social puede contribuir al desarrollo de una fobia social. La timidez también se cree que puede ser consecuencia de ciertas experiencias en la niñez y adolescencia que fomentaban una preocupación excesiva de evaluación social, incluso se ha llegado a pensar que una sobreprotección y poco cuidado emocional de parte de los padres, puede ser un factor importante para la aparición posterior de la fobia social en el aspecto de que los sujetos con fobia social percibían que sus padres los habían apartado de acontecimientos sociales, que se preocupaban excesivamente por la opinión de los demás y que eran menos sociables como familia (Caballo, 1995).

“Una preocupación excesiva por parte de los padres sobre la apariencia externa y comportamiento social de los hijos, puede facilitar en ellos la aparición de un temor exagerado a una evaluación negativa proveniente de los demás, algo característico de la fobia social” (Echeburua, 1992) (p.57).

El procesamiento mental post evento, contribuye significativamente en el mantenimiento de la fobia social. Este procesamiento mental sucede cuando la persona con fobia social se empeña en revisar detalladamente los pensamientos, sentimientos y ejecuciones que le siguen a una situación social. Esta información es altamente negativa porque el prejuicio guía a las personas con fobia social a enfocarse en las sensaciones internas y pensamientos que refuerzan la autoevaluación negativa además, distorsiona la información externa de modo que refuerza la información negativa de uno mismo. El procesamiento mental post-evento llega incluso a recuperar errores pasados y promover la anticipación de fallas futuras (Cía, 2004).

Por otro lado en un estudio hecho por Vassilopoulos (2004) se encontró una asociación entre procesos mentales anticipatorios y ansiedad social. Este autor observó que los procesos anticipatorios implican reflexiones acerca de próximos eventos sociales que tienden a ser recurrentes e intrusivos, haciendo que se incremente la ansiedad individual, interfiriendo con la concentración. Acorde a esto en un estudio posterior llevado a cabo también por Vassilopoulos (2008) donde se compararon personas con una alta y baja ansiedad social. Los resultados indicaron que los primeros tenían más probabilidades de presentar procesos mentales anticipatorios al enfrentarse a eventos estresantes futuros que aquellas personas que tenían una menor ansiedad social. También que las personas con una alta ansiedad social producen menos pensamientos positivos hacia ellos mismos cuando tienen que encarar eventos estresantes futuros además de que son capaces de tener pensamientos de planeación acerca de evitación o escape de una situación estresante. Los pensamientos anticipatorios no son en sí un gran problema, pero sí lo puede ser el tipo de pensamiento durante la reflexión, el resultado del pensamiento es lo más importante. Finalmente el grupo con

ansiedad social alta fue más propenso a reportar pensamientos y sentimientos negativos sobre ellos mismos y menos propensos a reportar auto-evaluaciones positivas comparados con el grupo de ansiedad social baja.

La fobia social es un trastorno crónico cuya solución es improbable sin tratamiento, pero los sujetos pueden ganar confianza con tratamientos psicológicos y alcanzar la solución de su fobia. Finalmente este tipo de fobia puede llegar a sentirla cualquier persona, muy probablemente cualquier persona alguna vez en su vida ha sentido cierta ansiedad al tener que exponer un tema frente a una clase, participar durante alguna pregunta o incluso al hablar frente a toda la familia, obviamente el nivel de ansiedad es menor o incluso normal, quizá no pasa de sentir un escalofrío en la espalda, quizá un sudor en la frente o hasta cierta inquietud en el pecho, pero es un nivel de ansiedad capaz de resistirlo y hacer lo necesario para enfrentar la situación estresante. Como en las demás fobias, la ansiedad es extrema y el sujeto no puede controlar los síntomas y decide escapar y hasta evitar la situación. Es en ese momento, cuando llega a ser un factor determinante llegando a afectar toda su vida. Así este nivel de ansiedad se vuelve extremo y se podría convertir en una fobia, necesita tratamiento psicológico para que el sujeto pueda continuar con su vida, incluso es capaz de hacer que su vida sea más prolífica, por ejemplo, al aceptar ese trabajo que implicaba hablar en público y la fobia social impedía hacerlo.

2.3 Fobia específica

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o mas o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces suele experimentarse, aunque con sumo terror.

El temor y la evitación interfieren de modo significativo con la vida del sujeto, ya sea social, escolar o relaciones interpersonales, a pesar de ello los sujetos que padecen fobia específica mantienen una vida relativamente normal siempre que no se encuentren con el estímulo fóbico. Cuando su vida se ha afectado gravemente es entonces cuando buscan ayuda para hacer frente a la situación u objeto que provoca ansiedad.

El diagnóstico es correcto solo si este comportamiento de evitación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del sujeto, con sus relaciones laborales o sociales o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente. El sujeto experimenta un temor marcado, persistente, irracional o excesivo cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o cuando anticipa su aparición. El objeto que provoca ansiedad puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación, por ejemplo, el sujeto tiene miedo a viajar en avión debido al miedo a estrellarse o miedo a los perros por temor a ser mordido.

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad y miedo y desmayarse al exponerse al objeto temido. En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada.

En ocasiones, las crisis de angustia se demoran y no aparecen inmediatamente cuando el sujeto se enfrenta con el estímulo fóbico. Esta demora es más probable en el tipo situacional. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria, cuando el sujeto se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, estas suelen acabar siendo evitadas. Con menos frecuencia el sujeto se obliga a sí mismo a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

Los subtipos de la fobia específica están divididos en 5: Tipo animal, tipo ambiental, tipo sangre-inyecciones, tipo situacional y otros tipos. La gran mayoría

de los sujetos que padecen fobia específica presentan otro trastorno a lo largo de su vida como el abuso de alcohol, crisis de angustia, fobia social o depresión variando su porcentaje de estos. En la mayoría de los casos la fobia específica precedió al inicio de otro trastorno. Tiende a iniciarse más temprano que otro trastorno de ansiedad. La edad de inicio varia según el subtipo de fobia, por ejemplo, las fobias a los animales puede iniciar a los 7 años, fobias de sangre a los 9 años, y claustrofobia a los 20 años (DSM-IV-TR, 2002).

A pesar de la edad de inicio, rara vez se busca ayuda profesional para resolver el problema. Las mujeres presentan un porcentaje mayor de aparición de fobias específicas que los hombres (Gelder, 2003). A pesar de la prevalencia de la fobia específica en la población, únicamente un mínimo porcentaje de casos parece buscar ayuda, esto puede ser debido a que la mayor parte de los fóbicos no encuentran que su problema sea tan perturbador como otro problema psicopatológico, porque en la fobia específica el grado de perturbación puede llegar a ser tolerante, especialmente si la situación temida no tiene que ser afrontada tan frecuentemente por la persona o si dicha situación puede ser fácilmente evitada.

La fobia específica puede iniciarse en cualquier etapa de la vida, particularmente en la edad infantil siendo estos los temores más comunes y pueden desaparecer con el tiempo, pero los miedos más intensos son menos comunes en la infancia y algunos pueden persistir hasta la vida adulta. Entre los miedos que suelen comenzar en la infancia o antes de la adolescencia y se mantienen en la vida adulta son: la fobia a los animales, fobia a la sangre y heridas, fobia a las alturas y fobia a los dentistas. Al parecer estas fobias se adquieren con gran facilidad y pocas causas aparentes en la infancia y cuando sucede en la vida adulta se debe a un evento traumático.

La fobia específica es un miedo irracional y constante a un objeto, actividad o situación particular que provoca una respuesta inmediata de ansiedad y causa una alteración significativa del funcionamiento resultando en una conducta de evitación. Las personas que padecen alguna fobia específica viven un intenso

nivel de ansiedad respecto a la posibilidad de encontrarse con el objeto o situación temida y con frecuencia hacen muchas cosas para evitar su contacto. En circunstancias en las que deben enfrentar cara a cara al estímulo fóbico, su nivel de ansiedad se intensifica al acercarse a este o mientras la posibilidad de escapar de él disminuye (Halgin, Whitbourne, 2004).

Para algunos individuos la fobia específica no llega a ser incapacitante y así no se buscará ayuda. Normalmente el sujeto adaptará su vida a evitar el contacto con el estímulo fóbico, de modo que los sujetos con una fobia específica más grave acudirán en busca de ayuda con el especialista. Solo si se recibe el tratamiento adecuado y eficaz se logrará la mejoría del sujeto. Es en este tipo de fobia donde se encuentra cualquier temor a objetos y a situaciones más comunes y que pueden llegar a parecer sencillos sobre todo para los familiares del sujeto que la padece. El temor llega a ser tan significativo y extremo que evitan cualquier contacto que pueda llevar a la persona al estado de ansiedad extrema, un perro, unas tijeras, los relámpagos cuando llueve, son objetos y situaciones que pueden llegar a ser fobias específicas para algún sujeto y sin embargo significar cualquier cosa para otro sujeto, pero no por esto se debe de dejar de considerar lo que ocasiona y siente la persona que lo vive, lo experimenta y lo padece. Para la persona es un objeto o situación tan sobrecogedora y difícil de enfrentar que requiere de ayuda profesional para poder superar su temor excesivo e irracional ante lo que sea que este afectando su vida.

El método de evaluación más utilizado para la fobia específica son los autoinformes ya sea en forma de autorregistros, cuestionarios y escalas. Por medio de estos, la persona informa acerca de su conducta motora, fisiológica y cognitiva. Las medidas conductuales más aplicadas en la práctica son las que recogen algún tipo de índice de conducta de evitación del sujeto con fobia frente a la situación temida, como los test de evaluación conductual en los que se mide la distancia o el tiempo que la persona es capaz de soportar y mantenerse en presencia del estímulo temido. Finalmente existen diferentes formas de inicio de las fobias específicas y entre las más frecuentes formas son las que tienen su

origen en experiencias de naturaleza traumática (condicionamiento), en experiencias vicarias y en transmisiones de información verbal por parte de terceros. Otra forma son aquellas fobias que aparecen de forma inesperada y espontánea o incluso aquellas en las que los individuos informan tenerlas de toda la vida siendo incapaces de señalar el momento de su aparición (Barlow y Duran, 2003).

2.4 Fobia escolar

Este fenómeno llega a resultar común en la infancia y consiste en una negativa o renuncia a ir a la escuela por parte del niño, esta acompañado de síntomas somáticos de índole estomacal, por ejemplo, dolores estomacales y náuseas, se presentan a la hora del desayuno o antes de partir a la escuela, además de rechazar cualquier intento de razonamiento o tranquilidad. Se llegan a utilizar las quejas de dolor somático para justificar la permanencia en casa y a menudo desaparecen cuando el niño está seguro de que no irá a la escuela.

Se piensa que este fenómeno es debido a lo que se llama ansiedad por separación, esto es, una relación de dependencia entre madre e hijo que puede contribuir a incrementar todavía más la ansiedad que se presenta de forma natural cuando se separan para que el niño vaya a la escuela, de esta manera el niño empieza a evitar la escuela y la madre comienza a permitirle quedarse en casa. Se piensa que esta dependencia funciona en ambos sentidos, cuando la madre no desea separarse de su hijo y al mismo tiempo el hijo no desea separarse de su madre (Davison, 1983).

La fobia escolar quizá no sea considerada tan grave como la agorafobia, la fobia social o cualquier fobia específica, sin embargo, existe y sus consecuencias llegan a ser importantes, ya que como menciona Davison los malestares somáticos son importantes e incluso el niño realmente llega a presentar principalmente dolores estomacales que hacen que sea difícil y en ciertos casos imposible que el niño vaya a la escuela. Por otro lado, la conducta de la madre de no separarse de su hijo, quizá no se presente tan a menudo o no sea tan fuerte como para impedir que su hijo vaya a la escuela, tal vez esta situación solo se

presente en contadas ocasiones y si sucede debe ser algo que se pueda superar con cierta facilidad.

2.5 Origen histórico de las fobias

El origen de la palabra fobia deriva del griego Phobos que significa miedo. Las crisis de angustia o ataques de pánico eran conocidos desde la antigüedad. Platón atribuía la causa al desplazamiento del útero hacia el cerebro que provoca la presión de los vasos sanguíneos y vías respiratorias dando lugar a palpitaciones y sensaciones de ahogo. Históricamente las fobias hasta el último tercio del siglo XIX eran confundidas con ideas obsesivas y delirios emotivos.

El término agorafobia fue acuñado en 1871 por el neurólogo alemán Karl Friedrich Westphal para designar el miedo a encontrarse en plazas, lugares desiertos o excesivamente llenos, donde el sujeto cree no poder recibir ayuda en caso de que repentinamente se sintiera mal. La agorafobia se equiparó a todas las fobias conocidas en aquel entonces y fue considerada como una rareza más que una verdadera enfermedad concibiéndose como un miedo exagerado a algo.

Esa falta de atención por parte de la psiquiatría del siglo XIX se debió a que en ese entonces estaba centrada en el estudio de las enfermedades graves, como la psicosis, además de que para las personas que padecían alguna fobia casi nunca se enteraban ya que no tenían un contacto con aquello que les ocasionara ansiedad. La atención se centró meramente en asignarles un nombre relacionado con el objeto o la situación que las provocaba, generando listas interminables ya que cualquier cosa o situación podía ser objeto de fobia. Solo con la obra de Freud se llegó a una sistematización de los ataques de pánico incluyéndolo dentro del grupo de las neurosis ansiosas y obsesivas en las cuales establece una distinción entre la ansiedad anticipatoria, el ataque de pánico y las consiguientes conductas de evitación. El trastorno de crisis de angustia es solo el estado naciente de una fobia (Sassaroli, 2000).

La fobia y todo aquello que engloba ha estado presente quizá desde siempre en la historia del hombre. El miedo y las fobias siempre han existido aun cuando su definición haya sido establecida mucho tiempo después de que las

personas padecieran sus síntomas. Desde hace tiempo, muchos intentaron definir a las fobias, expresaban sus síntomas, su evolución y sus posibles tratamientos, pero fue Freud quien intervino y estudio a fondo las fobias a partir de sus estudios de la angustia.

Sigmund Freud diferenció finalmente las fobias de las obsesiones en 1895 dentro de otra perspectiva más ontogénica aunque todavía psicopatológica y funcional. Subrayo la similitud del mecanismo psíquico con la histeria, precisando al mismo tiempo la diferencia. La fobia ya no es una conversión de la libido sino una liberación de esta bajo la forma de angustia, por el hecho de la represión que separa el afecto de la representación mental (Marchais, 1985). A partir de ahí muchos autores prosiguieron sus propios estudios y hallazgos, dando una mayor aportación al campo de interés, en este caso, el estudio de la angustia, la ansiedad y las fobias ya sea agorafobia, fobia social o fobia específica.

El miedo y la fobia tienen su similitud y su diferencia en la misma raíz. Esta podría ser que el miedo es una emoción innata, primordial para la adaptación de la persona a su medio y a aquellas dificultades que enfrenta. La fobia nace del mismo miedo, de ese miedo intenso que la persona no puede controlar y hace incapacitante la vida diaria. El miedo es una emoción normal en las personas, las fobias son el máximo nivel de insatisfacción para una persona ante una situación u objeto. El miedo se puede controlar y la fobia no es posible controlarla, así entonces, aun cuando la fobia tiene su raíz en el miedo, no es útil para la persona el tener una fobia, por consiguiente su tratamiento no es el mismo que un miedo ya que como se dijo anteriormente el miedo es una emoción útil, aunque no agradable, para la persona que la experimenta y la fobia llega a ser tan difícil de enfrentar que la persona no tiene más remedio que ir limitando poco a poco su vida y así creando un círculo vicioso del cual no puede salir por sí solo.

Eynseck, Eynseck (1985) nos dicen que el neuroticismo se refiere a la tendencia de las personas a experimentar emociones negativas como tristeza o nerviosismo y puede ser un reflejo de personas con características excitables basado en patrones de activación autonómica.

Nedic, Zivanovic, Lisulov (2011) mencionan que los trastornos fóbicos pueden ser incluidos en el ramo de lo emocional junto con otros estados que incrementan los niveles de ansiedad, depresión, miedo y otros síntomas somáticos. En recientes investigaciones se ha encontrado que el neuroticismo es un factor importante en las teorías del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. La alta correlación entre una psicopatología interna y el neuroticismo sugieren que el neuroticismo puede ser el núcleo o el origen de una psicopatología.

Los tres grandes tipos de fobia hacen más sencillo catalogar cada tipo distinto de ellas. La agorafobia en general se refiere al miedo a quedarse solo o no poder escapar en una situación como estar en algún lugar publico o que dificulte su huida, como por ejemplo, un cine o una plaza publica.

La fobia social se centra principalmente en la ansiedad a hablar en público por temor a ser juzgado negativamente, por parecer tímido o inseguro al hablar, por otro lado a entablar nuevas relaciones sociales por las mismas razones.

La fobia específica se centra en la ansiedad a objetos o situaciones específicas, como por ejemplo, a los perros o a las tormentas. Finalmente se analizó el origen histórico de la palabra fobia y su inicial uso del término agorafobia como un miedo a los espacios abiertos, refiriéndose como “agora” a las plazas y como en un principio no se le dio importancia a este tipo de padecimientos.

Las diferentes perspectivas psicológicas tienen también diferentes etiologías acerca del inicio de una fobia, la mayoría son muy parecidas y en el siguiente capítulo se revisarán las más importantes en el campo de la psicología.

3 CAPITULO 3: ANALISIS DE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS TEORICAS EN CUANTO A SU CONCEPCION DEL TERMINO FOBIA

Existen diferentes teorías psicológicas y cada una presenta diferentes explicaciones de cómo se origina una fobia. Las etiologías que cada teoría presenta son variadas y sin embargo también presentan elementos en común. Entonces, se analizarán las principales teorías y sus respectivas etiologías acerca de la agorafobia, fobia específica y fobia social. El capítulo se divide en cada una de ellas y sus diferentes teorías, por ejemplo, la teoría biológica, teoría psicoanalítica o teoría cognitiva, siendo el objetivo principal del capítulo definir las etiologías más importantes y así mostrar las diferencias y similitudes de cada explicación del origen de una fobia. Finalmente se espera que cada etiología pueda dar un amplio panorama de la explicación del origen de una fobia y sacar una conclusión personal de cada una de ellas.

PRINCIPALES TEORÍAS PSICOLÓGICAS

3.1 Factores etiológicos de la agorafobia

3.1.1 Teoría Biológica: se cree que existen algunos factores de vulnerabilidad biológica, que tienen una base hereditaria y se cree que pueden predisponer a una persona a experimentar un trastorno de ansiedad. Estos sujetos pueden sentir una mayor reacción psicofisiológica ante los estímulos que son percibidos como amenazantes y su atención es mayor hacia los síntomas físicos. Un tipo diferente de vulnerabilidad es la psicológica, la cual se puede iniciar con el aprendizaje desde la niñez, por medio de la familia, la escuela, de experiencias personales en el transcurso de su desarrollo de independencia personal y finalmente por evitación como una estrategia para afrontar los problemas. Así una persona que sufra por primera vez un ataque de pánico puede llegar a considerarlo como una situación más peligrosa de lo que realmente es, debido a las atribuciones e importancia que le da a los síntomas físicos y psicológicos. En definitiva, se habla de los acontecimientos estresantes inespecíficos ya sean

ambientales, físicos o psicológicos y estos pueden actuar en los periodos críticos del desarrollo como estímulos activadores que den comienzo a la vulnerabilidad en los ataques de pánico (Caballo, 1995). Si la experiencia es muy fuerte, puede volverse crucial para aquellas personas que pueden tener esta vulnerabilidad biológica o psicológica y puede llegar a dirigir las hacia un patrón de conducta agorafóbica.

Barlow y Duran (2003) también mencionan la existencia de cierta herencia de vulnerabilidad al estrés, una tendencia neurobiológica a reaccionar de manera exagerada a ciertos sucesos de la vida diaria. Así, hay algunas personas que tienen más probabilidades que otras de sufrir una reacción de alarma de emergencia (ataque de pánico inesperado) cuando se enfrentan a sucesos que producen estrés. Estas situaciones se asocian con rapidez en la mente del individuo con las claves externas e internas que estuvieron presentes durante el ataque y se vuelven señales de alarma aprendidas. Finalmente los individuos desarrollan ansiedad ante la posibilidad de tener otro ataque de pánico, es decir, las sensaciones físicas asociadas con el ataque son interpretadas como señal de que algo terrible está por ocurrir y esto es lo que genera el trastorno de pánico. Su conclusión de Barlow acerca de la conducta de evitación agorafóbica es debido a la complicación de graves ataques de pánico. Lo importante en el comienzo y mantenimiento del trastorno de pánico es el proceso cognitivo.

La agorafobia se presenta en respuesta a las crisis de angustia dando lugar al diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia con 3 vertientes, el miedo a dejar el hogar, miedo a quedarse solo y miedo a encontrarse lejos y en situaciones en las que sea difícil o imposible escapar o conseguir ayuda cuando surja una crisis o cualquier síntoma desagradable. La mayoría de los casos de agorafobia empiezan con una serie de crisis de angustia espontánea y si las crisis continúan el sujeto puede desarrollar una ansiedad anticipatoria, caracterizada por una sensación continua de preocupaciones acerca de las posibles ocasiones y consecuencias del próximo ataque de angustia. Los síntomas agorafóbicos representan una fase terciaria de la enfermedad. Muchas personas establecen

una relación causal entre sus crisis de angustia y la situación particular en que se han producido para después evitar estas situaciones en un intento de evitar nuevas crisis de angustia.

3.1.2 Teoría cognitiva: en esta teoría se pone especial atención a las interpretaciones equivocadas y hasta catastróficas de la persona acerca de la ansiedad que sufre. Los ataques de pánico suelen ser espontáneos e inesperados y son interpretados como fatalistas, por ejemplo, al sentir taquicardia y pensar que es un ataque al corazón o imaginar que se vuelve loco, como consecuencia la persona esta en una constante alerta dirigida hacia los más mínimos síntomas que pueda sentir fuera de lo normal. En la medida en que centra su atención en los estímulos internos, sus sensaciones fisiológicas normales son interpretadas como anormales y hasta puede llegar a considerarlas peligrosas, debido a estos pensamientos negativos es como da inicio toda esta cadena de malestares, dando origen a la ansiedad.

Varios son los factores cuya interacción podría explicar el surgimiento de la agorafobia, por ejemplo, la influencia genética, sobreprotección familiar, características personales, una forma errónea de afrontar el estrés, la ocurrencia de eventos estresantes de la vida cotidiana como un divorcio, muerte o enfermedad de algún familiar o persona significativa, consumo de sustancias, presión escolar o laboral y proceso de atribución errónea. La ansiedad intensa y ataques de pánico son inducidos por otros factores como algún problema medico, cambios hormonales, hipoglucemia, uso de fármacos y son atribuidos erróneamente a las situaciones ambientales de modo que dichas situaciones pasan a ser temidas. Una vez que se ha establecido el trastorno, el mantenimiento del mismo se da por medio de la relación reciproca entre la activación fisiológica y la interpretación que la persona hace de la misma de manera catastrófica y ansiosa.

Esta emoción facilita las conductas defensivas y de evitación para prevenir que suceda el evento estresante que la persona conoce, y como resultado da alivio inmediato pero no invalida la interpretación de amenaza.

Para reducir la activación fisiológica que se teme la persona intentará reducir o evitar aquellos factores que puedan producirla. La presencia de personas conocidas con un alto grado de control pueden reducir la evitación y expectativas catastróficas pero cuando no se evitan aparece una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes que puede facilitar la detección de las sensaciones temidas y el incremento de la activación fisiológica (Bados 2006). Finalmente, las conductas defensivas y de evitación tienen una serie de consecuencias que refuerzan el mantenimiento pero también claros efectos negativos que llevan a la búsqueda de alguna solución para su problema, esto ocurre cuando se dan cuenta de que sus propias técnicas ya no son suficientes para combatir su ansiedad y que su calidad de vida se ha alterado drásticamente.

Halgin y Whitbourne (2004) nos dicen que la teoría cognitiva-conductual propone que la ansiedad se convierte en un problema incontrolable para el individuo a través de un círculo vicioso. Este círculo se inicia cuando el individuo experimenta sentimientos muy negativos, esto le provoca la sensación de que está en una situación impredecible y que no puede controlar. Conforme estos síntomas se hacen más intensos atraen la atención de las personas alrededor. Inmediatamente el individuo permanece dentro de estas sensaciones desagradables sin poder hacer algo, únicamente seguir pensando en esas desagradables sensaciones, los pensamientos erróneos y la mala interpretación de las señales del cuerpo y del ambiente, incrementan más la sensación de ansiedad. Finalmente los factores cognitivos intervienen cuando el individuo desarrolla creencias distorsionadas, estas se suman al temor de que ocurra una crisis de angustia incontrolable en el futuro.

3.1.3 Teoría Psicoanalítica: según Gabbard (2002) las razones acerca del inicio de la agorafobia pueden ser distintas. Algunos estudios solo concuerdan en que las personas que pasan por esto han tenido eventos estresantes en su vida tiempo antes de presentarse el trastorno, más aun parece tener relación con los vínculos familiares teniendo su origen en la niñez, es decir, un vínculo con los

padres o una persona significativa que se ve amenazado o que se altera, provoca que la persona se vuelva susceptible a posteriores eventos estresantes al estar mermada su confianza. El trastorno de angustia puede relacionarse a un evento de separación parental en la niñez. También se ha encontrado que los pacientes con trastorno de angustia ven a la separación y al apego como mutuamente excluyentes. Tienen dificultad en modular la oscilación entre separación y apego porque presentan una sensibilidad aumentada a la pérdida de seguridad y protección como a la pérdida de la libertad. Esta dificultad los obliga a operar dentro de un rango extremadamente estrecho de comportamiento que intenta evitar la separación que es muy temerosa y el apego que es muy intensa. Otro factor etiológico que se relaciona con dificultad al apego es el abuso físico y sexual en la infancia, debido a que el trauma infantil interfiere en la relación del niño con sus padres. El abuso sexual podría ser responsable de las dificultades que los pacientes con trastorno de pánico tienen en sentirse seguros con objetos significativos en sus vidas. La internalización de representaciones abusivas de los padres también interfiere con el desarrollo de la confianza en la vida adulta. Finalmente, dentro del mismo marco teórico, este autor menciona a la patogénesis como aquello donde los pacientes con trastorno de angustia tienen una predisposición genética a la vulnerabilidad neurofisiológica que puede interactuar con estresores ambientales específicos para producir el trastorno.

Dado que cada individuo interpreta el significado de estos eventos en forma diferente, un elemento estresante externo puede o no llevar al comienzo de la angustia en un individuo que es neurofisiológicamente susceptible. Esto sugiere que hay una variable psicológica crucial que media entre los eventos externos y el comienzo de la angustia. (Busch, Coope, Klerman 1991).

La agorafobia y el trastorno de pánico evoluciona de causas psicodinámicas. Se sugiere que la pérdida o la ansiedad de separación en la niñez de un objeto o persona predisponen a alguien a desarrollar la afeción cuando es adulto. La amenaza de separación o la separación real de un niño con la persona que es importante para él y con quien mantiene ese lazo sentimental estrecho,

podría hacer que tenga fuertes repercusiones en la vida adulta (Barlow, Duran 2004). Sin embargo, no siempre es así, entonces debe de existir otro factor extra para que se pueda formar una agorafobia. Esta idea la toma Barlow más como una hipótesis que debería estudiarse a fondo, la relación entre la separación temprana y el desarrollo de una agorafobia.

3.2 Factores etiológicos de la fobia específica

3.2.1 Teoría psicoanalítica: Freud presentó una idea acerca de que la ansiedad podía ser la reacción del Yo al peligro, siendo una respuesta que derivaba no solo de un peligro exterior, sino también de la pulsión y afectos internos que eran inaceptables y amenazadores para el Yo. La ansiedad entonces, alertaba al Yo para ejercer la represión y mantener la figura de la representación consciente, así como también evita su descarga. En los pacientes fóbicos, esto último que provenía de la respuesta fóbica temprana durante el periodo infantil inicial y los conflictos edípicos, involucraba el uso del desplazamiento; el conflicto sexual desplazado desde la persona que evoca el conflicto a un objeto o situación neutra, adquiriría el poder de provocar la constelación completa de emociones. El objeto o situación fóbica así seleccionada tiene una conexión asociativa con la fuente primaria del conflicto y ha llegado a simbolizarla de una forma natural.

Esta formulación teórica que atribuía el uso de mecanismos de defensa del Yo, desplazamiento y evitación, contra los impulsos edípicos incestuosos y contra la ansiedad de castración, fue descrita por Freud en su caso del pequeño Hans y el miedo a los caballos. Freud explicó el temor de Hans a los caballos como resultados de temores inconscientes. El paciente negaba estos temores y los proyectaba sobre los caballos. Por este motivo se cree que los síntomas están relacionados con conflictos inconscientes no resueltos. La ansiedad ante el conflicto se desplaza a un objeto no relacionado e inofensivo y la fuente real de ansiedad se mantiene fuera de la conciencia. Sin embargo, la hipótesis de que los

síntomas de la fobia no desaparecerán hasta que se resuelva la fuente real de ansiedad carece de apoyo empírico (Gabbard, 2002).

3.2.2 Teoría de los reflejos condicionados: en la teoría del condicionamiento operante la ansiedad es considerada un impulso que motiva al organismo que la padece a hacer lo que sea para evitarla. En el curso de esta conducta azarosa el animal pronto aprende que determinadas acciones le capacitan para evitar el estímulo que provoca ansiedad y por consecuencia la experimentación del dolor. Las pautas de evitación así construidas permanecen estables por largos periodos de tiempo, como resultado del reforzamiento que reciben de su propio éxito en la reducción del impulso, su propia capacidad para disminuir la ansiedad. Esta conducta de evitación en los pacientes fóbicos se fija como síntoma estable debido a su efectividad en proteger al paciente de la ansiedad fóbica (Kaplan, 1987).

Condicionamiento operante: podemos considerar la posibilidad de que las reacciones fóbicas se aprendan en virtud de las consecuencias que producen. A pesar de que algunas fobias pueden formarse como resultado de ciertas condiciones del medio ambiente circundante, se rebasan los límites de la credibilidad cuando consideramos las dificultades extremas sufridas por muchos fóbicos al verse obligados a evitar situaciones inofensivas. Además las observaciones clínicas indican claramente que cuando se impide la respuesta de evitación, los fóbicos se vuelven notablemente agitados y atemorizados. Es posible que el control del que dispone el sujeto fóbico en sus tácticas de evitación le ahorre experimentar la ansiedad que supone la conducta fóbica (Davison, 1983).

Condicionamiento clásico: esta constituye una de las más amplias teorías para explicar la adquisición de las fobias. Se parte del punto de que el miedo

clásicamente condicionado hacia un estímulo objetivamente inofensivo es la base de una respuesta medible de evitación.

Las fobias se forman a partir de 2 conjuntos de aprendizaje relacionados entre sí.

- 1) Mediante condicionamiento clásico una persona puede aprender a temer un estímulo neutro cuando este se combina con un evento intrínsecamente doloroso o temible.
- 2) Entonces esta persona puede aprender a reducir este miedo condicionado escapándose del estímulo condicionado evitándolo.

Algunas fobias que aparecen en reportes clínicos parecen ajustarse bien a este tipo de modelo. Se ha reportado que una fobia hacia un objeto específico se formó después de una experiencia nociva con dicho objeto. Esta teoría del condicionamiento mantiene que las fobias se aprenden mediante la asociación de una experiencia negativa con un objeto o situación. La teoría del aprendizaje introdujo la evitación como componente crítico del mantenimiento de la ansiedad. Las respuestas de evitación se aprenden y sirven para disminuir el malestar que aparece ante los estímulos condicionados. El refuerzo negativo repetido del comportamiento de evitación mantiene el miedo y lo hace resistente a la extinción.

Las respuestas fóbicas pueden también aprenderse mediante la imitación. Gran parte de la conducta incluyendo las respuestas emocionales, pueden aprenderse por la observación de un modelo. Generalmente se le conoce como condicionamiento Vicario. Este puede extenderse hasta incluir la instrucción verbal directa de una conducta fóbica, sin embargo, los experimentos sobre condicionamiento Vicario no logran proporcionar un modelo adecuado para todas las fobias. En primer lugar el condicionamiento Vicario se extingue rápidamente y segundo las personas fóbicas rara vez reportan haberse vuelto temerosas después de presenciar el dolor ajeno (Davison, 1983).

En las primeras formulaciones teorías se entendía la respuesta fóbica como una respuesta condicionada de miedo a estímulos neutrales (EC) que se han asociado a estímulos aversivos (EI) pero esto es insuficiente para explicar el inicio de la fobia, sin embargo, ha servido como base para formulaciones teóricas

posteriores, mas tarde, en la teoría de los 2 factores se incluyen además del factor de condicionamiento clásico, estímulos condicionados que adquieren propiedades motivacionales y la conducta que logre reducir el temor con éxito (evitación) se hará más fuerte y se reforzará negativamente (condicionamiento operante), con esto se intenta explicar el origen y el mantenimiento de la conducta de evitación, es decir, el alivio del miedo que produce la evitación del estímulo temido lleva a una evitación condicionada.

Más adelante, otra contribución a la teoría condicionada fue la propuesta de que los sujetos fóbicos tienen una característica común: pueden considerarse como una amenaza biológica para la evolución de lo ancestros de una especie, es decir, que los organismos presentan una evolución filogenética que ciertas asociaciones de estímulos se adquieren con mayor facilidad que otras, que hay ciertas asociaciones que están más preparadas para ser condicionadas y las fobias son ejemplos de asociaciones altamente preparadas. Aun así la teoría del condicionamiento clásico no puede explicar todos los tipos de miedos fóbicos así que también se pueden adquirir por medio de trasmisión vicaria y de forma hablada por parte de otras personas (Echeburua, 1993).

Por otro lado Stein y Hollander (2004) hablan de las dificultades del condicionamiento en el campo de las fobias que son: a) las diferentes categorías de miedo que contradicen la propuesta de la teoría del condicionamiento según la cual todos los estímulos pueden ser temidos, b) el hecho de que muchas personas experimenten un condicionamiento aversivo sin generar una fobia, c) el hecho de que la mayoría de las personas refieran una causa traumática, d) el poco éxito de los estudios que se han propuesto condicionar miedos estables de seres humanos en situaciones experimentales y e) las pruebas que dan testimonio de los modos indirectos y de estilo vicario que dan inicio a los miedos.

3.2.3 Teoría de la preparación: esta teoría postula que la característica común de los estímulos recae en su amenaza biológica. Como consecuencia de la selección natural, los seres humanos están biológicamente preparados para sentir

miedo ante estímulos que puedan amenazar su seguridad, esto es, que las fobias se conceptualizan como el resultado de un aprendizaje preparado.

3.2.4 Teoría cognitiva: sugiere que cierto tipo de pensamientos distorsionados son importantes mediadores en los trastornos fóbicos. Los pensamientos de tipo fóbico son el resultado de pensamientos acerca de estímulos fóbicos. Finalmente existe una propuesta (Barlow y Duran, 2003) donde se puede diferenciar entre lo que denominan “expectativas de peligro” y “expectativas de ansiedad” las cuales se entienden como diferentes fuentes de motivación para la conducta de evitación del estímulo fóbico. Las expectativas de peligro pueden ser las que motivan a las personas a evitar estímulos que están asociados a un posible daño que viene del ambiente, por ejemplo, el miedo a que un avión sufra algún accidente. Las expectativas de ansiedad motivarían al sujeto a evitar estímulos que están asociados con un daño o malestar interno, con la experiencia de la ansiedad, por ejemplo, el temor a sufrir un ataque de pánico mientras se está en un avión, así se cree que el individuo ha aprendido que cierta situación determinada puede producir en el alguna manifestación de ansiedad y mientras más pensamientos negativos tenga mayor será el grado de evitación de esta situación. Por otro lado, Halgin y Whitbourne (2004) mencionan que las fobias específicas se originan y mantienen por una especie de alarma que se activa ante el estímulo, perciben los objetos y situaciones debido que malinterpretan los mismos. Sus percepciones se basan en inferencias erróneas y generalizaciones excesivas, por ejemplo, cuando un hombre tiene miedo a morir se dispara esta idea por las sensaciones físicas como mareo o dolor en el pecho, así, se interpretan estas sensaciones como una señal de enfermedad conduciendo a la sensación de ansiedad estableciendo una reacción en cadena. Se generaliza la situación y todo parece ser peligroso cuando su atención se enfoca en estímulos con aparente peligrosidad y su capacidad de pensamiento razonable disminuye y solo quedan pensamientos negativos. Aunado a esto hay personas que ya tienen una creencia sobre algún estímulo particular, por ejemplo, lo que mucha gente

piensa acerca de las arañas de manera equivocada y estas creencias pueden hacer más vulnerable a una persona para que adquiera con mayor facilidad una fobia específica.

3.2.5 Teoría biológica: se maneja la idea de que los humanos estamos programados para sentir miedo en situaciones o ante objetos que puedan amenazar la integridad física. Existe una ventaja evolutiva del miedo a la muerte o a ser dañado, se le suele llamar preparación biológica la cual se basa en la idea de que puede existir una “instalación” biológica que provoca una reacción de miedo ante situaciones amenazantes. Esto podría explicar la razón por la cual algunos miedos irracionales se adquieren tan rápido y son resistentes a la extinción. En la medida que se reconoce que las fobias no se producen al azar en los seres humanos sino que su adquisición depende de varios factores, se incluye en estos la dotación biológica de cada individuo (Halgin y Whitbourne, 2004). En el campo de la genética no hay muchos resultados que indiquen claramente una predisposición a sufrir fobias pero en algunos estudios los resultados muestran que aunque sea mínima parece haber relación entre tener padres que tuvieron alguna fobia y que los hijos tengan una mayor predisposición a sufrir algún tipo de fobia. Aun así debe haber una mayor investigación en este campo ya que es un tema importante y no existe mucha información o estudios a profundidad este rubro.

Barlow y Duran (2003) comentan que los factores importantes para que se pueda desarrollar una fobia específica son: primero, el suceso de una experiencia de condicionamiento traumática, segundo, tener una tendencia heredada a tomar situaciones que siempre han sido peligrosas para la raza humana es decir, una aportación genética que nos hace más vulnerables a ciertos elementos o situaciones.

3.2.6 Teoría biopsicosocial: esta perspectiva propuesta por Barlow y Duran (2003) es un modelo integrador que recoge las ideas de otros modelos

teóricos y añade nuevas ideas, se basa en que el miedo fóbico es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva las fobias se desarrollan en individuos biológica y psicológicamente predispuestos lo cual consiste en una elevada vulnerabilidad ante situaciones de estrés en las cuales los individuos responden con reacciones de alarma. Así, las situaciones de estrés se perciben como incontrolables y la forma de afrontarlas conlleva una gran ansiedad. Estos autores distinguen entre reacciones de alarma verdaderas que son reacciones que se producen ante situaciones que conllevan una amenaza real, las falsas alarmas que ocurren en ausencia de estímulos amenazantes para la vida y las alarmas aprendidas que son el resultado de la asociación de las falsas alarmas y señales internas o externas, además las falsas alarmas y las verdaderas pueden originarse por contacto directo con la situación temida o por experiencia vicaria. Se cree que la mayoría de los trastornos fóbicos parecen implicar una relación de una alarma, falsa o verdadera, con un objeto o situación que tiene alta probabilidad de adquirir propiedades fóbicas y que puede definir la fobia específica ya que algunos de estos objetos o situaciones pueden tener un peligro real asociado.

Una fobia específica se establece cuando se han desarrollado reacciones de alarma aprendida ante determinados objetos o situaciones y cuando se desarrolla una aprehensión ansiosa la cual es la que ocasiona la intensa vigilancia para evitar contactos futuros con situaciones y objetos fóbicos. Finalmente en esta perspectiva se señala que la fobia una vez adquirida se mantiene al crearse un círculo cerrado entre los síntomas de alarma y las reacciones ante los mismos (Caballo, 1995).

Esta perspectiva, al parecer la más completa de todas, reúne lo más importante de las perspectivas del condicionamiento clásico, de la teoría biológica y teoría cognitiva, aun cuando solo se resalta lo más importante de lo que escribe Barlow, quizá un acercamiento más profundo dejaría en claro todo, aun así en el campo biológico solo menciona la predisposición de algunos individuos hacia adquirir algún tipo de fobia, y si esto es genético es algo que aun no se ha

comprobado, además existen tantos factores en medio de la adquisición de una fobia que realmente puede resultar difícil ubicar en donde se origina, aun así esta perspectiva sigue siendo muy completa al abarcar lo más importante y llegar a una explicación satisfactoria de la adquisición de las fobias específicas.

3.3 Factores etiológicos de la fobia social

3.3.1 Teoría cognitiva: se ha visto que la inhibición conductual parece ser aplicable a la fobia social, también se ha visto que algunos niños con este tipo de carácter nacen con una resistencia más baja para desencadenar una respuesta a cambios inesperados en el ambiente que lo rodea, algunas formas de estrés ambiental actúan sobre el carácter de estos niños dando como resultado una conducta temerosa y callada a una edad muy temprana. Los estresores ambientales que contribuyen a esto pueden ser: la humillación o críticas de un hermano mayor, las discusiones de los padres, hasta la muerte o separación de un progenitor. Así entonces, los niños han llegado a internalizar las representaciones de padres, cuidadores o hermanos que avergüenzan, critican, ridiculizan o abandonan. Estos pensamientos negativos son establecidos a muy temprana edad y luego proyectados en la vida adulta sobre personas o situaciones que después serán evitadas (Gabbard, 2002).

La manera en que un niño es educado y tratado por las personas que lo rodean es muy importante para el desarrollo de su personalidad y autoestima, factores como los que Gabbard menciona pueden crear una baja autoestima y falta de habilidades sociales hasta lograr que se sienta una persona insegura y que le sea difícil enfrentar situaciones estresantes. Una baja autoestima o el hecho de sentirse un niño inseguro se puede llevar por años y estos pensamientos y sensaciones realmente podrían ser un indicador importante del comienzo de crisis de ansiedad y hasta de una fobia social.

Otra concepción etiológica de la fobia social nos la describe Halgin y Whitbourne (2004) donde la terapia cognitivo-conductual busca comprender el

proceso de pensamiento de las personas con el trastorno, los sujetos con fobia social tienen diversos pensamientos distorsionados acerca de sus habilidades de desempeño, los cuales provocan que se distraiga de la tarea que está llevando a cabo.

Estas personas no son capaces de cambiar su atención de la crítica anticipada hacia su actuación. Temen cometer un error mientras hablan o actúan frente a las personas que los miran, y dado que su concentración está alterada, tienen más posibilidades de cometer esos mismos errores que tratan de evitar. Así sus miedos adquieren una base sólida en la experiencia cada vez que sucede y pronto llegan a evitar situaciones similares.

3.3.2 Teoría Familiar y Genética: en diferentes hipótesis se cree que existe una predisposición en ciertos individuos debido a que tienen una vulnerabilidad biológica y psicológica que tienden a desarrollar la evitación y ansiedad social de manera más notoria, comparándolos con aquellos sin dichas vulnerabilidades. El que la fobia social comience frecuentemente en la adolescencia podría estar relacionado con el conflicto de la emancipación de los jóvenes con respecto a los padres, lo que como consecuencia trae una mayor confianza en las relaciones con sus iguales, debido a este aumento de la importancia de la aceptación con sus iguales es como aumentan las preocupaciones acerca de la evaluación social y esto podría relacionarse con los temores a la evaluación negativa por parte de los padres. Quizás el que se presente un ataque de pánico en respuesta a una crítica o rechazo social, así como también el fracaso para adquirir las habilidades sociales adecuadas, podrían contribuir también al desarrollo de la fobia social.

Se ha sugerido que los sujetos con fobia social pueden ser muy dependientes y que la implicación sobreprotectora de parte de los padres podría explicar el desarrollo de un trastorno fóbico, la timidez, por ejemplo, se cree que puede ser consecuencia de experiencias que fomentaban unas preocupaciones excesivas de evaluación social, además se ha sugerido que un niño expuesto a

poco cuidado emocional y sobreprotección de los padres pueden restringir el proceso normal de desarrollo de la independencia y autonomía social y podrían ayudar a la formación de la fobia social. En diferentes estudios llegan a la misma conclusión. Los padres tienen una gran influencia en lo que se refiere a la sobreprotección y lo que esta puede llegar a lograr sobre sus hijos. El poco cuidado emocional puede llegar a originar una pobre evaluación de sí mismo y temer a las valoraciones negativas de los demás acerca de uno mismo. No siempre es así pero se cree que pueden ser factores importantes para que una fobia social pueda llegar a formarse en la adolescencia y la vida adulta (Cía, 2004).

Hay tres caminos posibles para el inicio de una fobia social, primero: se puede heredar una vulnerabilidad biológica o psicológica, la cual será capaz de desarrollar ansiedad y que la persona se vuelva inhibida socialmente. Esta vulnerabilidad psicológica hará que los acontecimientos estresantes se tomen como incontrolables, aumentando la ansiedad y la misma vulnerabilidad del individuo. Cuando la persona está bajo estrés, la ansiedad y la atención centrada en uno mismo podrían aumentar hasta el punto de dificultar la ejecución. Segundo: cuando se está bajo mucha tensión se podría tener un ataque de pánico inesperado en una situación social que provocaría una asociación a las claves sociales. El sujeto se volvería ansioso ante la posibilidad de tener ataques de pánico adicionales en la misma situación social o en similares. Tercero: alguien podría experimentar un trauma social real que origine una alarma verdadera y se desarrollaría ansiedad en las mismas o similares situaciones (Barlow y Duran, 2003). Por último, las experiencias que se tengan en la niñez como en la adolescencia con el entorno social, es decir amigos, familiares o gente conocida que puedan maltratar o humillar a estos individuos, podría también ser un factor que se tenga en cuenta para el surgimiento posterior de una fobia social.

3.3.3 Teoría Conductual: aunque la causa exacta de las fobias no se conoce, se consideran normalmente como temores aprendidos, adquiridos por

medio del condicionamiento directo, del condicionamiento vicario o por la transmisión de información o instrucciones. Sin embargo, no es frecuente que un individuo con fobia social describa un único suceso como el inicio de la fobia ya que la ansiedad va aumentando como resultado de repetidas experiencias que producen temor o por el aprendizaje social, en ocasiones las respuestas de temor se aprenden con mayor facilidad en algún momento de estrés. Los síntomas de la fobia social constituyen una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre el objeto fóbico y una experiencia aversiva. Una vez que se ha adquirido la fobia, la evitación de la situación fóbica reduce la ansiedad condicionada reforzando la evitación. Esta evitación mantiene la ansiedad ya que hace difícil que el individuo aprenda que el objeto o la situación temidos no son peligrosos o tan peligrosos como él cree, además, los pensamientos negativos acerca de malas consecuencias también pueden mantener el miedo igual que la evitación llega a hacerlo. Finalmente mediante el aprendizaje vicario también se puede adquirir la fobia social observando a los demás cuando experimentan ansiedad en ciertas situaciones sociales (hablar en público y ver que esa persona se siente mal o tiene nervios). Sin embargo, se señala que una relación entre los temores de los padres y de los hijos puede ser también el resultado de procesos diferentes al condicionamiento vicario por ejemplo transmisión de información, influencia genética o incluso experiencias traumáticas (Caballo, 1995).

3.3.4 Teoría de la personalidad: un rasgo de la personalidad es la timidez, esta se inicia en las primeras etapas de la vida y cualquier persona puede sentirla. La timidez es capaz de provocar incomodidad en determinadas situaciones sociales y también puede llevar a la preocupación y ansiedad como consecuencia de la evitación de dichas situaciones. Sin embargo, aunque muchas personas con fobia social declaran que son tímidas, este no es un síntoma exclusivo de la fobia social pero puede ser un factor que pueda ayudar a encontrarla y diagnosticarla, ya que como varios síntomas de la fobias, podría ser que la timidez se presente de manera exagerada en sujetos que sufren de fobia social y al contrario tener

cuidado con el diagnóstico ya que muchas personas que son tímidas no cumplen con los criterios de la fobia social (Echeburua, 1993).

3.3.5 Teoría de la inhibición conductual: esta teoría se refiere a un temperamento estable que se puede encontrar desde la infancia, aquellos niños con inhibición de la conducta manifiestan una mayor latencia para hablar, menor conducta exploratoria y un aumento de la frecuencia cardíaca. La inhibición conductual puede disminuir las relaciones sociales o bien aumentar la incomodidad ante ellas, con los miedos sociales y la ansiedad social consiguientes que teóricamente, culminarían en fobia social (Stein y Hollander, 2004).

Por otro lado Nedic, Zivanovic, Lisulov (2011) mencionan que la relación entre el trastorno de ansiedad social y el trastorno de agorafobia ha sido sujeto de debate ya que la función central de ambos trastornos es el miedo a la evaluación negativa y la subsecuente conducta de evitación en situaciones sociales de amplia duración, con la gran carga de estrés. En el DSM-IV la mayoría de los criterios diagnósticos para agorafobia están relacionados con situaciones sociales. Ambos trastornos comienzan en la infancia y adolescencia temprana, sugiriendo que el trastorno de ansiedad social es tan crónico como el trastorno de agorafobia.

En otro estudio, Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott, Kendler, (2007) también mencionan la importancia del neuroticismo y la introversión como rasgos de la fobia social e incluso de la agorafobia. El riesgo genético para la fobia social implica una carga genética para que se presente el neuroticismo y este último sea, junto con la genética, factores importantes para que se presente una fobia social.

Muchas teorías sugieren que el componente etiológico clave para el desarrollo de la ansiedad social es la timidez o un temperamento inhibido. La inhibición conductual es un rasgo temperamental caracterizado por la cautela y la molestia en respuesta a personas desconocidas y ambientes novedosos (Kagan, 1997). Se piensa que existe un lazo entre la inhibición conductual en la niñez y el posterior desarrollo de un trastorno de ansiedad social, sin embargo, todavía se mantiene la idea de que el temperamento de timidez o inhibición conductual se

conceptualiza más apropiadamente como una vulnerabilidad hacia el posterior desarrollo de una ansiedad (Rapee, 2010). De acuerdo a lo anterior Weeks, Coplan, Kingbury (2009) en un estudio aplicado en niños con ansiedad social encontraron que estos niños comenzaban a desarrollar, además de sentimientos negativos, maneras erróneas de enfrentar dichos sentimientos, también los niños socialmente ansiosos son infelices en sus relaciones con otros niños y específicamente son más propensos a sentirse solos. Ellos también parecen sentirse menos positivos con respecto a sus experiencias escolares y hacen frente al estrés principalmente con preocupación. En suma los niños con ansiedad social son percibidos con menos habilidades académicas, quizá por estar menos dispuestos a participar en clase en combinación con sentimientos de ansiedad y disgusto por la escuela.

Cada una de las diferentes teorías psicológicas que presentan su propia etiología de la agorafobia, la fobia social y la fobia específica son diferentes pero también llegan a coincidir en algunos puntos principalmente en lo referente a la predisposición genética o la importancia del estilo de crianza de los padres. Estos puntos destacan por su mención en la mayoría de las teorías psicológicas aquí presentadas como la teoría cognitiva-conductual o la teoría psicodinámica. Finalmente después de revisar las principales etiologías, en el próximo y último capítulo serán revisadas las técnicas más importantes para el tratamiento de la agorafobia, la fobia específica y la fobia social.

4 CAPITULO 4: TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS PARA LA ATENCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FOBIA

Muchas técnicas y estrategias, se han utilizado y siguen siendo utilizadas en el abordaje terapéutico del trastorno de ansiedad.

Parece que la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia formación teórica y práctica del profesional de la salud mental. En todo caso, y reconociendo la multidimensionalidad y complejidad del trastorno, parece aconsejable en la mayoría de las ocasiones optar por un enfoque ecléctico, adaptable a las circunstancias del paciente en la medida de lo posible. A continuación se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en la actualidad.

4.1 Psicoterapia del trastorno de agorafobia

4.1.1 Terapia cognitiva-conductual

Los tratamientos cognitivo-conductuales más estudiados son el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de exposición, las técnicas de reestructuración cognitiva y la combinación de exposición y reestructuración cognitiva. Las técnicas de relajación, la desensibilización sistemática y el entrenamiento en manejo de la ansiedad han sido estudiadas en menor medida. Las técnicas de exposición se consideran el tratamiento de elección para los trastornos fóbicos. En ocasiones se utiliza únicamente la terapia de exposición en vivo como tratamiento de la agorafobia pero al ser parte de la terapia cognitiva conductual resulta mucho más eficiente ya que esta incluye entrenamiento en relajación, una reestructuración cognitiva que trabaja en los pensamientos negativos de la persona y la información acerca del trastorno. En conjunto todo funciona mejor que cada una por separado. Si no se lleva a cabo ningún tipo de exposición, la reestructuración cognitiva no suele ser tan eficaz, aunque por otro lado, en diferentes estudios la reestructuración cognitiva puede ser eficaz incluso

en ausencia de cualquier tipo de exposición interoceptiva o situacional, ni siquiera la de los experimentos conductuales.

El primer paso en la terapia cognitivo-conductual es compartir con el paciente una conceptualización sobre el trastorno, explicar el tratamiento y educar sobre la fisiología y psicología de la ansiedad, miedo, fobia y su función de cada una. A la par de esto, el paciente debe saber identificar sus episodios de ansiedad o pánico y se recomienda que se lleve un diario de la ocurrencia de estos. Después se puede comenzar el entrenamiento en respiración controlada la cual puede llegar a ser muy útil al facilitar la sensación de control a la exposición en vivo, al mismo tiempo se enseña la técnica de reestructuración cognitiva para que se identifiquen los pensamientos negativos (miedo a volverse loco, morir, tener un infarto, ahogarse, volverse loco etcétera) y sustituirlos por expectativas más realistas o adecuadas. Una vez que se han trabajado y aprendido estas habilidades se puede comenzar con la exposición interoceptiva. Esta exposición se practica de modo gradual por medio de una lista de eventos estresantes que van desde el evento de menor estrés hasta el que causa mayor estrés, se recomienda comenzar con una exposición imaginaria usando la lista de eventos estresantes y conforme se avance en la terapia y el paciente se sienta más seguro se podrá continuar con la exposición en vivo. Además se ha encontrado que la terapia cognitivo-conductual también obtiene resultados favorables cuando se acompaña de algún medicamento para apoyar en caso de que suceda algún evento de miedo o pánico incontrolable, esto es, mientras se domina la terapia de exposición y los eventos que causan estrés disminuyan su fuerza y el paciente ya no crea necesario seguir usando los medicamentos para el estrés o ataques de pánico (Barlow y Duran, 2003).

Bados (2006) recomienda para el tratamiento de la agorafobia la terapia cognitivo-conductual y, solo si es necesario, combinarla con algún fármaco. Las metas del tratamiento son eliminar o reducir la evitación de las situaciones temidas, las conductas defensivas, los ataques de pánico, los pensamientos catastróficos, la preocupación por el pánico futuro, el miedo y la interferencia en su

vida. El proceso de la terapia cognitivo-conductual implica como primer paso conceptualizar con el paciente su trastorno, educarle sobre el concepto de la ansiedad y función de esta en la vida cotidiana además de que el paciente identifique los antecedentes de sus episodios de ansiedad. Después de esto se puede comenzar con el entrenamiento en respiración controlada, recomendado para los pacientes que hiperventilan. Al mismo tiempo se enseña la técnica de reestructuración cognitiva para que puedan identificar y cuestionar sus pensamientos negativos y sustituirlos por expectativas e interpretaciones más realistas y adecuadas. Cuando ya se ha logrado aprender lo anterior se puede comenzar con la exposición imaginaria o interoceptiva y aquí en primer lugar se comienza con situaciones diferentes de aquellas que producen ansiedad. Se comienza con situaciones comunes que pueden producir hiperventilación como correr o contener la respiración, las cuales deben soportarse cierto tiempo antes de reestructurar los pensamientos negativos temidos. Los tiempos de exposición se incrementan gradualmente a medida que se produce habituación a lo que se teme y esto se repite hasta que se consigue que la ansiedad sea mínima. La exposición interoceptiva o imaginaria facilita que la persona practique antes de utilizar la exposición en vivo. Ya que el paciente ha llegado al punto de la terapia de enfrentar la exposición en vivo se debe valer de las técnicas que ha aprendido anteriormente como la respiración controlada y la reestructuración cognitiva además de poder contar con la presencia del terapeuta o de algún familiar que le de confianza.

En un estudio hecho por Marchand, Roberge, Primiano, Germain (2009) donde se observó a 100 adultos que padecían trastorno de angustia con agorafobia, con un rango de edad de 19 a 65 años, se utilizaron 2 pruebas: Lista de entrevistas de los trastornos de ansiedad (ADIS-IV) y evaluación global de la escala de gravedad (GASS). Todos los participantes fueron inscritos en una de las 3 modalidades del tratamiento del trastorno de angustia con agorafobia, la terapia cognitivo-conductual estándar se aplicó a 33 personas, la terapia cognitivo-conductual grupal a 35 personas y finalmente la terapia cognitivo-conductual breve

a 32 personas. El tratamiento incluyó los siguientes componentes terapéuticos: educación acerca del trastorno de pánico con agorafobia, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y en vivo y prevención a la recaída. La terapia cognitivo-conductual estándar consistió en 14 sesiones de una hora cada semana con un terapeuta, la terapia grupal fue aplicada de la misma forma con 8 participantes y 2 terapeutas y la terapia breve consistió en 7 sesiones de una hora, las primeras 5 se aplicaron con intervalo de 2 semanas y las últimas 2 con un intervalo de 3 semanas. La meta de las sesiones fue asegurar que los participantes entendieran el material, practicar los ejercicios, planificar la reestructuración cognitiva, exposición y un seguimiento de los ejercicios y progresos. Los resultados mostraron que la terapia cognitivo-conductual en sus tres modalidades resulta benéfica para la reducción de los síntomas primarios del trastorno de pánico con agorafobia, además de mejorar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida del sujeto a mediano y largo plazo. Finalmente existe una diferencia menor en cuanto al costo entre la terapia estándar, la terapia grupal y la terapia breve siendo esta última menos costosa para el sujeto.

En otro estudio llevado a cabo por Galassi, Quercioli, Charismas, Niccolai, Barciulli (2007) se investigó acerca del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con agorafobia en grupo. Fueron 59 pacientes los que completaron el estudio, los pacientes fueron tratados en grupo de 10 a 12 pacientes, la primera sesión fue dedicada al análisis funcional de la relación entre emoción, conducta y pensamiento. Los pacientes fueron educados con información oral y por escrito acerca de la fisiología de la ansiedad y los ataques de pánico con agorafobia. Las técnicas cognitivo-conductuales se implementaron desde la sesión 2 a la 14, el componente cognitivo incluyó reestructuración cognitiva y entrenamiento asertivo. La parte conductual consistió en exposición gradual a las pruebas elegidas por el terapeuta y los pacientes. La evaluación tuvo lugar 2 semanas antes de la primera sesión, 2 semanas después de la última sesión y finalmente 6 meses después. Los síntomas que se evaluaron fueron la

frecuencia de los ataques de pánico durante el último mes, situaciones de evitación conductual y síntomas físicos experimentados durante el ataque de pánico. Para evaluar el grado de evitación fóbica se usó la escala mobility inventory for agoraphobia, la ansiedad generalizada fue evaluada por state-trait anxiety inventory (STAI-S), el cual da un índice del nivel de ansiedad que se siente en el momento de la evaluación y el nivel de depresión se evaluó con Beck depression inventory. Los resultados demostraron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual administrada a grupos. Durante todo el tratamiento las calificaciones de las escalas mostraron reducción en la ansiedad y al final del tratamiento los pacientes mostraron una mejoría estadística y clínica. La terapia cognitivo-conductual muestra resultados positivos aun a largo plazo. En este estudio el grupo estuvo en tratamiento por 3 meses y fue suficiente para producir mejorías y lograr su mantenimiento. Al final del tratamiento los pacientes reportaron una mejoría en su bienestar y ganancia de conciencia de la distorsión de sus pensamientos, los cuales iniciaban el círculo del miedo y ansiedad. Se cree que el hecho de que sea terapia grupal da mayores resultados que si solamente fuera de forma individual. En conclusión la terapia cognitivo-conductual es efectiva en la clínica usual y la estrategia grupal propuesta puede ser también una opción positiva para tratar a pacientes que presentan trastorno de pánico con agorafobia, además los resultados también sugirieron que este tratamiento es efectivo tanto a corto como a largo plazo.

4.1.2 Desensibilización sistemática

Barlow y Duran (2003) nos dicen que en esta terapia el paciente es expuesto de una manera seriada a una lista predeterminada de estímulos provocadores de ansiedad graduados desde el menor hasta el más aterrador. Cada estímulo es emparejado con otro estímulo de cualidad opuesta bastante fuerte para suprimir la ansiedad, es decir, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para crear esta lista partiendo de una situación temida que al paciente le resulte en una ansiedad mínima y así ir elevando cada situación hasta llegar a ese estímulo que le provoca la mayor ansiedad y que no es capaz de enfrentar.

La exposición imaginaria y en vivo son las técnicas que se emplean en la desensibilización sistemática, en la exposición imaginaria los pacientes son expuestos a la ansiedad fóbica producida por las imágenes del estímulo fóbico siempre que puedan tolerar el miedo hasta el punto donde ya no puedan sentir más miedo. En la exposición en vivo se hace experimentar al paciente una ansiedad similar por medio del estímulo fóbico real. Esta técnica se basa en el principio de inhibición recíproca la cual, en presencia de un estímulo evocador de ansiedad puede conseguirse una respuesta antagónica; en este caso la relajación debilitará el vínculo de unión entre dichos estímulos y las respuestas de angustia. Puede presentarse también en situaciones reales, presentando estas respuestas desde la más pequeña situación hasta la más ansiógena. El tratamiento más utilizado para las fobias es la exposición que provoca el descondicionamiento de la respuesta de ansiedad. La efectividad de la exposición depende de distintas variables como la duración e intervalo de las exposiciones por lo que las exposiciones largas y de menor intervalo, la implicación del terapeuta y la eliminación de posibles estímulos distractores, favorecen la eliminación de la respuesta de ansiedad aprendida.

Joseph Wolpe (1993) desarrolló este tipo de terapia donde se contrarrestan gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. Se induce en el paciente una respuesta inhibitoria utilizando relajación muscular y después se expone a la persona a un estímulo mínimo de ansiedad durante unos segundos. La relajación muscular profunda hace disminuir la presión arterial, la relajación muscular produce efectos opuestos a los de la respuesta ansiedad en el ritmo cardiaco. Además, si los efectos de relajación se contraponen a los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad, hacen disminuir las respuestas de ansiedad que pueden provocar estos estímulos. Una vez que un estímulo productor de una respuesta de ansiedad débil ha cesado de provocar una respuesta de ansiedad. Es posible presentar otro estímulo un poco más fuerte al paciente que esta totalmente relajado, y este estímulo más fuerte provocará ahora menos respuesta de ansiedad de la que habría provocado antes. Las

presentaciones sucesivas harán bajar a un nivel nulo la cantidad de respuesta de ansiedad. De este modo se van aplicando estímulos cada vez más potentes bajo la capacidad inhibitoria de la respuesta de ansiedad que tiene la relajación del sujeto.

La técnica de la desensibilización sistemática implica cuatro pasos distintos a) adiestramiento en relajación muscular profunda, b) establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad en términos cuantitativos, c) construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de ansiedad d) contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías. Para comenzar la relajación muscular se le pide al paciente que tense los músculos de los brazos, desde bíceps, antebrazos, manos y lo importante es que el paciente se de cuenta de las sensaciones causada por la tensión muscular y de la sensación al sentir relajados los músculos al soltar la tensión en ellos. Cuando se le ha mostrado el relajamiento de sus bíceps, se le pide que lo haga con ambos brazos. La siguiente parte del cuerpo en relajarse se recomienda que sea la cabeza por la cantidad de músculos que hay en ella. Se comienza por las cejas y los músculos de la frente frunciendo el ceño, utilizando el mismo principio que con los músculos de los brazos, es decir, tensando los músculos, manteniendo la tensión y después relajar, identificando esas sensaciones al momento de relajarse. En la siguiente lección se tensan los dientes y la lengua primero apretando los dientes utilizando toda la mandíbula y la lengua presionándola hacia los dientes. En la siguiente lección se trabaja el cuello y los hombros, el cuello haciendo movimientos suaves de atrás para adelante y de izquierda a derecha, los hombros de atrás hacia delante tensando los hombros. La siguiente lección se ocupa de la espalda, tórax y abdomen, de la misma manera que las anteriores se deben tensar y contraer el abdomen y arquear la espalda para después soltar la tensión. La siguiente lección se enfoca en los músculos inferiores comenzando por los pies subiendo y bajándolos, las piernas al tensar los músculos y si es posible los glúteos. Para todos los ejercicios se recomienda trabajar al mismo tiempo la respiración al

momento de relajar los músculos y también debe tenerse en cuenta que cada uno de estos ejercicios puede llevar varios minutos y depende de cada paciente el tiempo que tarde en conocerlos, hacerlos adecuadamente y llegar a dominarlos.

La construcción de jerarquías es una lista de estímulos referentes a la ansiedad ordenados de acuerdo con la intensidad de respuesta ansiosa que provoca, se recomienda colocar los estímulos que provocan mayor ansiedad en la parte superior de la lista para que sean los últimos que el paciente enfrentará y los estímulos que provocan menos ansiedad son los primeros en la lista y los primeros a los que se hará frente. Finalmente la escena esta lista para aplicar el procedimiento de desensibilización cuando el paciente ha adquirido la capacidad de calmarse mediante la relajación y el terapeuta ha establecido las jerarquías adecuadas

La investigación a partir de la comparación de tratamientos sugiere que el acercamiento de exposición presenta niveles de eficacia similares al de exposición con aditamentos cognitivos, pero no debemos olvidar que la eficiencia de un programa terapéutico no puede medirse solamente por el número de sesiones o de ingredientes necesarios para obtener el cambio.

Los cambios duraderos en la cura del pánico están estrechamente vinculados a la desaparición de la tendencia a evaluar catastróficamente las sensaciones internas. Pero el cambio cognitivo se produce igualmente mediante la terapia de exposición, sin que se cuestionen directamente las suposiciones distorsionadas del paciente. Por eso se ha sugerido que el cambio terapéutico se produce mediante dos mecanismos diferentes: uno conductual (la habituación) y otro cognitivo (el cambio de creencias). Pero las actuales teorías del aprendizaje sostienen que la reestructuración cognitiva y la exposición puede operar a través de un mismo mecanismo: el aprendizaje. Ambas técnicas pueden tener un efecto en las representaciones internas del paciente (esquemas relacionados con el pánico). El paciente puede aprender que sus sensaciones corporales son inofensivas, mediante información verbal (que será más efectiva si va

acompañada de alguna confrontación con la realidad similar a la de los experimentos conductuales) o mediante la exposición (Davey, 1992).

4.1.3 Terapia de relajación muscular

En esta terapia el paciente aprende a discriminar los músculos tensos de los relajados y así relajar grupos musculares concretos. Al tensar y relajar cada parte del cuerpo ya sea brazos, piernas, estómago o cabeza por determinado tiempo (por ejemplo tensar los músculos del brazo por 15 segundos y después relajar). Al finalizar se pregunta al paciente acerca de lo que sintió con este ejercicio, el paciente aprende estas sensaciones y esto ayudará a identificarlas y controlarlas cuando sucedan en presencia del estímulo fóbico ya sea real o imaginario, aunque los resultados de esta terapia suelen dar un resultado discreto en los trastornos de angustia y la agorafobia. Normalmente esta técnica se utiliza como parte de otras terapias como la exposición o la terapia cognitiva-conductual, además el entrenamiento de la respiración también es parte de esta terapia ya que las crisis de angustia están íntimamente ligadas a la hiperventilación, con lo cual se recomienda este entrenamiento para que el paciente logre identificarla, al igual que con los músculos tensos, en el momento de estar frente al evento que provoca miedo, ansiedad o fobia (Halgin y Whitbourne, 2004).

4.1.4 Terapia para el control del pánico

Barlow y Duran (2003) nos dicen que esta terapia se concentra en exponer a los pacientes con el trastorno de pánico al conjunto de sensaciones interoceptivas que recuerdan los ataques de pánico. El terapeuta crea mini ataques de pánico en el consultorio y para ello hace que los pacientes hagan alguna especie de ejercicio físico para aumentar la frecuencia cardíaca o por otro lado, lleva a cabo maniobras para que el paciente tenga la sensación de mareo (por ejemplo, girar en una silla o alrededor de ella por un minuto, sacudir la cabeza de un lado a otro por 30 segundos, aguantar la respiración por 30 o 45 segundos, tensar cada parte del cuerpo por un minuto etcétera), con el fin de crear los síntomas de ansiedad y que comience a reconocerlos y trabajarlos mediante una terapia cognitiva-conductual, donde modificará la actitudes y percepciones que

conciernen a la peligrosidad de las situaciones atemorizantes. También se les enseñan técnicas de relajación para ayudarles a enfrentar los aumentos de intensidad de la ansiedad.

Esta terapia no parece muy diferente de otras mencionadas antes. Llega a parecer una conjunción de varias terapias como la relajación, exposición, incluso reestructuración cognitiva, de cualquier modo es una muestra más de que para tratar cualquier tipo de fobia se recomienda más de una técnica psicológica para un mejor resultado y principalmente más duradero.

Carlbring, Bohman, Brunt, Buhman, Westling, Ekselius, Anderson (2006) realizaron un estudio sobre el tratamiento de los trastornos de pánico con o sin agorafobia por medio de llamadas telefónicas e Internet. El motivo principal fue que para algunas personas con este tipo de trastorno les resultaba difícil salir de casa para acudir al consultorio del psicólogo y recibir ayuda, así al recibir tratamiento por medio de Internet y llamadas telefónicas el paciente no necesitara salir de casa y enfrentar la agorafobia. La muestra consistió en 60 participantes elegidos al azar de un grupo inscrito en una lista de espera para tratamiento de la agorafobia. Se usaron diferentes cuestionarios como cuestionario para evaluar pensamientos agorafobicos, el cuestionario de sensaciones corporales para medir las sensaciones que experimentan por trastornos de ansiedad, la ansiedad generalizada fue evaluada con el inventario de ansiedad de Beck. El tratamiento fue dividido en 10 módulos: modulo 1-2, psicoeducacion y socialización; módulo 3, reentrenamiento en respiración y prueba de hiperventilación; módulo 4-5, reestructuración cognitiva; módulo 6-7, exposición interoceptiva; módulo 8-9 exposiciones en vivo y módulo 10, prevención de recaída y entrenamiento asertivo. Cada modulo fue presentado por escrito y presentados mediante pagina Web vía Internet. Todos los participantes pudieron acceder desde su hogar o sus oficinas y cada modulo incluyó información y ejercicios y al final de 3 a 8 preguntas del ensayo. También los participantes recibieron comentarios automáticos y la respuesta correcta con una amplia explicación. Para cada modulo los participantes debían postear al menos un mensaje para una discusión grupal en línea acerca de

un tópico determinado. Las llamadas telefónicas fueron hechas por terapeutas y el propósito fue proporcionar comentarios positivos y responder preguntas acerca de los módulos. El programa de tratamiento tuvo una duración de 10 semanas. Los resultados sugieren que la autoayuda administrada vía Internet con la ayuda de llamadas telefónicas semanalmente, puede ser efectiva en el tratamiento de trastorno de pánico. Los participantes mejoraron significativamente en las escalas de autoayuda usadas. Las sensaciones corporales relacionadas con ansiedad disminuyeron tanto como los pensamientos catastróficos, la evitación agorafóbica y la depresión. Finalmente todos los aspectos de su vida mejoraron. La principal ventaja de la terapia de autoayuda basada en el uso de Internet es la posibilidad de tratar a personas quienes no podrían obtener ayuda de otro modo por ejemplo por el miedo a dejar sus hogares o de viajar ciertas distancias.

Siguiendo la misma línea Kiropoulos, Klein, Austin, Gilson, Pier, Mitchell, Ciechowski (2008) hicieron un estudio comparando la efectividad de la terapia cognitivo-conductual tradicional y una terapia realizada por Internet para tratar los trastornos de pánico con o sin agorafobia. Participaron 62 mujeres y 24 hombres, diagnosticados con trastorno de pánico con o sin agorafobia, reclutados por medio de Internet y evaluados usando el programa de entrevistas para los trastornos de ansiedad (ADIS-IV). De los 86 participantes, 46 fueron colocados aleatoriamente dentro del grupo de tratamiento de 12 semanas del tratamiento de pánico en línea y 40 dentro del grupo de 12 semanas de tratamiento de consulta tradicional. El programa de pánico por Internet incluyó métodos comunes para el tratamiento cognitivo-conductual divididos en 4 módulos que incluían, por ejemplo, instrucciones para la respiración y reestructuración cognitiva. Fueron 9 psicólogos entrenados en tratamiento cognitivo-conductual para trastorno de pánico los que estaban en contacto vía e-mail para guiar a los participantes a través del programa de Internet para darles apoyo y retroalimentación de acuerdo a sus necesidades. La terapia cognitivo-conductual tradicional fue aplicada manualmente una hora a la semana por espacio de 12 semanas. En la primera sesión se les entregó un manual llamado "amo de tu ansiedad y pánico" el cual se enfoca en enseñar una

gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales como control de respiración, reestructuración cognitiva y otras técnicas muy similares a las usadas en el programa de pánico por Internet. Ambos tipos de terapia tuvieron el mismo tipo de información terapéutica aunque organizada y presentada de manera distinta. Los participantes del grupo de la terapia cognitiva-conductual tradicional, tenían tareas semanales y trabajaron el manual con asistencia de su psicólogo. Se utilizaron diferentes tipos de mediciones: anxiety disorders interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) panic disorder severity scale (PDSS), depresión, anxiety, stress scales (DASS) para medir estos estados emocionales, agoraphobic cognitions questionnaire (ACQ) es un auto reporte que mide las consecuencias de pensamientos catastróficos por las experiencias de pánico, body vigilance scale (BVS) una escala para evaluar las sensaciones corporales internas. Los resultados indicaron que la terapia cognitivo-conductual aplicada por medio de Internet es tan efectiva para aliviar esta condición como la terapia aplicada de manera tradicional. Ambas modalidades de tratamiento redujeron la gravedad del trastorno de pánico y agorafobia en el postratamiento. Los terapeutas que trabajaron con el grupo del tratamiento tradicional, observaron que los participantes tenían un mayor cumplimiento del material del tratamiento y que los terapeutas eran más capaces de monitorear como trabajaban en comparación con los participantes del grupo de pánico por Internet. En general los participantes de ambos tratamientos mostraron resultados satisfactorios, sin embargo, los participantes del grupo del tratamiento tradicional, reportaron una mayor satisfacción al tener frente a ellos al terapeuta a diferencia del grupo en línea. El tratamiento en línea es una buena opción de tratamiento y puede ser una ayuda potencial para la accesibilidad del tratamiento del trastorno de pánico. No solo el tratamiento en línea da flexibilidad de comunicación en cualquier lugar o tiempo en oposición del más estructurado formato tradicional, también es una opción en el rubro de costo-efectividad comparado con el tratamiento tradicional.

4.1.5 Terapia psicodinamica

La escuela psicodinamica, que subraya la importancia de los pensamientos, los sentimientos y la historia pasada del sujeto, así como la necesidad de descubrir nuestro propio interior para cambiar la personalidad, ha surgido de la teoría psicoanalítica de Freud. La terapia psicodinamica se centra en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es guiado hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza. Existen 2 tipos de modelos para manejar la ansiedad:

a) modelo de conflicto: mediante este enfoque la ansiedad es considerada como un indicador de un conflicto psicológico parcialmente inconsciente.

A través de la asociación libre y la empatía con el terapeuta se interpretan las defensas. Esto permite que emerjan elementos previamente inconscientes y la toma de conciencia siguiente permite la resolución del conflicto y por lo tanto alivio de los síntomas.

b) modelo de defensa: mediante este enfoque la agorafobia es considerada como un mecanismo de compensación utilizado por personas incapaces de calmarse a sí mismas. Puede estar relacionada con la incapacidad de una figura parental capaz de calmar al paciente durante la infancia. El tratamiento se basa en la figura del terapeuta como una fuente idealizada de calma (Gabbard, 2004).

El terapeuta psicodinamico pretende un cambio profundo. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona

contempla la vida y reacciona ante ella, ayudando a las personas a desarrollar una visión adecuada de sí mismas.

Al igual que las teorías cognitivas del trastorno de angustia la teoría psicodinámica dice que la ansiedad aparece cuando suceden situaciones de peligro, sin embargo, la diferencia con la teoría cognitiva es que la teoría psicodinámica propone que las situaciones de peligro provienen del inconsciente y abarcan la aparición de deseos instintivos prohibidos y la desestructuración de YO. Así los tratamientos del trastorno de angustia suelen centrarse en la clarificación de los orígenes inconscientes de la ansiedad y de las conductas desadaptativas asociadas. Los componentes curativos consisten en el establecimiento de una relación de transferencia y en la comprobación y reconocimiento de los sentimientos molestos o irritantes que presenta el paciente durante una crisis de angustia y es a través del reconocimiento de estos sentimientos y afectos intensos que el paciente puede aliviar la angustia y sucesivamente la agorafobia. Normalmente esta terapia suele tener un costo de tiempo mayor en comparación con alguna otra terapia psicológica, esto lo debe tener en consideración el paciente para que decida acerca de la mejor elección de terapia y que se adapte mejor a sus necesidades.

Stein y Hollander (2004) mencionan una psicoterapia centrada en la emoción la cual es una modalidad emparentada con la psicoterapia dinámica para combatir el trastorno de angustia, va dirigida a regular las emociones que se relacionan con el control interpersonal y miedo a ser abandonados, su diferencia con la clásica terapia psicodinámica es que no pone énfasis en la interpretación del contenido del inconsciente y tampoco en la relación de las experiencias en la niñez con los síntomas que presenta en la actualidad. Esta teoría se centra en la aplicación de las estrategias terapéuticas hacia el miedo y la evitación del afecto negativo y sus desencadenantes. Sin embargo, esta teoría no se mostró superior en sus resultados al compararla con terapias que trabajaban con fármacos o con la terapia cognitivo-conductual.

4.1.6 Terapia farmacológica

Hoy en día se dispone de diferentes tipos de tratamientos farmacológicos, aún cuando el clínico puede proponer un medicamento concreto para un paciente concreto debe tener en cuenta una serie de variables como la posibilidad de que no se garantice que el medicamento resulte ideal para el paciente después de un tiempo además de que los medicamentos pueden presentar efectos secundarios, por eso se recomienda que tanto las ventajas y desventajas de cada tratamiento se deban considerar en cada caso así como también la valoración del pronóstico a largo plazo más que la reducción inmediata de la intensidad de la crisis de angustia. Para planear el tratamiento con el paciente, se toma en cuenta la eficacia y tolerancia del tratamiento tanto a corto como largo plazo ya que los efectos secundarios pueden acrecentarse con el tiempo y motivar la deserción de la terapia. La terapia adecuada se debe relacionar con la tasa más baja posible de recaídas después de retirar el medicamento, aun así algunos estudios indican que la mayoría de los pacientes después de algunos meses de retirar el medicamento experimentan una reaparición de los síntomas relacionados con la angustia.

Según Stein y Hollander (2004) los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son los fármacos que han resultado más confiables en el tratamiento de la angustia-agorafobia, entre ellos la fluvoxamina, la paroxetina, y el citalopram muestran ser eficaces a largo plazo. Se recomienda iniciar con dosis bajas que luego irán aumentando poco a poco. Como ventajas presentan efectos antidepresivos y una baja toxicidad, como desventaja presentan reacciones gastrointestinales, efectos secundarios sexuales como anorgasmia o disfunción eréctil y disminución de la libido. Solo reduciendo la dosis o agregando un segundo fármaco para revertir las complicaciones sexuales es como se pueden superar estos efectos.

Las benzodiazepinas como el clonazepam también son efectivas tomando de 1 a 2 dosis diarias. Su ventaja es que tiene un inicio rápido y los efectos secundarios no son tan desfavorables y las desventajas son que puede crear dependencia física, probable aparición de depresión y efectos sexuales secundarios.

Los antidepresivos triciclicos como la imipramina y la clomipramina muestran cierta eficacia contra los trastornos de angustia-agorafobia, pero también han mostrado efectos secundarios desagradables que hacen que se limite su utilidad por un numero alto de pacientes sobre todo porque existen terapias más completas. Sus ventajas son que presenta una eficacia conocida, también funciona como antidepresivo y funciona con una sola dosis diaria, las desventajas son que presenta efectos cardiovasculares con un inicio lento, efectos sexuales secundarios además de aumento de peso y posible precipitación de manía.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa como la fenelzina son tan eficaces como los antidepresivos triciclicos, también presentan efectos antidepresivos y su eficacia también es conocida aunque sus efectos adversos son similares a los antidepresivos, como por ejemplo, aumento de peso o dificultades para conciliar el sueño y un inicio lento además de probabilidad de producir manía y necesita varias dosis diarias.

El tratamiento farmacológico es una herramienta terapéutica muy eficaz pero hay que tener en cuenta que aunque su desarrollo ha sido positivo, ninguna de ellas resulta eficaz o tolerable para todos los pacientes, además todas presentan efectos secundarios que también pueden alterar al paciente y el clínico debe tener en cuenta cada variable para que no se presente un abandono de la terapia por parte del paciente. Es recomendable que la terapia farmacológica sea utilizada como complemento de otras terapias psicológicas ya que aunque es relevante que un fármaco funciona al disminuir la angustia, el problema no se ha desvanecido, sigue en el paciente y la medicación con el tiempo puede necesitar un aumento de dosis y no se resuelve la condición que afecta al paciente. Al utilizar un fármaco en combinación con una terapia psicológica se puede obtener una mejor respuesta hacia la terapia de parte del paciente el cual puede sentirse más tranquilo o relajado al momento de enfrentarse con la exposición de las situaciones que le producen angustia que son parte del tratamiento psicológico.

Finalmente Friedman (1990) menciona que los fármacos como el Valium fueron usados en el pasado para el tratamiento de cualquier tipo de ansiedad. Hoy

en día sabemos que son adictivos y que no ayudan a largo plazo y que por tanto no deberían ser empleados en el tratamiento de la fobia.

Para el tratamiento de la agorafobia se recomienda una combinación de terapia farmacológica y formas específicas de psicoterapia. La medicación farmacológica puede ser muy efectiva para mitigar los síntomas de ansiedad.

4.2 *Psicoterapia de la fobia social*

4.2.1 *Terapia cognitivo-conductual*

Los modelos conductuales de la ansiedad social sostienen que la exposición brinda la oportunidad para habituarse al estímulo temido y aumenta el contacto con los factores que refuerzan una conducta no fóbica. En la mayoría de los casos los tratamientos de la fobia social consisten en una combinación de exposición, un entrenamiento en habilidades sociales y una reestructuración cognitiva con una mezcla de terapia de grupo. Los modelos cognitivos proponen que la ansiedad se mantiene en gran parte por creencias distorsionadas y un mal procesamiento de información. Cada vez es más confiable y con mejores resultados el utilizar técnicas de exposición junto con técnicas cognitivas que fomenten el cambio en las creencias negativas que el paciente presenta cada vez que se enfrenta a la situación fóbica.

Stein y Hollander (2004) mencionan que en la terapia racional emotiva las personas establecen algunas creencias irracionales a través de su experiencia con la familia y grupos sociales, estas creencias inducen y sostienen estados emocionales negativos. Un ejemplo de creencia irracional puede ser: para ser considerado como una persona que tenga valor en la sociedad hay que ser absolutamente competente y triunfador. Se puede conceptualizar fácilmente a las personas con fobia social como personas con esta creencia arraigada en ellos.

El objetivo de la terapia racional emotiva es afrontar y modificar estas creencias irracionales a través del debate y persuadir al paciente para que cambie

esa ideología en la que cree profundamente. Los resultados de esta terapia son benéficos y duraderos.

Por otro lado, el enfoque teórico de Beck nos dice que las emociones negativas obedecen a errores de procesamiento cognitivo, de modo que el paciente interpreta y evalúa sus experiencias de un modo exagerado y extremo. El objetivo de la terapia es remodelar las normas rígidas del paciente que están determinando su mala adaptación por otras más exactas y realistas (Cía, 2004).

La terapia cognitivo-conductual de grupo mencionada por Heimberg y citada por Stein y Hollander (2004) fue creada específicamente para la fobia social, en esta terapia las 2 primeras sesiones se dedican a instruir al paciente sobre un modelo cognitivo-conductual de la fobia social, explicar la justificación del tratamiento y presentar los conceptos elementales de la reestructuración cognitiva. Las 10 sesiones restantes integran la reestructuración cognitiva y la exposición de forma que el paciente pueda examinar y cuestionar sus pensamientos negativos antes, durante y después de participar en juegos de rol de las situaciones sociales temidas dentro de un grupo. Estas exposiciones sirven de experimentos conductuales y permiten al paciente comprobar la veracidad de sus pensamientos negativos, además se enseña a los pacientes a utilizar los procedimientos de reestructuración cognitiva ejercidos en grupo durante estas exposiciones individuales.

El tratamiento más completo de la fobia social suele consistir en terapia cognitiva de tipo gradual, junto con medicación específica. La terapia puede realizarse, ya sea de forma individual o grupal, observándose mejorías en pocas semanas de comenzado el tratamiento.

Para el caso de la fobia social generalizada, la psicoterapia suele consistir en una combinación técnicas conductuales y cognitivas, tales como la reestructuración cognitiva, la desensibilización, los ensayos durante las sesiones y la asignación de tareas para la casa. Aproximadamente el 80 por ciento de las personas que sufren de fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se

les brinda tratamiento basado en psicoterapia, medicamentos o una combinación de ambos.

Maciá y García-López (1995) mencionan que en las fobias sociales las técnicas cognitivas a largo plazo y también a corto plazo evitan recaídas y favorecen la generalización a otras áreas, minimizando la ansiedad a situaciones no sociales y disminuyendo las creencias irracionales (cosa que no sucede con sólo la exposición) y que en la fobia social tienen como máximo exponente su temor a la crítica negativa

Barlow y Duran (2003) mencionan que la terapia de grupo es donde los miembros interpretan papeles de sus situaciones socialmente fóbicas delante de los demás miembros. Al mismo tiempo, el terapeuta aplica la terapia cognitiva que apunta a descubrir y modificar las percepciones de peligro que el paciente supone que existen.

Alden, Taylor, Lapsa y Mellings (2006) realizaron un estudio acerca del impacto de las experiencias sociales en la terapia cognitivo-conductual para la fobia social generalizada. Los participantes fueron 27 personas con fobia social generalizada que acudieron a tratamiento cognitivo-conductual. El diagnóstico fue confirmado usando la entrevista de trastorno de ansiedad (ADIS-IV). El tratamiento consistió en 12 sesiones basadas en la terapia cognitivo-conductual para tratar la fobia social generalizada. Las pruebas utilizadas fueron cuestionario de historia social (SQH) para evaluar las experiencias sociales tempranas en su familia de origen, inventario de alianza laboral (WAI-C) donde se evalúa el grado de aceptación de las pruebas que maneja el tratamiento, las metas del tratamiento y el lazo emocional que se crea entre paciente y terapeuta. Finalmente, para evaluar los resultados se usaron la escala de ansiedad de interacción social y la escala de fobia social que evaluaron el miedo a ser evaluados por otros en situaciones sociales y la interacción con otros en actividades sociales. La historia infantil mostró una marcada conducta de abuso parental que se asoció con débiles alianzas laborales y relaciones interpersonales negativas con los terapeutas, el abuso en la infancia también incrementó el riesgo de unos pobres resultados del

tratamiento en los pacientes que indicaron abuso de parte de los padres y tuvieron menos mejorías de los síntomas de fobia social y depresión. Los resultados de esta muestra sugieren que un aprendizaje social aversivo temprano puede resultar en patrones de conducta que afectan las respuestas cognitivo-conductuales del tratamiento. También sugieren que la historia social de cada individuo puede llegar a afectar los resultados del tratamiento, ya que los pacientes que crecieron con padres que eran exigentes, duros o que fueron padres que abusaban de ellos de pequeños pueden llegar a ver a los terapeutas como figuras de autoridad y relacionarlo con su propia historia social, llegando a ser un factor extra para considerarse al momento de aplicar el tratamiento. Así, los resultados recomiendan que los terapeutas tengan en cuenta esto y deban trabajar acorde con esta situación para que los pacientes no se sientan intimidados por los mismos terapeutas.

En otro estudio hecho por Rodebaugh, Heimberg, Schultz, Blackmore (2010) revisaron los efectos del uso del video y preparación cognitiva en el trastorno de ansiedad social. Observaron que al mostrarles a los pacientes un video de ellos mismos recitando un discurso podrían interpretar y definirse de manera distinta en lo que respecta a su ansiedad social. La preparación cognitiva fue diseñada para ayudar a los participantes a clarificar las expectativas de lo que verían en el video y animarlos para que no evitaran verlo y por consecuencia que interfiriera con sus pensamientos acerca del video de manera negativa. La muestra consistió en 26 participantes que tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad social, para evaluar sus opiniones se utilizaron diferentes escalas como anxiety disorders interview Schedule (ADIS-IV), Brief state anxiety measure (BSAM), Social interaction anxiety scale (SIAS), Speech performance questionnaire (SPQ). Los participantes debían recitar un discurso elaborado por ellos mismos mientras eran videograbados para después verlo y en base a esto saber su opinión de cómo se ven y como reaccionan ante el video. Finalmente, los resultados mostraron que esta técnica de videograbación con preparación cognitiva, pudo reducir la ansiedad anticipatoria que llegaban a sentir los

participantes al ver el video y después lograron dar un segundo discurso con una sensación ansiedad mucho menor. Puede ser que la videograbación con preparación cognitiva pueda incrementar la disponibilidad para afrontar las exposiciones, pero no llega a producir efectos sólidos en la totalidad del trastorno de ansiedad social, sin embargo, es un estudio importante y al presentar efectos positivos aunque sean mínimos, llega a ser considerado como un avance importante para futuras investigaciones.

4.2.2 Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales utiliza la hipótesis de que los pacientes con ansiedad social presentan déficit de conducta como escaso contacto ocular o dificultad para mantener una conversación, así estas situaciones pueden desencadenar reacciones negativas de los demás y hacen que el paciente sienta la relación social como un hecho generador de ansiedad. Las técnicas más usadas en entrenamiento en habilidades sociales son: la modelación de parte del terapeuta, la repetición de la conducta, el refuerzo social y tareas para el hogar. El entrenamiento en habilidades sociales puede resultar beneficioso por sus aspectos prácticos como la exposición o los elementos cognitivos (Barlow y Duran, 2003).

Finalmente, la relajación también puede ayudar al paciente a superar los efectos adversos de la ansiedad social. Si se enseña eficaz y específicamente a la persona para que aplique las habilidades de relajación en las situaciones sociales temidas, los resultados pueden ser muy favorables.

4.2.3 Teoría psicodinamica

Gabbard (2002) propuso 3 modelos para entender los síntomas de la fobia social: a) experiencias de vergüenza relacionadas con deseos inconscientes de ocupar el centro de atención; b) culpa relacionada con deseos de eliminar a los competidores mientras se duda de la capacidad real para llevar a cabo alguna tarea y c) ansiedad de separación relacionada con intentos de autonomía que llevan a la pérdida de un ser querido. Este autor dice que las acciones de los

padres interaccionan con la predisposición a aumentar o disminuir la ansiedad social.

4.2.4 Terapia de morita

Es una modalidad terapéutica japonesa aplicada a la ansiedad que se centra en el cambio de conducta y el crecimiento personal. La experiencia de la trascendencia del YO mediante la inmersión en actividades desempeña una función esencial en la reformulación del paciente de si mismo y de su capacidad conductual. La terapia de morita acentúa que la ansiedad se puede aceptar como es y que toda tentativa de manipularla o reducirla explícitamente suele aumentar la preocupación por los síntomas. Se instruye a los pacientes a que cuando afronten una situación temida, resistan y perseveren durante estos momentos de ansiedad centrándose en la tarea, sabiendo que pueden actuar sin emocionarse y que la intensidad de la emoción refleja la importancia de la tarea. La terapia de morita ayuda a los pacientes a aceptar su ansiedad y a redirigir la atención, alejándola de la ansiedad (Barlow y Duran, 2003).

Las modalidades cognitivo-conductuales son las más estudiadas y la exposición resulta ser un componente eficaz para el tratamiento de la fobia social. Los factores cognitivos desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la fobia social, en diferentes investigaciones se ha comprobado que la reestructuración cognitiva junto con la exposición es una combinación eficaz para enfrentar la fobia social mucho más que si se presentan de forma separada.

4.2.5 Terapia farmacológica

Los síntomas de la fobia social siempre son muy molestos y para las personas que lo padecen, muy difíciles de superar pero se ha encontrado que los fármacos son efectivos para la fobia social y que comienza a actuar antes que los tratamientos no farmacológicos, y otra gran ventaja es que posee un efecto mas potente a corto plazo, aunque la terapia cognitiva puede perdurar por mas tiempo.

Ayuso y Salvador (1992) comentan acerca de diferentes tipos de medicamentos por ejemplo: la fenelzina es uno de los medicamentos más conocidos y también ha sido uno de los más eficaces para tratar la fobia social

pero también tiene la desventaja de presentar efectos secundarios como la pérdida del sueño y un riesgo de sufrir hipertensión, lo que no la hace el medicamento más adecuado para la mayoría de los pacientes pero si es un referente para utilizar otro tipo de medicamentos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son medicamentos que también han funcionado sobre los efectos de la fobia social, por ejemplo, la paroxetina, la fluoxetina, la fluvoxamina, y sus efectos secundarios como la disfunción sexual y náuseas aunque difíciles se han podido sobrellevar, quizá con ayuda de otro medicamento como complemento. La mayoría de los pacientes tolera las dosis iniciales sin sufrir una hiperactivación que sucede a menudo en los trastornos de pánico.

Las benzodiazepinas poseen propiedades ansiolíticas y han resultado útiles al usarse en los trastornos de pánico. Las benzodiazepinas más estudiadas son el clonazepam y el alprazolam, teniendo un buen resultado en el tratamiento de la fobia social, aunado a que los efectos secundarios como la alteración de la memoria y la sentirse sedado, no son tan difíciles de sobrellevar y se pueden controlar con más facilidad. Se recomienda que cuando se retire el medicamento sea de manera gradual ya que se han encontrado tasas elevadas de recaídas al momento de retirarlo bruscamente.

Stein y Hollander (2004) mencionan que para la elección del fármaco para cada paciente depende del subtipo de fobia social y la preferencia del paciente. Los casos de fobia social no generalizada en los que las situaciones temidas surgen solo de manera ocasional y previsible como en las ponencias profesionales, se recomienda usar benzodiazepinas pero sin perder de vista el efecto de sedación que conlleva su uso ya que puede llegar a entorpecer la actuación en público. En los casos de fobia social con actuaciones en público frecuentes e inesperadas se recomienda el uso de los ISRS ya que se tolera mejor que otro medicamento. La benzodiazepina como el clonazepam es muy potente y también se considera como opción. La adición de la terapia cognitivo-conductual a la farmacoterapia puede incrementar la mejoría y propiciar resultados más

duraderos, la adición de la farmacoterapia a la terapia cognitivo-conductual puede acelerar y aumentar la respuesta terapéutica y crear una facilidad para la exposición al estímulo temido, pero a fin de cuentas debe hacerse el tratamiento según las características del paciente ya que no todos responden de la misma manera a todos los tratamientos.

Conviene fijar expectativas de respuesta, si el plazo es breve debería producirse un alivio sintomático y una mejoría de la capacidad de la relación social y la actuación en público. En plazos más largos debe verse una mejoría de la actividad vocacional y una mayor capacidad para establecer relaciones de carácter más íntimo.

Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Torgensen, Neale, Orstavik, Tambs, Kendler (2007) realizaron un estudio donde observaron la relación entre el trastorno de personalidad de evitación y la fobia social. Su muestra se componía de jóvenes parejas adultas de gemelos de sexo femenino a las cuales se les aplicó una entrevista de personalidad estructurada para el DSM-IV que evaluó el trastorno de personalidad. Además para evaluar los trastornos del eje I del DSM-IV se utilizó una entrevista de diagnóstico internacional (CIDI). En los resultados se encontró que había un grado de solapamiento moderado entre el trastorno de personalidad de evitación y la fobia social, además, se examinó la genética y las fuentes del ambiente en la relación entre el trastorno de personalidad de evitación y la fobia social. El modelo usado en este estudio incluyó factores genéticos y ambientales y que estos aparentemente pueden explicar ambos trastornos. Así entonces, se sugiere que la genética tiene una alta responsabilidad en el trastorno de personalidad de evitación y la fobia social, además de los factores ambientales como experiencias a lo largo de la vida. Los trastornos de la personalidad de evitación y la fobia social son influenciados por los mismos factores genéticos y los factores ambientales influyen en ambos trastornos. La principal limitación que mencionan es haber utilizado solo una población femenina aunque argumentan que en estudios anteriores se había encontrado que no había diferencias entre hombre y mujeres.

En otro estudio realizado por Cairney, McCabe, Veldhuizen, Corna, Streiner, Herrmann (2007) revisaron la prevalencia de la fobia social en la vejez, la muestra representativa consistió en 12792 adultos mayores de Canadá con una edad de 55 años en adelante. Se usó una entrevista de diagnóstico internacional de salud mental para evaluar al menos 6 criterios del DSM-IV, por ejemplo, miedo persistente y marcado a uno o más situaciones sociales donde él o ella puedan actuar de manera que puedan sentirse humillados o avergonzados. Además de revisar la prevalencia de la fobia social en los adultos mayores, se encontró que la edad de inicio en la mayoría de los casos se encuentra en la niñez o la adolescencia y solo en algunos casos alrededor de la edad de los 50 años y que las situaciones sociales que se temen no son muy diferentes de las que mencionan los jóvenes y los adultos mayores. Finalmente la alta comorbilidad observada entre depresión, pánico, agorafobia y fobia social en esta población sugiere que los pacientes que presenten un cuadro de depresión o trastorno de ansiedad también pueden presentar fobia social. Los pacientes con fobia social podrían ser evaluados por depresión y otro trastorno de ansiedad. Los síntomas de la fobia social que aparecen en la vejez no son diferentes a los que aparecen en la adolescencia o la edad adulta. Los resultados refuerzan la necesidad de enfocar la atención en los trastornos en la vejez y así podría haber un mejor entendimiento de la naturaleza de los problemas en la edad madura. Se concluye que la fobia social puede llegar a ser un problema que puede ser prevalente en la vejez.

4.3 *Psicoterapia de la fobia específica*

4.3.1 *Terapia de exposición*

El principio básico de la exposición sostiene que la prevención del escape o evitación dará como resultado el aprendizaje de la ausencia del factor causante de temor. La inundación como método de exposición consiste en exponer al paciente al estímulo fóbico en la forma mas amenazante y mantener la exposición hasta

que la ansiedad se elimine. Debido al malestar que genera esta modalidad y al éxito de los demás métodos de exposición, su uso no se ha popularizado.

La exposición en vivo supone la exposición directa al objeto fóbico y suele efectuarse de forma gradual, comenzando por situaciones que desencadenen un grado escaso de ansiedad y así ir aumentando a medida que se produce una habituación de la ansiedad. La desensibilización sistemática se basa en la relajación muscular progresiva para controlar la ansiedad que se desencadena durante una exposición imaginaria al estímulo fóbico, esto es, el paciente aprende a relajarse primero para continuar después con una serie de situaciones imaginarias que generan ansiedad mientras permanece en un estado de relajación. También se ha encontrado que las exposiciones en vivo tienen un mejor resultado que las exposiciones imaginarias, por lo cual se aconseja el uso de estas exposiciones para un impacto mayor en el paciente. Finalmente la exposición debe basarse en una jerarquía gradual de los miedos, es decir, hay que pedirle al paciente que sufre una fobia que identifique todos los estímulos que lo alteran y está evitando y los ordene en una escala o lista de categorías según su intensidad del que menos provoque ansiedad al que más ansiedad provoque, una vez elaborada la jerarquía se ayuda al paciente a establecer la exposición a cada objeto o situación temidos, conforme se va ascendiendo en la lista y la ansiedad del paciente se habitúa a cada etapa, aumentan el cumplimiento de la terapia y las labores de exposición entre sesiones (Barlow y Duran, 2003).

Acorde con esto, Halgin y Whitbourne (2004) nos dicen que el tratamiento de la desensibilización sistemática es donde el terapeuta presenta al paciente de forma progresiva imágenes de estímulos evocadores de ansiedad mientras el paciente se encuentra en un estado de relajación. La base de este tratamiento es la exposición imaginaria o en vivo recomendando primero la imaginaria y haciéndolo de manera gradual. Una variante de la exposición es la técnica de sobresaturación (también conocida como inundación) imaginaria o en vivo donde el paciente se sumerge por completo en la sensación de ansiedad hasta que se supere la misma en lugar de acostumbrarse de manera gradual a la situación

temida. Sin embargo, no es muy recomendable por la alta carga de estrés que produce, no todos los pacientes pueden soportar enfrentar de esta manera su fobia, se debe tener en cuenta que cada paciente es diferente y requiere de una valoración adecuada para estar seguro que tipo de técnica es la adecuada para el paciente y de esa manera no hacer sufrir al paciente y que pueda llegar a empeorar más.

4.3.2 Adiestramiento en inoculación de estrés

Para el adiestramiento en inoculación de estrés, Meichenbaum (1987) menciona que el estrés no se considera como un estímulo ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una transacción, influido tanto por el individuo como por el entorno. Desde una perspectiva transaccional, el estrés se define como un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciada por aquélla como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar. La tarea del adiestramiento en inoculación de estrés es que los pacientes reconozcan las señales de estrés y aprendan a interrumpirlas y cambiar las pautas de comportamiento que se engendran por el estrés. El objetivo no es eliminar el estrés, sino más bien educar a los pacientes sobre el impacto y origen del estrés además de asegurarles la creación de habilidades intra e interpersonales para utilizar el estrés de una manera constructiva (interpretación, interrupción y producción de reacciones adaptativas de afrontamiento). Ayuda a los pacientes a tener conciencia de la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento y como sus reacciones contribuyen a las reacciones de estrés y ayudar a mantenerlo. Para el adiestramiento en inoculación de estrés es necesario tener en cuenta los procesos cognitivos de cada individuo, los procesos de interpretación del individuo que implican la magnitud del evento estresante, la probabilidad de lo que ocurrirá y los recursos de afrontamiento disponibles. Por consiguiente, cada programa de adiestramiento en inoculación de estrés debe ser diverso y flexible. Esta orientación deriva de la observación de que el afrontamiento no es ni un acto aislado ni un proceso estático. El afrontamiento es una constelación de múltiples

actos que se extienden en el tiempo y sufren cambios. Lo que pudo ser en un momento una técnica de afrontamiento útil, pudiera no serlo en otro tiempo, o bien lo que podría resultar útil para un tipo de estresores o para una población pudiera no ser pertinente en otras ocasiones. Los programas de control del estrés deben estimular la flexibilidad en el repertorio de un cliente. Estos programas no deben fomentar una fórmula única o un enfoque a manera de recetario para afrontar el estrés. El individuo debe aprender a adaptar su estilo a las exigencias de la situación y a los contextos y objetivos cambiantes. El adiestramiento en inoculación de estrés combina elementos de enseñanza didáctica, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, autoinstrucciones y autoreforzamiento, así como intentos de lograr cambios del entorno. El adiestramiento en inoculación de estrés está ideado para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, no sólo para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras. Finalmente se hace un listado específico de las características del adiestramiento en inoculación de estrés:

1. Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
2. Adiestrar a los pacientes para que controlen sus pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.
3. Adiestrar a los pacientes en la resolución de problemas, es decir, definición del problema, consecuencias, previsiones, toma de decisiones y evaluación de los resultados.
4. Modelar y reproducir las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias del autocontrol.
5. Enseñar a los pacientes la manera de utilizar respuestas desadaptadoras como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.

6. Ofrecer prácticas de ensayo imaginado y conductual y asignaciones graduadas en vivo, cada vez más exigentes, para fomentar la confianza del paciente y la utilización de sus repertorios de afrontamiento.

7. Ayudar a los pacientes a adquirir conocimientos suficientes, comprensión de sí mismos, y habilidades de afrontamiento que les faciliten mejores maneras de abordar situaciones estresantes tanto esperadas como inesperadas.

Por otro lado, Halgin y Whitbourne (2004) menciona que el paciente puede aprender autoafirmaciones de afrontamiento, donde se prepara una lista de afirmaciones útiles cuando se enfrenta a la situación temida, así se afirma que puede manejar con acierto la situación, por ejemplo, usando frases como “yo puedo afrontar esto”, “es irracional sentir tanto temor” o “he enfrentado situaciones difíciles antes y puedo superar esto”. Estas afirmaciones incrementan la sensación del individuo de que es capaz de dominar la situación que le causa ansiedad o pánico.

4.3.3 Terapia farmacológica

La intervención biológica sobre las fobias específicas únicamente se ha centrado en la terapia farmacológica. A diferencia de los otros trastornos por ansiedad e incluso de los demás trastornos fóbicos, en el caso de las fobias específicas, la opinión de clínicos e investigadores de que no hay un tratamiento farmacológico de elección es prácticamente unánime (Roy-Byrne y Cowley, 1998). Los fármacos empleados en el caso de las fobias específicas como complemento terapéutico típicamente han sido las benzodiazepinas y los beta-bloqueantes

Betabloqueantes: Aunque estos fármacos suelen usarse para tratar la hipertensión arterial, en dosis bajas controlan las repercusiones físicas de la ansiedad y pueden ser tomados inmediatamente antes de encontrarse con la fobia (Davidson, Nemeroff, 1989). Así, por ejemplo, algunos autores sugieren la utilización de fármacos betabloqueantes en base a las similitudes en tasa cardíaca encontradas entre fóbicos específicos, fóbicos sociales y pacientes con ataques de pánico (Liebowitz, 1991).

Benzodiazepinas: También la utilización de benzodiazepinas se sustenta en la evidencia que indica que una parte importante de los fóbicos a los animales manifiesta temor no tanto al posible daño causado por el animal temido como a una posible reacción emocional demasiado intensa desencadenada por la presencia del animal en cuestión (McNally y Steketee, 1985 citado en Capafons, 2005).

Antidepresivos: Existe un tipo particular de antidepresivos, los llamados "Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa" (IMAO) que han demostrado que reducen o incluso hacen desaparecer la ansiedad y el pánico, aunque suele ser necesario que transcurran varias semanas antes de que el tratamiento funcione. Sin embargo, este tipo de fármacos presenta inconvenientes que pueden llegar a ser importantes. Los IMAOS tienden a bajar la presión arterial lo cual puede hacer que el que los toma se sienta débil. Además, algunos alimentos como algunos quesos, algunas cervezas y vinos tintos, productos de la levadura, chocolate, habas y escabeches pueden dar lugar a peligrosas reacciones hipertensivas, de forma que los pacientes que tomen este tipo de fármacos deben llevar a cabo estrictas dietas en las que no figuren estos alimentos (Ayuso y Salvador, 1992).

En un estudio hecho por Price, Anderson (2007) investigaron el uso de la exposición a la realidad virtual y el papel que juega el concepto de presencia definido como la interpretación que se hace de un ambiente virtual como si fuera real. En este estudio el ambiente virtual se espera que sea capaz de provocar una ansiedad igual a que si fuera un ambiente real. Participaron 36 personas que presentaban fobia específica tipo situacional o trastorno de pánico con agorafobia, presentando como un estímulo principal de temor el volar. Se utilizaron diferentes pruebas como: fear flying inventory (FFI), Questionary on attitudes Howard flying (QAF), subjective unit of discomfort scale (SUDs). Los participantes completaron 8 sesiones de tratamiento a lo largo de 6 semanas, las primeras 4 sesiones consistieron en el manejo de la ansiedad y entrenamiento de habilidades incluyendo respiración, relajación y reestructuración cognitiva. La exposición al ambiente virtual ocurrió durante las últimas 4 sesiones. Durante estas últimas

sesiones se expuso a los participantes a un ambiente de un avión virtual usando un dispositivo que fue colocado sobre su cabeza y tenía montada una pantalla, en esta se utilizaron diferentes jerarquías de temor como el subirse al avión, sentarse, despegar, turbulencia, etcétera. Todo esto era controlado por el terapeuta desde una computadora conectada al dispositivo que estaba sobre su cabeza. El terapeuta llevó a los participantes por las jerarquías de ansiedad que establecieron antes hasta que los participantes pudieran habituarse. Los resultados del estudio arrojaron que existe una relación positiva entre los auto reportes de la presencia y la ansiedad que aparecía en el periodo de sesiones. También se encontró que la presencia sirve como un conducto para habilitar la ansiedad fóbica que se siente durante la exposición y el sentido de presencia es necesario para experimentar ansiedad durante la exposición al ambiente virtual. Los resultados también sugieren que con una gran ansiedad fóbica puede experimentarse una mayor presencia lo cual hará que exista una mayor sensación de ansiedad durante la exposición y así se piensa que la exposición con realidad virtual puede ser más efectiva para los pacientes altamente fóbicos. Sin embargo, aunque la presencia puede ser necesaria para obtener ansiedad durante la exposición, no es suficiente para lograr un cambio positivo en el tratamiento. El merito de este tipo de terapia es el lograr que los pacientes logren sentirse ansiosos y con temor fóbico con el hecho de presentarles un ambiente virtual y sin salir del consultorio. En resumen, el estudio exploró la función de la presencia en la exposición de realidad virtual. Los resultados apoyan a la presencia como un conducto para lograr que la ansiedad fóbica sea expresada durante la exposición al ambiente virtual. Sin embargo, la presencia no está apoyada para contribuir a los resultados del tratamiento. Esto sugiere que la sensación de presencia durante la exposición puede ser necesaria pero no suficiente para lograr beneficios de la exposición de la realidad virtual.

Existe una gran cantidad de tratamientos para los diferentes tipos de fobias en este capítulo se mencionaron quizá los más conocidos y más comunes, los que han tenido mejores resultados para ayudar a los pacientes a lograr retomar sus

vidas y en otras circunstancias a mejorar su calidad de vida. La agorafobia, la fobia social y la fobia específica tienen diferentes características pero algunos tratamientos llegan a ser utilizados para las tres diferentes grandes divisiones de las fobias. El tratamiento más conocido y quizá más utilizado es la terapia cognitivo-conductual ya que conjuga diferentes técnicas pero muy utilizadas como la exposición y la reestructuración cognitiva. La terapia farmacológica también ofrece buenos resultados al controlar los síntomas fóbicos pero deben tenerse en consideración los efectos secundarios. Finalmente es cuestión de cada persona y el trabajo que lleve con su terapeuta, el elegir el tratamiento que más le convenga o le ayude para lograr el objetivo primordial que es sentirse bien y lograr superar el miedo tan extremo que hace que una persona se vea limitada en la mayoría de los aspectos de su vida.

5 DISCUSION

Existen muchas definiciones del miedo, ansiedad y fobias pero solo algunas fueron enunciadas en este trabajo. Por ejemplo, la que menciona Sassaroli (2000) refiriéndose al miedo como un producto de la evolución, como un mecanismo de defensa ante un dolor o malestar próximo y es Loosli-usteri (1982) quien menciona al miedo como una emoción, una emoción primaria y reconocible por cualquier persona en el mundo y de acuerdo con Sassaroli un producto de la evolución, ya que sirvió para protegerse de aquello que era peligroso o amenazante para uno mismo, justo como nos dice Calhoun y Solomon (1989) quien también considera al miedo como una reacción emocional. El miedo es y será una emoción básica e identificable por cualquier persona, con una utilidad primaria, la cual es protegernos y evitarnos el dolor y ansiedad provocada por un objeto o situación que resulta amenazante para la propia seguridad física o mental y así cumplir con su función adaptativa.

A diferencia del miedo, la ansiedad es una reacción emocional hacia algo que normalmente no provoca miedo, el peligro no es algo que sea identificable y tampoco el objeto debe estar presente. Ayuso y Salvador (1992) consideran a la ansiedad como un estado emocional displacentero, a diferencia de Sassaroli (2000) que la considera una reacción emocional que esta ligada al miedo, siendo este un estado emocional, no parece que sea necesario que la ansiedad este ligada siempre al miedo, quizá también aparece en situaciones que son incómodas y que causan malestar, como lo dice Ayuso y Salvador. Es sin duda también un mecanismo de defensa hacia cualquier cosa o situación que sea reconocido como peligroso o amenazante, sin embargo, la mayoría de las ocasiones se relaciona más con la aparición del miedo y las fobias, siendo un factor que lo une a ambas condiciones. Al igual que en el miedo, la ansiedad se considera una sensación normal, pero llega a ser problemática cuando alcanza un nivel patológico, cuando la persona considera que lo que siente es irracional y sobrepasa los límites de su propia comodidad.

En lo que se refiere al concepto de fobia, muchos autores coinciden en que es un temor exagerado (Kaplan, 1987), una conducta de evitación causada por el

miedo y que es desmedida en relación con el peligro que la ocasiona (Davison, 1983) y un miedo irracional ante un objeto o situación que determina el deseo imperioso de evitación de aquello que se teme (Ayuso, Salvador, 1992). Como vimos antes, el miedo y la ansiedad tienen una utilidad para la persona, la fobia no presenta algo útil o proporciona una ventaja para la persona. La fobia, al presentarse de manera exagerada, solo ocasiona que la persona quede incapacitada y prefiera evitar el objeto o situación que le ocasiona malestar y ansiedad excesiva a quedarse y enfrentarlo.

La mayoría de los autores tienen una formación teórica diferente entre sí, es decir, algunos trabajan con el tratamiento cognitivo-conductual o psicoanalista, y aun con las diferencias que cada una tiene, sus conceptos acerca de la fobia son similares, el como se originan las fobias es quizá donde llegan a tener más puntos en común, como por ejemplo, en el tema de una vulnerabilidad genética, es decir, que una persona es más propensa a sentir miedo o ansiedad que otras o el papel de la crianza de los padres al proyectar los temores en sus hijos. En general a pesar de sus respectivas teorías psicológicas, al final la mayoría o las más importantes tienen puntos en común para definir el concepto de las fobias.

En lo referente a la adquisición de la agorafobia, Caballo (1995) menciona que la vulnerabilidad biológica tiene una base hereditaria y que puede predisponer a una persona a sufrir un ataque de pánico con mayor facilidad que cualquier otra persona, de ser posible esto, la vulnerabilidad puede llegar a ser un factor importante para la adquisición de las fobias. La idea de que haya una predisposición biológica en algunas personas que las haga más propensas a sufrir ataques de pánico y fobias nos hace pensar en si es posible que personas con un carácter tímido o que son retraídas, puedan ser más vulnerables en el momento de sufrir un evento estresante y que este pueda disparar un ataque de ansiedad y el subsecuente desarrollo de una fobia en comparación con personas que no presentan este tipo de rasgos de personalidad. Finalmente, es posible que la persona con un rasgo de personalidad tímida, sea más propenso a sufrir un ataque de pánico o de no encarar de manera adecuada un evento estresante por

no estar adaptado de manera adecuada para enfrentar esto, además la misma crianza parental puede lograr que una persona que ha sido sobreprotegida durante su niñez le sea difícil enfrentar estos mismos eventos estresantes. Sin embargo, creo que esto solo puede ser un factor no una regla general, cualquier persona puede ser propensa a sufrir de ansiedad desmedida o de una fobia, la timidez puede ser un factor importante pero no todas las personas con este tipo de rasgo en su personalidad desarrollarán una fobia ante un evento o situación estresante, al igual que una persona que es confiable y segura de sí misma, con buenas relaciones laborales y sociales también puede llegar a desarrollar una fobia. Opino que para que esto suceda, existen diversos factores además de una vulnerabilidad biológica o de una educación parental sobreprotectora, esto se aplica a cualquiera de los tres tipos de fobia porque estos factores en particular se aplican a los tres por igual.

Siguiendo por esta línea de crianza parental Echeburua (1992) y Caballo (1995) mencionan como es que esto tiene un peso importante ya que los padres se preocupan por la apariencia externa de sus hijos y de lo que opinaran acerca de ellos, además de cómo también algunos padres evitaban que sus hijos participaran en acontecimientos o reuniones sociales, también son menos sociales como familia. Todos estos factores pueden ser indicadores de un posible desarrollo posterior de una fobia social, una vez más los padres pueden llegar a jugar un papel muy importante en la adquisición de las fobias. Vassilopoulos (2008) habla acerca de como las personas con ansiedad social o fobia social presentan menos pensamientos positivos sobre ellos mismos al momento de enfrentar un evento estresante lo que puede hacer que ocasione que prefieran evitar estas situaciones y afecte su propia autoestima, además sus pensamientos anticipatorios negativos llegan también a influir en el mantenimiento de la fobia o ansiedad social.

En el caso de las fobias específicas la premisa principal es un miedo irracional y constante a un objeto o situación o actividad particular que provoca una respuesta inmediata de ansiedad desmedida y da como resultado la conducta

de evitación (Halgin y Whitbourne, 2004). Existen infinidad de fobias específicas, prácticamente se puede llegar a temer casi a cualquier cosa, este es el factor principal de las fobias específicas, el miedo es debido a un objeto o situación concreto como un perro, una tormenta, a volar, a los espacios altos, etcétera. Esta es la diferencia entre las otras fobias, la fobia social es el miedo extremo a la evaluación negativa de los demás y a sentirse avergonzado y la agorafobia que es el miedo extremo a los espacios abiertos y no poder recibir ayuda en caso de un ataque de pánico. Finalmente existen diferentes formas de inicio de las fobias específicas y entre las más frecuentes formas son las que tienen su origen en experiencias de naturaleza traumática (condicionamiento), en experiencias vicarias y en transmisiones de información verbal por parte de terceros.

En lo que se refiere a la etiología sobre la agorafobia, en la teoría biológica Barlow y Duran (2003) hablan acerca de una vulnerabilidad al estrés al igual que el autor Caballo (1995) que habla de vulnerabilidad biológica donde los sujetos reacciona de manera exagerada a eventos estresante, es decir, son capaces de sentir una mayor ansiedad en estos eventos que otras personas que no presentan esta vulnerabilidad. Estos eventos se pueden asociar con rapidez en la mente de la persona con las claves externas e internas que estuvieron presentes durante el ataque y se vuelven señales de alarma aprendidas. Finalmente, los individuos desarrollan ansiedad ante la posibilidad de tener otro ataque de pánico, es decir, las sensaciones físicas asociadas con el ataque son interpretadas como señal de que algo malo va a ocurrir y así se genera un trastorno de pánico. Por otro lado, Halgin y Whitbourne (2004) hablan acerca de la teoría cognitiva la cual pone énfasis en los pensamientos erróneos y hasta catastróficos que la persona sufre en momentos de ansiedad, los cuales liga con sensaciones corporales como taquicardia o imaginar que se esta volviendo loco y así la persona vive en una alerta constante dirigida hacia los más mínimos síntomas que pueda sentir fuera de lo normal. En la medida en que centra su atención en los estímulos internos, sus sensaciones fisiológicas normales son interpretadas como anormales y hasta puede llegar a considerarlas peligrosas, debido a estos pensamientos negativos

es como da inicio toda esta cadena de malestar dando origen a la ansiedad. Los pensamientos negativos pueden llegar a ocasionar malestares psicológicos, al momento en que una persona comienza a enfocarse en una taquicardia, algún dolor fuera de lo común, piensa en que algo esta mal, que puede llegar a padecer por ejemplo un ataque cardiaco o no será capaz de controlarse ni de recibir ayuda, por consiguiente trata de alejarse del objeto o situación que iniciaron el malestar y ansiedad hasta que sus pensamientos cambian y se logra tranquilizar al menos hasta el siguiente encuentro y vuelven a aparecer los subsecuentes pensamientos negativos.

Bados (2006) dice que la presencia de personas conocidas o tener un alto grado de control pueden reducir la evitación y expectativas catastróficas y cuando no se evitan aparece una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes que puede facilitar la detección de las sensaciones temidas y el incremento de la activación fisiológica.

En lo que se refiere a la teoría psicoanalítica nos dice Gabbard (2002) que existen diferentes razones, pero una de las más comunes son los eventos estresantes en su vida tiempo antes de presentarse el trastorno ubicando su origen en los vínculos familiares que existen en la niñez, donde los padres o algún familiar sufra de algún evento estresante, puede hacer que el niño se vuelva susceptible a estos eventos y se reflejen en su vida futura al tener que encarar eventos estresantes y no sea capaz de afrontarlos de manera adecuada, además menciona que una separación parental en la infancia también es un factor para el inicio de un trastorno de angustia porque estas personas presentan una sensibilidad mayor a las perdidas personales y por consiguiente son personas más apegadas y se cree que las perdidas los pueden llegar a afectar mucho más de lo normal. Su comportamiento intenta evitar la separación, la cual le resulta muy temerosa y por otro lado el apego se vuelve muy intenso. Barlow y Duran (2003) mencionan algo similar cuando dicen que la perdida o la ansiedad de separación en la niñez de un objeto o persona, predispone a alguien a desarrollar la afección

cuando es adulto, sin embargo, estos mismos autores mencionan que es un factor importante pero no es el único para poder desarrollar angustia y la agorafobia.

Finalmente tanto Busch, Coope y Klerman (1991) como Gabbard (2002) mencionan la existencia de una vulnerabilidad o predisposición genética que puede interactuar con estresores ambientales específicos para que el trastorno inicie, esto es, cada persona vive de manera distinta los eventos estresantes pero según estos autores la vulnerabilidad genética o biológica hace que sean más susceptibles y estos sucesos los afecten mucho más con la posibilidad de dar origen a un trastorno de angustia con agorafobia.

En lo que se refiere a la fobia específica y su etiología en diferentes teorías como la psicoanalítica, Gabbard (2002) menciona que Freud se refería a la ansiedad como una reacción ante el peligro externo que sufría el YO y también por las pulsiones inconscientes, así la ansiedad surgía también por mantener la represión de estos impulsos. En los pacientes fóbicos tiene su inicio en la niñez y en los conflictos edípicos, el objeto o situación fóbica tiene una conexión asociativa con la fuente primaria del conflicto y ha llegado a simbolizarla de una forma natural, así la ansiedad ante el conflicto se desplaza a un objeto no relacionado e inofensivo y la fuente real de ansiedad se mantiene fuera de la conciencia. La fobia específica entonces se asocia con un conflicto interno quizá desde la niñez y con un objeto o situación externa lo cual provoca ansiedad y tal vez fobia, quizá podríamos mencionar también una forma de vulnerabilidad en el sujeto para padecer ansiedad y fobia.

Una opinión importante acerca de la etiología de la fobia específica la hace Davison (1983) cuando nos dice que una fobia hacia un objeto específico se formó después de una experiencia nociva con dicho objeto. Esta teoría del condicionamiento mantiene que las fobias se aprenden mediante la asociación de una experiencia negativa con un objeto o situación. La teoría del aprendizaje introdujo la evitación como componente crítico del mantenimiento de la ansiedad. Las respuestas de evitación se aprenden y sirven para disminuir el malestar que aparece ante los estímulos condicionados. El refuerzo negativo repetido del

comportamiento de evitación mantiene el miedo y lo hace resistente a la extinción. Las respuestas fóbicas pueden también aprenderse mediante la imitación. Gran parte de la conducta incluyendo las respuestas emocionales, pueden aprenderse por la observación de un modelo. Generalmente se le conoce como condicionamiento Vicario. Por medio del aprendizaje, Davison nos dice que se puede aprender de manera más común algún temor o hasta una fobia, es de manera conocida que por medio de observar algún evento estresante, escuchar de él, incluso de parte de los padres y vivirlo uno mismo son las tres maneras más conocidas de desarrollar una fobia específica en la teoría condicionada.

En el caso de la teoría cognitiva los pensamientos negativos son la base del origen de una fobia, Halgin y Whitbourne (2004) mencionan que las fobias específicas se originan y mantienen por una especie de alarma que se activa ante el estímulo, perciben en los objetos y situaciones debido que malinterpretan los mismos. Así los pensamientos y creencias negativas acerca de un objeto o situación son los que crean los sentimientos de ansiedad y el miedo incontrolable hasta formar una fobia. El pensar en que puede volver a sentirse enfermo, no poder recibir ayuda o que incluso puede morir, es lo que ocasiona que evite las situaciones de temor o estrés incluso las expectativas acerca de encontrarse con eso que se teme hace que los pensamientos negativos surjan y sean para las personas fóbicas difíciles de controlar.

Barlow y Duran (2003) en su teoría biopsicosocial proponen que las fobias se desarrollan en individuos biológica y psicológicamente predispuestos, esta predisposición consiste en una elevada vulnerabilidad ante situaciones de estrés, en las cuales los individuos responden con reacciones de alarma. Así las situaciones de estrés se perciben como incontrolables y la manera de afrontarlas conlleva una gran carga de ansiedad. Una vez más es importante mencionar el tema de una vulnerabilidad en los individuos hacia los eventos y objetos estresantes. La teoría biopsicosocial toma conceptos de la teoría biológica y psicológica para enunciar como es que las fobias específicas se forman a partir de alarmas verdaderas que implican una amenaza real, a partir de las falsas alarmas

que ocurren en ausencia de estímulos amenazantes para la vida y de las alarmas aprendidas que son el resultado de la asociación de las falsas alarmas y señales internas o externas, además, las falsas alarmas y las verdaderas pueden originarse por contacto directo con la situación temida o por experiencia vicaria, así los pensamientos se van asociando con las sensaciones negativas de ansiedad dando origen a un ciclo en el que el individuo no puede salir dando comienzo a la evitación y a sufrir de una fobia.

La fobia social, hablando desde la teoría cognitiva, se basa también en los pensamientos negativos. Estos pensamientos, nos dice Gabbard (2002), se inician probablemente en la niñez cuando llegan a internalizar factores estresantes de parte de los padres, hermanos, cuidadores y hasta sus iguales que avergüenzan, critican, ridiculizan o abandonan. Estos pensamientos negativos son establecidos a muy temprana edad y luego proyectados en la vida adulta sobre personas o situaciones que después serán evitadas porque llegan a provocar ansiedad. Como en los otros tipos de fobias, la fobia social también menciona la existencia de una vulnerabilidad psicológica llamada inhibición conductual o también conocida como timidez, lo que hace que los sujetos con este tipo de carácter puedan ser más propensos a desarrollar y mantener pensamientos negativos acerca de sí mismos y del temor de lo que puedan llegar a pensar de su desempeño frente a los demás y con el tiempo poder desarrollar una fobia social. De acuerdo con esto Halgin y Whitbourne (2004) mencionan como las personas con fobia social se preocupan por el desempeño que tengan frente a otras personas, tienen diversos pensamientos distorsionados acerca de sus habilidades de desempeño, los cuales provocan que se distraiga de la tarea que están llevando a cabo. Estas personas no son capaces de cambiar su atención de la crítica anticipada hacia su actuación. Temen cometer un error mientras hablan o actúan frente a los que los miran y esto altera su forma de hablar y su desempeño ante la tarea que van a llevar a cabo, como no pueden controlar la crisis de ansiedad prefieren irse y evitar futuros eventos similares y no volver a padecer esas crisis de ansiedad.

La familia también puede jugar un papel importante en el momento de desarrollar una fobia social, como se menciono antes, los padres o los hermanos pueden tener una fuerte influencia sobre los hijos, principalmente llama la atención la sobreprotección parental. Barlow y Duran (2003) han sugerido que los sujetos con fobia social pueden ser muy dependientes y que la implicación sobreprotectora de parte de los padres, podría explicar el desarrollo de un trastorno fóbico, la timidez, por ejemplo, se cree que puede ser consecuencia de experiencias que fomentaban preocupaciones excesivas de evaluación social, además, se ha sugerido que un niño expuesto a poco cuidado emocional y/o sobreprotección de los padres, pueden restringir el proceso normal de desarrollo de la independencia y autonomía social del niño y podrían ayudar a la formación de la fobia social. Como consecuencia de esto se puede notar que un niño que ha sido sobreprotegido por sus padres o cuidadores, no desarrollará habilidades conductuales para hacer frente a situaciones que le causen estrés o que le exijan una respuesta adecuada. Las personas tímidas se cree que posiblemente puedan presentar una mayor facilidad para crisis de ansiedad social como resultado de ese tipo de crianza parental, sin embargo, solamente son hipótesis y no debe tomarse como una regla general ya que no todas las personas que tienen rasgos de timidez o que su historia familiar es de padres sobreprotectores, demuestran o demostraran una fobia social. Para su desarrollo es necesario tomar en cuenta muchos otros factores o descartar algunos más. La timidez y la sobreprotección solo son 2 factores que se recomienda tener en cuenta al momento del estudio de las fobias.

Los tratamientos para las fobias son muy diversos, el más utilizado como lo menciona Barlow y Duran (2003) es el cognitivo-conductual, el cual abarca dentro de ella terapias de reestructuración cognitiva, exposición gradual imaginaria y en vivo, terapias de relajación y como mencionan estos autores, por separado estas terapias pueden ser eficientes ante la agorafobia pero definitivamente se obtienen mejores los resultados aplicándolas en conjunto. Bados (2006) también menciona la importancia de un tratamiento cognitivo-conductual completo, utilizando la

reestructuración cognitiva y terapias de relajación y exposición presentadas de manera gradual para que el paciente utilice las habilidades que se le enseñan antes de enfrentarse al objeto o situación que le provoca ansiedad y es fuente de su fobia. Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual se puede aplicar de forma tradicional, en terapia de grupo o en terapia breve. Marchand, Roberge, Primiano, Germain (2009) describen en su estudio las diferencias en los resultados de cada uno de ellos. Aunque los resultados son positivos en la reducción de los síntomas de ansiedad, no presentan grandes diferencias. Solo la terapia breve mostró una diferencia positiva en el costo de la terapia en comparación con las otras 2. Además la terapia breve también tiene la ventaja de mostrar un ahorro tanto en el tiempo que se puede invertir en el número de sesiones, como también en el coste económico. En algunos casos hasta la mitad del número de sesiones de las que se necesitan en una terapia grupal o una terapia estándar.

Dentro de la terapia cognitivo-conductual se utilizan diferentes técnicas como relajación muscular, reestructuración cognitiva, y terapia de exposición gradual imaginaria o en vivo. Por separado son efectivas para tratar la ansiedad y fobias pero diferentes autores como Davey (1992), Halgin y Whitbourne (2004) o Barlow y Duran (2003) concuerdan que al implementarlas de manera conjunta, presentan mejores resultados, lo que se ve reflejado en un menor tiempo de terapia, en el costo económico y finalmente en el bienestar del paciente. Ya sea utilizando terapia cognitivo-conductual tradicional o estándar, terapia grupal o terapia breve, los resultados son eficaces al tratar las crisis de ansiedad y los diferentes tipos de fobias.

En estudios más recientes se examinó el uso del Internet como medio para aplicar terapia a distancia. Autores como Carlbring, Bohman, Brunt, Buhrman, Westling, Ekselius, Anderson (2006) y también Kiropoulos, Klein, Austin, Gilson, Pier, Mitchell, Ciechomski (2008) aplicaron experimentos donde se estudió el uso del Internet como herramienta de la terapia cognitivo-conductual. El Internet hace posible que los pacientes accedan a una terapia sin necesidad de salir de casa. Pacientes con agorafobia o que se les dificulta trasladarse hasta algún consultorio

pueden recurrir a este tipo de herramienta. Los resultados de ambos estudios indican una mejoría para los pacientes, tanto para los pacientes que tuvieron una terapia tradicional como los que estuvieron bajo la terapia por medio de Internet. La única diferencia que reportaron los pacientes fue que sentían más confianza al estar frente a un terapeuta que solamente interactuar con el por medio de una computadora. Sin embargo, no deja de ser una importante opción para el tratamiento el usar el Internet y tener terapias a través de Internet, sobre todo hay que considerar su uso para las nuevas generaciones que están mucho más cerca de las tecnologías y por ende, más acostumbrados a su uso en su vida diaria. Es recomendable que en un futuro pueda hacerse algún estudio acerca de la efectividad del uso de la tecnología y observar si hay cambios significativos en comparación con las terapias implementadas de manera tradicional.

Por el lado de la terapia farmacológica, existen muchos y diversos medicamentos para poder controlar los síntomas ansiosos. La terapia farmacológica ofrece quizá resultados más inmediatos ante los padecimientos de la ansiedad y la fobia, pero por desgracia, la sola medicación no es suficiente para tratar la fobia. Se ha visto que al paso del tiempo los medicamentos se vuelven indispensables y no hay manera de dejarlos sin que se corra el riesgo de sufrir una recaída. En otras ocasiones los medicamentos causan efectos secundarios y estos deben controlarse con otros medicamentos, dando lugar a un consumo diverso de fármacos que a futuro podrían traer consecuencias adversas para la persona. Se ha demostrado que los mejores resultados se obtienen al combinar la terapia farmacológica con otro tipo de terapia, por ejemplo la terapia cognitivo-conductual. Los fármacos ayudan a reducir los efectos de la ansiedad haciendo más sencillo que el paciente enfrente la terapia de exposición. Finalmente, se puede retirar gradualmente la medicación conforme el paciente se sienta cada vez más seguro de sí mismo además de los resultados positivos que vaya obteniendo de la terapia, hasta que el fármaco pueda ser retirado definitivamente.

Para la fobia social puede llegar a ser muy útil la terapia cognitivo-conductual, principalmente por el uso de la exposición y lo que esto representa

para los pacientes que sufren de fobia social ya que es el paciente quien presenta el miedo extremo a ser criticado o parecer avergonzado frente a los que lo rodean, esto es, una manera de exponerse a los otros.

Rodebaugh, Heimberg, Schultz, Blackmore (2010) utilizaron una técnica basada en una videograbación para trabajar en pacientes con fobia social, el resultado de que los pacientes se observaran en video recitando un discurso, el experimento buscaba que se sintieran preparados, cognitivamente hablando, para dar un segundo discurso con una menor ansiedad por hablar en público. El video puede funcionar como una forma de reestructuración cognitiva y aunque los avances eran mínimos, según los autores, implica una técnica interesante y además distinta para tratar la fobia social.

Al igual que con la agorafobia, la medicación de la fobia social se recomienda usarse como complemento de otra terapia, principalmente por los efectos secundarios que puedan presentarse y más importante dependiendo de cada paciente y su propia personalidad y situación.

Finalmente las fobias específicas pueden ser tratadas con la misma técnica cognitivo-conductual, pero a veces como en los anteriores tipos de fobias, la técnica de exposición en vivo puede resultar difícil o costosa dependiendo de la fuente de la fobia, por ejemplo, el sufrir de una fobia a volar. Para el paciente y terapeuta resultaría difícil llevar a cabo una técnica de exposición en vivo por el hecho del costo de un viaje en avión más de una vez. Afortunadamente, existe una terapia que tiene cierto tiempo de existencia pero sigue siendo una innovación. La terapia virtual puede dar la ventaja a los pacientes de encarar el objeto o situación temido sin tener que salir de casa o del consultorio. Esta técnica fue utilizada por Price y Anderson (2007) en un estudio donde se enfocaron en crear un ambiente virtual lo suficientemente real para que el paciente lograra sentir ansiedad a volar. El lograr un ambiente convincente es muy importante para que aparezca la ansiedad y así comenzar a trabajar en ella. Si el paciente logra sentirse igual de ansioso en el ambiente virtual como si estuviera en una situación real, podemos decir que la terapia virtual puede funcionar para tratar las fobias

utilizando la exposición sin tener que salir del consultorio. No se puede dejar de considerar que el costo económico puede ser mucho menor además de que la realidad virtual nos permite estar frente a cualquier lugar, situación u objeto atemorizante que necesite cada paciente, por extraño o difícil que sea. Esta es la ventaja de la realidad virtual, es capaz de crearse cualquier cosa, virtualmente hablando, pero lo que es más importante es que el ambiente creado llegue a ser tan convincente para el paciente que le haga sentir esa ansiedad incontrolable y con la cual pueda trabajar el terapeuta y paciente sin necesidad de transportarse al lugar temido o tener en vivo el objeto causante de la fobia.

Hay una gran cantidad de terapias para tratar las fobias, cada una tiene su particular forma de ser aplicada y cada especialista puede utilizar la que más le resulta o favorezca de acuerdo a su formación profesional. En lo personal me parece más adecuada la terapia cognitivo-conductual ya que incluye diferentes técnicas dentro de ella (por ejemplo la exposición) que por separado sí aportan resultados pero aplicadas en conjunto su porcentaje de éxito puede ser muy alto. El estudio de los trastornos de ansiedad y las fobias es algo que esta en constante cambio, gracias a los estudios y experimentos que se hacen día con día, actualizando la información y creando nuevos tipos de técnicas para tratar las crisis, trastornos de ansiedad y fobias y así ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes que padecen algún tipo de trastorno de ansiedad.

6 CONCLUSIONES

El miedo, además de ser una de las emociones básicas, tiene una función muy importante para cualquier persona, ya sea para protegerla, para huir o para enfrentar aquella situación que produce miedo. Sin embargo, en esta sociedad moderna donde la prioridad es la seguridad se creería que muy pocas cosas ocasionan miedo o llegan a ser una amenaza para las personas, pero la realidad es distinta. Con la llegada de nuevas tecnologías también llegaron nuevos temores, miedos o amenazas como por ejemplo, el miedo a volar o a quedarse solo, junto con aquellos temores antiguos, es toda una gama que la persona esta lejos de tener una seguridad completa.

Todas las personas han sentido miedo o ansiedad por alguna situación u objeto en algún momento de la vida, sin embargo, solo unos cuantos han llegado a sentir ese miedo extremo y las fobias en cualquiera de sus distintas manifestaciones. La fobia, a diferencia del miedo, es totalmente incapacitante y realmente llega a ser muy difícil de manejar por parte de quien la padece y las personas que lo rodean ya que principalmente no cumple ninguna función adaptativa como el miedo, en su lugar logra que la persona vea afectada su vida entera, sus actividades y todo lo que lo rodea. Estos malestares se manifiestan tanto de forma física, como por ejemplo, taquicardia, sensación de mareo, etcétera y de forma psicológica como por ejemplo, tener pensamientos de miedo a morir o de sufrir un ataque cardiaco. Cabe recordar el efecto del círculo vicioso que se crea a partir de esto. Cuando la persona siente el primer episodio de ansiedad o pánico, se manifiestan síntomas tanto físicos como psicológicos que hacen que la persona tema que vuelvan a aparecer si se está en la misma situación nuevamente o se encuentra con el objeto causante de ansiedad en otra ocasión, por lo tanto, trata de evitar estos encuentros, lo que ocasiona que el círculo se forme: "si evito esto, dejare de sentir ansiedad pero mi vida se vera poco a poco más cercada y dejare de hacer y asistir a lugares para evitar sentir esa ansiedad".

Se examinaron los tres grupos en los que se dividen las fobias: la agorafobia con o sin ataques de pánico, fobia social o ansiedad social y fobia específica, en estos grupos entran todos los diferentes tipos de fobias y

dependiendo de sus síntomas es como serán evaluados y ubicados dentro de cada grupo.

Para conocer el origen y características de los principales tipos de fobia se observaron las diferentes definiciones teóricas que hacen referencia al origen de las fobias. Esto nos dio un panorama para conocer sus orígenes y después observar la diversa cantidad de tratamientos que existen para atender al trastorno fóbico, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, una terapia breve o también una terapia psicodinámica. Cada una tiene como objetivo disminuir y desaparecer la ansiedad extrema provocada por una situación, algún objeto o por un lugar en particular. Aun cuando sus métodos sean distintos, a veces de manera muy marcada, el objetivo final llega a ser el mismo. Dado que el objetivo final de cada teoría psicológica es el mismo, es curioso haber encontrado que algunas teorías psicológicas también tienen similitudes en cuanto al origen de las fobias, por ejemplo, el aceptar que existe una predisposición genética a la ansiedad o que la influencia parental juega un papel muy importante en la adquisición y mantenimiento de una ansiedad y su posible subsecuente desarrollo en una fobia.

En lo que respecta a la predisposición genética se piensa que estas personas presentan rasgos de personalidad ansiosa, es decir, que cuando ocurre algún evento estresante son más propensos a desarrollar algún tipo de miedo o ansiedad ante lo que le sucedió que las demás personas que no presentan la ansiedad como rasgo de su personalidad. Por otro lado la influencia parental tiene que ver con el modo de crianza de los hijos sobre todo si los padres tienen rasgos de ansiedad o presentan algún miedo o una fobia, son capaces de transmitir este miedo o ansiedad a sus hijos con la intención de protegerlo y cuidarlo de aquello que asusta a los padres, así los hijos son capaces de desarrollar algún tipo de fobia, tal vez no en la infancia pero sí en su vida adulta por alguna situación u objeto, por el hecho de ser más propensos a sufrir esto por la crianza parental que tuvieron.

Para cada tipo de fobia existe un tipo de tratamiento aunque la perspectiva teórica sea diferente. Tratamientos como desensibilización sistemática,

inundación, terapia familiar, terapia breve, son comunes y muy utilizadas para mejorar y aliviar los síntomas causados por las fobias. Actualmente el uso de la tecnología ha logrado convertirse en una herramienta muy útil para el tratamiento de las fobias. Técnicas como la terapia virtual, el uso telefónico como soporte y ahora el uso del Internet para el tratamiento de las fobias, hace posible que prácticamente cualquier persona pueda tener acceso a cualquier terapia psicológica que mejor se acople a ellos y así conseguir un tratamiento adecuado para sus malestares. Antes para acceder a una terapia era necesario trasladarse al consultorio del psicólogo o psiquiatra, en un hospital o que el mismo especialista tuviera que ir al domicilio de las personas, sobre todo para aquellas que presentan una agorafobia y les es muy difícil salir y transportarse fuera de casa. Hoy en día es posible que puedan tener una terapia por medio del Internet con sesiones programadas, tareas fundamentadas y con apoyo remoto y telefónico de parte de psicólogos calificados. Es necesario seguir observando y estudiando el uso de estas tecnologías aplicadas en el tratamiento de los ataques de ansiedad y las fobias ya que podrán llegar a ser mucho más útiles dado el mayor acceso a la tecnología que día con día se incrementa más en las personas.

El miedo, la ansiedad y las fobias siempre existirán y quizá hasta se descubran nuevos tipos de fobias, por eso es importante la información y que los tratamientos estén siempre presentes. Las nuevas investigaciones sobre los nuevos métodos y tecnologías, harán posible que mayor número de personas tengan acceso a los tratamientos, pensando en las nuevas generaciones que utilizan Internet u otros medios tecnológicos, así, todas aquellas personas que padecen o lleguen a padecer algún tipo de fobia puedan estar seguras que su malestar, su dolor, tiene solución y que recibirá la ayuda necesaria siempre y cuando este dispuesta a dar el primer paso que es aceptar que su miedo es tan extremo que le impide seguir con sus actividades y en general con su vida habitual.

7 BIBLIOGRAFÍA

- Alden, L. Taylor, C. Laposo, J. Mellings, T. (2006) Impact of Social Developmental Experiences on Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Social Phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (1) 7-16
- Aubert, J. Doubovy, C. (1993) **"Mama tengo miedo"** Guía para madres ansiosas. Barcelona. Gedisa
- Ayuso, J. Salvador, C. (1992) **Manual de psiquiatría**. Madrid, McGraw hill.
- Bados, A. (2006) **Pánico y agorafobia**. Madrid, Pirámide
- Barlow, D. Duran, M (2003) **Psicopatología**. Madrid, Paraninfo
- Biennu, J. Hettema, J. Neale, M. Prescott, C. Kendler, K. (2007) Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia and animal phobia. *American Journal of Psychiatry*. 164, (11) 1714-1721
- Busch, F. Coope, A. Klerman, G. (1991) Neurophysiological, cognitive behavioural and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration. *Psychoanalytic inquiry*. 11, 316-332
- Caballo, V. (1995) **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos volumen 1**. Madrid, siglo XXI
- Cairney, J. McCabe, L. Veldhuizen, S. Corna, L. Streiner, D. Herrmann N. (2007) Epidemiology of Social Phobia in Later Life. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 15(3) 224-233

- Carlbring, P. Bohman, S. Brunt, S. Buhrman. M. Westling, B. Ekselius, L. Anderson, G. (2006) Remote Treatment of panic disorder: A randomized Trial of Internet-Based Cognitive-Behavior Therapy Supplemented with Telephone Calls. *The American Journal of Psychiatry*, **163** (12) 2119-2125
- Calhoun, C. Solomon, R. (1989) *¿Qué es una emoción?: lecturas clásicas de psicología filosófica*. México, Fondo de cultura económica
- Capafons (2005) *Tratamiento de las fobias específicas*. Madrid, Pirámide
- Cía, A. (2004) *Trastornos de ansiedad social: manual, diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Polemos
- Cornejo, S. Brick, L. (2003) *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Buenos Aires. Panamericana
- Davey, G. C. (1992) Classical Conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature advances. *Behaviour Research and therapy*. **14**, 29-66
- Davidson, J. Nemeroff, C.B. (1989). Pharmacotherapy in PTSD: Historical and clinical considerations and future directions. *Psychopharmacology Bulletin* 422-425
- Davison, G. (1983) *Psicología de la conducta anormal*. México, Limusa
- Echeburua, E. (1993) *Avances en el tratamiento de los trastornos psicológicos de ansiedad*. Madrid, Pirámide.

Eynseck, H. Eynseck M.W. (1985) ***Personality and individual differences: a natural science approach***. New York, Plenum.

Flaherty, J. Channon, R. (1981) ***Psiquiatría***. México, Panamericana

Friedman, M. (1990) **Interrelationships between biological mechanism and pharmacology of post-traumatic stress disorder**, In: M.E. Wolfe, A.D. Mosnaim *Postrumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment*, Washington DC: American Psychiatric Press. 1990:204-225

Galassi, F. Quercioli, S. Charismas, D. Niccolai, V. Barciulli, E. (2007) Cognitive-Behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. ***Journal of Clinical Psychology***, 63 (4) 409-416.

Gabbard, G. (2002) ***Psiquiatría psicodinamica en la practica clínica***. Buenos Aires, Panamericana

Gandara y Rocañin. (1999) ***Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento***. Madrid, Pirámide.

Gelder, M. (1993) ***Psiquiatría***. México, Mcgraw hill

Gregory, A. Caspi, A. Moffitt, T. Koenen, K. Eley, T. Poulton, R. (2007) Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. ***The American Journal of Psychiatry***. 164, (2): 301-308

Halgin, P. Whitbourne, S. (2004) ***Psicología de la anormalidad***. México, Mc graw hill

Jeammet, Ph. Reynaud, M. (1982) **Manual de psicología medica**. Barcelona, Masson

Kagan, J. (1997) **Temperament and the reactions to unfamiliarity**. *Child Development*. Oxford. John Wiley.

Kaplan, H. (1987) **Compendio de Psiquiatría**. Barcelona, Salvat

Kiropoulos, L. Klein, B. Austin, D.W. Gilson, K. Pier, C. Mitchell, J. Ciechowski, L. (2008) Is Internet-based CTB for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CTB? *Journal of Anxiety Disorder*. **22** 1273-1284

Kolb, L. (1988) **Psiquiatría clínica**. México, Interamericana

Liebowitz, M.R. (1991). **Psychopharmacological Management of Social and Simple Phobias**. En W. Coryell y G. Winokur (Eds), The Clinical Management of Anxiety Disorders. New York: Oxford University Press.

Loosli-Usteri (1982) **La ansiedad en la infancia**. Madrid. Morata

Maciá, D. García-López, L. (1995) Fobia social: Tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño n=1. *Anales de Psicología*. **11**(2), 153-163

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. (2002) Barcelona. Masson

Marchais (1985) **Procesos psicopatológicos en el adulto**. México, La prensa medica

- Marchand, A. Roberge, P. Primiano, S. Germain, V. (2009) A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-years follow-up. ***Journal of Anxiety Disorders***. **23**, 1139-1147
- Marks, I.M. (1991) ***Miedos, fobias y rituales***. Barcelona, Martínez roca
- Meichenbaum, D. (1987) ***Manual de inoculación de estrés***. Barcelona. Martínez roca
- Nardone, G. (2004) ***No hay noche que no vea el día. La terapia breve para los ataques de pánico***. Barcelona, Herder.
- Nedic, A. Zivanovic, O. Lisulov, R. (2011) Nosological status of social phobia: contrasting classical and recent literature. ***Current Opinion in Psychiatry***. **24**, 61-66
- Price, M. Anderson, P. (2007) The role of presence in virtual reality exposure therapy. ***Journal of Anxiety Disorders***, **21** 742-751
- Rapee, R. Coplan, R. (2010) ***Conceptual relations between anxiety disorders and fearful temperament***. *New Directions in Child Development*.
- Reichborn-Kjennerud, T. Czajkowski, N. Torgensen, S. Neale, M. Orstavik, R. Tambs, K. Kendler, K. (2007) The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: A population-based twin study ***The American Journal of Psychiatry***. **164** (11) 1722-1728
- Reynaud, J. (1982) ***Manual de psicología médica***. Barcelona-México, Masson

- Rodebaugh, T. Heimberg, R. Schulz, L. Blackmore, M. (2010) The moderated effects of video feedback for social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder. 24*, 663-671
- Roy-Byrne, P. Cowley, D. (1998) *Pharmacological treatment of panic, generalized anxiety, and phobic disorders*. Oxford, University Press
- Sassaroli, S. (2000) *Miedos y fobias: Causas, características y terapias*. Barcelona, Paidós
- Saiz, J. (2001) *Trastorno de angustia crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona, Masson
- Spielberg (1980) *Tensión y ansiedad*. México, Harper Row latinoamericana
- Stein, D. Hollander, E. (2004) *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona, Ars Médica
- Vallejo, M. (1998) *Manual de terapia de conducta*. Madrid. Dykinson
- Vassilopoulos, S. P. (2004) Anticipatory processing in social anxiety. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 32*, 285-293.
- Vassilopoulos, S. Ph. (2008) Coping strategies and anticipatory processing in high and low socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders. 22*, 98-107
- Vidal, Alarcón y Lolas (1995) *Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría*. Buenos Aires, Panamericana

Weeks, M. Coplan, R. J. Kingsbury, A. (2009) The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. ***Journal of Anxiety Disorders, 23*** 965-972

Wolpe, J. (1993) ***Practica de la terapia de la conducta***. México, Trillas