



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*UNA SESIÓN DE EXPOSICIÓN PARA EL
TRATAMIENTO DE LA FOBIA ESPECÍFICA EN
NIÑOS*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

CINTHIA ALEJANDRA GONZÁLEZ PATIÑO

JONATHAN AIME PAREDES GARCÍA

DIRECTORA

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

REVISORA

DRA. ELDA ALICIA ALVA CANTO



Ciudad Universitaria, D.F.

Febrero, 2012

"Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, IN304610 La concepción dimensional de la ansiedad/depresión adolescente. Agradecemos a la DGAPA-UNAM la beca recibida."



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.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma Mater. La Universidad Nacional Autónoma de México

Por darnos la oportunidad de crecer, tanto personal como profesionalmente y por permitirnos ser parte de la mejor Universidad de México, cuna de excelentes profesionistas.

A la Facultad de Psicología

Por la formación profesional que recibimos durante estos años, esperamos que nuestro trabajo contribuya al conocimiento y crecimiento de nuestra profesión.

A la Dra. Laura Hernández Guzmán

Por guiar nuestra formación profesional, por tu excelente y valiosa guía en la dirección de esta tesis y ser un ejemplo, tanto personal como profesionalmente; por acompañarnos durante esta etapa brindándonos siempre tu orientación con profesionalismo ético. Gracias por tu noble esfuerzo, dedicación y compromiso.

A la Dra. Graciela Bermúdez

Por todo el apoyo que siempre nos proporcionó, por sus comentarios y ayuda.

A nuestra revisora y sinodales

Dra. Elda Alicia Alva Canto, Mtra. María Fayne Esquivel Ancona, Mtra. María Cristina Heredia y Ancona, Lic. Noemí Barragán Torres; Gracias por sus observaciones, comentarios y valiosas aportaciones.

Y muy especialmente a los participantes de este estudio

Que cambiaron sus miedos por fortalezas y con ello permitieron adentrarnos en el conocimiento de la fobia. Gracias por darnos su confianza, sin ustedes este trabajo no sería posible.

A todas las personas que de alguna forma cooperaron en la realización de este trabajo.

¡A todos ellos muchas Gracias!

DEDICATORIAS

Con amor:

A mis padres

A mis hermanos

A Gustavo y Chimali

Tlazocamati

Cinthia

Este trabajo está dedicado...

A mis padres...

...Guillermo † y Teresa † por darme la vida; y Martin y Clemen por guiarme en ella. Gracias por sus consejos, su cariño, la paciencia y el apoyo que me brindaron para culminar mi carrera profesional. *¡Gracias por siempre confiar en mí y hacerme una persona responsable!*

A mis Hermanos...

...Edgar, Elena y Pavel por siempre estar a mi lado, por su apoyo, cariño y comprensión. Gracias por los momentos inolvidables que hemos vivido y por ser parte fundamental de mi vida.

A Rebeca...

...Por tu invaluable apoyo, consejos, comprensión y por acompañarme en uno de los procesos más importantes de mi vida, apoyándome y motivándome a cumplir mis metas y sueños personales y profesionales, por nunca claudicar durante este proceso y por estar siempre que te he necesitado. *¡Muchas gracias por tu infinito cariño y confianza!*

A mis amigos...

...Angeles, Paty, Rosalba, David, Hugo y Marco; por su apoyo, amistad incondicional y por estar siempre presentes. Gracias por sus consejos y palabras de aliento en los momentos difíciles y por los gratos momentos que han marcado diversos aspectos de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado, directa o indirectamente, para concluir este trabajo...

Rebeca, Humberto, Laura, Rafael, Anel, Juan, Miguel y todas aquellas personas, que no puedo enumerar por cuestiones de espacio, pero que han ayudado de muchas maneras a la conclusión de este trabajo.

¡A todos ustedes, muchas gracias!

Jonathan

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Ansiedad	4
Definición	4
Ansiedad en niños	5
Diferencia entre ansiedad, angustia y estrés	7
Trastornos de ansiedad	8
Clasificación de los trastornos de ansiedad	9
Curso y prevalencia.	10
Etiología	11
Capítulo II. Fobia	14
Prevalencia	18
Etiología de la fobia específica	20
Fobia específica en niños.	25
Capítulo III. Tratamientos para la fobia específica	28
Tratamiento de una sesión en vivo mediante la exposición rotativa activa	28
Tratamiento de exposición mediante la realidad virtual	29
Exposición mediante desensibilización sistemática	30
Tratamiento de exposición mediante imaginación guiada.	31
Tratamiento mediante exposición interoceptiva	32
Tratamiento mediante modelamiento	33
Tratamiento con técnicas cognitivas	34
Tratamiento mediante tensión muscular aplicada	35
Tratamiento farmacológico	36
Capítulo IV. Tratamiento de 1 sesión de exposición	39
Tratamiento de 1 sesión de exposición de Lars-Göran Öst aplicado en niños	39
Sesiones de evaluación	39
Sesión de exposición en vivo	41
Sesiones de seguimiento y mantenimiento	42
Capítulo V. Método	44
Participantes	44
Diseño	44
Materiales	44
Instrumentos	44
Procedimiento	46
Capítulo VI. Discusión	76
Referencias	81

RESUMEN

El miedo es una respuesta adaptativa natural que todos los seres humanos poseen desde su nacimiento, misma que permite evitar o escapar de situaciones percibidas como peligrosas. Cuando el funcionamiento de la persona se ve afectado por una respuesta ansiosa extrema y desproporcionada con respecto al peligro real que representa el estímulo, se habla de una fobia específica.

El propósito de la presente investigación fue observar qué tan exitoso es el tratamiento de una sesión de exposición para la fobia específica (Öst, 1989) mediante el estudio de 6 réplicas directas (Sidman 1960) de sujetos entre 7 y 12 años de edad diagnosticados con fobia a las arañas, a los perros y a la oscuridad.

Este tratamiento para la fobia específica consta de una sesión de máximo tres horas, en las que se emplean la exposición en vivo, el modelamiento, el reforzamiento, un programa de mantenimiento y evaluaciones pre y post-tratamiento. La comparación entre la evaluación antes y después del tratamiento mediante la Prueba de Aproximación Conductual (PAC) mostró un aumento de las conductas de aproximación al estímulo fóbico. En el Child Behavior Checklist (CBCL), la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS) y el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) se observó una disminución de la ansiedad. Se concluye que el tratamiento es exitoso ya que los seis casos mostraron una conducta adaptativa frente al estímulo fóbico.

INTRODUCCIÓN

Durante su desarrollo y maduración los niños experimentan una gran cantidad de miedos, la mayoría transitorios, de intensidad leve y propios de esta etapa del crecimiento, los cuales forman parte de la adaptación. Sin embargo, bajo diversas circunstancias, algunos persisten durante años, pudiendo derivar en una fobia específica (Hoffmann, Lehman & Barlow, 1997; Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Öst, 1987, 1989).

En muchas ocasiones los padres no prestan suficiente atención al desarrollo de los miedos de sus hijos y, a veces, son ellos quienes los mantienen o eliminan. El manejo inadecuado de los miedos podría derivar en fobia específica, y extenderse a la adolescencia e incluso a la edad adulta (Méndez et al., 2001; Öst, 1987).

El problema con la persistencia de los miedos infantiles es que causan un malestar clínicamente significativo para el niño. Sin embargo, no sólo se ven afectadas las actividades del niño, sino también las de su familia. Puesto que el niño desarrolla habilidades para evitar la situación temida, éstas pueden interferir con las actividades del resto de la familia y ocasionar conflictos a su interior (Méndez et al., 2001).

La prevalencia de la fobia específica en México varía desde el 3.5% hasta el 24.3% en población general. La edad promedio de inicio es entre los 9 y los 16 años con una amplitud que va desde los 3 a los 67 años, por lo que se calcula que las fobias tienden a ser crónicas con una duración promedio entre 24 y 31 años. Se presentan con más frecuencia en mujeres, diferencia que se mantiene hasta edades posteriores (Caraveo-Anduaga et al. 2002).

En cuanto al tratamiento, la investigación de resultados apunta hacia las técnicas de exposición en sus diferentes versiones como los procedimientos más eficaces para su tratamiento. El tratamiento conductual implica presentar los estímulos fóbicos hasta eliminar las respuestas fóbicas adquiridas. Éste debe incluir la introducción de diversos elementos o apoyos que fomenten la colaboración del paciente, faciliten su participación en la terapia y consigan el objetivo terapéutico (Méndez et al., 2001). A través de la investigación de resultados relacionada con la eficacia y eficiencia de los diferentes tratamientos para la fobia específica, las técnicas de exposición en combinación con el modelamiento han mostrado mejores resultados después del tratamiento y seis o más meses después (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969; Öst, 1989, 1997).

Para este estudio se evaluaron a los niños de dos colegios públicos de zonas marginadas de la Ciudad de México. Se seleccionaron a los que puntuaron más alto que el punto de corte de la escala de *Ansiedad/depresión* del *Children Behavior Check List (CBCL/6-18)* (Achenbach y Rescorla, 2001). Los seleccionados respondieron posteriormente al Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) y se sometieron a una entrevista diagnóstica semiestructurada. También se entrevistó a sus padres o tutores para establecer el diagnóstico. Varios niños cumplieron con el criterio diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV-TR de la fobia y de ellos se seleccionaron 6 niños (dos con fobia a las arañas, dos con fobia a los perros y dos con fobia a la oscuridad) para participar en éste estudio.

Se trabajó con la fobia a las arañas y a la oscuridad debido a que son las de mayor incidencia en los niños de edades tempranas (Muris et al., 2000; Ollendick, King y Frary, 1989). Y también se trabajó con fobia a los perros debido a que ésta ha sido poco estudiada.

La presente investigación se enfocó en revisar la relación existente entre la ansiedad y fobia específica, sus características clínicas en niños y la importancia de un tratamiento adecuado y oportuno.

Su organización es la siguiente:

En el primer capítulo se presenta una revisión general de las definiciones de ansiedad, angustia y estrés, una revisión general del desarrollo del concepto de ansiedad desde diferentes perspectivas teóricas, sus manifestaciones, clasificación, curso, prevalencia y etiología.

En el segundo capítulo se hace una revisión del concepto de fobia, sus características, manifestaciones, prevalencia, etiología y características clínicas en niños y adolescentes. El objetivo de este capítulo es identificar la importancia de atender las primeras manifestaciones de miedo y ansiedad, y como es que de un miedo infantil puede desarrollarse una fobia específica en etapas subsecuentes del desarrollo.

En el tercer capítulo se revisa la literatura de investigación relacionada con los diferentes tratamientos de la fobia específica en niños, adolescentes y adultos, para indagar sobre las características de las principales formas de intervención. En el cuarto capítulo se describe el tratamiento de una sesión de exposición de Lars-Göran Öst (1989), sus objetivos, características y su aplicación en niños.

El quinto capítulo aborda la metodología empleada en la presente investigación. Se describe los participantes, el procedimiento empleado y los resultados de cada réplica.

Finalmente se discuten los resultados de la presente investigación, sus alcances y limitaciones, así como algunas sugerencias para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

ANSIEDAD

DEFINICIÓN

A lo largo de la historia el concepto de ansiedad ha tenido diferentes significados. Actualmente se define como un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales en respuesta a estímulos internos y externos, que aluden a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro inminente (Sierra, 2003).

La ansiedad forma parte de la existencia humana, todas las personas la sienten en un grado moderado. La filosofía de la crisis la denominó ansiedad existencial, según esta corriente del pensamiento, proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá. Ésta fue analizada principalmente por los filósofos existencialistas: Kierkegaard, Heidegger, Jean-Paul Sartre, Albert Camus, Unamuno, Gabriel Marcel, etc. (Rojas, 2002).

Por otra parte, uno de los primeros estudiosos del tema, S. Freud, definió la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por aprehensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para la persona. Concibió a la ansiedad como resultado de la percepción por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1929).

Freud 1929 definió a la angustia como algo que sentimos de carácter displacentero, de lo que surgen sensaciones que afectan a los órganos respiratorios y el corazón. Distinguió tres tipos de angustia.

Definió la angustia real u objetiva como una respuesta frente a un objeto real externo, la cual inicia en el nacimiento, mientras que la angustia moral está asociada a un sentimiento de vergüenza y culpa, que es resultado de un conflicto entre el yo y el superyó, finalmente la angustia neurótica en la cual la amenaza consiste en una elección instintiva del ello. La persona teme que un impulso incontrolable la domine y la lleve a cometer un acto o a tener un pensamiento que la perjudique. Las formas observables de este tipo de angustia son las fobias y las reacciones de pánico (Edelman, 1992).

Mientras Freud proponía que son los conflictos sexuales los que originan la angustia, Karen Horney la definió como una reacción del individuo ante amenazas reales o imaginarias. Subrayó que estos sentimientos también se originan en contextos no sexuales. En la niñez se presenta porque el niño necesita a los padres para sobrevivir. Inseguro de si seguirá obteniendo cuidados y protección constantes, desarrolla protecciones internas, o defensas que le dan satisfacción y seguridad, experimenta mayor ansiedad cuando estas defensas se ven amenazadas (Morris, 2001).

Las explicaciones más recientes indican que la ansiedad es una respuesta adaptativa que prepara al organismo para reaccionar ante una situación evaluada como peligrosa, las amenazas reales o imaginarias son las que provocan esta respuesta. En otras palabras; el origen de la ansiedad depende de la percepción de la persona ante determinada situación o estímulo y a la anticipación de la pérdida de control ante dicha situación (Edmund & Bourne, 1994).

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene un referencia explícita (Rojas, 2002). Es un sentimiento subjetivo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro no aclarado u objetivo (Gándara, Fuertes, 1999).

Epstein 1972 propuso que la ansiedad y el miedo se originan en el mismo sistema de defensa evolutivo, pero que difieren entre sí ya que el miedo es un motivo para el escape apoyando la acción de huida y la ansiedad constituye el miedo no resuelto, debido al bloqueo de la acción, es decir, a la imposibilidad para escapar.

Otras explicaciones definen el miedo y la ansiedad como una respuesta biológicamente adaptativa, que se modula y modifica por aprendizaje al interactuar y asociarse con diferentes contextos que enfrenta la persona a lo largo de su vida (Hernández-Guzmán 1999). Las diferencias individuales van a actuar directamente sobre la percepción de los factores estresantes causantes de que una situación sea o no ansiosa. Las diferencias entre los individuos pueden ser cognoscitivas, emocionales o motivacionales y son el resultado de la historia de vida de cada individuo, derivadas de las características genéticas y la constante interacción con el ambiente (Hernández-Guzmán, 1999). Esto explica por qué no todas las personas que se exponen a una misma situación la viven como fuente de ansiedad (Edmund & Bourne, 1994).

Finalmente el análisis funcional revela que la ansiedad depende de dos clases de estímulos:

- A) Externos. Estimulación física: insectos, precipicios, agua, heridas, etc., y situaciones sociales: hablar en público, iniciar o mantener conversaciones, asistir a fiestas, etc.
- B) Internos. El malestar es generado por los cambios psicofisiológicos, la preocupación por la propia reactividad o por el desempeño personal, etc. (Caballo & Simón, 2005)

ANSIEDAD EN NIÑOS

Se ha abandonado la idea de los estados internos inconscientes y se ha dado mayor importancia a las relaciones sociales precoces. La relación madre hijo se ha propuesto como prototípica. Se hizo énfasis en el estado interno de la madre, puesto que es ella quien transmite su propia ansiedad al niño quien aparece como una víctima secundaria (Bobes, 1999).

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

- Exacerbar o aminorarla;
- Mostrarle cómo modificar la situación o mostrársela como incontrolable;
- Aprobar su respuesta de afrontamiento o desaprobársela, es decir, modular su percepción de la situación y orientar sus respuestas ante situaciones futuras.

Seligman (1990) propone que dependiendo del éxito que tenga el niño controlando las situaciones ansiógenas desarrollará un estilo de afrontamiento. Enfrentándose a situaciones que generan ansiedad, las percibirá más, o menos controlables, las evaluará positiva o pesimistamente, y en consecuencia responderá adaptativamente o no.

Durante la niñez y la adolescencia, el miedo y la ansiedad se manifiestan en tres niveles: psicofisiológico, conductual y cognoscitivo, que se componen por diferentes respuestas, tal como lo muestra el siguiente análisis topográfico:

A) Psicofisiológicas: el denominador común es el notable incremento de la activación vegetativa, que se refleja principalmente en:

- Respuestas electrodérmicas: el aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas se manifiesta, sobre todo, en las palmas de las manos sudorosas, húmedas o pegajosas produciendo un incremento en la conductancia de la piel.
- Respuestas cardiovasculares: el aumento de las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones) eleva la presión arterial y la tasa de pulso. Los cambios en el flujo sanguíneo varían la coloración de la piel (enrojecimiento o palidez) y la temperatura (calor o frío súbitos). Por ejemplo, la vasoconstricción periférica desplaza sangre desde las extremidades a los músculos principales, disminuyendo la temperatura periférica, que se percibe como manos y pies fríos.
- Otras respuestas: aumento en tono muscular, que puede producir movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diferentes zonas del cuerpo; incremento en la tasa respiratoria, que se percibe como sensaciones de ahogo, acompañadas de suspiros; náusea y boca seca. (Caballo & Simón, 2005)

B) Conductuales o Motoras: El comportamiento motor infantil se dirige a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos desencadenantes:

- Respuestas de evitación activa: el niño lleva a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad.
- Respuestas de evitación pasiva: el niño deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten.
- Respuestas de escape: el niño se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social.
- Respuestas motoras alteradas: si las condiciones fuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.); además en niños pequeños se presenta llanto y onicofagia (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999).

C) Cognitivas: son pensamientos e imágenes mentales relacionados con la situación fóbica, que se presentan en forma de autoverbalizaciones catastróficas, preocupación excesiva, autoexigencia y sentimientos de derrota (Caballo & Simón, 2005; Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999):

- Percepción de estímulos amenazadores: el perro tiene un aspecto muy fiero, la oscuridad es peligrosa, etc.
- Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento: soy miedoso, no me atrevo, etc.
- Preocupación por las reacciones somáticas: ¿y si me desmayo?, ¿y si me mareo?, ¿y si vomito?, ¿y si me orino?, etc.
- Rumiaciones de escape/evitación: no pienso ir al dentista, en el recreo me marché a casa, etc.
- Expectativas de daño: el gato me arañará, me va a doler la inyección, etc. (Caballo, 2005).

Se observa que a lo largo del desarrollo natural, el individuo se enfrenta a muchos cambios, los cuales impactarán de manera diferente, dependiendo de la historia individual y la interacción con su medio (Hernández-Guzmán, 1999).

En conclusión, dependerá de las interacciones y/o modelos de los estilos de crianza de los padres o cuidadores, que el niño desarrolle sistemas de afrontamiento más o menos efectivos para resolver diferentes situaciones. Si de lo contrario, el niño percibe que no es capaz de resolver o de manejar una situación causante de ansiedad, las respuestas desadaptativas se generalizarán a otros contextos de interacción del niño, presentando problemas tanto sociales como intelectuales (Hernández-Guzmán, 1999).

DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD, ANGUSTIA Y ESTRÉS:

El concepto de ansiedad se ha utilizado ampliamente en la literatura psicológica, sin embargo ha adquirido diversos significados, empleándose indistintamente términos como angustia y estrés.

Ansiedad proviene del latín *anxietas* y se refiere a un estado de agitación e inquietud, mientras que la angustia, del latín *angustus* significa estrechez y angostura, lo cual se refiere a un sentimiento sensorial localizado en el cuerpo que se manifiesta en forma de presión en el pecho, de ahogo, de congoja, etc.

Se dice que la ansiedad activa, mientras que la angustia paraliza. La angustia tiene siempre manifestaciones somáticas más marcadas mientras que la ansiedad se desarrolla en un nivel psicológico fundamentalmente (Sierra, 2003).

La ansiedad suele referirse más a las vivencias y sentimientos que se manifiestan en forma de una espera incierta, inquietud, anticipación del peligro que puede ser real o no, sobresalto con una activación motora y menos visceral (Sierra, 2003).

La angustia produce una reacción, de paralización, bloqueo e inhibición. Los síntomas somáticos se expresan principalmente en la zona precordial, y en los territorios gástricos: taquicardia, opresión precordial, sensaciones vagas e indefinidas epigástricas, ardores etc. (Gándara, Fuertes, 1999; Rojas, 2002).

Por otra parte el término estrés hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobre esfuerzo por parte de la persona. (Sierra, 2003).

El estrés es claramente diferenciable de los conceptos de ansiedad y angustia al considerarlo como un resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es destacable al entenderla como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional. La angustia forma una amenaza a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica (Sierra, 2003).

La ansiedad es una respuesta que está presente en todos los seres humanos, se define como un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que se presentan frente a estímulos internos y externos, que aluden a un estado de agitación e inquietud caracterizado por la anticipación de un peligro inminente.

Ésta puede ser adaptativa o no, dependiendo del significado que tenga para la persona (Bogels & Zigterman, 2000; Ginsburg, La Greca & Silverman 1998) según su historia de vida, esto adquiere mayor importancia en edades tempranas, es en este momento en el que los padres se encuentran en la posibilidad de aminorarla, mostrándole como modificar y manejar la situación, lo cual servirá como experiencia previa para situaciones futuras. De no ser así, la ansiedad se exacerbará, por que percibirá la situación como incontrolable (Hernández-Guzmán, 1999).

Lo anterior nos lleva a pensar que probablemente ésta sea la razón de por qué la ansiedad es el trastorno que se presenta de forma más temprana en relación con cualquier otra enfermedad médica (Graff, 2001).

Como se mencionó anteriormente los padres desempeñan un papel muy importante en la aparición y desarrollo de la ansiedad en los niños, así mismo, se sabe que las niñas refieren más miedos, manifiestan niveles más altos de ansiedad y mayor prevalencia que los niños.

Se ha encontrado, además de las características genéticas y biológicas, que los padres que tienden a promover conductas de precaución y evitación, reforzando estas conductas con aceptación y confort cuando sus hijos las realizan, así como, los hijos de padres ansiosos y que provienen de familias cuyas relaciones son muy problemáticas, promueven niveles más elevados de ansiedad, sugiriendo así una transmisión de la ansiedad de los padres a los hijos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Cuando las reacciones cognitivas, fisiológicas y motoras son demasiado intensas, frecuentes o poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo, se considera un trastorno de ansiedad. Si estas manifestaciones dificultan el desarrollo de las actividades cotidianas se consideran patológicas (OMS, 1992). Edmond y Bourne (1994) indican que un trastorno por ansiedad:

- Es una respuesta muy intensa que incluye manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas.
- Es una respuesta de larga duración o que persiste durante varios días, meses o años; cada vez que se enfrente la situación ansiosa.
- Puede derivar en una fobia que interfiera con un ámbito o varios de la vida del individuo.

Algunos de los síntomas que caracterizan a los trastornos de ansiedad en los adolescentes son: inseguridad, preocupación, pensamientos negativos y temor anticipado ante determinadas situaciones, a veces acompañados de síntomas somáticos: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial; sensaciones de falta de aire y dificultades respiratorias; gastrointestinales tales como dolores abdominales, cólicos, sequedad de boca, transpiración, cefaleas y contracturas musculares (Serfaty, Zavala, Masaútis & Foglia, 2000).

En los niños los síntomas incluyen, además de las manifestaciones fisiológicas, expresiones conductuales como: respuestas de huida o evitación, onicofagia, temblores y más frecuentemente llanto; cognoscitivas como: autoverbalizaciones y pensamientos catastróficos, de preocupación excesiva, de autoexigencia, o de derrota (Hernández-Guzmán, 1999).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En 1952 La Asociación Americana de Psiquiatría publicó el primer manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM-I, por sus siglas en inglés Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. En un principio los criterios expuestos no fueron aceptados por todos los médicos, ya que en muchos de ellos seguían vigentes las ideas y las clasificaciones del psiquiatra alemán Kraepelin. En consecuencia del impacto causado por la primera edición, aparece en 1967 el DSM-II en el que la ansiedad se estudia como ingrediente esencial de las neurosis.

En 1980 aparece el DSM-III en el que se pasó del concepto de reacción, al de neurosis y de éste, al de trastorno. Así, quedaron delimitados los trastornos por ansiedad en dos apartados: los estados de ansiedad y los trastornos fóbicos. En el año de 1987 se publicó el DSM-III-R con la denominación de *ataque de pánico*, que sustituyó a la tradicional de *crisis de ansiedad* (Rojas, 2002). En la última edición, el DSM-IV-TR aparecen finalmente como trastornos de ansiedad:

- Crisis de angustia (Panic attack): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión miedo pavoroso o terror, acompañados generalmente de sensación de muerte inminente, falta de aliento, palpitaciones, opresión, malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control.
- Agorafobia: esta caracterizada por la aparición de ansiedad o conductas de evitación de lugares o situaciones en las que el escape puede ser difícil, o bien donde la persona no pueda encontrar ayuda en el caso de que se presente una crisis de angustia o síntomas similares.
- Trastorno de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia inesperadas que causan un estado de preocupación permanente en el paciente
- Trastorno de angustia con agorafobia: caracterizado por crisis de angustia y agorafobia inesperadas.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la aparición de agorafobia en individuos que no tienen antecedentes de crisis de angustia.
- Fobia específica: esta caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertos estímulos que tienen como consecuencia conductas de evitación.
- Fobia social: se caracteriza por la aparición de síntomas de ansiedad clínicamente significativos ante ciertas situaciones sociales o actuaciones en público que tienen como consecuencia conductas de evitación.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestares significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

- Trastorno por estrés postraumático: caracterizado por la reexperimentación de acontecimientos traumáticos debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada: está caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas de ansiedad considerados secundarios a los efectos fisiológicos directos a una enfermedad médica subyacente.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: caracterizado por síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de un fármaco o una droga.
- Trastorno de ansiedad no especificado: es aquel que acoge todos aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica y que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad anteriores.

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en el DSM-IV-TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil denominado trastorno de ansiedad por separación (DSM-IV-TR, 2000).

CURSO Y PREVALENCIA.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que, en el 2005, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México es de alrededor del 28.6% y se calcula que por lo menos 15 millones de mexicanos son víctimas de sus molestias en algún momento de su vida.

Los trastornos de ansiedad conforman la cuarta parte de comorbilidad psiquiátrica con una prevalencia del 10% al 62%, lo cual no resulta sorprendente ya que está asociada a enfermedades médicas crónicas (Wise & Taylor, 1990). La ansiedad es también el trastorno que se presenta en forma más temprana en relación con cualquier enfermedad médica (Graff, 2001).

En lo que se refiere a las diferencias por género, diversas investigaciones han señalado que las niñas refieren más miedos (Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; Hernández-Guzmán, 1999; King, Ollier, et al., 1989) y manifiestan niveles más altos de ansiedad y mayor prevalencia de trastornos de ansiedad que los niños (March, Sullivan & Parker, 1999; Muris, Merckelbach, Gadet & Meesters, 2000; Ollendick, 1983; Reynolds & Richmond, 1978).

También se han encontrado patrones dentro de las familias, donde en términos generales, los parientes en primer grado de las personas con trastornos de ansiedad tienen una mayor tasa de prevalencia que aquéllas con parientes sin trastornos de ansiedad (Pollock, Rosenbaum, Marrs, Miller & Biederman, 1995).

ETIOLOGÍA

Las explicaciones de las causas de la ansiedad se dividen en las que la atribuyen a factores biológicos, cognitivos y en las que lo hacen a factores familiares.

Factores biológicos

Desde el punto de vista biológico 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. Esta hiperactivación se traduce, en síntomas periféricos resultado de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (síntomas somáticos de la ansiedad) y en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral (síntomas psicológicos de la ansiedad) (Gándara & Fuertes, 1999).

Se ha demostrado que los niños con grados extremos de timidez, inhibición, introversión (quienes tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno por ansiedad) muestran una mayor activación de algunos circuitos del sistema nervioso central: el sistema reticular activador, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y el sistema nervioso simpático, quienes en conjunto responden a situaciones nuevas (Kagan, Reznick, Snidman 1987).

Una evidencia de la contribución genética para los trastornos de ansiedad proviene de los estudios hechos con gemelos. Thapar y McGuffin (1995) encontraron en una muestra de niños y adolescentes gemelos que los síntomas de ansiedad eran heredados en un 59%. También se encontró que las variables genéticas explicaban alrededor de una tercera parte de la varianza de los resultados de los autorreportes psicológicos y de la ansiedad social en gemelos de 7 años. Se descubrió que el factor hereditario explicaba mejor la ansiedad que el ambiental, a partir de los datos obtenidos de los informes de los padres. En cambio, según los de los adolescentes, los factores ambientales mostraron tener una influencia más significativa (Crawford & Manassis 2001).

En otros estudios, se ha encontrado que la genética tiene un grado de influencia en la manifestación de trastornos de ansiedad que varía entre un 10% (Eley & Stevenson, 1999) y un 44% (Kendler, et al., 1995), esta variabilidad puede explicarse por las diferencias metodológicas en los estudios, ya que dichos estudios pueden o no ser retrospectivos, puede tomarse en cuenta el informe de los padres, el de los niños o adolescentes y en otros ambos.

Factores cognitivos

Las teorías del desarrollo cognitivo consideran que la diferencia entre la ansiedad normal y patológica consiste en la forma en que se le interpreta, es decir, los síntomas de la ansiedad variarán en función de las distorsiones cognitivas existentes (Bogels & Zigterman, 2000; Ginsburg et al., 1998). Edelman (1992), propone que la anticipación de un resultado negativo puede influir en el desarrollo de la ansiedad y en algunas instancias puede ser el responsable de algunos tipos de conductas de rechazo.

El punto de vista más comprensible para explicar la influencia de los factores cognitivos en la ansiedad, es el propuesto por Beck y Emery (1979), donde se propone que los esquemas cognitivos y los pensamientos automáticos son típicos en los estados de ansiedad y desempeñan un papel crucial en el mantenimiento y desarrollo de los trastornos de ansiedad. Las características cognitivas de la ansiedad incluyen: proposiciones cognitivas o contenido, que se refieren a aquella información que se está representando y considerando en un

momento determinado; operaciones cognitivas que son los procesos y procedimientos por los cuales el sistema cognitivo funciona; estructuras cognitivas que pueden conceptuarse como una manera organizada en que la información se internaliza y representa en la memoria; y los productos cognitivos son el resultado de la interacción mediante la operaciones, del contenido dentro de la estructura (Edelman, 1992).

Beck y Emery 1985, menciona que primero el individuo percibe la amenaza, esto activa los esquemas cognitivos que evaluarán y asignarán un significado al evento. Aquí ocurren una serie de ajustes que adaptan los esquemas apropiados a una amenaza específica.

Factores familiares

Los trastornos de ansiedad son 54 veces más frecuentes en hijos de padres ansiosos que en los hijos de padres sin trastornos psiquiátricos (Beidel, Turner & Morris 1999). Estudios epidemiológicos señalan el alto grado de correlación de los trastornos de ansiedad en niños y sus familiares. Los hijos de padres con trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad (Biederman, Rosenbaum & Bloduc, 1991).

Las relaciones familiares problemáticas son más frecuentes en los niños ansiosos que en los niños no ansiosos y se han relacionado con el incremento de los desórdenes de ansiedad en la infancia (Manassis & Hood, 1998; Messer & Beidel, 1994). El funcionamiento familiar deficiente está relacionado con una infancia ansiosa, se sabe que las familias de niños ansiosos suelen involucrarse más, son más rechazantes, controladoras y menos cohesivas en comparación con las de los niños que no tienen ansiedad (Dadds, Barrett, Rappe & Ryan 1996; Rappe, 1997; Siqueland, Kendall & Steinberg, 1996; Stark, Humphrey, Crook & Lewis, 1990).

En ocasiones los padres refuerzan las conductas de inseguridad, evitación y ansiedad, lo cual puede desempeñar un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Dadds et al., 1996). Se ha encontrado también que los padres de niños ansiosos tienden a promover en ellos conductas de precaución y de evitación mediante el modelamiento de la conducta de evitación, hablando y dudando sobre las habilidades de sus hijos y proveyendo aceptación y confort cuando sus hijos realizan la conducta de evitación. Estos hallazgos sugieren que las relaciones parentales y el funcionamiento familiar pueden afectar los resultados de un tratamiento.

Los niños con padres ansiosos muestran elevados niveles de ansiedad sugiriendo así una transmisión familiar de la ansiedad, sin embargo, se desconoce si esta transmisión es hereditaria o ambiental (Bernstein & Borchardt, 1991).

Manassis (1994) encontró que el estrés parental afecta la calidad en el cuidado y las interacciones entre padres e hijos y la conducta infantil. El estrés parental también está relacionado con el desajuste escolar (Onatsu-Arvilommi, Nurmi & Aunola, 1998), y psicopatología infantil referida por los padres (Abidin, Jenkins & McGaughey, 1992). Abidin (1992) realizó un estudio longitudinal con niños de 1 y 4 años, en el que encontró que el género, el estrés vital (evaluado por Life Stress Events Scale of the Parenting Stress Index. PSI), características infantiles (PSI Chile Domain), y características maternas (Depression and Competence subescalas de PSI) explicaban un 39% de la varianza del ajuste en niños de 4 años de acuerdo a lo referido por las madres.

Se examinó la psicopatología de los padres y el ambiente familiar en niños con algún trastorno de ansiedad (Messer & Beidel, 1994). Y se encontró que los padres de niños ansiosos

mostraban más síntomas patológicos obsesivos compulsivos y depresivos que los padres de niños no ansiosos. Además los niños ansiosos tenían padres más controladores que promovían menos independencia. Postularon que el ambiente familiar afecta indirectamente la adquisición de la ansiedad, porque la psicopatología parental promueve más conflictos y menos cohesión en el hogar, que a su vez contribuye a mantener o no la ansiedad en el niño.

Otra explicación es la teoría conductual de sistemas de Novak (1998) que sugiere que tanto el individuo como el ambiente en el que actúa, se afectan mutuamente, según esta propuesta la manifestación de la ansiedad forma parte del repertorio biológico de los humanos en el papel adaptativo, evolucionando según el contexto del individuo (Hernández-Guzmán, 1999).

En conclusión, el miedo y la ansiedad son parte del mecanismo de defensa que protege la integridad de los organismos de aquellas situaciones amenazantes o peligrosas, preparando el cuerpo para dar una respuesta de evitación o huida. Estas respuestas se han grabado en el repertorio conductual de las personas, sin embargo, la interacción de las personas con el ambiente promueve que se aprendan respuestas emocionales ante estímulos nuevos. En consecuencia estas nuevas asociaciones, estímulo-estímulo y estímulo-respuesta, modifican las asociaciones filogenéticas y dan lugar a asociaciones en las que participan la percepción y la cognición (Foa & Kozak, 1986).

El desarrollo humano (ontogenia) está íntimamente relacionado con la evolución de las especies (filogenia). Así, la teoría conductual de sistemas de Novak (1998) sugiere que tanto la ontogenia como la filogenia recurren a la selección por contingencias como un agente de cambio. En otras palabras, tanto el individuo como el ambiente en el que actúa, se afectan mutuamente, a esto se le conoce como determinismo recíproco. De acuerdo con esta propuesta la manifestación del miedo y de ansiedad forma parte del repertorio biológico del organismo humano en el papel adaptativo, evolucionando según las circunstancias del ambiente del individuo (Hernández-Guzmán, 1999).

En ocasiones se usan indistintamente los términos miedo y ansiedad, ya sea porque no se conoce su significado, o porque no se entiende que aunque comparten algunas características y síntomas, hacen referencia a dos condiciones diferentes (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

La ansiedad es una respuesta adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, misma que prepara al organismo para reaccionar ante una situación evaluada como amenazante o peligrosa (Valiente, Sandín, Chorot & Tabar, 2003). Promueve una estrategia defensiva e incrementa el estado de alerta, la evaluación y la capacidad de reacción hacia los estímulos. La habilidad para responder física, conductual y psicológicamente enfoca la atención en el objeto o situación peligrosa, y posibilita el escape o confrontación de la amenaza. Cuando esta ansiedad se remite a estímulos específicos se habla de una fobia (Edelmann, 1992; Edmund & Bourne, 1994).

CAPÍTULO II

FOBIA

El miedo, hace referencia a una respuesta que se presenta ante un estímulo objetivo y amenazante que se activa cuando la persona se expone a la situación temida. Es decir, cuando el peligro es inminente (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Edelman, 1992; Méndez, et al., 2001).

Así mismo, el miedo constituye un sistema primitivo de alarma que nos ayuda a evitar situaciones potencialmente peligrosas y aunque es una emoción que se experimenta a lo largo de la vida, las situaciones temidas varían con la edad (Spence, 1997; Valiente, Sandín, Chorot, & Tabar, 2003).

De tal manera que dependerá del contexto, el desarrollo biológico y psicológico que desaparezcan unos miedos y aparezcan nuevos, necesarios para la adaptación a las demandas del medio ambiente (Spence, 1997).

Tradicionalmente la investigación de los trastornos de ansiedad se enfocaba en la emoción de miedo, pero recientes investigaciones sugieren que el “asco-repugnancia” (disgust) puede desempeñar un papel importante en la fenomenología de algunos trastornos de ansiedad, por ejemplo, la fobia a algunos animales como las arañas (Cisler, et al., 2007; Edwards & Salkovskis, 2006). Edwards y Salkovskis (2006) indican que el miedo incrementa las respuestas de “asco-repugnancia” en las fobias, pero este por sí mismo no aumenta la respuesta de miedo.

Cuando el miedo genera malestar clínicamente significativo, interfiere con el funcionamiento normal del niño y repercute negativamente en las áreas personal, familiar, escolar y/o social se considera una fobia como tal. (Hernández-Guzmán, 1999).

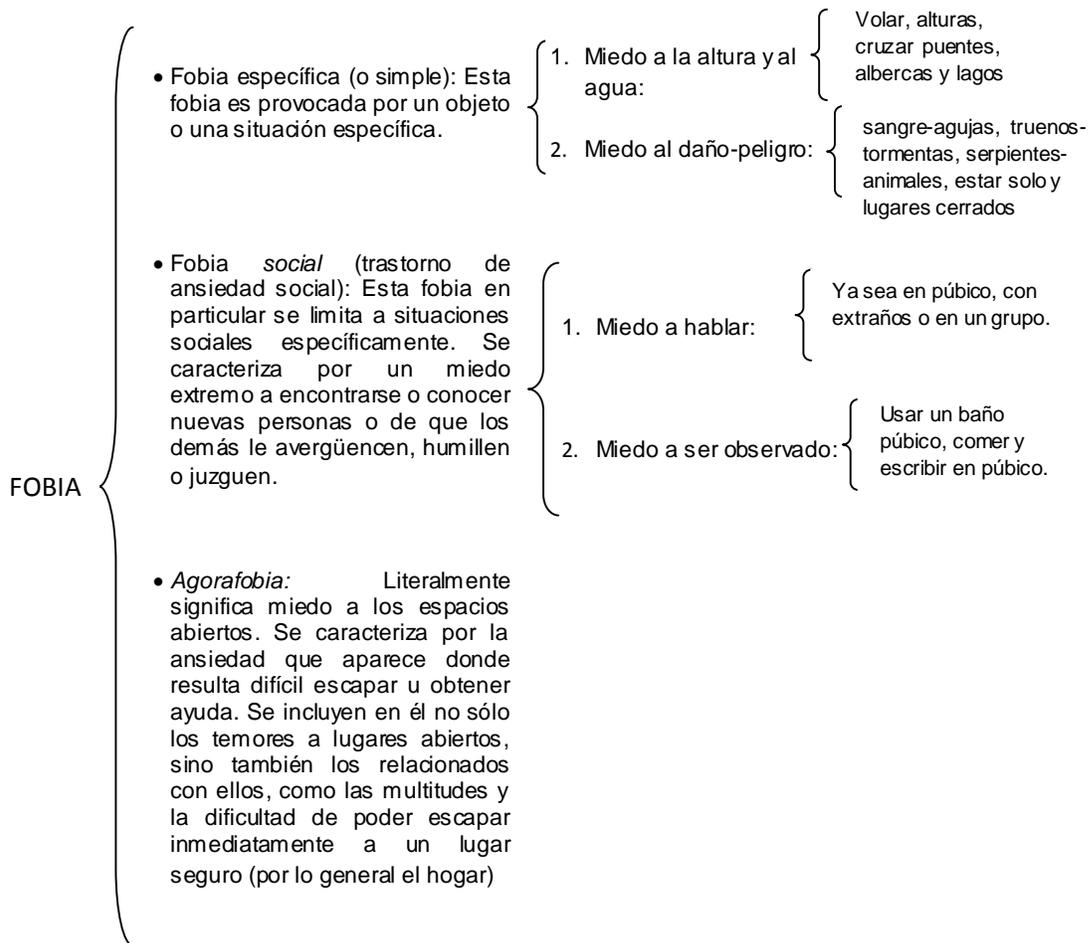
El término fobia proviene de la palabra griega *phobos* (miedo, pavor) y se utiliza en psicología para categorizar aquellos trastornos que implican la reacción de miedo intenso, acompañado de evitación, que presentan algunos individuos frente a estímulos o situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas ansiosas (Berstein & Borchardt, 1991).

La fobia específica se ha definido como un patrón complejo de respuestas de ansiedad, desproporcionadas y desadaptativas, provocadas por la presencia o anticipación de estímulos específicos fácilmente identificables (Méndez, et al., 2001). Se caracteriza por actividad simpática, respuestas de escape-evitación y evaluación de amenaza o peligro. (Cisler, Reardon, Williams & Lohr, 2007; Edwards & Salkovskis, 2006).

El DSM-IV-TR (2002) la define como un miedo persistente, excesivo e irracional desencadenado por la presencia o anticipación claramente discernible de una situación u objeto específico que se evita o se soporta a costa de un intenso malestar y que interfiere con el funcionamiento cotidiano del individuo.

Asimismo, Sosa y Capafóns (1995) definen a la fobia específica como un conjunto de reacciones de miedo centradas en objetos o situaciones concretas.

Según diversos autores las fobias se pueden dividir en tres tipos:



Cox, Lachlan, Mc Williams, Clara & Stein, 2003; *US Fed News Service, Including US State News, 2007*).

En presencia de un estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariable una respuesta de ansiedad, el nivel de la ansiedad o temor suele ocurrir en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico. En ocasiones, aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo fóbico, especialmente cuando la persona se ve obligada a permanecer en esa situación o cree que la huida es imposible. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria a situaciones fóbicas para el individuo, éstas suelen evitarse finalmente. Con menor frecuencia, el individuo permanece ante el estímulo o situación fóbica haciendo esfuerzos por evitar la aparición de una intensa ansiedad (DSM-IV-TR, 2002).

Otra característica de la fobia específica es la aparición de crisis de angustia, la cual se presenta en casi todos los trastornos de ansiedad.

Esta crisis, según el DSM-IV-TR (2002) se caracteriza por la aparición temporal de miedo o malestar intensos, acompañada de 4 o más síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca, alcanza su máxima expresión rápidamente (generalmente en 10 minutos

o menos), se presenta a menudo una sensación de peligro y de una urgente necesidad de escapar. Los síntomas somáticos o cognoscitivos están constituidos por:

1. Palpitaciones, elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náusea o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización o despersonalización
10. Miedo de perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo en todo el cuerpo)
13. Escalofríos o sofocaciones.

En suma, la fobia específica debe entenderse como respuestas fuertes e irracionales de miedo, relacionadas a algún evento o estímulo específico y claramente discernible en el ambiente o bien cuando se anticipa su aparición; también puede hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido (DSM-IV-TR, 2002); Las personas que padecen este trastorno presentan reacciones típicas de huida o evitación cuando se les confronta con el estímulo fóbico (Schmid-Leuz, Elsesser, Lohrmann, Jöhren & Sartory, 2007). La reacción de miedo es desproporcionada ante la situación o estímulo, aún cuando su presencia no sea señal de peligro inminente, es decir, dicha reacción es irracional (Buela-Casal, Sierra & Vera-Villarreal, 2001).

Los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV-TR (2002) para la fobia específica son los siguientes:

- a) Temor acusado, persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia de un objeto o situación específicos.
- b) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación específica.
- c) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional, pero no ocurre este reconocimiento en los niños.
- d) La (s) situación (es) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la (s) situación (es) temida (s) interfiere (n) acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o bien provocan malestar clínicamente significativo.
- f) En menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de por lo menos 6 meses.
- g) La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamiento de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno por ansiedad.

A simple vista pareciera que las fobias específicas son trastornos fácilmente identificables. Sin embargo, existen algunas dificultades al momento de delimitar sus características y de fijar sus límites (Méndez, et al., 2001; Odriozola, 1998; Sosa & Capafóns, 1995).

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

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

Los subtipos que establece el DSM-IV-TR (2002) para la fobia específica son los siguientes:

- 1) Tipo animal: el miedo hace referencia a animales o insectos, este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- 2) Tipo ambiental: el miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua, este subtipo suele iniciarse en la segunda infancia.
- 3) Tipo sangre-inyecciones-daño: el miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal, éste tipo de fobia suele iniciarse en la segunda infancia.
- 4) Tipo situacional: el miedo hace referencia a otras situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico mayor de incidencia en la segunda infancia y otro a la mitad de la tercera década de la vida.
- 5) Otros tipos: el miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre las que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los espacios abiertos, o el miedo que los niños tienen a sonidos altos o a las personas disfrazadas.

En algunos casos de fobia específica pueden presentarse dos o más tipos de fobias relacionados con alguna experiencia traumática o por la sucesión de eventos traumáticos (Essau, Conradt & Petermann, 2000).

Generalmente, los niños no pueden reconocer sus miedos como excesivos o irracionales. Sin embargo, su ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, parálisis o aferrarse a otras personas; el miedo a los animales y a otras situaciones ambientales son particularmente frecuentes, teniendo a menudo un carácter transitorio cuando aparecen en la infancia. El diagnóstico de fobia específica no puede asegurarse a no ser que estos temores den lugar a un

deterioro significativo de las actividades del niño, generalmente informado por sus padres o maestros (DSM-IV-TR, 2002).

En el sistema DSM-IV (1994), la categoría específica para trastornos de ansiedad en niños se suprimió de ambas ediciones del DSM-III (1980, 1987). A partir de ese momento el diagnóstico se ha realizado empleando los criterios establecidos para su evaluación en adultos con indicaciones acerca de su diagnóstico en niños. A pesar de los cambios semánticos realizados en el DSM-IV (1994), que se refieren a los trastornos de ansiedad, los criterios diagnósticos son compatibles entre ambas versiones. Por ejemplo: el trastorno de fobia simple cambió a fobia específica y el trastorno de ansiedad excesiva en niños a trastorno de ansiedad generalizada (Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

La investigación enfocada a cada uno de los trastornos de ansiedad constituye en sí misma toda una línea de investigación, que se enfoca principalmente a los adultos, aunque los trastornos de ansiedad se presentan inicialmente alrededor de los 7 años y uno de los principales problemas que se presentan son los miedos infantiles, los cuales pueden convertirse en fobias específicas (Medina-Mora, et al, 2003; OMS, 2001), aspectos por los que se justifica el estudio de la fobia específica en población infantil.

PREVALENCIA

La fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad más comunes en la población infantil y adolescente (Bernstein, Layne, Egan & Lara. 2005; Valiente, et al., 2003). Realizar un cálculo exacto de su frecuencia en la población general es complicado, debido a que los diferentes estudios existentes arrojan diferentes tasas de prevalencia. Los factores que pueden explicar esta diversidad son diversos, entre los más comunes se encuentran los de tipo metodológico, ya que existen importantes diferencias entre los estudios con relación a la forma de obtención de los datos, la forma de establecer los diagnósticos, y la confiabilidad y la validez de los instrumentos empleados. En particular para el trastorno de fobia específica un factor importante es que el grado de malestar puede ser tolerable si la exposición a la situación u objeto temido es poco frecuente o si dicha se evita con relativa facilidad (Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

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

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

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

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

En un estudio similar Cox, et al., (2003) seleccionaron 8098 individuos que habían respondido a la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS, por sus siglas en inglés). Estos individuos representaban una muestra multietápica, representativa y estratificada de personas no institucionalizadas con edades entre 15 y 54 años. Encontraron que los miedos más comunes eran: hablar en público (31.5%), animales y serpientes (22.7%) alturas (20.8%); y los miedos menos comunes comer en público (2.7%), y los lugares públicos (4.5%).

En México, Medina-Mora, et al. (2003) realizaron la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) basada en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional en 2500 habitantes de población general entre 18 y 65 años que vivían en zonas urbanas. El instrumento empleado en la encuesta incluía reactivos para los 23 trastornos que conforman el CIE-10 (1992). El 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los trastornos alguna vez en su vida. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). El análisis fino reveló que las fobias específicas fueron las más comunes (7.1%) seguidas de los problemas de conducta (6.1%). Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo; se informó que los tres principales trastornos para las mujeres fueron: la fobia específica, la fobia social y el episodio depresivo mayor, mientras que para los hombres fueron: dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

Caraveo-Anduaga, et al. (2002) realizaron un estudio con 1685 padres de familia entre 18 y 65 años, con el objetivo de estimar la prevalencia de los principales síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes. Se aplicó una entrevista diagnóstica a los padres para que informaran cuales eran las principales manifestaciones conductuales y emocionales por las cuales consideraban necesario la búsqueda de servicios de salud mental. Investigaron la presencia de 27 síntomas en cada uno de los hijos de 4 a 16 años que vivían con el padre entrevistado. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran los relacionados con la conducta y la ansiedad. Entre los que destacan, inquieto (19.4%), irritable (17.4%), nervioso o miedoso (16.4%), distraído (13.7%), entre otros. Los resultados de este estudio indican que cuando el miedo percibido por los padres de familia en sus hijos (niños o adolescente) es alto, consideran la posibilidad de buscar apoyo en los servicios de salud.

Finalmente, Bermúdez-Ornelas (2003) realizó un estudio en el que aplicó el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) y estableció un punto de corte conforme al DSM-IV (1994) en 23 síntomas a una muestra de 1681 niños y adolescentes entre 7 y 16 años. Dicho estudio demostró que el 27.8% podría cumplir con el diagnóstico de fobia específica.

En cuanto al sexo, la mayoría de los artículos revisados concluyen que las mujeres de cualquier edad, refieren más síntomas de fobia específica en particular a los animales, en comparación con sus coetáneos masculinos. La metodología empleada en cada uno, por lo general, es un análisis de diferencia de grupos o bien un análisis de frecuencias por sexo (Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999; Caraveo-Anduaga & Colmenares, 2000; Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; DSM-IV-TR, 2002; Essau, et al., 2000; Hernández-Guzmán, 1999; King, Ollier, et al., 1989; Manrique, et al., 2005; March, et al., 1999; Medina-Mora, et al., 2003; Muris, et al., 1999; Muris, Merckelbach, Gadet & Meesters, 2000; Ohayon, Shapiro, Psyc & Kennedy, 2000;

Ollendick, 1983; Reynolds & Richmond, 1978; Schaefer, et al., 2003; Spence, 1997; Spence, et al., 2001; *US Fed News Service, Including US State News, 2007*; Valiente, et al., 2003). Así mismo, se encontró que los niños refieren más síntomas y objetos de fobia específica que los adolescentes. La metodología empleada en la mayoría de los estudios revisados fue por medio de un análisis de frecuencias y posteriormente la comparación gráfica de los resultados (Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996; Essau, et al., 2000; Muris, et al., 1999; Valiente, et al., 2003).

En México, los resultados parecen coincidir con lo informado en otros países, Caraveo-Anduaga y Colmenares (2000) realizaron un estudio para determinar la prevalencia de fobia en adultos de 18 a 65 años. Aplicaron una encuesta polietápica y estratificada por sexo; el instrumento empleado fue el CIDI 1.1 y los algoritmos diagnósticos se crearon con base en el CIE-10. Encontraron que los trastornos de fobia prevalecieron más entre las mujeres, la prevalencia durante toda la vida fue mayor en mujeres de 35 a 44 años y en las mayores a los 55. Para la población con menos de 10 años de escolaridad, así como las personas divorciadas, separadas o viudas de ambos sexos, los diferentes tipos de fobia fueron más frecuentes.

ETIOLOGÍA DE LA FOBIA ESPECÍFICA

Aunque las causas de las fobias no se han establecido con claridad existen diversas hipótesis que pretenden explicarlas, la mayoría dando respuestas parciales al problema y en la mayoría de los casos se complementan con las demás.

Bandura, 1988 (Schmid-Leuz, et al., 2007) indica que la autoeficacia percibida por el individuo es un factor importante en la inducción de miedo durante situaciones potencialmente aversivas. Estas creencias de eficacia ocupan un papel mediador en el funcionamiento humano actuando como un filtro entre las habilidades, logros de la persona y su conducta. Asimismo, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y evitan aquéllas para las cuales se consideran ineficaces. Sin embargo, un funcionamiento competente requiere, tanto precisión en las autopercepciones de eficacia, como la posesión de habilidades reales (Bandura, 1997).

Las personas con baja autoeficacia también tienen una baja autoestima, y albergan pensamientos pesimistas acerca de sus logros y de su desarrollo personal. Un nivel alto de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y tranquilidad para afrontar situaciones difíciles. A partir del planteamiento original de Bandura, numerosos investigadores han encontrado que la autoeficacia se relaciona con una amplia gama de problemas clínicos, incluyendo las fobias, adicciones, depresión, habilidades sociales y asertividad (Manrique, Chia & Valdez, 2005).

Por muchos años las fobias infantiles se explicaron en términos de experiencias traumáticas y de condicionamiento clásico (Wolpe, 1990). De tal manera que explicar la adquisición de una fobia por medio de la teoría del condicionamiento clásico implica el reconocimiento de un estímulo incondicionado (EI), una respuesta incondicionada (RI), un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). La probabilidad de desarrollar un miedo condicionado aumenta por la exposición a objetos o situaciones temidas, y por la asociación entre estímulos incondicionados. Un estímulo neutro apareado con el estímulo incondicionado temido, adquiere las mismas propiedades de miedo, lo que lo convierte en un estímulo condicionado temido por asociación (Wolpe, 1990). De tal manera que las conductas de evitación desarrolladas por la

persona se mantienen mediante condicionamiento operante, en particular por el reforzamiento negativo (Edwards, et al., 2006). Sin embargo, algunos autores indican que la gran limitación de la teoría del condicionamiento clásico, es que no toma en cuenta que no todos los niños relacionan el inicio de su fobia con un estímulo o situación particularmente temida (Field & Lawson, 2003; King, Eleonora & Ollendick, 1998; Rachman, 1977) cabe resaltar que esto no necesariamente indica que no haya habido condicionamiento, puesto que podría no recordarlo.

Al identificar las limitaciones de la teoría del condicionamiento clásico, Rachman (1977) ha propuesto tres vías de adquisición de las fobias específicas: condicionamiento directo (experiencia de naturaleza traumática con el estímulo temido, por ejemplo, haber sido víctima de un ataque animal o crisis de pánico inesperadas en la situación que se convertirá en temida); modelamiento (experiencia indirecta con el estímulo o situación temida, por ejemplo, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor ante determinadas situaciones) y transmisión de información (instrucción acerca del objeto o situación temida por terceros significativos) (DSM-IV-TR, 2002; Field, et al., 2003; Kaplan & Sandock 1997; King, et al., 1998; Rachman, 1977; Sosa & Capafóns, 1995). Muchas veces los objetos o situaciones temidos suelen implicar aspectos que ciertamente pueden o han podido representar alguna amenaza en algún momento de la historia de la humanidad (DSM- IV-TR, 2002).

La metodología empleada para investigar la forma en la que la fobia fue adquirida se realiza mediante estudios retrospectivos. En los que se pide directamente a la persona con fobia que recuerde la primera experiencia de miedo intenso frente al objeto temido. El principal problema de esta forma de evaluación es que se debe confiar en la información que la persona proporcione, lo que en ocasiones no representa un registro fidedigno de los acontecimientos, debido a que la persona debe recordar algo que probablemente ocurrió años atrás. En el caso de los niños, son sus padres quienes proporcionan la información, pero en algunos casos ni siquiera ellos saben el origen de la fobia de sus hijos. Sin embargo, no se cuenta con otro método para conocer dicha información. En general, los estudios existentes al respecto evalúan tanto la percepción del niño como la de sus padres, y encuentran por lo general inconsistencias. No obstante, la investigación sobre las formas de adquisición de las fobias infantiles es escasa y los resultados varían considerablemente (Field & Lawson, 2003; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

Con el objetivo de investigar las principales vías de adquisición de las fobias, diversos autores han propuesto diferentes diseños y controles para que la información obtenida sea lo más próxima a la realidad. La variabilidad de los resultados informados por los diferentes estudios se relaciona a la validez y confiabilidad del informe retrospectivo de los participantes en los diferentes estudios (King, et al., 1998). La investigación en esta área de conocimiento es escasa, tanto en poblaciones adultas como infantil. A continuación se describen brevemente los estudios más importantes realizados en ambas poblaciones.

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

57.5% relacionó su fobia con el condicionamiento directo, el 17% señaló hacia el modelamiento, el 10.4% a la transmisión de información y el 15.1% restante no recordó el origen de su fobia.

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

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

En un estudio realizado por Doogan y Thomas (1992) con 30 niños entre 8 y 9 años de edad diagnosticados con fobia a los perros, se investigó la distribución de las vías de adquisición de la fobia específica propuestas por Rachman (1977). Completaron una versión simplificada del Fear Survey Schedule para adultos (Geer, 1965) con una escala de respuesta de 0 a 7, siendo cero nada de miedo. Los resultados indican que el 91% de los niños relacionan el inicio de su fobia con el condicionamiento clásico, el 82% con la transmisión de información y el 73% con el modelamiento. Con base en los resultados concluyeron que el condicionamiento clásico era la principal vía de adquisición de la fobia específica. Sin embargo, concluyen con cautela que la transmisión de información y el modelamiento intervienen junto con el condicionamiento clásico en el establecimiento de las fobias en niños, lo que sugiere que las vías de adquisición interactúan entre sí, más que actuar de forma individual.

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

Otros estudios han incluido la opinión de los padres respecto a la adquisición de la fobia de sus hijos. King, Clowes-Hollins y Ollendick (1997) realizaron un estudio con una muestra de 30 niños entre 1 año 11 meses y 12 años 8 meses con fobia a los perros. Se entrevistó a sus padres. Durante la entrevista, se les explicó las características de cada vía de adquisición de la

fobia, posteriormente se les pidió que describieran cuál era la forma en la que ellos creían que su hijo(a) había adquirido la fobia a los perros. Contrario a las investigaciones anteriores, los padres informaron que el modelamiento (53%) era la principal vía de adquisición de la fobia de su hijo(a), seguido por el condicionamiento clásico (27%) y la transmisión de información (7%). Cabe destacar que muchos de los padres informaron tener miedo a los perros desde pequeños e informaron ponerse nerviosos cuando estaban cerca de uno, aún en presencia de sus hijos. El 13% de la población no logró identificar ninguna de las condiciones propuestas para explicar el inicio de la fobia de sus hijos(as).

Tampoco, es consistente un estudio respecto a otro, tratándose de la opinión de los padres. Graham y Gaffan (1997) estudiaron en una muestra la distribución de las vías de adquisición, participaron 33 niños entre 5 y 8 años diagnosticados con fobia al agua, se entrevistó a las madres acerca de las experiencias previas de sus hijos con el agua, y de las actitudes y destrezas de los miembros de la familia con respecto a la misma. Las madres contestaron el cuestionario relacionado con la información del resto de la familia y, ambos, madre e hijo(a) contestaron el cuestionario del origen de los miedos. Los resultados revelaron que el 33.3% de las madres relacionan la fobia de su hijo(a) con condicionamiento directo, otro 33.3% con modelamiento y el 81.8% con transmisión de información. Los autores concluyen cautelosamente que el origen de la fobia específica se debe a una combinación de las vías propuestas por Rachman (1977) más que a una sola vía.

En relación con la fobia a las arañas, un estudio arrojó consistencias entre en informe de los niños y el de sus padres, Merckelbach y Muris (1997) entrevistaron a 26 niñas diagnosticadas, con una media de edad de 12.5 años, acerca de sus experiencias de condicionamiento, modelamiento o transmisión de información con respecto a las arañas. Se entrevistó a padres de las niñas fóbicas de manera independiente en relación con el origen de la fobia de sus hijas. Las niñas informaron de más experiencias de condicionamiento directo (42.3%), seguido por el modelamiento (15.3%) y transmisión de información (3.8%). Por su parte los padres señalaron al condicionamiento directo (38.3%), seguido por modelamiento (26.9%) y transmisión de información (3.8%).

En lo que refiere a los miedos nocturnos, Muris, Merckelbach, Ollendick, King y Bogie (2001) aplicaron una entrevista diagnóstica a 176 niños entre 4 y 12 años con sus padres para determinar el origen de sus miedos nocturnos. Al entrevistar a los padres se les pidió que describieran la primera vez que su hijo(a) había presentado el problema. A los niños se les hacían preguntas relacionadas con sus conductas, sentimientos y pensamientos relacionados con su miedo. Los resultados muestran que la mayoría de los niños atribuyen su miedo a la transmisión de información (77.5%), seguido por el condicionamiento directo (25.6%) y el modelamiento (13.2%). Un 24% de los niños no pudo relacionar el origen de su miedo con una de las vías de adquisición propuestas por Rachman (1977). Por su parte, los padres atribuyen el origen de la fobia de sus hijos primordialmente a la transmisión de información (61.9%), seguido por condicionamiento directo (23.6%) y por modelamiento (9%). Sin embargo, un 34.5% de los padres no menciono ningún tipo de origen. Se observa en los resultados que existe congruencia entre las respuestas padres-hijos, pero no es completa. Esta discrepancia en la información proporcionada por cada uno indica que tanto los niños como los padres tienden a percibir de manera diferente el ambiente, por lo cual es importante tomar en cuenta ambos informes para tener un panorama más específico de la situación.

La variabilidad de los resultados obtenidos puede deberse a la forma de recabar la información, dada la naturaleza retrospectiva de las respuestas proporcionadas por el niño o por sus padres. En general, los resultados de la mayoría de los estudios parecen indicar que el establecimiento

de la fobia específica incluye más de una vía de adquisición, Aunque siempre hay una que predomina, actúa en conjunto con otras vías de adquisición. También concluyen que el condicionamiento directo es la principal vía de adquisición de la fobia específica, por sí misma una experiencia directa de condicionamiento con un objeto o situación es suficiente para desarrollar una fobia específica. Aún cuando la transmisión de información y el modelamiento no son formas frecuentes de adquisición, juegan un papel importante en el desarrollo del niño, ya que aunadas al condicionamiento directo pueden propiciar el desarrollo de una fobia específica (Field & Lawson, 2003).

Los estudios realizados sólo con el autoinforme del niño muestran que si bien se considera el condicionamiento directo como la principal vía de adquisición, no todos refieren haber adquirido su fobia de esta manera. Los estudios realizados con el informe de los padres producen resultados dispares entre sí, la adquisición de la fobia de sus hijos se debe a condicionamiento directo o bien transmisión de información y los informes de padres e hijos difieren considerablemente entre sí. En conclusión, la exploración de la vía de adquisición de la fobia específica es una herramienta de evaluación poco confiable en la historia de las interacciones del niño con el objeto fóbico.

No obstante, la contribución de los estudios realizados en familias es importante para entender la etiología de la fobia específica por dos razones. El comienzo de la fobia se presenta en edades tempranas. Segundo, el familiar es el contexto en el que los niños aprenden muchas de sus habilidades y competencias no sólo sociales, a la vez que por modelamiento o transmisión de informaciones el miedo a diversos objetos (Bögels, Oosten, Muris & Smulders, 1999).

De este tipo de estudios también es posible destacar la interacción de las características genéticas y el contexto en el que el niño se desenvuelve. Plomin y Daniels (1986) realizaron un estudio en el que se les pidió a madres de familia que llenaran un autoinforme sobre su timidez y sociabilidad. Al compararlo con la timidez de los niños encontraron que fue significativo no sólo en los hogares no adoptivos, en los que tanto las características genéticas como el ambiente familiar son compartidos, sino también en hogares adoptivos en los que sólo el ambiente familiar es común.

En esta misma línea, se ha encontrado que los hijos de padres de edades mayores tienen más posibilidades de padecer algún problema de ansiedad. Bragado, et al. (1999) encontraron que los problemas de ansiedad se asocian con la edad de la madre, problemas en el parto, miedo a ser maltratado, estar preocupado por la familia y estar medicado, Bernstein, et al. (2005) encontró también que los hijos de madres ansiosas tienen mayor probabilidad de presentar un trastorno por ansiedad de separación.

También se ha documentado que la escolaridad, el estado civil y el nivel socioeconómico de los padres influyen en el desarrollo de algún tipo de fobia. Los resultados señalan que un porcentaje elevado de éstos se halla entre los solteros, separados o viudos, aquellos con una escolaridad menor a 10 años y de nivel socioeconómico más bajo (Bragado, et al., 1999; Caraveo-Anduaga, et al; 2000; Olivares, Caballo, García-López, Alcázar & López-Gollone, 2003), incluso tener menos de dos buenos amigos es otro factor que favorece el desarrollo de algún trastorno fóbico.

Esto demuestra que la fobia se transmite y media dada la interacción entre las características tanto genéticas como ambientales. Es decir, los factores biológicos, conductuales y psicológicos influyen conjuntamente en el desarrollo de un trastorno de ansiedad (Hernández-Guzmán, 1999; *US Fed News Service, Including US State News, 2007*).

FOBIA ESPECÍFICA EN NIÑOS.

Durante muchos años simplemente se extrapolaban los modelos adultos de psicopatología, evaluación y tratamiento de los diversos trastornos psicológicos a los niños sin tomarse en cuenta las características propias de esta etapa de la vida. En los últimos años, se ha reconocido que los niños tienen sus propias maneras de pensar, sentir y comportarse (Kolvin & Kaplan, 1988; Mash & Graham, 2001).

Las manifestaciones del miedo y ansiedad en la niñez y adolescencia son similares, aunque no exactamente iguales, a las de los adultos. Es importante considerar el contexto en el cual se manifiestan dichas reacciones. Estas manifestaciones incluyen respuestas fisiológicas, que reflejan la actividad del sistema nervioso autónomo; conductuales, traducidas en comportamiento observable (respuestas de huida o evitación, llanto, comerse las uñas, temblores); y cognitivas (pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas, de preocupación excesiva, de autoexigencia o de derrota) (Hernández-Guzmán, 1999; Odriozola, 1998).

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

El miedo es una emoción que se experimenta a lo largo de la vida, frecuente durante la infancia, de modo que prácticamente todos los niños refieren al menos un temor importante, sin embargo, las situaciones temidas varían con la edad (Spence, 1997, Valiente, et al., 2003).

La investigación sobre la prevalencia de las principales fuentes de miedo y ansiedad comprueba que los contenidos de éstos varían a lo largo del desarrollo; en edades tempranas son generales e indiferenciados, tendiendo a ser específicos y diferenciados en edades posteriores. De igual manera el número de miedos, los objetos o situaciones atemorizantes disminuyen con la edad (Beck, et al., 1985; Bragado, et al., 1999; Hernández-Guzmán, 1999; Kendall & Ronan, 1990; King, Ollier, et al., 1989; March, Sullivan & Parker, 1999; Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten, 2001; Pina, Silverman, Saavedra & Weems, 2001; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000; Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001; Valiente, et al., 2003).

Dichos miedos forman parte del proceso de desarrollo normal. Sin embargo, cuando el miedo y la ansiedad interfieren con el funcionamiento normal del niño, del adolescente y su familia se consideran disfuncionales (Beck, et al., 1985; Odriozola, 1998).

La mayoría de los miedos en niños de 0 a 6 años son generales, a veces específicos. Frecuentemente ocurre que los niños aprenden a reaccionar con temor como resultado de la imitación de la conducta de una persona significativa para ellos. A partir de esta edad, el niño es capaz de recordar y de anticiparse a situaciones futuras, por lo que los peligros que eran reales y concretos comienzan a ser ficticios e imaginarios. Esta pauta se mantiene aproximadamente hasta los 9 años (Odriozola, 1998). A partir de este momento, el niño comienza a involucrarse en otros contextos con exigencias específicas. Por lo tanto, también se presenta miedo a situaciones sociales, lo cual genera ansiedad y, por lo tanto, percepciones de falta de control. Esta circunstancia se encuentra directamente vinculada con la historia de reforzamiento social del niño dentro de su contexto familiar y de su historia de interacciones (Hernández-Guzmán, 1999). De los 9 a los 13 años las preocupaciones se concentran en tener bajo rendimiento escolar, en la salud y la enfermedad y los contactos sociales nuevos (Muris, Meesters,

Merckelbach, Sermon & Zwakhalen, 1998; Schaefer, Watkins & Burnham, 2003) y permanecen a lo largo de la adolescencia.

Sin embargo, otras investigaciones afirman que en los niños de 7-10 destacan los miedos de perderse en un lugar extraño o ser enviado con el director, mientras que en los niños mayores y los adolescentes persistía el miedo a presenciar disputas paternas y a reprobado un examen, así mismo señalan que en estas edades aparecen como una constante los miedos relacionados al peligro y a la muerte (Valiente, et al., 2003).

El desarrollo biológico, psicológico y social, propio de las diferentes etapas evolutivas explica la remisión de unos miedos y la aparición de nuevos, necesarios para la adaptación a las demandas cambiantes del medio ambiente (Spence, 1997).

En el curso de su crecimiento y maduración, los niños experimentan numerosos miedos, la mayoría son transitorios, de intensidad leve y propios de la edad; que se consideran como una característica normal del desarrollo que proporciona recursos para la adaptación y el afrontamiento. Sin embargo, algunos persisten durante años, pudiendo derivar en una fobia específica (Hoffmann, Lehman & Barlow, 1997; Méndez, et al. 2001; Öst, 1987).

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

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

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

Méndez, et al. (2001) añaden, que el miedo se denomina "fóbico" si los estímulos son objetivamente inocuos (ratones, seres imaginarios) o estímulos no completamente inofensivos, pero que podrían mantenerse bajo control.

En este estudio se abordaron únicamente fobia de tipo animal, a las arañas y a los perros, y fobia de tipo situacional a la oscuridad. las cuales están definidas de la siguiente manera:

Fobia a las arañas.

La fobia a las arañas es una de las más comunes y estudiadas por diferentes autores, para la cual se han desarrollado diversos procedimientos para su tratamiento, los más efectivos son los que combinan la exposición con algún otro elemento, como el modelamiento o la reestructuración cognitiva. Uno de los tratamientos es el propuesto por K. Gunnar Göttestam y Anne Hokstad (2002) denominado tratamiento en sesión única en vivo mediante la exposición rotativa activa, éste combina la exposición indirecta a través de la observación con la exposición directa con contacto, se lleva a cabo en un lapso de tres horas y puede aplicarse incluso a ocho pacientes en una sola sesión. Se ha aplicado y comprobado como un método eficaz para el tratamiento de la fobia a las arañas. También se han desarrollado métodos en los que el individuo

se expone a la araña mediante realidad virtual o a través de videos siendo éste el método menos eficaz (Götestam 2001, Öst et al. 1997).

Fobia a la oscuridad.

El miedo a la oscuridad cumple una función adaptativa pero con el paso del tiempo puede persistir y convertirse en una fobia específica. Se considera que la fobia a la oscuridad es la predominante a los cuatro años de edad (Ollendick 1979), ésta es una de las más comunes en la infancia, ya que un tercio de la población infantil siente temor al permanecer en la oscuridad (Méndez 1999). Para su tratamiento se han desarrollado diferentes técnicas con sus variantes, una de ellas es el programa de escenificaciones emotivas de Méndez (1986) que consta de varias sesiones a modo de juego que incluye exposición gradual en vivo, modelado, refuerzo material y social.

Fobia a los perros (Cinofobia).

Las fobias a los animales representa el subtipo más común de las fobias específicas con tasas que varían entre el 1.1% al 22.7% siendo éste más común en mujeres. Dentro de los estímulos temidos más frecuentes se encuentran las arañas y los perros, siendo éstos últimos los menos estudiados.

Diferente a otro tipo de fobias del subtipo animal como arañas o serpientes la fobia a los perros generalmente resulta en una disminución en la calidad de vida, ya que se calcula que en el valle de México hay una población canina de por lo menos 3 millones (Gaceta UNAM, 2001), lo que dificulta la evitación o huida del estímulo fóbico.

La etiología de este tipo de fobia aún se desconoce aunque diferentes autores respaldan el modelo de tres vías de adquisición de la fobia propuestos por Rachman, en el que los niños atribuyen la aparición de su fobia a la combinación de condicionamiento y modelamiento o información negativa (Merckelbach & Muris, 1997).

En cuanto al tratamiento los estudios realizados sobre este tipo de fobia han demostrado la eficacia de las técnicas conductuales como: el modelamiento, la desensibilización sistemática, relajación, imaginación y exposición (Méndez, Rosa & Orgilés, 2005; Rentz, Powers, Smits, Coughle & Telch, 2003)

Siendo la fobia específica una de las psicopatologías más comunes en niños y adolescentes (DSM-IV-TR, 2002) y que inicia en edades más tempranas, es de especial interés que se diagnostique y trate en virtud de su cronicidad, su elevada comorbilidad y sus graves consecuencias para la calidad de vida (Bragado, et al., 1999; Manrique, et al., 2005), puesto que implica condiciones psicopatológicas a las que, hasta la fecha, no se ha concedido mucha importancia.

Finalmente es importante la comprobación y pilotaje de estos criterios en niños. Ya que lo que regularmente se hace es adaptar los criterios diagnósticos de los adultos a los niños y adolescentes. El presente estudio pretende replicar un procedimiento que sea útil para tratar la fobia específica en niños.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTOS PARA LA FOBIA ESPECÍFICA

En este capítulo se examinarán diversas formas de intervención psicológica de la fobia específica así como el papel que juega el tratamiento farmacológico.

Antes de 1958 el tratamiento psicológico para la fobia específica se basaba en la teoría psicoanalítica, para la cual los miedos son una defensa frente a impulsos reprimidos, de tal manera que los objetos fóbicos son simbólicos, por ejemplo: la fobia a las arañas está relacionada con un simbolismo en torno a la figura materna, al mismo tiempo está relacionada con un problema en cuanto a la identificación sexual y bisexualidad (Sperling 1981). El objetivo terapéutico de esta teoría es hacer consciente el conflicto intrapsíquico que da origen a la fobia.

Hoy en día gran parte de las intervenciones terapéuticas para la fobia específica tienen como base la exposición al objeto o situación fóbica.

La exposición en vivo consiste en exponer al sujeto al objeto fóbico. Esta terapia se considera una de las más potentes para tratar la fobia específica (APA; 1994, Barlow, 1998; Barlow, Esler & Vitali, 1998; Marks, 1987) también se sabe que la exposición prolongada es mejor que la corta, habiendo variantes en la utilización de esta técnica.

La exposición puede presentarse en diversas modalidades (desensibilización sistemática, inundación, exposición graduada, mediante realidad virtual, imaginación guiada, combinada con distracción etc.) y varía en el número de sesiones, en la forma en que se presenta el estímulo temido, intensidad, tiempo, tasa de exposición, la función del terapeuta, la utilización de estrategias cognitivas etc.

La efectividad de la exposición puede deberse a que el individuo se habitúa al estímulo fóbico, tal y como lo hace nuestro organismo frente a los olores, o también a la debilitación de la respuesta por la eliminación del refuerzo. Otras teorías sobre el procesamiento emocional (Foa & Kozac, 1986; Rachman, 1980) mencionan que la exposición a una situación temida proporciona información que es inconsistente con la información almacenada previamente en la memoria emocional. El principio de que la exposición en ausencia de las consecuencias temidas tiene como resultado la extinción de las respuestas fóbicas es otra explicación del por qué la exposición es efectiva.

Como se mencionó, existen diversos tratamientos que tienen como base la exposición, todos ellos con sus particularidades:

TRATAMIENTO DE UNA SESIÓN EN VIVO MEDIANTE LA EXPOSICIÓN ROTATIVA ACTIVA DE K. GUNNAR GÖTESTAM Y ANNE HOKSTAD (2002)

Este protocolo combina la exposición indirecta a través de la observación con la exposición directa con contacto. Se ha aplicado y comprobado como un método eficaz para el tratamiento de la fobia a las arañas.

El método consiste en colocar a los pacientes, debidamente evaluados, formando un círculo alrededor de una mesa pequeña, donde se coloca una caja con una araña en su interior. Se designan dos sillas de diferente color para el terapeuta y el paciente que se someta a la exposición, quien al mismo tiempo modela la conducta de tocar a la araña para los demás

participantes. El primer paciente asignado es el paciente menos temeroso, en el momento en que toca a la araña por primera vez se desplaza una posición al lado contrario del terapeuta y el resto de los pacientes se desplazan un puesto a la silla siguiente en la misma dirección. Posteriormente se somete al segundo paciente a la exposición hasta que toque al insecto y así sucesivamente. El cambio de posición se hace cada vez de forma más frecuente y normalmente se completan de 2 a 3 vueltas en un lapso de tres horas independientemente del resultado. No es necesario que todos los pacientes toquen al insecto, ya que a algunos les llevaría demasiado tiempo hacerlo.

El primer paciente sometido a la exposición tardó en tocar a la araña aproximadamente una hora o más y el segundo lo hizo en la mitad del tiempo.

Este tratamiento se lleva a cabo en un lapso de tres horas y puede aplicarse incluso a ocho pacientes en una sola sesión. Los resultados se mantienen hasta un año después, por lo cual se concluye que es un tratamiento eficaz.

TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN MEDIANTE LA REALIDAD VIRTUAL

Las investigaciones sugieren que la exposición mediante realidad virtual es un efectivo tratamiento para los trastornos de ansiedad (Anderson, Jacobs, & Rothbaum, 2004; Krijn, Emmelkamp, Olafsson, & Biemond, 2004b). Este tipo de exposición recrea un ambiente virtual en donde se presenta el estímulo temido. Los pioneros en la investigación sobre aplicación de este método en los trastornos psicológicos fueron M. M. North y S. M. North, Barbara Rothbaum, Larry Hodges y Cristina Botella. El primer autor menciona que fue el primero en aplicar la realidad virtual en pacientes con fobia a volar. Este tipo de fobia presenta particularidades que hacen que se adecúe al tratamiento de realidad virtual, ya que el sujeto se encuentra sentado en un espacio reducido y resulta más fácil reproducir su comportamiento en este entorno, además el costo en un espacio virtual evidentemente es menor que el costo de una exposición en vivo (Gutiérrez, 2002).

El tratamiento de la fobia mediante realidad virtual permite llevar a cabo tratamientos en los cuales es muy difícil exponer al paciente a un entorno en vivo, recrear escenarios o situaciones fóbicas que son complicadas de conseguir y tienen un alto costo y tratar a personas a quienes se les dificulta la imaginación guiada. También facilita el autoentrenamiento y el sobreaprendizaje ya que el paciente puede producir y reproducir los sucesos cuando lo deseé. El terapeuta puede ver lo mismo que el paciente está viendo, lo que facilita localizar las dimensiones situacionales relevantes para cada caso. Hace posible diseñar perfectamente las jerarquías de exposición, con lo que el paciente puede exponerse a todas las situaciones posibles. Terapeuta y paciente controlan en todo momento lo que ocurre.

North y North probaron este método con pacientes con fobia a volar, en exposiciones de cuatro, siete y ocho sesiones, logrando que los pacientes volaran sin los síntomas de ansiedad. Posteriormente trabajaron con personas con agorafobia. En ese caso, un 80% mejoró sus síntomas. De igual forma, se atendió a personas con acrofobia y con miedo a hablar en público.

Rothbaum, Hodges, Kooper, Opdyke & Williford (1995) trabajaron con pacientes con miedo a las alturas. El primer estudio se realizó con un joven de 19 años que recibió el tratamiento dos veces por semana durante tres semanas obteniendo resultados benéficos. En otro estudio se trabajó con 17 personas asignadas a una de tres condiciones: 1. Lista de espera 2. Grupo experimental y 3. Tratamiento, éste último se dio una vez por semana durante siete semanas. Disminuyeron significativamente la ansiedad y la evitación.

En esta misma línea, Botella (1998) usó la exposición con pacientes diagnosticados con claustrofobia en ocho sesiones. Los efectos se mantuvieron tres meses después del tratamiento.

En otro estudio realizado por Maltby, Kirsch, Mayers y Allen (2002) se evaluó a 45 pacientes con fobia específica a volar, asignados aleatoriamente a dos condiciones: a) cinco sesiones de tratamiento virtual y b) tratamiento placebo, el porcentaje de mejoría significativa fue del 65% para los pacientes tratados con realidad virtual y del 57% para el grupo de tratamiento placebo, el primer grupo mantuvo el efecto del tratamiento seis meses después, aunque mostró un aumento en las conductas de evitación y en las reacciones fisiológicas.

Un estudio con resultados similares fue el de Wald (2004). Se expuso al tratamiento de realidad virtual a cinco pacientes con fobia a manejar durante ocho sesiones de una hora aproximadamente. Todos los pacientes mostraron mejoras, pero sólo en tres casos fueron significativas. El seguimiento uno y tres meses después reveló, en ambos casos, que los pacientes no eran capaces de manejar a menos que fuera absolutamente necesario. Un año después el 80% de los pacientes presentaba conductas de evitación parecidas a las manifestadas antes del tratamiento.

Si bien las ventajas del tratamiento mediante realidad virtual son muchas, los resultados indican que el tratamiento de exposición mediante realidad virtual para la fobia específica es eficaz a corto plazo.

EXPOSICIÓN MEDIANTE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Wolpe (1958) generó un método sistemático en el que aplicó modelos de contracondicionamiento a las reacciones fóbicas. Éste es uno de los métodos más comunes y eficaces empleados en el tratamiento de las fobias (Wolpe, 1958).

Consiste en crear un estado fisiológico que inhibe la ansiedad y en ese estado exponer al paciente por unos segundos al estímulo que produce la ansiedad. Cuando el paciente presenta una disminución de la ansiedad ante el objeto fóbico se introducen estímulos más fuertes utilizando la misma dinámica hasta que el estímulo pierde la cualidad de provocar ansiedad.

Existen diversas variantes en su aplicación, se puede utilizar con relajación muscular, relajación progresiva Wolpe (1990), entrenamiento autogénico de Schultz y Luthe (1959). También se ha mencionado su utilización en conjunción con meditación trascendental, como el yoga, la retroinformación biológica etc. La utilización de estas técnicas produce una respuesta antagónica a la ansiedad, lo cual favorece al proceso de desensibilización sistemática. La teoría del condicionamiento menciona que para debilitar una reacción, como lo es la ansiedad ante un estímulo, es útil involucrar un estímulo antagónico en la situación de descondicionamiento (Wolpe 1990). Estas técnicas producen en el paciente una disminución de la presión sanguínea, aumento de la resistencia de la piel y respiración más lenta y regular. Estas son reacciones típicas de la relajación profunda, la cual es una respuesta antagónica a la ansiedad.

Si bien la desensibilización sistemática se ha usado comúnmente en adultos, se ha dificultado su utilización con niños King, Hamilton & Ollendick, T.H. (1988). Por ejemplo, el entrenamiento en relajación puede ser muy demandante y tedioso para un niño. No siempre los resultados han sido satisfactorios cuando se emplea la desensibilización. Tal es el caso que presenta Tasto (1969) quien utilizó desensibilización sistemática con relajación muscular como el inhibidor de la

ansiedad con un niño de cuatro años con miedo a los ruidos fuertes y repentinos. Durante el tratamiento el niño fue informando sobre su ansiedad en una jerarquía, pero en el momento de presentar al niño al estímulo en vivo se halló que su miedo no había disminuido.

En otro estudio, se trabajó con 67 niños de entre 6-15 años de edad asignados a una de tres condiciones: 1-desensibilización, 2-psicoterapia, y 3-grupo control. Se midió antes y después del tratamiento y en un seguimiento a los 6 meses. Se evaluó a los niños mediante un observador externo y una entrevista a sus padres. Después del tratamiento se observó una mejoría significativa en ambos grupos de tratamiento en comparación con el grupo control. Pero no hubo diferencias significativas entre ambas condiciones de tratamiento justo al terminar las sesiones, ni en el seguimiento (Miller, et al. 1972).

Con respecto a lo anterior, Lazarus y Abramovitz (1962) aportan una alternativa. Se trata de una variante de la desensibilización sistemática para el tratamiento de los niños. La imaginación guiada emotiva, la cual se refiere a una clase de imaginación en la cual se genera como respuesta antagónica a la ansiedad emociones agradables como orgullo, cariño, autoafirmación y sentimientos similares inhibidores de la ansiedad.

Finalmente cabe mencionar que por ser la desensibilización sistemática una de las técnicas de exposición más aplicadas debido a su sencillez, es necesario preparar al paciente para enfrentarse a los estímulos de forma directa. Porque por lo general esta técnica no incluye algún tipo de exposición directa con el estímulo. Además, hay que exhortar al paciente a que ponga en práctica lo aprendido en el tratamiento. Para el tratamiento dirigido a los niños se sugiere la utilización de la imaginación guiada emotiva.

TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN MEDIANTE IMAGINACIÓN GUIADA.

Este tipo de tratamiento incluye exposición al objeto o situación fóbica mediante la imaginación, dándose una visualización activa del estímulo fóbico. La finalidad del tratamiento es lograr la habituación y una eventual extinción de las reacciones fóbicas. Se emplea cuando es complicado llevar a cabo una exposición en vivo o el objeto fóbico no es de fácil acceso. Este tratamiento ha sido aplicado en adultos y niños.

En un estudio realizado con 82 pacientes adultos con fobia a los perros se comparó la eficacia de la exposición en vivo versus la exposición mediante imaginación. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la disminución de las conductas de evitación. Se concluyó que posiblemente el tiempo de exposición en vivo (30min) no fue suficiente para producir un mayor efecto terapéutico (Rentz, Powers, Smits, Cogle, & Telch, 2003).

Lazarus y Abramovitz (1962) aplicaron el tratamiento, mediante imaginación emotiva, de un niño de 14 años diagnosticado con fobia a los perros. Después de cuestionar al chico se descubrió que tenía fantasías relacionadas a las carreras de autos, el soñaba con tener un auto y correr en una carrera importante. Con base en estas fantasías se llevó a cabo la imaginación emotiva. Se indujo al niño a producir una sensación agradable ayudándose de sus gustos y fantasías, cuando tuvo esa sensación se incluyó dentro de la imaginación el estímulo fóbico. Después de tres sesiones de emplear este método el niño manifestó una marcada mejoría en su reacción hacia los perros. Se le dieron algunas tareas de campo que involucraban la exposición en vivo durante las siguientes dos sesiones después de las cuales la terapia se dio por terminada. Un año después el auto-informe del niño y de sus padres indicaba que su fobia se había erradicado.

En otro estudio los mismos autores aplicaron imaginación emotiva en ocho niños fóbicos entre 7 y 14 años. El tratamiento resultó exitoso para 7 de los niños (Lazarus & Abramovitz 1962).

En el uso de la imaginación emotiva con niños deben tomarse algunas consideraciones importantes (Rosenstiel y Scott 1977):

1. Las escenas imaginadas deben ser acordes con la edad del niño. Existen datos de que entre los 6 y los 8 años los niños pueden comenzar a utilizar imágenes complejas. A los 4 años pueden utilizar imágenes simples dirigidas por otros.
2. El tratamiento debe incluir fantasías así como cogniciones, ya que los niños tienen una activa e importante vida de fantasía. También es útil el involucramiento de compañeros imaginarios o superhéroes. Es así como se incrementa la familiaridad con las escenas y se intensifica el interés del niño en el tratamiento.
3. Debe tomarse en cuenta el lenguaje no verbal, pues aporta información de lo que está sucediendo dentro del tratamiento. Dado que los niños tienen dificultades para describir la gama de emociones que se dan durante la imaginación, el terapeuta debe estar alerta, tanto del lenguaje, como del no verbal y tomarlo en cuenta como un indicador del progreso del niño. El lenguaje no verbal incluye crispamiento de la piel, alteraciones en el ritmo cardíaco, cambios en la expresión facial, aumento de los movimientos del cuerpo, tensión muscular y llanto.

Estas consideraciones son importantes ya que la técnica de exposición mediante imaginación no es apta para todos los pacientes debido a que algunos presentan dificultades para crear una representación mental de interacción con el estímulo fóbico.

El empleo de la imaginación emotiva ha sido apropiado para el tratamiento de niños, los casos demuestran su utilidad, eficiencia y bajo costo. Sin embargo se necesitan más estudios controlados para demostrar la eficacia de la imaginación emotiva.

En conclusión el uso de la imaginación guiada en el tratamiento de la fobia específica es un procedimiento en el que el paciente no muestra la resistencia que se da en ocasiones cuando la exposición es en vivo. Además el paciente rehúsa someterse al tratamiento debido a que sabe que interactuará con el objeto fóbico. Es de fácil acceso, apto para niños, de bajo costo, es una técnica recomendada para el tratamiento de la fobia específica y también para el de otros trastornos como el de estrés postraumático.

TRATAMIENTO MEDIANTE EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

La exposición interoceptiva es una forma de terapia conductual en donde las sensaciones físicas internas (por ejemplo: ahogamiento y mareo) se reproducen cuando el paciente se expone a un ambiente controlado, contrastante a la exposición a estímulos externos en una exposición en vivo.

Generalmente la exposición interoceptiva es utilizada para el tratamiento de trastornos de pánico, pero recientemente se ha investigado y comprobado su eficacia en el tratamiento de la claustrofobia.

Booth y Rachman (1992) asignaron a 48 claustrofóbicos a una de las siguientes cuatro condiciones: exposición en vivo, exposición interoceptiva, terapia cognitiva y un grupo control.

Registraron el ritmo cardiaco, la ansiedad subjetiva, síntomas físicos y cogniciones durante una PAC, antes y después del tratamiento.

Comparado con el grupo control, el grupo de exposición interoceptiva tuvo menos cogniciones negativas y menos sensaciones físicas desagradables.

En los otros dos tratamientos hubo un decremento de las distorsiones cognitivas, la ansiedad y los síntomas físicos. Los tres tratamientos tuvieron como objetivo incrementar la habilidad del sujeto para estar en lugares cerrados o situaciones de encierro.

Si bien se requiere más investigación, la exposición interoceptiva parece ser un tratamiento prometedor para la claustrofobia. Sin embargo, no existen estudios con seguimientos a largo plazo.

TRATAMIENTO MEDIANTE MODELAMIENTO

Bandura (1968) introdujo esta técnica la cual en muchas ocasiones forma parte complementaria de otros tratamientos, principalmente de los de exposición. El modelamiento se utiliza principalmente para enseñarle al paciente la manera más adaptativa de reaccionar y/o interactuar frente al estímulo fóbico mediante un aprendizaje observacional. Cuando el tratamiento es con niños, son los padres o las personas encargadas de su crianza quienes modelan las conductas adaptativas. En el tratamiento con adultos generalmente es el terapeuta quien modela la conducta.

Bandura, Grusec y Menlove (1967) fueron pioneros en la utilización del modelamiento en el tratamiento de la fobia animal en niños. Un ejemplo de ello es un estudio realizado por Bandura y Menlove (1968) en donde se compararon dos tipos de modelamiento simbólico en un grupo de 48 niños entre 3 y 5 años con fobia a los perros. Para medir las conductas de evitación se entrevistó a los padres y se expuso a los niños en vivo a un perro. Se asignaron a tres condiciones: A) modelamiento simbólico simple, B) modelamiento simbólico múltiple, y C) grupo control. Los niños de la condición B mostraron significativamente menos síntomas de evitación que los niños en la condición A, pero éstos a su vez mostraron más mejoría que los niños del grupo control. Los resultados se mantuvieron un mes después.

En otro estudio realizado por Lewis (1974) se reunió a 50 niños entre 5 y 12 años de edad diagnosticados con fobia al agua. Se dividieron en cuatro grupos y se distribuyeron en cuatro condiciones: (1) modelamiento participativo, (2) modelamiento, (3) participación, y (4) grupo control. Se utilizaron caricaturas para modelar la conducta adecuada en actividades de tipo acuático. Las caricaturas eran cortas y mostraban actividades acuáticas, el tratamiento se llevó a cabo durante tres días consecutivos

La primera condición consistía en llevar a cabo la observación de la caricatura y después se animaba a los niños a imitar las conductas observadas, en la condición de modelamiento solo, únicamente se mostraba la caricatura. En la tercera condición no se mostraba caricatura alguna, pero se animaba al niño a ejecutar actividades acuáticas, y en la condición del grupo control no se realizaba ningún tipo de intervención. Los resultados demostraron que en las condiciones donde hubo participación hubo mejoras y fueron más efectivas que la no aplicación de tratamiento, lamentablemente no se pudo comprobar si los resultados se mantenían a lo largo del tiempo debido a que no se realizaron seguimientos a largo plazo.

El modelamiento es un procedimiento efectivo para el tratamiento de la fobia específica, sin embargo su efectividad aumenta considerablemente al combinarlo con técnicas de exposición (modelamiento en vivo) por lo que se recomienda combinarlo o utilizarlo como complemento de otras técnicas.

TRATAMIENTO CON TÉCNICAS COGNITIVAS

Los factores cognitivos son un componente importante de la ansiedad, es por ello que la terapia cognitiva se ha utilizado comúnmente para tratar los trastornos de ansiedad, la fobia específica no es la excepción.

Las técnicas cognitivas se utilizan para control, manejo y reconstrucción de los pensamientos catastróficos relacionados con la situación fóbica. Para el cambio de patrones de pensamiento se trabaja en la diferencia entre pensamientos realistas e irrealistas o la diferencia entre posible y probable (Marshall, Bristol, & Barbaree, 1992).

Ciertos programas terapéuticos tales como la terapia racional emotiva (Ellis, 1962; Warren y Zgourides, 1991), el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum, 1977, 1985) o la terapia racional sistemática (Golfried, 1977) se han adaptado al ámbito de las fobias con la finalidad de que estos pacientes accedan a la exposición al estímulo fóbico con la menor ansiedad anticipatoria posible y con atribuciones adaptativas de sus reacciones motoras y fisiológicas (Anthony, Craske & Barlow, 1995; Shafran, Booth & Rachman, 1992).

Existen varios estudios donde se utiliza la terapia cognitiva para la fobia específica, sin embargo, generalmente se emplea en combinación con otras estrategias como la exposición principalmente.

Se han encontrado algunos estudios donde se emplea la terapia cognitiva sin combinación con otras estrategias. Existen dos estudios en los que se trató a adultos diagnosticados con fobia dental. En un primer estudio sólo se utilizó terapia cognitiva comparada con un grupo control. Los resultados se midieron con autoinforme. Se registró un decremento de la ansiedad y de la frecuencia de los pensamientos negativos asociados con el tratamiento dental después del tratamiento. En la condición de no tratamiento, no hubo diferencias (Jongh, Muris, Horst, Zuuren, Schoenmakers, & Makkes, 1995).

En el segundo estudio se reunió a un grupo de adultos con fobia dental, se distribuyeron en tres condiciones de tratamiento: 1. Terapia cognitiva 2. Tensión muscular aplicada y 3. Sedación mediante óxido nítrico. En los tres casos el informe reveló una disminución de la ansiedad relacionada a los procedimientos dentales, no se utilizaron medidas conductuales. Sin embargo todos los participantes recibieron el tratamiento real dental durante el estudio, lo que podría haber confundido las condiciones del estudio (Willumsen, Vassend, & Hoffart, 2001).

También para el tratamiento de la claustrofobia, la terapia cognitiva ha mostrado su efectividad. Existen dos estudios en los que la terapia cognitiva resultó ser tan efectiva como la terapia de exposición:

Booth y Rachman (1992) realizaron un estudio en el que se encontró que luego del tratamiento hubo un decremento de la ansiedad subjetiva, síntomas físicos y cogniciones negativas. La disminución del miedo se asoció con la eliminación de pensamientos disfuncionales relacionados al miedo a la pérdida de control y la asfixia. La terapia cognitiva resultó tan efectiva como la terapia de exposición. (Shafran, Booth, & Rachman, 1993).

En el otro estudio de Öst et al., (2001), un gran número de sujetos tratados con terapia cognitiva o exposición en vivo (combinada) lograron mejoras clínicamente significativas en comparación con el grupo control. Sin embargo, no hubo diferencias entre el grupo de exposición en vivo y en la terapia cognitiva.

En cuanto a la terapia con niños existe un estudio en el que se utilizó un tratamiento cognitivo de autocontrol. En éste se sometió a 81 niños y sus padres a un tratamiento de 10 semanas. Los niños se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones: 1. Tratamiento basado en el autocontrol, 2. Psicoeducación, y 3. Lista de espera.

Después del tratamiento se registró una mejoría significativa en los niños que recibieron algún tipo de intervención, se realizaron seguimientos a los 3, 6 y 12 meses en los cuales se mantuvieron los resultados. El grupo tratado con psicoeducación mostró un leve deterioro que no fue significativo a lo largo de los seguimientos, lo cual no ocurrió con el entrenamiento en autocontrol. Ambas condiciones de tratamiento fueron mejores que la no intervención (Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Rabian y Serafini 1999).

Yujuan Choy, Abby J. Fyer, Josh D. Lipsitz (2006) realizaron una investigación de la eficacia de los distintos tratamientos para la fobia. Los estudios, aunque escasos, señalan a la terapia cognitiva como una opción efectiva para el tratamiento de la fobia dental y la claustrofobia.

TRATAMIENTO MEDIANTE TENSIÓN MUSCULAR APLICADA

De entre los diversos tratamientos para la fobia específica, la tensión muscular se ha aplicado principalmente para tratar la fobia del tipo sangre-inyecciones-daño, debido a que este tipo de fobia presenta la particular característica de que al presentarse el estímulo fóbico se da un incremento de la presión sanguínea, seguido de un descenso de la misma, así como del ritmo cardiaco. Öst ha considerado esta respuesta psicológica bifásica como una ventaja, e ideó un método donde se emplea la tensión muscular aplicada para el tratamiento de la fobia tipo sangre-inyecciones-daño (Öst & Sterner, 1987).

La tensión muscular aplicada es una combinación de tensión muscular y exposición en vivo, los sujetos primero aprenden a reconocer los signos de descenso de la presión sanguínea y luego practican la tensión muscular (tensando y relajando el cuerpo). La tensión muscular se usa en combinación con la exposición en vivo, con la finalidad de revertir la baja en la presión sanguínea y prevenir el desvanecimiento.

Existen algunos estudios que evalúan la eficacia de la aplicación de la tensión muscular en la fobia del tipo sangre-inyecciones-daño (Öst, Salkovskis, & Hellstrom, 1991; Öst, Sterner, & Fellenius, 1989). El primer estudio demuestra que la aplicación de la tensión muscular fue tan efectiva como la aplicación de la relajación muscular (combinación de relajación muscular y exposición en vivo) (Öst et al., 1989). En el segundo estudio se encontró que la tensión muscular sola es tan efectiva como la tensión muscular aplicada y ambas fueron más efectivas que la exposición en vivo por sí sola (Öst et al., 1991). Comparado con el grupo de exposición en vivo, el grupo de sujetos que recibió tensión muscular pudo ver un video con escenas sangrientas por un periodo de tiempo más prolongado y presentaron menos desmayos. Estos dos estudios sustentan el uso de tensión muscular o tensión muscular aplicada en fobia del tipo sangre-inyecciones-daño.

Algunos autores han realizado estudios donde se han llevado a cabo seguimientos a largo plazo. Dos de ellos fueron los realizados por Hellstrom, Fellenius y Öst. (1996), Salkovskis, Clark y Hackman (1991), ambos casos con pacientes diagnosticados con fobia a la sangre. Los resultados se basaron en una PAC (observar un video con escenas sangrientas). El periodo de seguimiento fue a 12 meses en ambos casos. Un estudio encontró que los sujetos tratados sólo con tensión muscular o tensión muscular aplicada mejoraban y este efecto se mantenía a lo largo del tiempo (90% a 100% de mejora clínicamente significativa) (Öst et al., 1991). En el otro estudio, a pesar de que se implementó un programa de mantenimiento, se encontró un bajo porcentaje de sujetos con mejoras clínicamente significativas (60% a 70%) (Hellstrom et al., 1996). Yujuan, Abby y Josh (2006) atribuyen la diferencia en los resultados a la experiencia del terapeuta, pues en el primer caso el terapeuta contaba con mayor experiencia a comparación del segundo estudio. Es un tratamiento eficaz, pero se requiere de más investigación para poder generalizar el uso de esta técnica en otros tipos de fobias, por lo tanto se concluye que este es un tratamiento eficaz siempre y cuando los terapeutas sean expertos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el caso de la fobia específica la opinión de clínicos e investigadores de que no hay un tratamiento farmacológico de elección es prácticamente unánime (Roy-Byrne & Cowley, 1998). Sin embargo existen varios estudios en donde se combina la exposición en vivo con drogas o fármacos tales como el alcohol, la cafeína, opioides antagonistas, b-bloqueadores, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos e inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (SSRI).

En uno de estos estudios veinte pacientes no alcohólicos diagnosticados con fobia específica se sometieron a un tratamiento de exposición, estando bajo la influencia de una moderada intoxicación alcohólica. Los resultados demostraron que el alcohol no tuvo efectos relacionados con la reducción de la ansiedad, ni de la tensión. Al contrario, se demostró que el alcohol retarda la desensibilización en el tratamiento de exposición en vivo (Cameron, Liepman, Curtis, 1987).

También se ha evaluado el efecto de otras sustancias como los opioides antagonistas. En un estudio realizado con treinta pacientes con fobia específica a las arañas se administró naltrexona (opiáceo antagonista de endorfinas), durante un tratamiento de exposición, a la mitad del grupo y se comparó con la otra mitad a la que se le administró un placebo. Durante el tratamiento se midieron: autoeficacia, frecuencia cardiaca, presión sanguínea, ansiedad y cogniciones.

Finalmente se demostró que la naltrexona, al igual que el alcohol, no tiene un efecto benéfico en la disminución de los síntomas asociados a la fobia específica (Merluzzi, Taylor, Boltwood, Gotestam 1991).

La razón por la cual se han empleado fármacos como las benzodiazepinas y los beta-bloqueantes, en el caso de la fobia específica, proviene fundamentalmente de las similitudes entre algunas fobias específicas y otros trastornos fóbicos.

Así, por ejemplo, algunos autores sugieren la utilización de fármacos betabloqueantes basándose en las similitudes en tasa cardiaca encontradas entre pacientes diagnosticados con fobia específica, fobia social y con ataques de pánico (Liebowitz, 1991).

La utilización de benzodiazepinas se sustenta en la evidencia que indica que una parte importante de las personas fóbicas a los animales manifiesta temor a una reacción emocional

demasiado intensa desencadenada por la presencia del estímulo fóbico, no tanto al posible peligro que represente el animal (McNally & Steketee, 1985).

Gran parte de los autores y de los resultados de investigación revelan que la exposición constituye un elemento funcional en el tratamiento de los trastornos fóbicos, de ahí que la utilización de fármacos sea, en el mejor de los casos, un complemento para el tratamiento de exposición.

CONCLUSIÓN

El objetivo del capítulo fue mencionar a grandes rasgos diversos tratamientos de la fobia específica así como su eficiencia y eficacia. Los estudios revisados en éste capítulo permiten hacer algunas conclusiones, los primeros cinco estilos de tratamiento mencionados involucran en su método algún tipo de exposición y la mayoría de éstos han sido exitosos según sus resultados. El tratamiento mediante modelamiento y el de tensión muscular también pueden aplicarse junto con la exposición y combinados con otras técnicas. Esto refuerza lo mencionado por algunos autores con respecto a la técnica de exposición como el método de mayor utilización en el tratamiento de la fobia específica y también el más exitoso.

La exposición puede ser aplicada sola o en combinación con otras técnicas como el modelamiento, la tensión muscular aplicada, la imaginación guiada, a través de realidad virtual etc., ya que cuando la exposición se combina con cualquier otra técnica, la mejora en los pacientes es mayor, exceptuando a los que presentan resistencia al saber que interactuarán con el objeto fóbico.

La elección del tratamiento se verá directamente influida por el tipo de fobia, ya que los distintos tratamientos presentan particularidades que se adecúan a ciertos tipos de fobias. Por ejemplo: la técnica de tensión muscular aplicada es ideal para el tratamiento de la fobia del tipo sangre-inyecciones-daño, así como la exposición interoceptiva ha mostrado buenos resultados principalmente en claustrofobia.

La técnica de imaginación emotiva guiada ha sido exitosa en el tratamiento infantil, ya que ésta aprovecha la imaginación y creatividad de los niños para el tratamiento de su fobia, pero se requieren más estudios controlados para afirmar su eficacia. De igual forma el reforzamiento generalmente resulta exitoso con los niños. Sin embargo la imaginación guiada por sí sola no es recomendable para todo tipo de pacientes ya que a algunos se les dificulta crear una representación mental de interacción con el estímulo fóbico. La realidad virtual es recomendable para tratar a personas a quienes se les dificulta la imaginación guiada.

Otro tratamiento poco adecuado para los niños es el de desensibilización sistemática ya que incluye el entrenamiento en relajación que puede ser muy demandante y tedioso para un niño. Además, en niños y adultos, es necesaria una preparación para enfrentarse a los estímulos de forma directa porque por lo general esta técnica no incluye algún tipo de exposición en vivo con el estímulo.

En el tratamiento de las fobias de tipo animal, la exposición y el modelamiento han dado mejores resultados. Cuando el objeto fóbico es de difícil acceso, la realidad virtual resulta una buena elección ya que es más fácil reproducir su comportamiento en este entorno, además, en algunos casos, el costo en un espacio virtual es menor que el costo de una exposición en vivo. Si bien las ventajas del tratamiento mediante realidad virtual son muchas, los resultados indican que el tratamiento de exposición mediante realidad virtual para la fobia específica es eficaz a corto plazo.

La intervención farmacológica resulta un complemento para el tratamiento de exposición. La mayor parte de los estudios relacionados con este procedimiento son estudios de caso, que si bien, aportan información descriptiva de los resultados de la aplicación de un fármaco para solucionar el problema, no permiten el establecimiento de controles metodológicos rigurosos que garanticen la validez de los resultados.

En general, un buen tratamiento estará compuesto de varios elementos, principalmente de los que han presentado más beneficios para los pacientes, tales como: la exposición gradual, el modelamiento y el reforzamiento. Elementos presentes en el tratamiento de una sesión de Öst (1989).

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO DE 1 SESIÓN DE EXPOSICIÓN DE LARS-GÖRAN ÖST (1989)

Los tratamientos desarrollados para la fobia específica varían en su estructura, actividades y número de sesiones ya que toman en cuenta las características del paciente y de la fobia. Öst desarrolló el “Tratamiento conductual de una sesión para la fobia específica”, el cual es distinto a los ya existentes, éste se basa en los principios de modelamiento y reforzamiento que están presentes durante todo el tratamiento. Este tratamiento se probó inicialmente con población adulta en fobias de tipo animal, sangre-inyecciones y situacionales principalmente (Öst, 1987; 1989a; 1997).

El protocolo de tratamiento de una sesión para la fobia específica tiene como objetivos:

- Disminuir el número de sesiones de tratamiento.
- Minimizar el efecto retroactivo de los síntomas entre sesiones.
- Investigar la eficacia de intervenciones breves para la fobia específica.
- Incluir en el tratamiento escenarios naturales controlados.
- Que el paciente maneje el estímulo fóbico sin las consecuencias negativas que comúnmente ocurren al exponerse.
- Presentar al terapeuta como un miembro activo durante la sesión, para al final retirarse y dejar solo al paciente.

Este tratamiento se modificó y recientemente se ha puesto a prueba con niños, obteniendo resultados similares a los obtenidos en adultos (Muris, Merckelbach, van Haaften & Mayer, 1997; Öst, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Öst, Svenson, Hellström & Lindwall, 2001).

TRATAMIENTO DE 1 SESIÓN DE EXPOSICIÓN DE LARS-GÖRAN ÖST APLICADO EN NIÑOS

Öst y Ollendick (1999) adaptaron el manual del protocolo de “Tratamiento conductual de una sesión para la fobia específica” para utilizarse con niños. Su aplicación se realizó con éxito para el tratamiento de diversas fobias en niños, por ejemplo, las de tipo animal, situacional, sangre-inyecciones-daño, ambiental y situacional (Muris, Merckelbach, van Haaften & Mayer, 1997; Öst, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Öst, Svenson, Hellström & Lindwall, 2001). También, recientemente, se ha investigado la eficacia del tratamiento de una sesión en niños en combinación con la participación de sus padres. Los resultados muestran que los niños sometidos a una sesión de tratamiento y que cuentan con la participación de sus padres se benefician más del tratamiento y los efectos son más duraderos (Öst, Svenson, Hellström & Lindwall, 2001).

El protocolo comienza realizándose una o dos sesiones de evaluación antes de la sesión de exposición y luego de ésta, dos sesiones de seguimiento. Dependiendo de cada paciente, sobre todo si a éste no le ha funcionado el programa de mantenimiento, se planean una o dos sesiones de mantenimiento.

SESIONES DE EVALUACIÓN

Mediante una entrevista, instrumentos de evaluación de autoinforme y una Prueba de Aproximación Conductual (PAC), se realiza la evaluación y diagnóstico de la fobia específica.

Para llevar a cabo dicha evaluación se pueden asignar de una a dos sesiones, dependiendo de la situación del niño.

Preferentemente debe entrevistarse a ambos padres, de no ser posible se entrevista a aquél que pase mayor tiempo con el niño. En cuanto al informe del paciente, se aplican los instrumentos de evaluación de autoinforme y la evaluación conductual correspondiente. Durante la entrevista con el niño se realiza una jerarquía de su miedo, que consta de la enumeración de las situaciones de interacción con el estímulo fóbico desde la menos temida a la más temida. Dicha jerarquía será la guía para la sesión de tratamiento.

Durante las sesiones de evaluación los padres proporcionan y reciben información relacionada con la fobia de su hijo:

- Se explican a uno o ambos padres las actividades que se realizarán con el niño durante las diferentes fases del tratamiento.
- Se indaga sobre la posible causa de la fobia de su hijo y la forma en que interfiere con las actividades cotidianas tanto del niño como de la familia.
- Se habla de la importancia que se le debe dar a este trastorno.
- Se identifican y resalta el deseo del niño por superar su fobia. Explicación de todos los beneficios que tendrían si su hijo superara su fobia de una forma rápida, eficaz y eficiente.
- Se explica que el tratamiento se llevará a cabo en una visita posterior, la cual tendrá una duración máxima de tres horas.
- Se informa que en el tratamiento tendrá la oportunidad de participar en un programa de entrenamiento para que su hijo supere su fobia.
- Se exponen los componentes básicos y la importancia de un tratamiento corto y efectivo para su hijo y para ellos.
- Se menciona en que consisten las tareas para casa y que éstas durarán al menos cuatro semanas pero la duración estará determinada por el comportamiento del niño ante el estímulo o la situación fóbica.
- Se explica que si después de la sesión de tratamiento aún tiene síntomas fóbicos se puede completar con más sesiones de práctica.
- Finalmente se aplican los instrumentos de evaluación.

Las actividades con el niño consisten en:

- Explicarle que las actividades que realizarán son para conocerse mejor y para saber un poco más sobre su fobia (indagando sobre la posible causa de su fobia y la forma en que interfiere con sus actividades cotidianas).
- Informarle que en el tratamiento tendrá la oportunidad de participar en un programa de entrenamiento para superar su fobia.
- Se le explican los componentes básicos y la importancia de un tratamiento corto y efectivo, también se le explica que va a tener tareas para casa puesto que todo lo que no se practica tiende a olvidarse.
- Se le proporciona la misma información que al padre en cuanto a las ventajas del tratamiento, duración de la sesión de exposición y tareas en casa.
- Se realiza una evaluación mediante los instrumentos de autoinforme.
- Se elabora la jerarquía de miedo con el niño.
- Enseñar al niño a distinguir entre pensamientos, sentimientos y conductas.

SESIÓN DE EXPOSICIÓN EN VIVO

Dos semanas después de la evaluación se realiza la sesión de tratamiento, esta sesión es única y tiene una duración máxima de tres horas.

Se comienza informando al niño, de manera amplia y detallada, en qué consiste el tratamiento, los beneficios, su compromiso de mantenerse en la situación de exposición hasta que logre controlar su fobia y para desensibilizar se platica de sus gustos, intereses, etc.

Se realiza el ejercicio para reafirmar la diferencia entre los pensamientos, sentimientos y conductas, una vez aprendido esto, se presentan fotografías, películas o grabaciones del estímulo fóbico.

Posteriormente se realiza la presentación del objeto o situación fóbica en vivo pero sometido (frasco, jaula, según sea el caso), en ningún momento del tratamiento se realiza imaginación guiada. Se platica sobre las características del objeto y poco a poco el terapeuta expone al niño al estímulo hasta lograr el objetivo de cada elemento de la jerarquía de miedo, la cual se realiza en la última sesión de evaluación. Una vez que el niño realiza por sí mismo un elemento de la jerarquía de miedo sin mostrar respuestas de evitación activa, se pasa al siguiente nivel siempre y cuando el niño dé su consentimiento, con cada elemento de la jerarquía se procede de esta forma. Poco a poco el terapeuta sale de la escena y deja solo al niño para que interactúe con el estímulo fóbico. El tratamiento termina una vez que el niño realiza por sí mismo la última actividad de la jerarquía de miedo o hasta que los niveles de la fobia se reduzcan al menos en un 50%.

En todo momento se le pregunta al niño que tanto miedo siente antes y después de realizar las actividades de tratamiento en una escala de 0 a 10, siendo 10 el máximo nivel de miedo, todas las actividades las realiza primero el terapeuta (modelamiento) y luego el niño. El terapeuta pregunta al paciente como se siente durante todo el tratamiento y elogia cada progreso que el niño tenga.

Los reforzadores que se utilizan son: sociales, verbales (“lo lograste”, “muy bien hecho”), y conductuales (palmaditas en la espalda). La sesión se plantea como una oportunidad de vencer el miedo del niño, por lo tanto cada intento para lograrlo se le refuerza.

Se planean sesiones de seguimiento en las cuales se expone al niño a situaciones reales fuera de la situación controlada para seguir promoviendo la exposición, se le deja de tarea que cada día practique acercarse al objeto o situación que antes le causaba ansiedad para reforzar los resultados del tratamiento.

Este tratamiento es primordialmente conductual y en menor medida cognitivo. Ya que en la sesión de exposición conforme se cambia de un estímulo a otro de la jerarquía se realiza un análisis cognitivo-conductual de los pensamientos catastróficos. De esta forma, en combinación con la exposición, se aprende nueva información y se corrigen creencias erróneas con respecto al estímulo fóbico. Parte del éxito consiste en que se racionalizan los pensamientos catastróficos que mantienen su respuesta de escape o evitación, en combinación con la exposición segura al estímulo fóbico.

SESIONES DE SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO

En estas sesiones se proporcionan al niño herramientas y tareas para casa que le ayuden a mantener los resultados del tratamiento, también se le explican los pasos a seguir en caso de una recaída.

Se realiza una sesión, una semana después del tratamiento, en la que se revisan los resultados del tratamiento. El terapeuta explora los pensamientos, emociones y conductas del niño con respecto a su fobia, se preguntan las impresiones de las actividades del tratamiento, desde cuál de ellas se le dificultó más y cuál fue la que le costó menos trabajo, se planea y explica el programa de mantenimiento individual.

Se previene al niño para reducir la posibilidad de sufrir una recaída hablándole sobre la ansiedad y lo normal que ésta resulta en determinadas circunstancias así como la diferencia entre un “revés” y una recaída.

Se le menciona que la ansiedad es parte normal de las reacciones de los seres humanos y que otros niños como él también tienen miedo a muchas otras cosas, pero que él es uno de los que lo ha superado y que incluso podrá enseñar a otros niños a hacerlo.

Se dice al niño que es probable que en el futuro vuelva a sentir miedo, sobre todo si se expone a situaciones de riesgo como fiestas, pijamadas, viajes y escuela, pero que a diferencia del pasado, ahora cuenta con herramientas y sabrá que hacer cuando eso suceda. Se explica que el hecho de que sienta miedo no significa que la fobia haya regresado y que no se debe de creer que lo que se logró en el tratamiento se vendrá abajo, sino que por el contrario, es una oportunidad de probar todo lo que aprendió.

Se le explica que la diferencia entre una recaída y un revés consiste en que el “revés” es una falla temporal para manejar una situación en la cual se ha experimentado miedo antes de comenzar el tratamiento y que la recaída es una falla que permanece a lo largo del tiempo y que para evitar dicha recaída debe seguir algunos pasos:

1. Recordar que esa es una de las situaciones que el terapeuta dijo que podrían pasar tarde o temprano, y que no es una catástrofe. No es una recaída, sino un “revés” para manejar una situación y no significa que no lo pueda controlar en otras ocasiones.
2. No dejar que el revés se propague a otras situaciones.
3. Practicar las acciones realizadas durante el tratamiento para superar la situación.
4. Buscar la situación que originó el “revés” y concentrarse en superarla.
5. Aplicar las habilidades aprendidas en el tratamiento hasta que la situación sea superada.
6. Terminar la situación cuando se haya superado.
7. Si lo anterior no funciona, planear intentar con una situación un poco más sencilla pensando en lo que pasó durante el tratamiento.
8. Si esto funciona, regresar a la situación que originó el “revés” y repetir los pasos 4 a 6.
9. Si aún así no funciona, llamar al terapeuta tan pronto como sea posible para discutir el problema y acordar una sesión adicional de tratamiento.

Si no funciona, ya sea porque el niño tiene otra reacción fóbica o porque no puede intentarlo, se pone en práctica otra estrategia. El niño debe recordar o deducir una situación más sencilla para introducirla, con el objetivo de prevenir la generalización y demostrarse a sí mismo que el miedo está restringido a la primera situación. Si aún así presenta problemas, se le indica al niño

llamar al terapeuta tan pronto como pueda, para no correr el riesgo de permitir que las dificultades se generalicen a otras situaciones.

Se le plantea al niño que él tiene la responsabilidad de mantener los resultados alcanzados, que él debe prevenir que un revés no se convierta en una recaída y que al momento de sentir miedo se remonte al momento en que superó su fobia y no se rinda.

Se le entrega un formato al niño y se le explica como utilizarlo igual que al menos a uno de sus padres. También se hace hincapié en la importancia de realizar puntualmente sus tareas ya que en investigaciones previas se ha encontrado una correlación significativa entre el porcentaje de tareas realizadas y los resultados durante la fase de seguimiento (Öst, 1989b).

Cabe mencionar que en todo momento debe cuidarse el lenguaje empleado con el niño, deben emplearse términos y palabras fáciles de entender. Deben aclararse todas las dudas del niño y ofrecerle el espacio para que haga preguntas y resuelva todas sus dudas.

Los seguimientos pueden llevarse a cabo a tres, seis meses después y hasta un año posterior a la sesión de exposición. Éste tratamiento ha demostrado ser tan efectivo como cinco sesiones de exposición. Se han realizado estudios donde se compara el tratamiento de una sola sesión con el de cinco sesiones y se ha encontrado que no hay diferencias significativas ni inmediatamente después de la terapia, ni a largo plazo. Los tipos de fobia con los que se ha trabajado y comparado estos dos tratamientos son: a las inyecciones, a la sangre, a volar y claustrofobia (Öst, Hellström, & Kåver, 1992, Hellström, Fellenius, & Öst, 1996, Öst, Brandberg, & Alm, 1997, Öst, Alm, Brandberg, & Breitholtz, 2001).

El tratamiento de una sesión es flexible y puede aplicarse para los cuatro subtipos de fobia. En las de tipo animal puede trabajarse con roedores, reptiles, aves, insectos etc. Para las de tipo ambiental se trata fobia al agua, a los rayos y truenos. Incluso funciona para tratar otras fobias como a las personas disfrazadas, a vomitar y a chocar. El principio para usar el tratamiento de una sesión es el mismo independientemente del objeto de la fobia.

CAPÍTULO V

MÉTODO

PARTICIPANTES

En el estudio participaron 3 niños y 3 niñas seleccionados intencionalmente. Los niños fueron diagnosticados con fobia específica mediante la Escala de Ansiedad de Spence; 2 con fobia a las arañas, 2 con fobia a la oscuridad y 2 con fobia a los perros. Los padres firmaron una carta en la que manifestaban su consentimiento para participar.

Criterios de inclusión

- Tener entre 7 y 12 años de edad.
- Fobia específica como diagnóstico primario.
- Que la fobia específica sólo concierna a una situación u objeto (Öst, 1989, 1997).
- Tener por lo menos seis meses con el padecimiento.
- Contar con el consentimiento escrito de uno de los padres para el tratamiento (Anexo A).
- No haber recibido nunca tratamiento para la fobia específica.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico primario de cualquier otro trastorno.
- La fobia específica incluya más de una situación u objeto (Öst, 1989, 1997).
- Cualquier tipo de retardo en el desarrollo.
- Aquellos niños cuyos padres no dieran su consentimiento.

DISEÑO

Se trata de seis réplicas directas entre sujetos (Sidman, 1960).

Se considera réplica cuando el experimento se repite de forma exacta. Es la “replicación de un experimento dado por un mismo investigador”. Son dos los procedimientos: repetición del experimento con el mismo sujeto y repetición con sujetos diferentes. Si bien el primer procedimiento aumenta la confianza en la fiabilidad de los resultados, sólo la replicación con sujetos diferentes puede asegurar la generalización de los resultados.

MATERIALES

Hojas de respuesta, lápices, gomas para borrar, tres cajas de cartón etiquetadas con “pensamientos”, “sentimientos” y “conductas” e imágenes representativas de las categorías anteriores.

Se tuvo especial cuidado de no hacer daño a los animales y que los niños aprendieran a protegerlos.

INSTRUMENTOS

- **La Lista de Conductas de Achenbach.** (Children Behavior Check List, CBCL/6-18) (Achenbach y Rescorla, 2001). Es un instrumento de banda ancha compuesto por 118 ítems que pregunta a los padres sobre los síntomas internalizados y externalizados del

niño (alfa de 0.96, Hernández-Guzmán, 2005). Se agrupan sus reactivos en 9 factores (ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de violar reglas, conducta agresiva y otros problemas). Se califica como 0 = nunca, 1 = a veces y 2 = siempre. Para este estudio se usó solamente el factor ansioso/deprimido (alfa = 0,78) compuesto por 13 reactivos que alcanza una calificación total posible de 26 puntos, con un punto de corte de 8 puntos. Este factor mide ansiedad, pero toma en cuenta que los datos que se muestran en la ansiedad infantil comparten síntomas con la depresión (Curry, March, y Hervey, 2004).

- **El Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica.** (IDFE) (Bermúdez-Ornelas, 2003) (alfa = 0.93). Está compuesto por 52 ítems distribuidos en 9 factores (fobia escolar, fobia animal, fobia a la oscuridad, fobia situacional, fobia al daño físico, fobia al peligro y a la muerte, fobia ambiental, fobia médica y fobia a la crítica). El niño valora su grado de ansiedad en una escala de 3 puntos: 0 = nada, 1 = regular y 2 = mucho. A mayor puntuación mayor ansiedad. El punto de corte es de 90 puntos.
- **Escala de Ansiedad para niños de Spence.** (SCAS) (Spence, 1997). Compuesta de 44 reactivos distribuidos en cinco factores (síntomas físicos, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad de separación y fobia social) con un alfa de Cronbach de 0.92 (Hernández-Guzmán, 2003).
- **La entrevista para niños con fobia específica.** (Ollendick, 2004). Es una entrevista semiestructurada que explora aspectos relacionados con la fobia, el tiempo que la ha padecido, la forma en que interfiere con la vida diaria del niño y de la familia, y reacciones relacionadas con la fobia del niño (p.ej. “¿Desde hace cuánto tiempo tienes miedo a las arañas?”).
- **La entrevista para los padres de niños con fobia específica.** (Ollendick, 2004). Es una entrevista semiestructurada compuesta por 12 preguntas que exploran aspectos relacionados con la fobia de sus hijos, como lo son el inicio de la fobia, el tiempo con ella, las consecuencias para la vida diaria, y algunas reacciones ante la fobia de su hijo (p.ej. “¿Cómo afecta la fobia de su hijo al desempeño de sus actividades cotidianas?”).
- **La Prueba de Aproximación Conductual.** (PAC) de la Fobia Específica (McCabe, Anthony & Ollendick, 2006; Ollendick, 2004). Se diseñó para evaluar conductualmente la interacción con el estímulo fóbico. Consta de una secuencia de 28 actividades que implican el acercamiento gradual al objeto fóbico. Al niño se le informa del propósito de la PAC y se le explica que desempeñará las actividades en una situación controlada. Se otorga un punto por cada actividad realizada. A mayor puntuación mayor interacción con el estímulo fóbico. La PAC considera que el niño ha logrado vencer eficazmente su fobia, cuando cumple satisfactoriamente con el 50% de las actividades (McCabe, et al., 2006; Ollendick, 2004; Öst, 1989b, 1997), equivalente a 14 puntos. No obstante, aún cuando el niño alcance este criterio, se continúa con la prueba hasta completar las 30 actividades o cuando el niño decida suspender. La prueba se ha adaptado para medir las siguientes fobias específicas:

Fobia a las arañas.

La prueba consta de una secuencia de 28 actividades que implican el acercamiento gradual a las arañas. Tiene como finalidad observar que tanto se acerca el niño a la araña con la oportunidad de que camine sobre la mano para posteriormente dejarla

en libertad sin hacerle daño. La prueba comienza con la araña encerrada en un frasco de vidrio, el niño toca el frasco, describe a la araña y la libera en una caja de cartón. Posteriormente la toca con una tarjeta y un lápiz para finalmente tocarla con la mano y dejar que camine por el brazo. El niño libera a la araña sin hacerle daño.

Fobia a la oscuridad.

Se planeó una secuencia de 28 actividades que consisten en oscurecer gradualmente una habitación. Con el objetivo de que el niño permanezca encerrado en un cuarto oscuro. Algunas de las actividades que el niño tiene que realizar son: colocarse un antifaz para generar la sensación de estar en un lugar totalmente oscuro, ir oscureciendo el cuarto donde se estén realizando las actividades y cuando el salón esté totalmente oscuro el niño permanece sólo durante 10 min. Se hace especial énfasis en que cuando está oscura la habitación no esta presente nada diferente que cuando esta encendida la luz.

Fobia a los perros (Cinofobia).

Está conformada por 28 actividades que tienen como finalidad lograr la interacción del niño con el perro. La primera actividad consiste en permanecer en la misma habitación con un perro encadenado, con bozal y a una distancia suficiente como para que el niño no se sienta muy ansioso. El niño se aproximará al perro hasta poder acariciarlo, darle de comer, pasar junto a él y finalmente vestirlo.

PROCEDIMIENTO

Fase inicial

Se informó sobre el estudio a los padres y se les pidió su consentimiento por escrito informándoles de los procedimientos y su finalidad para participar en el estudio.

Sesión de diagnóstico

Se aplicó el CBCL/6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001) a los padres de 733 niños de dos escuelas públicas de zonas marginadas de la Ciudad de México, de los cuales se seleccionaron intencionalmente a 69 por calificar más alto que el punto de corte de la escala de ansiedad/depresión del CBCL/6-18. Se aplicó el CBCL con la finalidad de detectar a niños ansiosos como los posibles candidatos con fobia específica. Una vez identificados se les contactó para continuar con su evaluación.

Fase de evaluación

Los 69 niños respondieron a la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997) y al Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) (Bermúdez-Ornelas, 2003). Finalmente niños y padres respondieron a una entrevista diagnóstica semiestructurada mediante la cual se estableció el diagnóstico, 26 niños cumplieron con el criterio diagnóstico de fobia específica de acuerdo con el DSM-IV-TR. Para el presente estudio se seleccionaron a 6 niños de forma intencionada .

Fase de tratamiento

El tratamiento básicamente es una exposición en vivo prolongada, consiste en una serie de situaciones conductuales jerarquizadas en las que el niño adquiere nueva información. Se

corrigen las falsas creencias con respecto al estímulo fóbico. Se pasa de un nivel a otro de la jerarquía conforme el niño no muestre respuestas de evitación activa. Se utiliza exposición en vivo, modelamiento y reforzamiento, así como ejercicios de exposición en casa y prevención de recaídas. Todo ello se detalla en el capítulo anterior.

Caso 1.

Ficha de identificación:

Nombre: A. Caso 1.

Sexo: Masculino.

Edad: 9 años.

Escolaridad: Quinto de primaria.

Diagnóstico: Fobia a la oscuridad.

Tiempo de padecer el trastorno: 5 años.

Procedencia geográfica: Zona marginada del sur de la Ciudad de México.

Motivo de Consulta:

La entrevista a la madre reveló que el niño necesitaba dormir acompañado y con la luz encendida. El niño no dormía sino hasta muy tarde, por lo que no descansaba adecuadamente y eso influía en su desempeño escolar. De igual manera el niño sentía mucha ansiedad al llegar a su casa en la noche pues no podía encender la luz en cuanto llegaban, ya que el apagador estaba en el fondo de la sala.

La madre no identificó acontecimientos relacionados con la adquisición de la fobia de su hijo. Sin embargo, refirió que ella también tenía el mismo miedo y que ahora su hijo de 3 años lo empezaba a presentar. Durante la entrevista el niño negó su fobia. Posteriormente mencionó que se sentía avergonzado de hablar de su miedo a la oscuridad. Las cogniciones sobre el estímulo fóbico hacían referencia a que podría aparecer algún fantasma, y al no poder verlo sería más fácil que lo atacara. Él tampoco relacionó algún evento con la aparición de su fobia.

Descripción de la sesión:

La sesión dio inicio a las 9:00 de la mañana, se comenzó con una entrevista al niño en la que se le cuestionó acerca de su miedo, al terminar la entrevista se comenzó a reconocer aquellos sentimientos, pensamientos y conductas que el niño tenía cada vez que se encontraba en un lugar oscuro. Se realizó un ejercicio para que aprendiera a diferenciar entre sentimientos, pensamientos y conductas de tal forma que los conceptos fueran más claros para él. El ejercicio consistió en ordenar unas tarjetas con diferentes imágenes de personas, dentro de cajas marcadas con las etiquetas "sentimientos" "pensamientos" y "conductas". Cuando el niño introducía cada tarjeta se le preguntaba por qué pensaba que iba en esa categoría. Después de que el niño daba su argumento se le retroalimentaba y continuaba con otra tarjeta.

Para obtener una escala precisa de su nivel de miedo se le mostraron imágenes de situaciones en la oscuridad y se le pidió que le asignara a cada imagen un valor entre "cero" para poco miedo, y "diez" para mucho, dependiendo de la cantidad de miedo que sentía.

Después de esto se le enseñó a relajarse, mientras se le hablaba de sus creencias irracionales. Se le pidió que se pusiera un antifaz para simular una situación parecida a cuando está en un cuarto oscuro. El niño estuvo de acuerdo y refirió sentir un 7 con respecto a la escala de miedo.

En todo momento los terapeutas acompañaron al niño. Cuando el niño se mostró tranquilo se le pidió que diera unos pasos alrededor del salón con ayuda de los terapeutas, el niño refirió sentirse un poco ansioso cuando se le cuestionó sobre su nivel de miedo (8).

Posteriormente se le pidió que se recostara junto a los terapeutas. En este momento los terapeutas preguntaron al niño si le gustaría quedarse solo en el salón, él aceptó; se le pidió que se concentrara en los sonidos que podía percibir y que encontrara una explicación racional. Al regreso de los terapeutas el niño refirió tener un nivel de miedo de 5. Se le dio la retroalimentación correspondiente y volvieron a salir del salón por un periodo más largo, al regresar y después de la retroalimentación se pasó a la etapa siguiente que consistió en hacer una especie de “casita oscura” con dos mesas cubiertas con un cobertor.

Con ayuda del niño se formó una “casita oscura” donde permanecería solo. Nuevamente los terapeutas le pidieron que pusiera atención a los ruidos y salieron del salón. Esta situación se repitió en lapsos de 1, 3, 5 y 10 min. Cuando los terapeutas regresaron, cada vez, pidieron al niño que contara su experiencia y se le dio retroalimentación. En esta actividad el niño refirió tener 4 de miedo.

Se pidió su consentimiento y ayuda para comenzar a tapizar con cartulinas negras las ventanas del cuarto donde se llevó a cabo el tratamiento, con la finalidad de oscurecerlo.

Una vez que se terminó de cubrir todas las entradas de luz, para oscurecer el salón. Gradualmente se fueron apagando los focos uno por uno mientras se dialogaba para modificar las creencias irracionales del niño. Se le preguntó qué tanto miedo sentía, a lo que respondió que un 9.

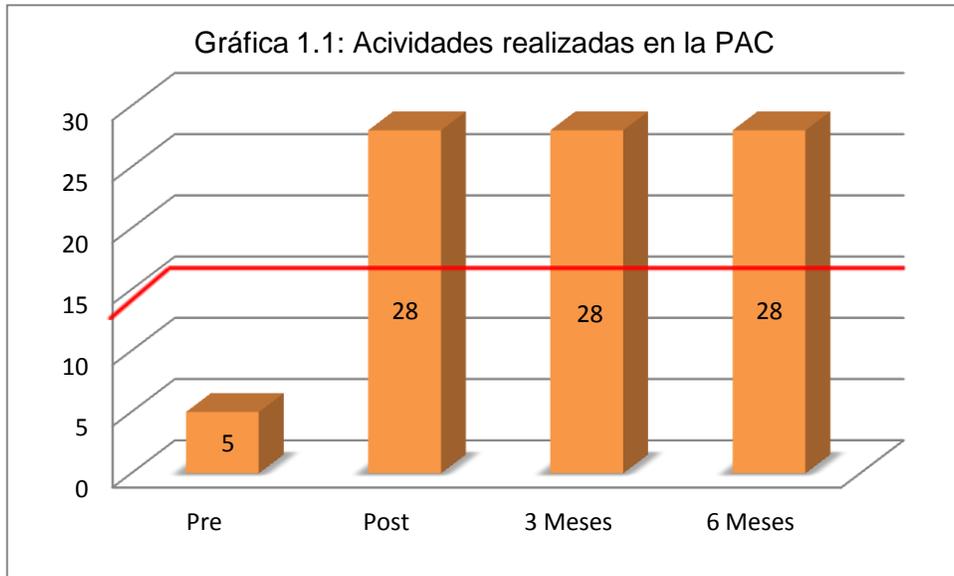
Cuando las luces se apagaron por completo y el salón quedó totalmente oscuro los terapeutas y el niño se ubicaron en el centro del salón. Se le preguntó que tanto miedo sentía en la escala de miedo, a lo que dijo 3. Sin embargo aún se notaba un poco ansioso, por lo que se recordaron los ejercicios de relajación. Se le pidió que observara atentamente lo que estaba alrededor del salón y que intentara describir lo que veía y escuchaba.

Pasado un tiempo, se le pidió que buscara algunos objetos en el salón para que se diera cuenta de que los ojos se adaptan para ver en la oscuridad. Después del ejercicio se mostró más tranquilo. Posteriormente, se le pidió su consentimiento para dejarlo a solas en el salón.

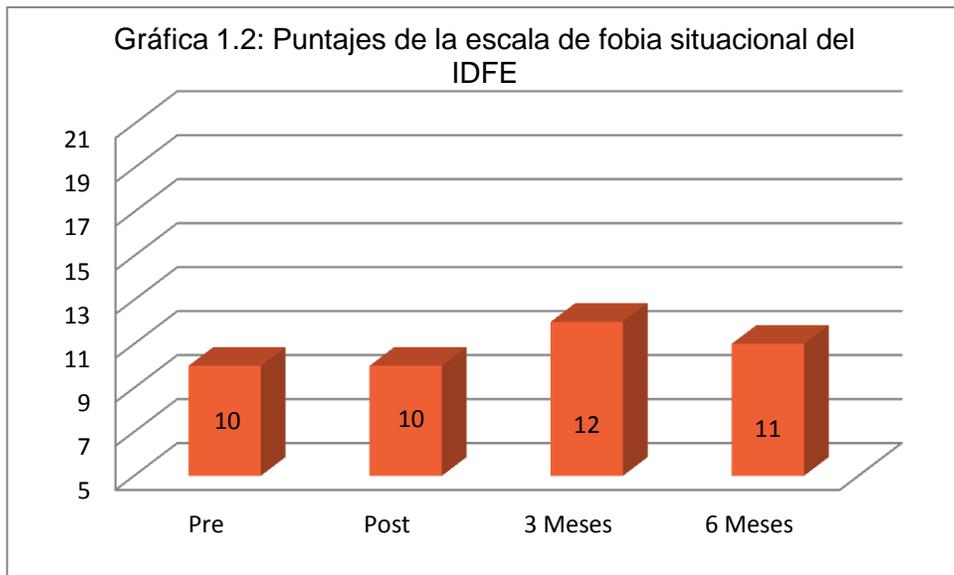
Al regreso de los terapeutas, se le dio retroalimentación. Informó que no había sentido miedo, por lo que se dio por terminada la sesión. Nuevamente se pidió su ayuda para quitar las cartulinas y se le proporcionó una hoja de tarea para que registrara sus conductas de acercamiento a la situación fóbica durante la siguiente semana.

El tratamiento terminó a las 11:50 hrs.

Seguimientos: En las evaluaciones previas y posteriores al tratamiento los resultados fueron los siguientes:

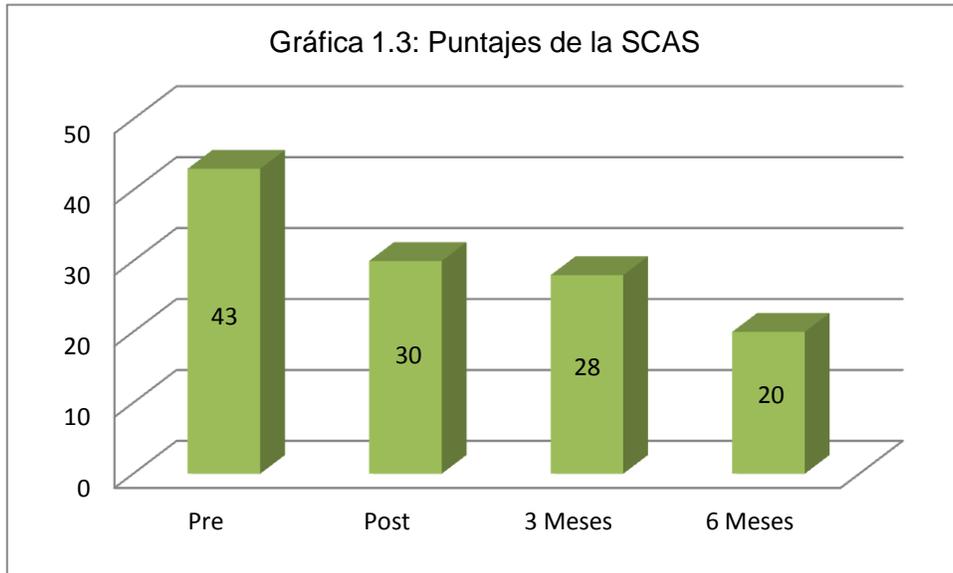


En la gráfica 1.1 se observa el número de actividades de aceptación a la oscuridad realizadas por el niño antes y después del tratamiento. Se presenta, en la primera columna, un puntaje de 5 actividades realizadas antes del tratamiento, es decir, el niño pudo realizar hasta la actividad en la que tenía que ponerse el antifaz y quedarse de pie junto al terapeuta, 9 actividades por debajo del punto de corte, que indica un funcionamiento anormal. Durante el tratamiento el niño pasó de una actividad a otra hasta que fue capaz de realizar las 28 actividades establecidas en el protocolo de dicha prueba, esto significa que al final del tratamiento el niño fue capaz de permanecer solo en un salón oscurecido durante 10 minutos. Estos resultados se mantuvieron una semana después del tratamiento, a los tres y seis meses posteriores. El punto de corte para esta prueba es de 14 actividades, aparece indicado con la línea.

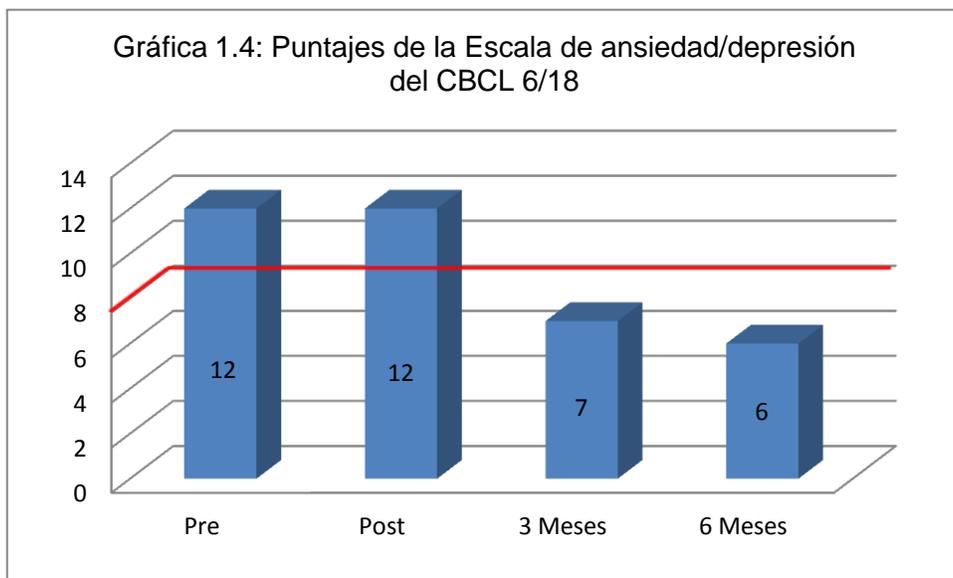


La Gráfica 1.2 representa los puntajes obtenidos por el niño en la escala de fobia situacional del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica. Se observa una puntuación pre-tratamiento de 10 con los puntajes más altos relacionados con la “oscuridad y soledad”. El puntaje se mantuvo en la evaluación a una semana después del tratamiento. En la evaluación a tres meses el puntaje

aumentó a 12 y a los seis meses la puntuación bajó a 11, el análisis cualitativo de la prueba arrojó que seguían presentes los reactivos relacionados con la fobia a la oscuridad.



En la gráfica 1.3 se presentan los niveles de ansiedad del niño reflejados en los puntajes de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence. Se observa en la evaluación inicial un puntaje de 43, se encontró un mayor nivel de ansiedad en aquellos reactivos que hacían referencia a permanecer solo en un lugar oscuro. En el segundo seguimiento el puntaje disminuyó a 30, tres meses después del tratamiento el puntaje fue de 28 y finalmente a los seis meses se ubicó en 20, un poco menos de la mitad de lo que se encontraba antes del tratamiento. Nuevamente se analizó todas las aplicaciones y se encontró que la ansiedad ante situaciones de oscuridad o soledad desapareció gradualmente.



La grafica 1.4 muestra el nivel de ansiedad observado por los padres. Se presenta en la evaluación pre-tratamiento una puntuación de 12, 4 puntos por encima del punto de corte indicando un comportamiento disfuncional. Esta puntuación se mantiene a la semana del

tratamiento. Sin embargo, a los tres meses el puntaje es de 7. En la última evaluación se ubicó en 6 puntos, dos unidades por debajo del criterio de normalidad de esta prueba. El punto de corte de esta prueba es de 8, aparece indicado con la línea.

Conclusiones:

Se trató de un niño de 9 años que antes del tratamiento sólo realizó 5 actividades de la Prueba de Aproximación Conductual (PAC). Es decir, sólo logró ponerse el antifaz y quedarse de pie junto al terapeuta. Obtuvo una calificación de 12 puntos en la Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18, lo que significa un comportamiento ansioso que rebasa el punto de corte. Al evaluársele con en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) obtuvo una calificación de 10 en la escala que evalúa la fobia situacional, mostrando una marcada tendencia a las situaciones referentes a fobia a la oscuridad. Esto fue consistente con la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS).

La madre comentó que el niño se mostraba ansioso al encontrarse en lugares oscuros, que no podía quedarse a solas en la oscuridad y no era capaz de encender la luz. Además tenía que dormir acompañado y con la puerta del cuarto abierta. La entrevista con el niño confirmó lo anterior.

La batería de pruebas junto con los informes de la madre y el niño indicaron su incapacidad para permanecer en cuarto oscuro solo. Se le diagnosticó fobia específica tipo situacional a la oscuridad.

Después del tratamiento el niño mostró respuestas de acercamiento sin ansiedad ante las situaciones de oscuridad.

En la evaluación post-tratamiento a una semana, el niño pudo realizar la última actividad de la PAC que corresponde a permanecer sólo durante 10 min. en un salón oscuro. Se encontró que no hubo cambios en la Escala de Ansiedad-Depresión del CBCL/6-18, es decir, que la madre no notó mejoría en cuanto a la apreciación de la madre, en la escala de fobia situacional del IDFE tampoco se observó ningún cambio, sin embargo, en la SCAS el puntaje se redujo a 30.

La mamá refirió que no percibía los cambios de su hijo puesto que él aun mostraba miedo. Al indagar nos dimos cuenta que la mamá le exigía demasiado al niño y casi no pasaba tiempo con él, probablemente esto explicaría por qué no observó los cambios en esta evaluación.

Por otra parte el niño refirió que diario hacia las tareas de aproximación, apagando la luz de su cuarto y quedándose solo. Se le cuestionó sobre sus pensamientos ante esa situación y refirió que al principio, los primeros 4 días, le causaba un poco de ansiedad quedarse solo, tenía pensamientos relacionados con que alguien le haría daño. Pero después empezaba a pensar que era sólo su imaginación.

En las evaluaciones de 3 y 6 meses el niño realizó las 28 actividades de la PAC, Logró permanecer 10 minutos solo en un salón oscurecido. La madre refirió que su hijo ya se dormía solo sin presentar conductas de ansiedad. Esta situación se fue generalizando a diferentes contextos, pues ya era capaz de enfrentarse a diversas situaciones de oscuridad.

Por ejemplo, al llegar por la noche a casa él atravesaba la sala para llegar al apagador y encender la luz. Cuando había un corte en el suministro de energía eléctrica, en la noche, él ya

no acudía ansiosamente a refugiarse con mamá. Esto confirmó la relevancia clínica del tratamiento.

Caso 2.

Ficha de identificación:

Nombre: B. Caso 2

Sexo: Masculino.

Edad: 7 años.

Escolaridad: Segundo de primaria.

Diagnóstico: Fobia a la oscuridad.

Tiempo de padecer el trastorno: 3 años.

Procedencia geográfica: Zona marginada del sur de la Ciudad de México.

Motivo de Consulta:

Durante la entrevista la madre refirió que su hijo no podía dormir con la luz apagada, la puerta cerrada o sin la compañía de alguno de sus hermanos, aunque, ellos ya no querían dormir con él. Frecuentemente había discusiones antes de dormir porque se tenían que turnar para dormir con él. En ocasiones la madre se acostaba con él hasta que se quedara dormido pero luego tenía que terminar de realizar las labores pendientes del hogar. El niño refirió que pensaba que en la oscuridad las cosas cambiaban de lugar o que alguien lo podía atacar sin que se pudiera defender. Pensaba que todas las siluetas, formadas por objetos y muebles, que percibía en la oscuridad eran fantasmas. Mencionó que cuando su miedo era demasiado tenía que taparse la cabeza para conciliar el sueño. Sin embargo, muchas veces la ansiedad le causaba dificultad para dormir.

Aunque la madre no conocía el origen de la fobia de su hijo, argumentó que posiblemente la había desarrollado por jugar con niños más grandes que lo asustaban, también había notado que el miedo del niño se exacerbaba cuando veía películas de terror.

Descripción de la sesión:

La sesión inició a las 9:00 a.m. primero los terapeutas establecieron las metas del tratamiento, las cuales hacían referencia a que el niño permaneciera en la oscuridad sin presentar las respuestas típicas de la fobia.

Cuando el niño estuvo de acuerdo se le explicó en qué consistía el tratamiento y se comenzó con una entrevista en la que se indagaron las características de su miedo. Después se diferenció entre sentimientos, pensamientos y conductas, tal y como se hizo en el primer caso. El ejercicio consistió en presentar unas tarjetas que el niño tuvo que ordenar en las cajas correspondientes, en un principio se le dificultó identificar la diferencia entre los conceptos, finalmente pudo terminar el ejercicio sin ningún problema.

Al terminar el ejercicio se habló sobre sus creencias irracionales, se le dijo: "Que todo permanecía igual sin importar si la luz estaba encendida o no; que las imágenes que veía eran destellos naturales, parte de la adaptación de los ojos a la oscuridad tras apagar las luces".

Para obtener su nivel de miedo en una escala de cero a diez se le mostraron imágenes alusivas al estímulo fóbico y se le pidió que le asignara un valor a cada imagen dependiendo de cuánto miedo le evocaba.

Las creencias irracionales del niño consistían en la presencia de fantasmas. Cuando se tranquilizó se le pidió ponerse un antifaz para simular una situación parecida a cuando está en un lugar oscuro. Refirió un 8 en la escala de miedo.

Los terapeutas hablaron sobre sus pensamientos y creencias y le dieron la retroalimentación correspondiente. Los terapeutas y el niño dieron unos pasos en el salón y luego se recostaron en el piso a su lado, en ese momento su nivel de miedo fue de 6. Después de esto se le preguntó si podía quedarse solo en el salón con los ojos cubiertos, por un periodo de 1 min. Él aceptó; cuando los terapeutas regresaron y le preguntaron lo que había escuchado, refirió que escuchó a los niños de los salones contiguos y que se había sentido un poco nervioso al principio. Su nivel de miedo fue 7.

Nuevamente los terapeutas salieron, pero esta vez por un periodo de 5 min. En esta ocasión se le pidió que pusiera atención a todos los sonidos que pudiera percibir. Al regreso, los terapeutas le preguntaron sobre el origen de los sonidos que había escuchado, él refirió que probablemente eran originados por las actividades de los demás niños y que pensar eso lo había tranquilizado, por lo que su nivel de miedo había disminuido a 5. Los terapeutas salieron, esta vez por un periodo de 10 min. El niño escuchó con atención y al regreso de los terapeutas, refirió que había escuchado como arrastraban las bancas y azotaban las puertas. Asimismo, se dio cuenta de que todos esos sonidos tenían una explicación lógica. En este punto el niño se mostró entusiasmando por lo que estaba experimentando, aunque aún sentía 4 de miedo.

Se le propuso construir una “casita oscura” con dos mesas para después cubrirlas con un cobertor. Se pidió al niño meterse a la “casita” y luego se cubrió con el cobertor. Desde dentro el niño indicaba por dónde entraba luz. Nuevamente se siguió el mismo procedimiento, se le dejó solo por periodos de 3, 5 y 10 min. Durante la actividad se le preguntó sobre el origen de los sonidos, las siluetas que veía y se habló sobre sus creencias. Refirió tener un nivel de miedo de 3.

Al finalizar esta actividad, se pidió su consentimiento para oscurecer el salón. Con ayuda del niño se sellaron las ventanas con cartulina negra, finalmente con la luz encendida se habló sobre las reacciones fisiológicas que ocurren en los ojos cuando se habitúan a los cambios de luz (efectos de luz y sombra, el reflejo que tienen los ojos de contracción/dilatación en presencia de poca o mucha luz, cómo el oído se vuelve más sensible, etc.) después de esto se apagó la luz. Los terapeutas y el niño se colocaron al centro del salón, hablaron sobre los sonidos que se escuchaban y algunas sombras que se alcanzaban a percibir; el niño refirió que su nivel de miedo era de 3.

Se le preguntó si le gustaría pasar a otro nivel, él aceptó; entonces nuevamente los terapeutas salieron por un periodo de 3 min., pero ahora se le dio la instrucción de buscar una explicación a todo lo que veía y escuchaba. Cuando los terapeutas regresaron se le dio la retroalimentación teniendo en cuenta lo que había escuchado y visto. Esto se repitió en 2 ocasiones por periodos de 5 y 10 min.

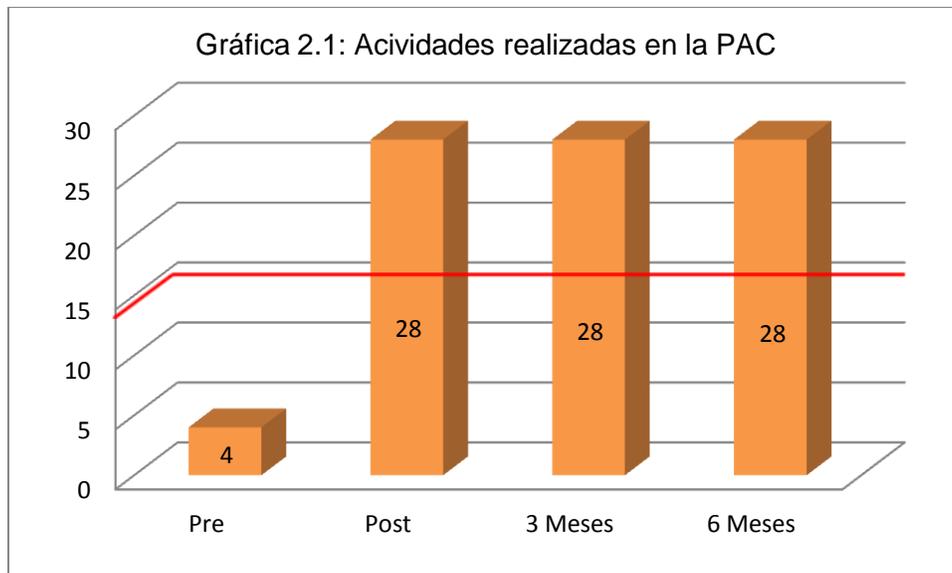
Durante las diferentes actividades el niño se mostró muy dispuesto para realizarlas y muy atento al recibir la información que se le dio.

La sesión terminó a las 11:40, cuando refirió no sentir miedo y cumplió con todas las actividades de la PAC.

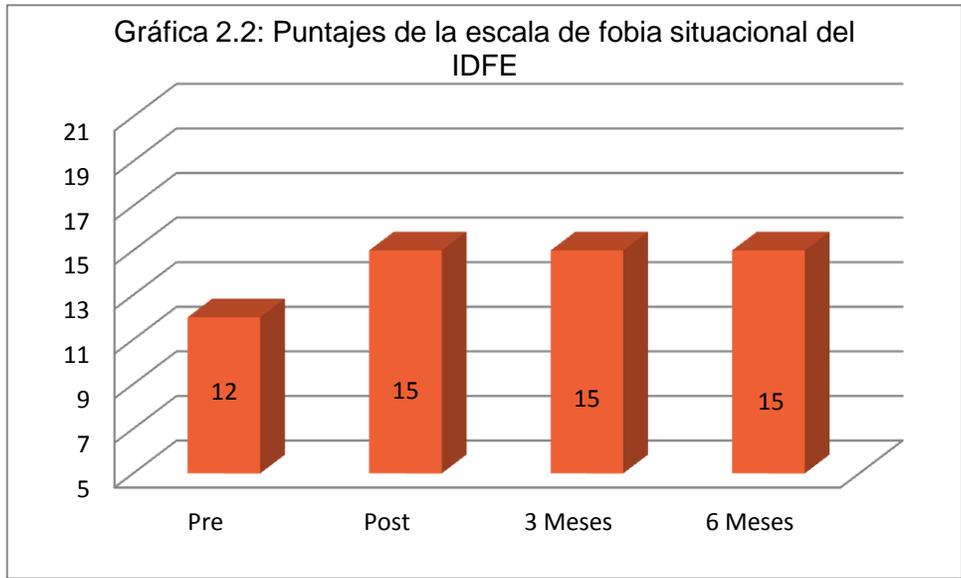
Se le asignó de tarea permanecer 5 min. en su cuarto sin luz, así como dormir con la puerta cerrada y se le dio una hoja para el registro de la actividad.

Seguimientos:

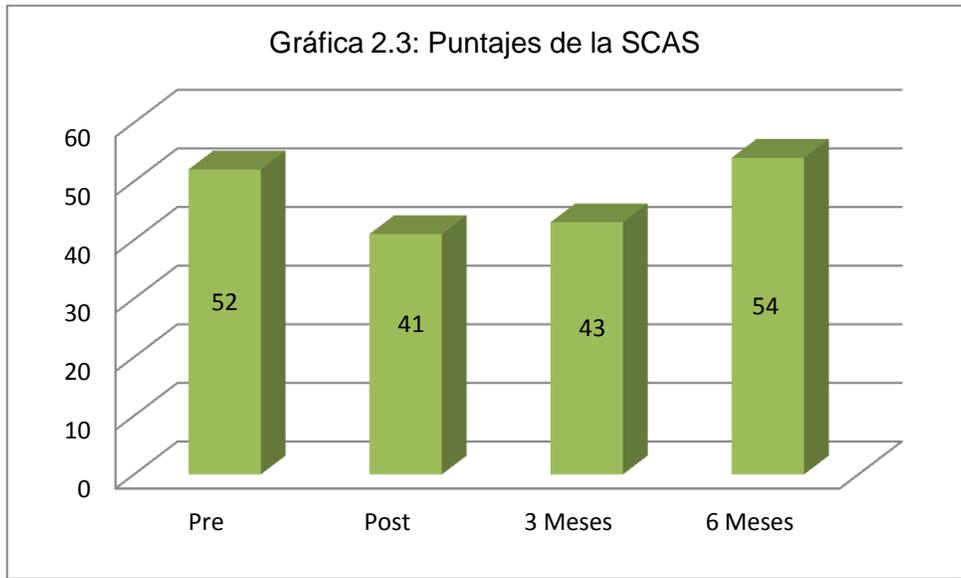
Los seguimientos se realizaron una semana, tres y seis meses después del tratamiento, obteniéndose los siguientes resultados:



En la gráfica 2.1 se muestran las actividades realizadas por el niño en la Prueba de Aproximación Conductual (PAC) Pre y Post tratamiento. Se presenta un puntaje inicial de 4 actividades antes del tratamiento, 10 actividades por debajo del punto de corte. Esto significa que el niño únicamente fue capaz de ponerse el antifaz y sentarse junto al terapeuta, pero cuando se le pidió que se pusiera de pie y caminara se negó argumentando que le daba miedo caerse, aun cuando se le dijo que sería guiado y no se le dejaría caer. Después de una semana el niño fue capaz de exponerse al estímulo fóbico sin presentar conductas de ansiedad, pudo permanecer en un salón solo por un periodo de 10 min. logrando con esto realizar todas las actividades establecidas en la PAC, esto se mantuvo a los 3 y 6 meses posteriores al tratamiento. El punto de corte aparece indicado con la línea en la actividad 14.

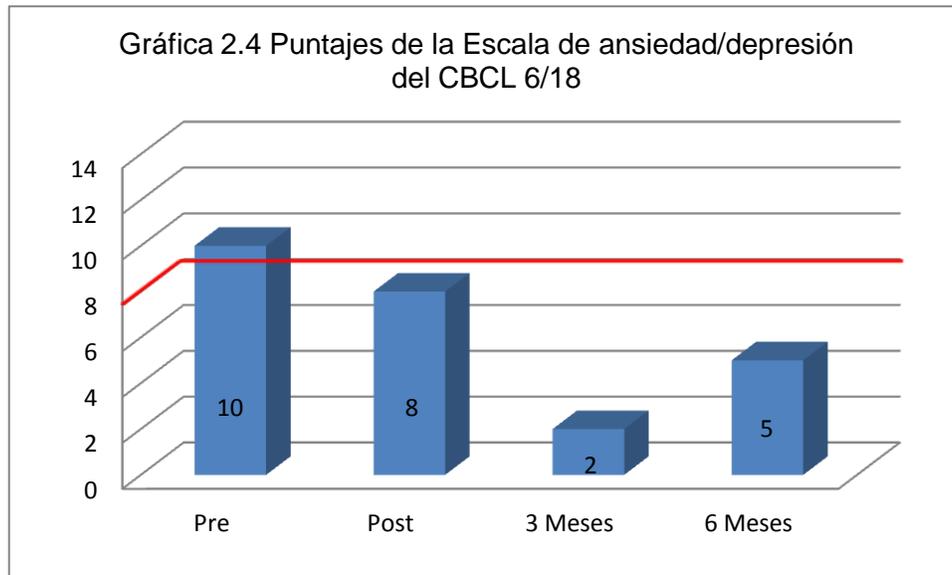


Los puntajes informados por el niño en la escala de fobia situacional del IDFE se muestran en la gráfica 2.2. Se presenta un puntaje pre-tratamiento de 12 puntos, al revisar los ítems individualmente se observan puntajes mayores en las situaciones referentes a la fobia a la oscuridad, en la evaluación a una semana hay un aumento a 15 puntos que se mantuvo a los tres y seis meses. En ambas evaluaciones se realizó un análisis cualitativo para ver a que se debía el aumento en los puntajes, se encontró que el niño seguía puntuando alto en los ítems relacionados con fobia a la oscuridad



En la gráfica 2.3 se presenta el nivel de ansiedad del niño reflejado por los puntajes obtenidos en la SCAS. En la evaluación antes del tratamiento el niño tuvo un puntaje de 52, notándose un mayor nivel de ansiedad en aquellos reactivos referentes a estar a solas o en un lugar oscuro. La evaluación a una semana posterior al tratamiento arrojó un puntaje de 41 que aumenta a 43 en el seguimiento a tres meses y vuelve a aumentar a 54 a los seis meses. El análisis de la prueba reveló que ambos incrementos estaban relacionados con puntajes altos en los ítems sobre el miedo escolar y en algunos casos con aquellos relacionados con aspectos familiares,

por ejemplo: “me da miedo presentar un examen” y “me preocupo cuando estoy lejos de mis padres”. Lo observado a partir del IDFE y las entrevistas a la madre y al niño lo confirmaron en los 3 seguimientos.



En la gráfica 2.4 se presentan los puntajes obtenidos por el niño según lo referido por la mamá en la Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL 6/18. En la evaluación pre-tratamiento el niño obtuvo una puntuación de 10, dos puntos por arriba del punto de normalidad para esta prueba. En la evaluación a una semana del tratamiento, la puntuación bajó a 8, sin embargo, no fue suficiente para rebasar el punto de corte. En la evaluación a 3 meses el niño obtuvo 2 puntos, finalmente en el último seguimiento el niño obtuvo 5 puntos, lo que indica comportamiento normal. El punto de corte está marcado con la línea.

Conclusiones:

Se trató de un niño de 7 años que antes del tratamiento fue incapaz de ponerse el antifaz y permanecer sentado al lado del terapeuta, correspondiente a la cuarta actividad de la PAC.

En la entrevista la madre refirió que el niño se rehusaba a dormir con la luz apagada o solo, por lo que dormía con sus hermanos. Por otra parte, el niño agregó que cuando apagaba la luz pensaba que las cosas se movían y que alguien podría atacarlo.

La Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18, contestada por la mamá, arrojó un puntaje por encima del punto de corte. Esto fue congruente con la SCAS donde el niño también mostró niveles altos de ansiedad, particularmente en los reactivos que hacían referencia a permanecer en un lugar solo a oscuras, por ejemplo; “siento temor cuando estoy solo en casa”. Por esta razón se solicitó una entrevista con la mamá en la que mencionó que el miedo del niño era muy alto, que no quería dormir solo y le causaba mucha ansiedad tener que permanecer en un cuarto oscuro.

Durante el tratamiento el miedo del niño fue disminuyendo al pasar de una actividad de la PAC a otra. Esto se reflejó en su escala de miedo y en la ausencia de respuestas de evitación ante el estímulo fóbico.

En la evaluación una semana después del tratamiento cumplió con todas las actividades de la PAC, Logró permanecer 10 minutos solo en un salón oscurecido y fue capaz de enfrentarse a diversas situaciones de oscuridad. Esto confirmó la relevancia clínica del tratamiento.

Es importante destacar que el niño realizó todas las actividades de la PAC lo que demuestra que el niño ya no tenía fobia, pero no traduce ese cambio a sus verbalizaciones ya que en las pruebas de auto-informe sigue puntuando alto en los reactivos relacionados con fobia a la oscuridad.

Se notó una disminución de los puntajes de la SCAS y la Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18. En el IDFE arrojó un aumento de 3 puntos. Durante la entrevista al niño, mencionó que había hecho casi todas las tareas pero no se había podido quedar en su cuarto solo y con la luz apagada. Sin embargo, pudo dejar la puerta entre abierta y permanecer así antes de dormir, sabiendo que su mamá estaba en la sala. Por otra parte la mamá indicó que él intentó hacer las tareas solo, pero quería que ella estuviera presente, por lo que acordaron hacerlo con la puerta abierta

En la evaluación a tres meses los puntajes aumentaron ligeramente en la SCAS. El IDFE se mantuvo igual en ambas evaluaciones Al revisar las pruebas de manera detallada se observó que los puntajes totales aumentaron debido a que aumentó la ansiedad relacionada con situaciones escolares y familiares, tal como lo indica la evolución de los miedos más frecuentes de acuerdo con la edad, propuesta por Méndez (citado por Méndez, Olivares & Bermejo, 2001) en la que se describe un incremento en los miedos relacionados con la separación de los padres, la soledad y la escuela, además la evaluación a 3 meses coincidió con el cambio de ciclo escolar, de acuerdo con el informe del niño en la entrevista.

El puntaje del CBCL/6-18 disminuyó por debajo del punto de corte, indicando un comportamiento normal. La madre refirió que estuvo pendiente de que el niño realizara las tareas de exposición. Le motivaba a hacerlas y puso mayor atención al desvanecimiento del miedo de su hijo.

A los 6 meses, el niño mencionó que se encontraba muy tranquilo con respecto a las situaciones que antes le daban miedo. Refirió que durmió con la puerta de su cuarto abierta aproximadamente 1 mes, tiempo que duraron las tareas, pero que gradualmente dejó de concederle importancia al asunto. Recordó que una de las actividades más difíciles a las que se había enfrentado era subir a la azotea de su casa una noche a recoger su uniforme. Esto fue confirmado por la madre.

En ambos casos encontramos que hay incongruencias entre las pruebas escritas y la PAC, ésta última permite verificar fehacientemente el desempeño de los niños ante la oscuridad, fue la única prueba que no presentó variabilidad. Con base en la PAC afirmamos que el tratamiento es exitoso.

Caso 3.

Ficha de identificación:

Nombre: C. Caso 3.

Sexo: Femenino.

Edad: 9 años.

Escolaridad: Quinto de primaria.

Diagnóstico: Fobia a las arañas.

Tiempo de padecer el trastorno: 5 años.

Procedencia geográfica: Zona marginada del sur de la Ciudad de México.

Motivo de Consulta:

Según lo refirieron madre e hija, las condiciones ambientales en la casa facilitaban la reproducción y desarrollo de arañas, en particular en el cuarto de baño, por ello la niña no podía ir sola. Esto causaba que no quisiera ir al baño y se forzaba a esperar hasta que alguien la acompañara. En algunas ocasiones esperaba tanto que presentaba dolor de estómago.

Este hecho comenzaba a ser un problema ya que la niña tampoco quería ir al baño en la escuela a menos de que la acompañara alguna amiga.

La madre no identificó ninguna situación relacionada con la adquisición de la fobia de su hija. Sin embargo, refirió que ella también tenía miedo a las arañas y que la fobia de la niña se había exacerbado cuando nació su hermana, hace 5 años.

Descripción de la sesión:

La sesión inició a las 8:00 a.m. primero se le explicó a la niña en qué consistía el tratamiento y se establecieron los objetivos del mismo. Después realizó el ejercicio para diferenciar entre sentimientos, pensamientos y conductas. En un principio se mostró renuente, porque pensaba que se trataba de imágenes de arañas. Se le explicó que se trataba de otro tipo de imágenes, finalmente aceptó. El ejercicio resultó ser fácil debido a su habilidad para diferenciar los conceptos.

Posteriormente se pidió su consentimiento para mostrarle imágenes de arañas, con el objetivo de establecer su escala de miedo. Refirió un nivel elevado de miedo frente a estas imágenes, este hecho fue confirmado por sus respuestas de evitación.

Cuando se pidió su consentimiento para mostrarle una araña se rehusó, pero aceptó cuando se le dijo que iba a estar en un frasco y que no se sacaría a menos de que estuviera de acuerdo y cómoda.

Al ver el frasco que contenía dos arañas pequeñas no quiso acercarse. Se escondía detrás de uno de los terapeutas quien la animaba a que se acercara un poco al frasco. Ambos terapeutas modelaron la conducta.

Debido a la dificultad que significaba que la niña tocara el frasco, se le propuso acercarse progresivamente al mismo. Se le dio información sobre el comportamiento de las arañas. Cuando se dio cuenta de que éstas no podían salir, accedió a tocar el frasco con una pluma y con ayuda de un terapeuta. Lo tocaba brevemente y se alejaba haciendo gestos de repulsión. Según lo refirió, su nivel de miedo fue de 10.

Se habló con ella sobre sus creencias irracionales con respecto a las arañas, después de varias explicaciones y modelamiento accedió a sostener el frasco. Observó las arañas brevemente, colocó el frasco en la mesa y se escondió detrás del terapeuta. Se le pidió que las describiera, lo hizo y se acercó gradualmente al frasco para distinguir los detalles más pequeños. En esta etapa su nivel de miedo fue de 9.

Después de explicarle que esas arañas no eran venenosas y que cumplían funciones importantes en el ambiente, se le preguntó si quería que el terapeuta tocara una, ella accedió. El terapeuta liberó una araña y la colocó en una caja, modeló la conducta de tocarla. Se le mostró que la araña huía al contacto con el dedo. La niña accedió a tocarla con un lápiz, su nivel de miedo fue de 7. Posteriormente la tocó con el dedo, a pesar de que le costó un poco de trabajo su nivel de miedo fue de 6.

Se pidió su consentimiento para colocársela en la mano, accedió a hacerlo unos segundos, pero se mostró muy ansiosa. Se habló sobre sus creencias irracionales y se le dio la retroalimentación correspondiente. Finalmente le puso nombre a la araña y pudo sostenerla en la mano e incluso sonreía. Refirió un nivel de miedo de 5.

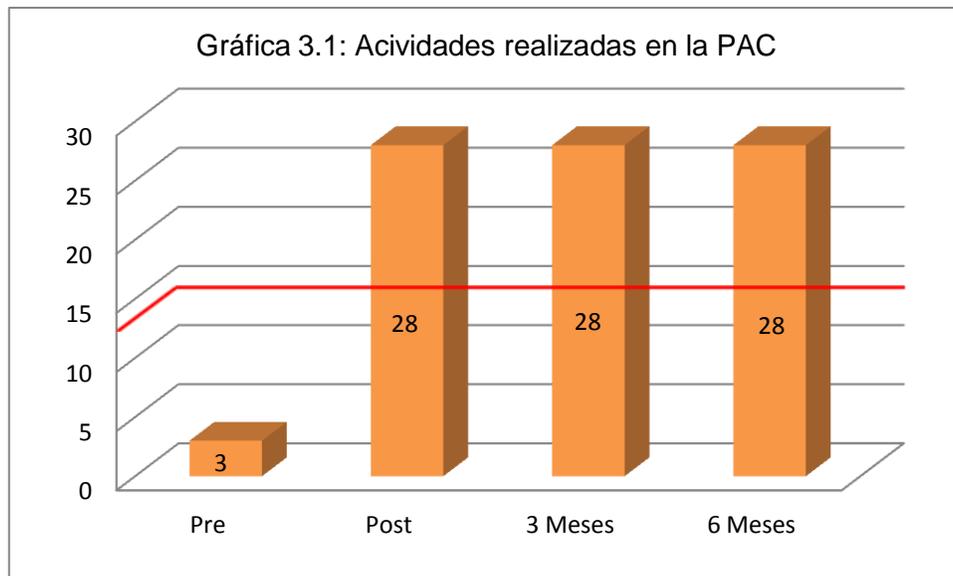
Se le mostró una araña más grande; esta vez pudo tocar el frasco fácilmente. Nuevamente se habló de las creencias sobre las arañas y se realizó el modelamiento. En esta ocasión mostró menos conductas de evitación activa, accedió a tocarla, le puso nombre y la colocó en su mano. Su nivel de miedo fue de 3.

Liberó la araña en el jardín y accedió a ver una más grande. Con ayuda del terapeuta la sacó y se la colocó directamente en la mano. Después de unos minutos le puso nombre y la liberó.

A las 10:15 se dio por terminada la sesión cuando la niña refirió no sentir miedo. Finalmente se le entregó una hoja con las instrucciones para sus tareas en casa.

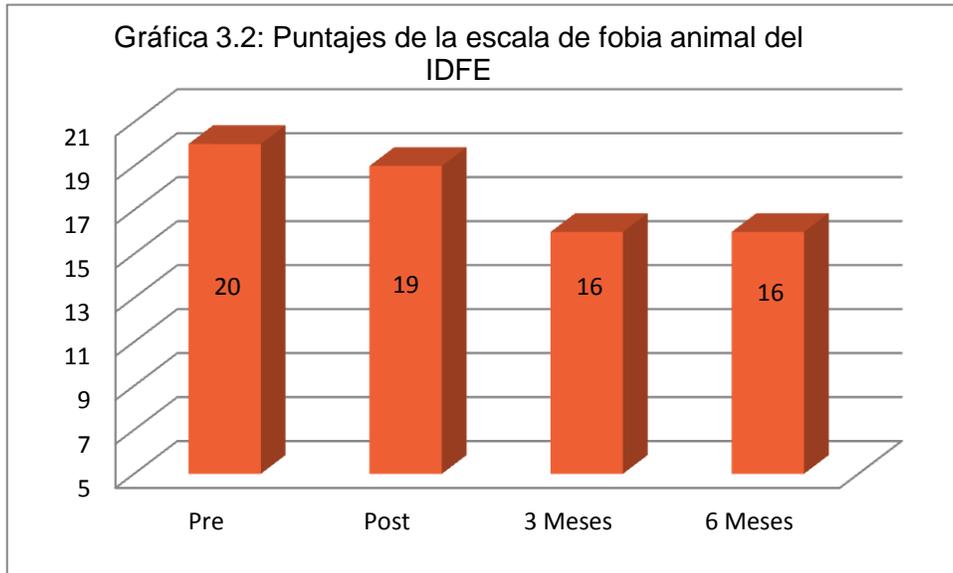
Seguimientos:

A continuación se presentan las evaluaciones posteriores al tratamiento:

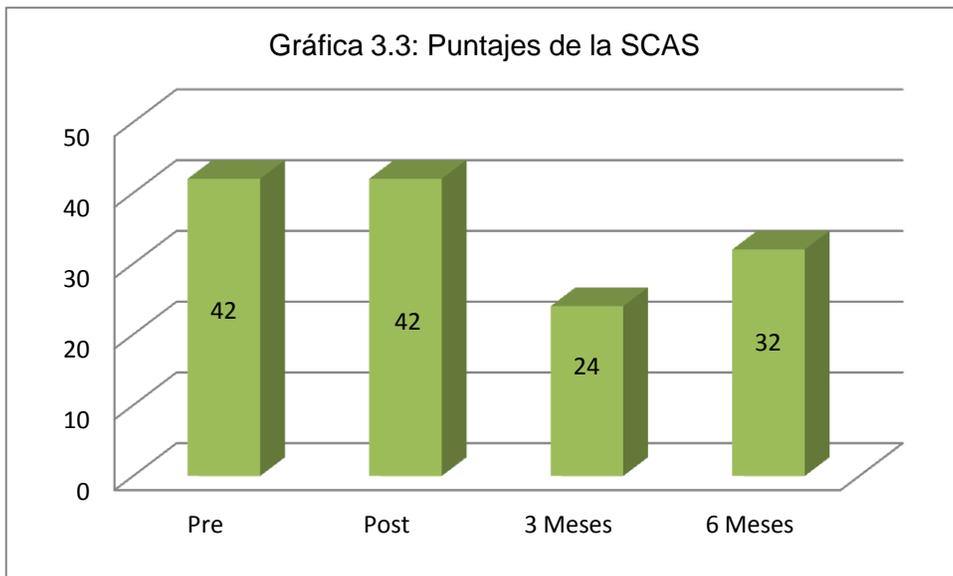


La gráfica 3.1 representa el número de actividades realizadas por la niña antes y después del tratamiento, en la pre-evaluación sólo pudo realizar hasta la tercera actividad de la PAC correspondiente a tomar el frasco con la araña, 11 actividades por debajo del comportamiento normal. En el transcurso del tratamiento la niña fue pasando de una actividad a otra de la prueba hasta que cumplió con todas, es decir, al final del tratamiento la niña fue capaz de

permitir que la araña caminara por su brazo para posteriormente dejarla en libertad, esto se mantuvo en las evaluaciones posteriores. El punto de corte para esta prueba es de 14.

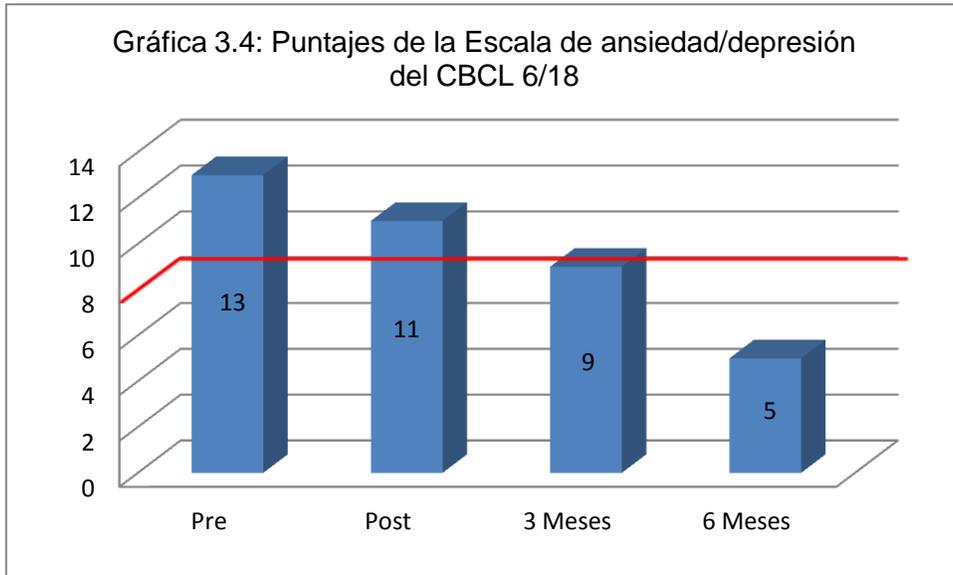


En la gráfica 3.2 se observan los puntajes referidos por la niña en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica. En la evaluación antes del tratamiento obtuvo un puntaje de 20, los reactivos con puntuaciones más altas fueron aquellos que hacían referencia a las arañas, en la evaluación una semana después del tratamiento el puntaje fue de 19. A los tres meses el puntaje disminuyó a 16. Finalmente el puntaje a los 6 meses fue de 16. En ambas evaluaciones los ítems relacionados con la fobia a las arañas habían disminuido.



En la gráfica 3.3 se presentan los puntajes de la niña obtenidos en la SCAS. Antes del tratamiento se observa un puntaje de 42 el cual se mantiene una semana después del tratamiento, indicando un mayor nivel de ansiedad particularmente ante situaciones de exposición a animales pequeños, esto fue congruente con lo observado en el IDFE. En la evaluación correspondiente a los tres meses hay una disminución a 24, esto indica un menor

nivel de ansiedad a las arañas. Sin embargo, una revisión de los ítems indica la aparición de ansiedad ante situaciones sociales. Por último en el seguimiento a los 6 meses el puntaje aumenta a 32.



En cuanto a lo referido por la mamá en la Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL 6/18 los resultados indican una disminución progresiva con el paso del tiempo, la puntuación pre tratamiento fue de 13, colocándose por encima del punto de normalidad por 5 unidades. En la evaluación a una semana hubo una disminución a 11 puntos, insuficiente para colocarse dentro del rango de normalidad. En el seguimiento a los tres meses puntuó en 9. Finalmente en la evaluación a los seis meses logró un puntaje de 5, colocándose por debajo del punto de corte, marcado por la línea en 8 actividades, lo que indica un comportamiento normal.

Conclusiones:

En la entrevista inicial la madre refirió que la niña tenía mucho miedo de ir sola al baño debido a la presencia de arañas; esto se presentaba también en la escuela. La niña confirmó lo anterior. Al realizar la evaluación y analizar las diferentes pruebas se encontró que los puntajes más altos se referían a situaciones que incluían animales pequeños, particularmente a las arañas. Al ser expuesta al estímulo fóbico antes del tratamiento sólo pudo realizar tres actividades de la PAC, es decir, sólo fue capaz de tocar un frasco con una araña dentro.

Durante el tratamiento la ansiedad de la niña fue disminuyendo conforme se pasó de un escalón a otro de la jerarquía de miedo, según lo refirió al cuestionarla sobre su nivel de miedo. En un principio le causó mucha ansiedad empezar a realizar las actividades de aproximación indicadas por los terapeutas, pero después de recibir la retroalimentación correspondiente y de observar el modelamiento de los terapeutas, empezó a acercarse a las arañas. Finalmente pudo tocarlas sin mostrar ninguna respuesta de evitación.

En la evaluación una semana después del tratamiento la niña se mostró cooperativa y dispuesta a realizar nuevamente los ejercicios indicados en la PAC, realizándolos exitosamente. En el IDFE y la SCAS las puntuaciones altas relacionadas con la fobia a las arañas disminuyeron paulatinamente, pero aun estaban presentes.

Según refirió la mamá y la niña en un principio fue difícil realizar las tareas de exposición. Pero después de que la mamá modelaba la conducta la niña podía acercarse a las arañas.

Probablemente por esta razón la niña no se daba cuenta de sus avances, ya que no notaba que finalmente podía tomar a la araña en sus manos para cambiarla de lugar o sacarla al patio de su casa, algo que en un principio no pudo hacer. Se habló de estos cambios en su conducta con la finalidad de que los notara.

Durante las siguientes evaluaciones la niña realizó todas las actividades de la PAC, es decir, fue capaz de dejar que la araña caminara por su mano y posteriormente liberarla. Mostrando la desaparición de su fobia

En la evaluación a los tres y seis meses se observó una disminución en los puntajes del IDFE un análisis de los ítems reveló la disminución de los reactivos relacionados con el miedo a las arañas y un incremento en los ítems relacionados con el miedo a las situaciones sociales y escolares, durante la entrevista refirió tener miedo al cambio de grupo y ciclo escolar.

Contrario a lo esperado se observó un aumento en la SCAS a los seis meses, sin embargo, esto estuvo relacionado con un aumento en la puntuación de los ítems sobre situaciones escolares. Indicó que no se cambió de grupo como se había planeado, pero que había tenido un problema con una de sus compañeras días antes, esto explicó el aumento de ansiedad registrada en esta última evaluación.

Caso 4

Ficha de identificación:

Nombre: D. Caso 4.

Sexo: Femenino.

Edad: 8 años.

Escolaridad: Cuarto de primaria.

Diagnóstico: Fobia a las arañas.

Tiempo de padecer el trastorno: 4 años.

Procedencia geográfica: Zona marginada del sur de la Ciudad de México.

Motivo de Consulta:

Durante la entrevista la niña refirió que sentía miedo cuando estaba en un lugar oscuro pues pensaba que las arañas podrían bajar y ella no lo notaría. Argumentó que le daba miedo estar sola ya que nadie podría ayudarla en caso de que una araña estuviera cerca. La mamá desconocía este hecho y añadió que a pesar de no reconocer el miedo de su hija, había notado que la niña quería estar todo el tiempo con ella, lo cual le dificultaba realizar sus actividades.

Descripción de la sesión:

La sesión inició a las 8:00 a.m. se le explicó en qué consistía el tratamiento así como las metas del mismo, las cuales hacían referencia a que ella manipulara una araña y permaneciera sola en la oscuridad con una, asimismo se le informó que todo se haría con su consentimiento.

Se comenzó con el ejercicio para diferenciar sentimientos, pensamientos y conductas, en un principio se le dificultó realizar la actividad, sin embargo, al final lo hizo bien. Posteriormente se le mostraron imágenes de arañas para establecer su nivel de miedo.

Durante el tratamiento la niña se mostró dispuesta a realizar las actividades de aproximación, tocó sin problemas el frasco, pero se negó a sacar la araña. La observó detenidamente, la describió y recibió información sobre las arañas. Finalmente accedió a que se colocara en la caja. Cuando la araña se le acercaba se alejaba de la caja.

Inicialmente se negó a tocar a la araña con el lápiz, el terapeuta modeló la conducta y al ver que era inofensiva accedió a hacerlo. Conforme fue interactuando con la araña la niña refirió tener menos miedo. En esta actividad su nivel de miedo pasó de 10 a 8.

El terapeuta modeló la conducta de tocar la araña con el dedo, pero se mostró indecisa a hacerlo ella. Se habló de las funciones y características de las arañas y finalmente realizó la actividad. Al finalizar esta actividad el nivel de miedo fue de 5, según lo refirió.

Posteriormente se pidió su consentimiento para colocar una araña en la mano; aceptó y dijo sentirse un poco nerviosa. Realizó la actividad sin mostrar conductas de evitación. Su miedo fue de 2.

Se le mostró una araña de mayor tamaño; se notó menos nerviosa y accedió fácilmente a tocarla con un lápiz. Le puso nombre y la colocó en su mano sin mostrar signos de evitación activa. Sin embargo, se mostró alerta de que no pasará más allá de su codo, en esta actividad su nivel de miedo fue de 2.

Luego de que la niña interactuó con la araña la liberó, y aceptó ver una de mayor tamaño. Inicialmente no quiso que se liberarla. Primero la observó en el frasco, la describió detalladamente. Se le explicó que la única diferencia con la araña anterior era el tamaño. La liberó en la caja y la tocó con el lápiz, luego con el dedo y finalmente la colocó en su mano. En esta actividad el miedo referido por la niña pasó de 4 a 1 y fue confirmado por la ausencia de conductas de alerta o de evitación activa. Se regresó la araña al frasco para utilizarla en otro momento del tratamiento.

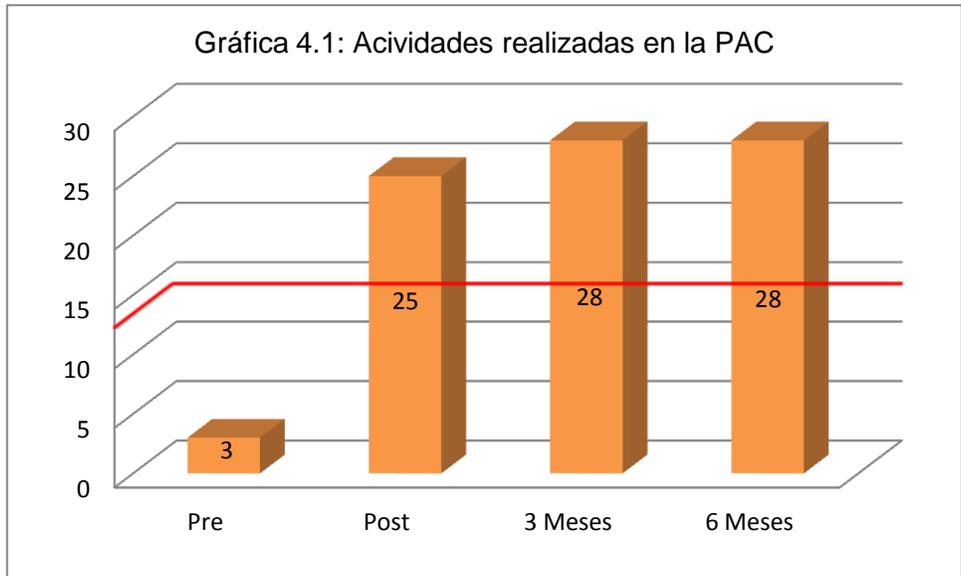
Se le pidió consentimiento para realizar una actividad en la que ella tendría que permanecer en la oscuridad. Se construyó una "casita oscura" con una mesa y un cobertor, ella se colocó adentro y se habló de los procesos de adaptación de nuestro cuerpo cuando se está en un lugar sin luz.

Se pidió su consentimiento para liberar a la araña dentro de la "casita". Se le dio la araña enfrascada y se le pidió que la liberara en la oscuridad, refirió sentirse tranquila aún sin saber dónde estaba la araña.

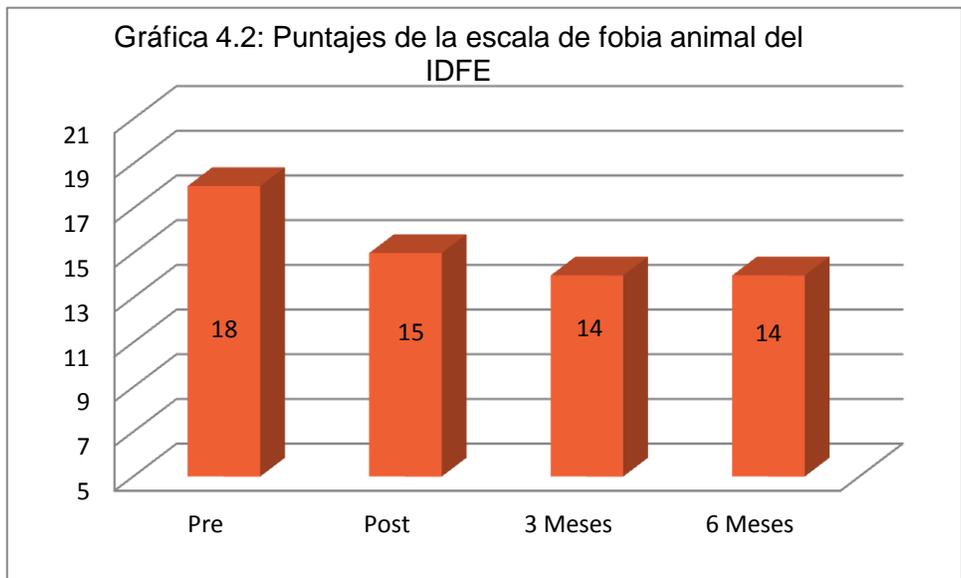
El tratamiento finalizó a las 10:15, se le dieron las instrucciones para sus tareas en casa y una hoja de prevención de recaídas.

Seguimientos:

En las evaluaciones posteriores al tratamiento los resultados fueron los siguientes:

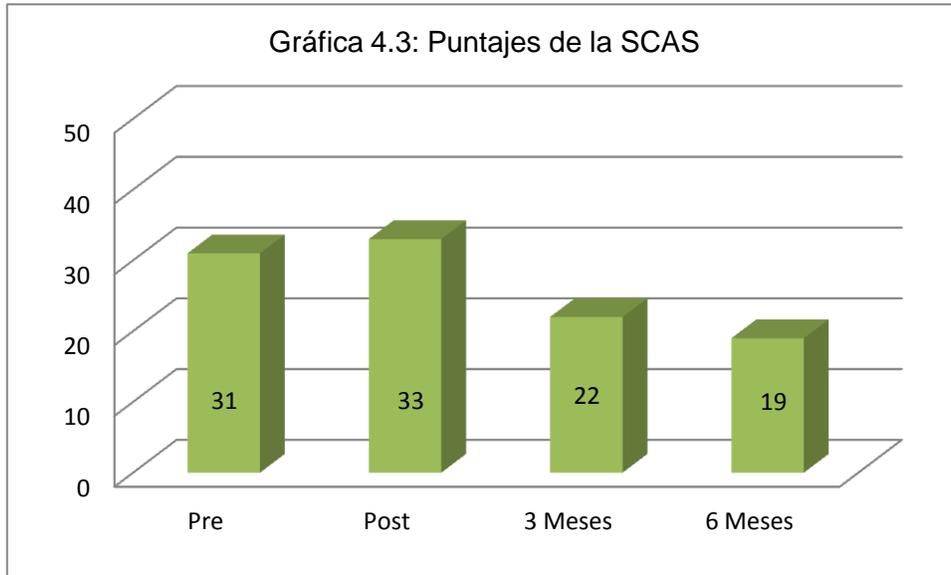


En la gráfica 4.1 se presenta el número de actividades realizadas por la niña antes y después del tratamiento. En la evaluación pre-tratamiento sólo pudo realizar 3 actividades de las 28 indicadas en la PAC, es decir, sólo fue capaz de tocar un frasco que contenía una araña. Durante el tratamiento la niña pasó de una actividad a otra de la prueba para finalmente completar todos los ejercicios de aproximación indicados en la prueba. En la evaluación una semana posterior al tratamiento la niña sólo pudo realizar hasta la actividad 25 correspondiente a dejar que la araña camine por la mano. Sin embargo, esta actividad se encontró sobre el criterio de normalidad para esta prueba. En las evaluaciones a los tres y seis meses la niña realizó el 100% de las actividades indicadas en la prueba, esto quiere decir que la niña fue capaz de dejar que la araña caminara por su brazo y cuerpo para posteriormente liberarla, sin hacerle daño.

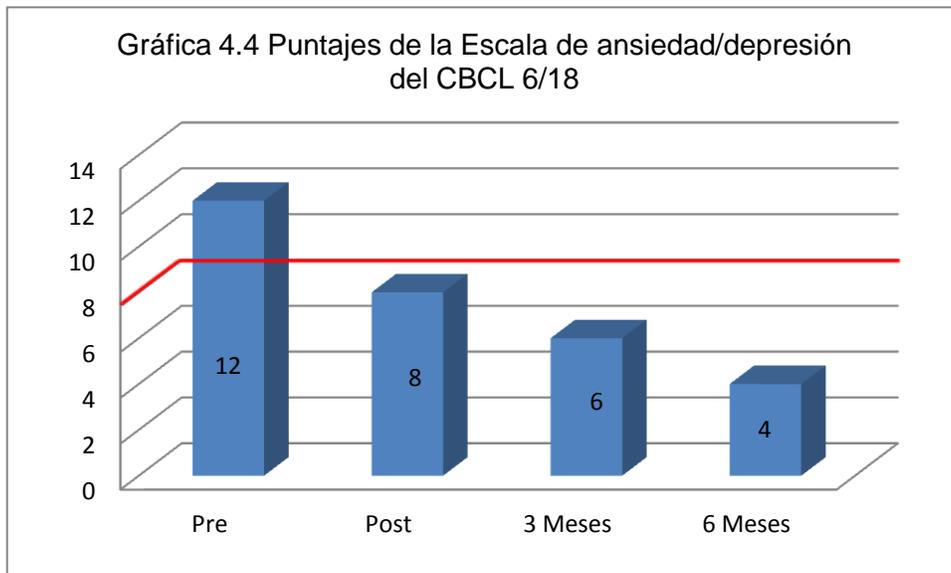


La gráfica 4.2 representa los puntajes obtenidos en la escala de fobia animal del IDFE, en la evaluación antes del tratamiento la niña obtuvo un puntaje de 18, el análisis de cada reactivo indicó la presencia de ansiedad ante la exposición a animales pequeños, en particularmente las

arañas. En la evaluación a una semana del tratamiento disminuyó 3 unidades, la revisión de cada reactivo indicó un decremento en los puntajes relacionados con la fobia animal. A los tres meses el puntaje bajó a 14 y se mantuvo a los seis meses.



En la gráfica 4.3 se presentan los puntajes de la Escala de Ansiedad para niños de Spence. En la evaluación antes del tratamiento obtuvo un puntaje de 31, se encontró un mayor nivel de ansiedad ante aquellas situaciones que involucraban la exposición a animales pequeños, particularmente las arañas. En el seguimiento una semana posterior al tratamiento hubo un incremento de 2 puntos, el análisis reveló una disminución de los reactivos relacionados con el estímulo fóbico. En la evaluación a tres meses el puntaje bajó a 22 y finalmente a 19 a los seis meses, al igual que en el análisis de los reactivos del IDFE, se observa una desaparición gradual en los reactivos relacionados con la fobia animal.



En la gráfica 4.4 se presentan los puntajes en la Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL 6/18 donde se aprecia una puntuación pretratamiento de 12, 4 unidades por encima del punto de

corte. En el seguimiento a una semana se observa un puntaje de 8, sin embargo, se encuentra en el límite del criterio de normalidad. En la evaluación a tres meses sigue disminuyendo a 6 puntos y finalmente a los seis meses obtuvo un puntaje de 4, cuatro unidades por debajo del punto de corte, indicando un comportamiento normal.

Conclusiones:

En la entrevista la madre comentó que la niña le temía a la oscuridad y a estar sola. Sin embargo, la niña refirió que le daban miedo las arañas y que se sentía más vulnerable cuando estaba sola o en un lugar oscuro. Debido a la dificultad para ver o enfrentar a una araña.

Al ser expuesta al estímulo fóbico sólo realizó 3 actividades, es decir, sólo fue capaz de tocar un frasco que contenía una araña; 11 actividades por debajo del punto de normalidad de la Prueba de Aproximación Conductual. Esto fue congruente con lo arrojado por las pruebas de auto-informe e informe de la madre.

Durante el tratamiento la ansiedad de la niña fue disminuyendo mientras se pasaba de un escalón a otro de la jerarquía de miedo. Aunque en un principio se mostró dispuesta a realizar las actividades, se negó a tocar una araña con la mano y empezó a mostrar signos de evitación. La niña realizó las actividades de aproximación después de recibir información de las arañas y de que los terapeutas modelaran las conductas.

Debido a que su miedo incrementaba cuando ella se encontraba en un lugar oscuro se decidió hacer un ejercicio extra, en el que se le pidió a la niña que estando en un lugar oscuro soltara a la araña. Realizó la actividad exitosamente.

En la evaluación post tratamiento la niña realizó 25 actividades, es decir, únicamente fue capaz de poner la araña en su mano. Esto se debió a que se utilizó una araña de diferente especie y de mucho mayor tamaño. Lo que generó que la niña estuviera muy nerviosa durante la evaluación, según lo refirió. De igual manera informó que al realizar los ejercicios en casa le había dado un poco de miedo.

A pesar de no cumplir con todas las actividades de la prueba, se colocó por encima del punto de corte, indicando con esto un comportamiento normal. La disminución de los puntajes en las pruebas de auto-informe confirmaron este hecho.

En el CBCL hubo una disminución de 4 puntos, sin embargo, esta disminución no fue suficiente para rebasar el punto de corte.

En las siguientes evaluaciones se utilizó nuevamente una araña de otra especie y mayor tamaño. Sin embargo, la niña realizó todas las actividades de la PAC mostrando un comportamiento típico de los niños sin fobia.

En las evaluaciones a tres y seis meses los puntajes del IDFE y la SCAS disminuyeron. La Escala de ansiedad/depresión del CBCL 6/18 disminuyó en puntuación indicando un comportamiento normal. En la entrevista la niña no refirió ningún problema con las tareas de exposición, esto fue confirmado por la madre.

Como sucedió en los dos primeros casos, la Prueba de Aproximación Conductual no presenta variaciones y es determinante a la hora de mostrar las conductas de acercamiento al estímulo fóbico, mostrando el éxito del tratamiento de una sola sesión para fobia a las arañas.

Caso 5

Ficha de identificación:

Nombre: E. Caso 5.

Sexo: Femenino.

Edad: 7 años.

Escolaridad: Primero de primaria.

Diagnóstico: Fobia a los perros.

Tiempo de padecer el trastorno: 1 año.

Procedencia geográfica: Zona marginada del sur de la Ciudad de México.

Motivo de consulta:

En la entrevista inicial la madre refirió que un perro se lanzó a la niña cuando tenía 6 años y aunque sólo le ladró, se impresionó tanto que pensó que la había mordido. A partir de ese momento comenzó a temerles. El miedo se exacerbó debido a que la hermana mayor tuvo una experiencia similar cuando era pequeña y también le temía a los perros.

Asimismo resaltó el hecho de que su hija no presentaba problemas para salir a la calle, era sólo cuando veía un perro que se aferraba a ella o a un adulto presentando conductas típicas de ansiedad, como llanto y evitación, estas respuestas se incrementaban si el perro le ladraba. La niña, confirmó lo anterior. Sus pensamientos hacían referencia a que los perros la atacarían aunque no los provocara.

Descripción de la sesión:

La sesión inició a las 9:30 de la mañana, se le explicó detalladamente en qué consistía el tratamiento, los objetivos y la dinámica de la sesión. Posteriormente realizó el ejercicio para diferenciar pensamientos, sentimientos y conductas. El ejercicio resultó difícil, pero cuando entendió a qué se refería cada categoría lo realizó más rápido.

Al terminar este ejercicio se le mostraron imágenes de diferentes perros para establecer su nivel de miedo. Se indagó sobre sus pensamientos, le daba miedo que los perros le ladraran porque creía que la atacarían y no podría controlarlos, incluso creía que la atacarían aunque ella no los provocara. Se le dio la retroalimentación correspondiente.

Posteriormente se inició la exposición con un cachorro dentro de una caja, refirió sentirse nerviosa pero después de describirlo pudo acariciarlo. Se pidió su consentimiento para que entrara un perro de talla mediana, respondió tajantemente que no. Después de decirle que estaba encadenado y que no se soltaría si ella no estaba de acuerdo, accedió mostrando mucha ansiedad. Cuando lo vio dijo que los perros de esa raza le daban poco miedo.

El terapeuta realizó el modelamiento de algunas conductas de acercamiento. Se habló sobre el comportamiento de algunos perros y de las conductas que deben tener las personas frente a ellos. En este momento refirió un nivel de miedo de 7.

La niña realizó las actividades indicadas por los terapeutas; describió al perro, lo llamó por su nombre y caminó cerca de él. Posteriormente con ayuda del terapeuta caminó con él llevándolo con una cadena. Su nivel de miedo fue de 10. Se le preguntó si quería tocar al perro con un lápiz y luego con una franela, realizó la actividad aunque dijo sentirse "nerviosa". Al observar

que el perro no hacía nada, empezó a acariciarlo con la mano por la parte posterior, lejos del hocico, de esta forma consideraba que era más seguro. Refirió sentir 9 de miedo.

Paulatinamente acarició partes más cercanas al hocico. Finalmente accedió a acariciarlo en la cabeza. Su nivel de miedo disminuyó a 5, según lo refirió.

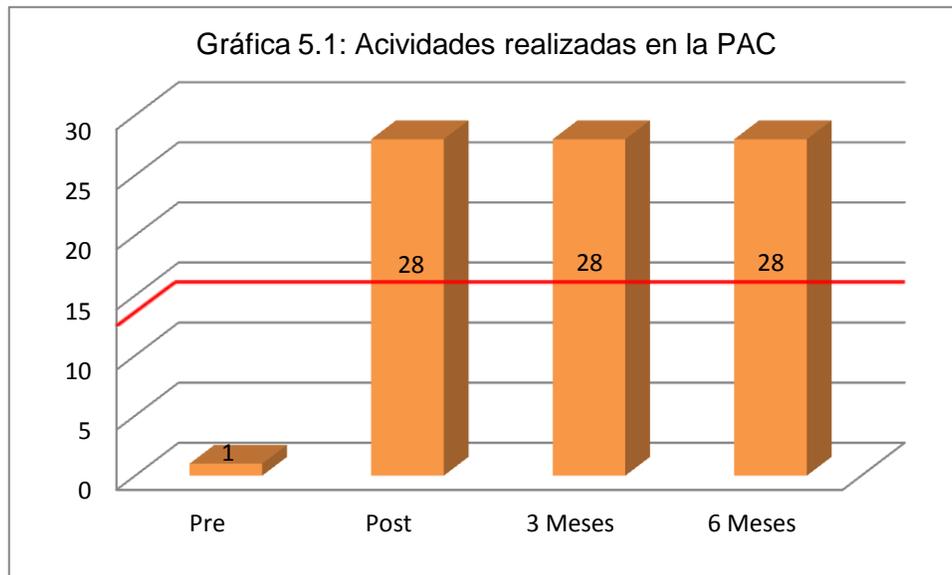
Se le preguntó si le gustaría darle de comer directamente en el hocico con sus manos y luego vestirlo con un sweater. La niña realizó la actividad después de que los terapeutas modelaron las conductas. Para vestirlo tomó las patas e intentó llevarlo hacia ella, con ayuda del terapeuta tomó al perro por el pecho, le colocó un sweater y lo cargó. Al terminar la actividad refirió un nivel de miedo de 0.

Finalmente se le dio una hoja para registrar las tareas correspondientes a la primera semana, dichas actividades consistían en acariciar a otros perros con la supervisión de un adulto, se hizo hincapié en que no con todos los perros se podían realizar las actividades.

Debido a que se había cumplido el objetivo de la sesión y era hora del receso, se le preguntó si quería salir a jugar con el perro al patio. De este modo comenzó a practicar las habilidades aprendidas. La sesión concluyó a las 11:30

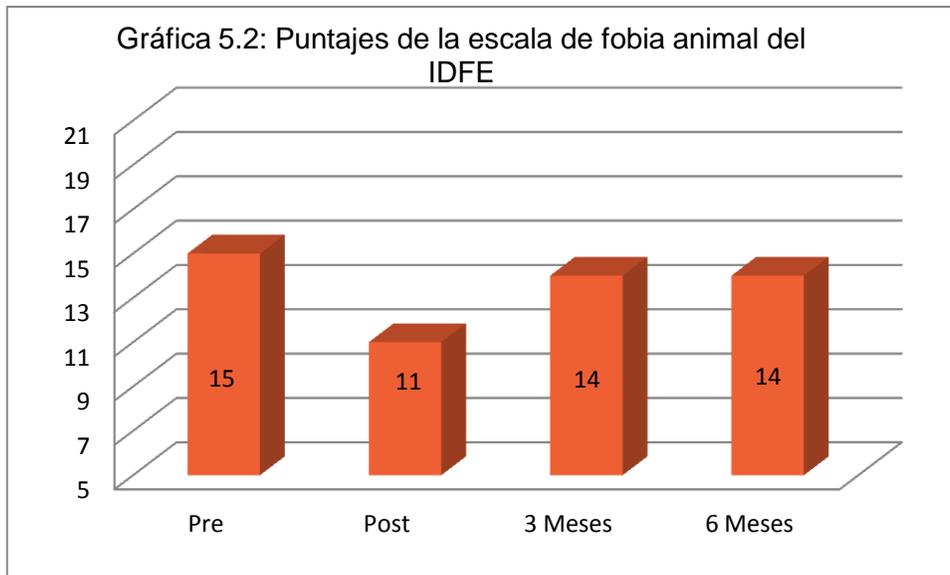
Seguimientos:

En las evaluaciones posteriores al tratamiento los resultados fueron los siguientes:

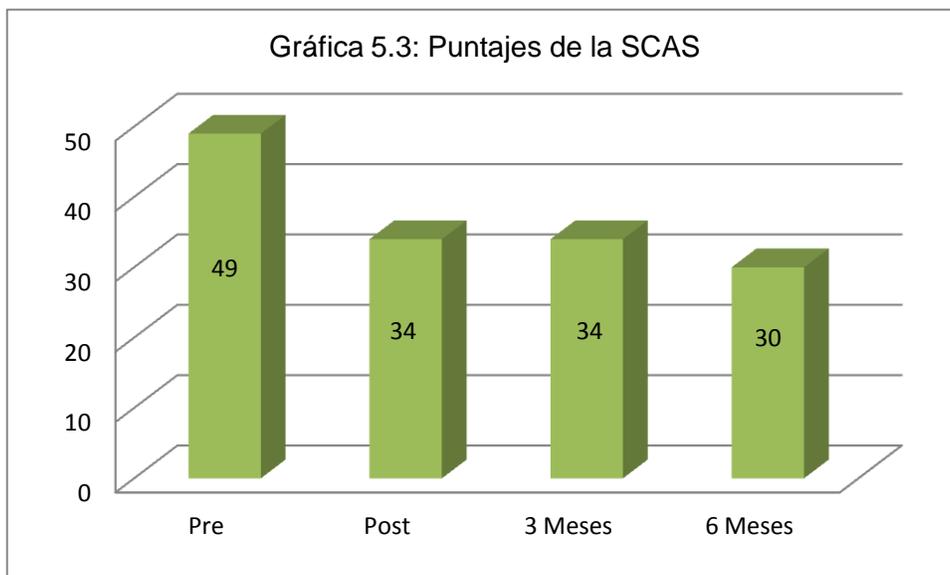


En la Gráfica 5.1 se observan las actividades de aproximación realizadas por la niña antes y después del tratamiento. En la evaluación pre-tratamiento realizó una actividad, es decir, la niña sólo fue capaz de ver imágenes de diferentes perros. Durante el tratamiento pasó de un escalón a otro de las actividades indicadas en la prueba hasta completar todas, es decir, fue capaz de alimentar al perro, ponerle un sweater, cargarlo y jugar con él, actividades correspondientes a los últimos cuatro ítems de la prueba.

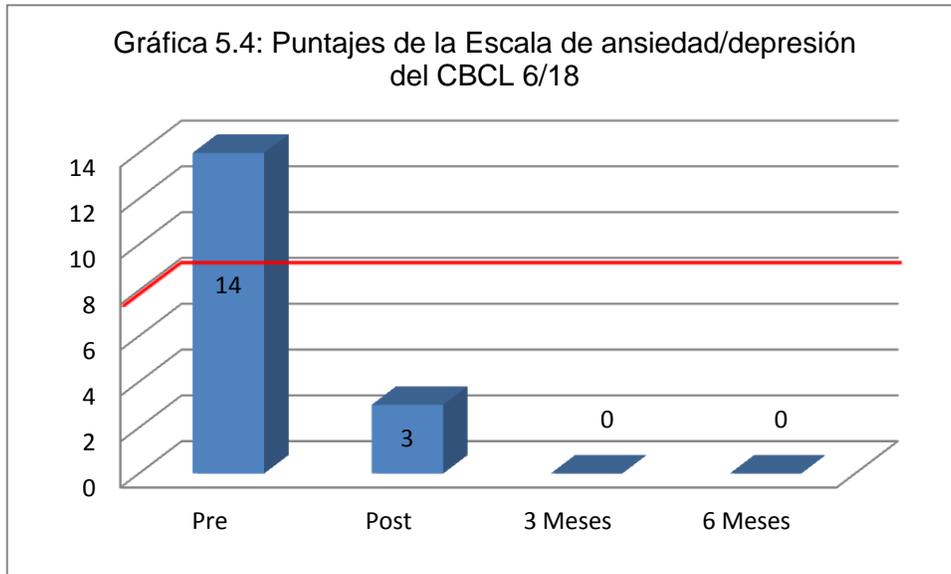
En la evaluación post-tratamiento la niña realizó todas las actividades indicadas en la PAC, lo cual se mantuvo en las evaluaciones a los tres y seis meses.



La Gráfica 5.2 muestra los puntajes obtenidos en la escala de fobia animal del IDFE. En la evaluación antes del tratamiento el puntaje fue de 15, al analizar los reactivos se encontró que puntuaban más alto aquellos que hacían referencia al miedo a los perros. El Puntaje en el seguimiento una semana después del tratamiento disminuyó a 11. Sin embargo, a los tres meses aumentó a 14, esto se mantuvo hasta los 6 meses. El análisis de los reactivos mostró que aun puntuaban alto los ítems relacionados con fobia a los perros.



Los puntajes de la SCAS se presentan en la Gráfica 5.3. En la evaluación antes del tratamiento obtuvo un puntaje de 49, la revisión detallada de los reactivos coincidió con la prueba anterior. En la evaluación a una semana del tratamiento el puntaje fue de 34, el cual se mantuvo hasta los tres meses. En el último seguimiento el puntaje disminuyó a 30. Al analizar la prueba se observó que aún había puntuaciones altas en algunos reactivos relacionados con la fobia animal.



En la gráfica 5.4 están representados los puntajes referidos por la madre en la Escala de Ansiedad/Depresión del CBCL 6/18. En la evaluación antes del tratamiento la niña obtuvo un puntaje de 14, 6 puntos sobre el punto de corte, indicando un comportamiento anormal para niños de esta edad. En la evaluación una semana después del tratamiento el puntaje fue de 3, lo que indica un comportamiento normal, a los tres y seis meses los puntajes fueron de cero. El punto de corte para esta prueba es de 8.

Conclusiones:

En la entrevista inicial la madre refirió que la niña tenía miedo a los perros debido a una experiencia desagradable y a que la hermana mayor tenía el mismo problema. Esto fue confirmado por las pruebas de auto-informe y de aproximación. Al ser expuesta al estímulo fóbico, únicamente pudo ver imágenes de perros de diferentes razas.

Al inicio del tratamiento la niña refirió que los perros pequeños no le daban miedo. Sin embargo, al interactuar con el cachorro, sus respuestas de evitación activa indicaron un alto nivel de ansiedad. Refirió 9 en la escala de miedo, esto disminuyó gradualmente mientras interactuaba con el estímulo fóbico.

Los terapeutas le dieron información sobre el perro, cómo comportarse frente a él y modelaron las conductas. Después de recibir esta información la niña decidió acariciar al perro por la parte posterior, dijo sentirse más segura así. Mostró respuestas de evitación y refirió sentirse "ansiosa" al realizar la actividad.

Finalmente vistió al perro, lo alimentó, jugó con él y lo paseó con correa. Se le explicó detalladamente que debía tener cuidado, ya que no con todos los perros podría realizar estas actividades.

En la evaluación una semana después del tratamiento, la niña refirió sentir temor al realizar los ejercicios de afrontamiento, por lo que había tenido que pedir ayuda a su mamá. Después de un par de intentos pudo hacerlo sola. Argumentó haberse sentido bien al finalizar el ejercicio el primer día, por lo que en los días posteriores le fue más fácil.

En esta evaluación se utilizó un labrador de 1 año, fue difícil completar la prueba debido a que la niña sólo había practicado con perros de talla pequeña. Nuevamente los terapeutas modelaron las conductas y la niña pudo tocarlo hasta realizar las 28 actividades de la PAC.

Durante las evaluaciones a los tres y seis meses la niña refirió haberse sentido más cómoda realizando los ejercicios y lo demostró realizando las 28 actividades de aproximación con un perro de mayor tamaño, asimismo indicó que se sentía tan bien que había ayudado a su hermana a no sentirse tan ansiosa frente a los perros. La madre confirmó lo anterior.

Es importante destacar que en estas evaluaciones la escala de fobia animal del IDFE arrojó un ligero aumento en las puntuaciones debido a que la niña seguía refiriendo miedo a los perros, a pesar de haber realizado todas las actividades indicadas por la PAC. Esta incongruencia indica que la niña aun no traduce ese cambio a sus verbalizaciones.

Caso 6

Ficha de identificación:

Nombre: F. Caso 6.

Sexo: Masculino.

Edad: 9 años.

Escolaridad: Cuarto de primaria.

Diagnóstico: Fobia a los Perros.

Tiempo de padecer el trastorno: 1 año.

Procedencia geográfica: Zona marginada del sur de la Ciudad de México.

Motivo de Consulta:

El padre refirió que debido a que trabajaba todo el día casi no salía con su hijo, por lo que no había notado si padecía algún tipo de miedo, mencionó que un par de meses atrás había notado que su hijo tenía miedo a la oscuridad pero que éste había desaparecido en poco tiempo. La abuela, quien era la cuidadora principal, tampoco había notado ningún problema.

El niño aclaró que tenía miedo a los perros, en particular a los de talla grande. Refirió que al ver uno pensaba que lo atacaría y lastimaría; esto lo hacía sentirse muy "asustado". Con respecto a su conducta mencionó que cuando pasaba al lado de un perro trataba de controlar su miedo empleando una técnica que su primo le había enseñado; la cual consistía en respirar profundamente, esto lo hacía desde los 8 años. Mencionó que cuando esta técnica no le funcionaba evitaba el contacto con estos animales; evitaba ir a casa de amigos y tíos que tuvieran perros para no tener que enfrentarlos.

Descripción de la sesión:

La sesión inició a las 10:30 a.m. se le explicó en qué consistía el tratamiento, así como los objetivos y metas. Se realizó el ejercicio para diferenciar pensamientos, sentimientos y conductas, el ejercicio fue rápido debido a que el entendió fácilmente las características de las categorías.

Se le pidió que realizara el ejercicio de respiración que realizaba cuando veía un perro. Al finalizar se le dio la retroalimentación adecuada y se le dijo que los pensamientos también tenían un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la fobia.

Se habló sobre sus pensamientos y se le enseñó a diferenciar los pensamientos racionales de los irracionales poniéndolos a prueba con diferentes cuestionamientos. Se habló acerca del comportamiento de los perros y del comportamiento que debe presentar una persona cuando convive con ellos.

Posteriormente se pidió su consentimiento para mostrarle un cachorro, al verlo pudo tocarlo sin sentir miedo y refirió que los cachorros no le daban miedo, después de manipularlo aceptó ver un perro talla más grande.

Uno de los terapeutas entró al salón con el perro con correa y se mantuvo a unos 4 metros de distancia del niño. Se modeló la conducta de acercamiento y se le pidió que se acercara paulatinamente mientras el terapeuta acariciaba al perro. Refirió tener un miedo de 7.

Inicialmente se negó a tocarlo por lo que los terapeutas le pidieron que realizara el ejercicio de respiración. Le recordaron la información que le habían dado anteriormente y modelaron la conducta. Nuevamente se negó a tocarlo, por lo que se le dijo que realizarían la actividad juntos. El niño lo tocó por la parte posterior, su nivel de miedo fue de 6.

El terapeuta sometió al perro. Se pidió al niño que cuando el perro estuviera recostado lo acariciara. Lo tocó rápidamente y se alejó por lo que se le pidió que lo intentara nuevamente, de esta forma pudo acariciarlo del cuello y cabeza, al realizar la actividad informó tener un miedo de 4.

Se modeló la conducta de someter al perro, que consistió en recostarlo y no dejar que se pusiera de pie. Con ayuda del terapeuta el niño sometió y acarició al perro. Cuando ya no mostró respuestas de evitación activa se le modeló como alimentar al perro, informó un nivel de miedo de 2 al finalizar la actividad.

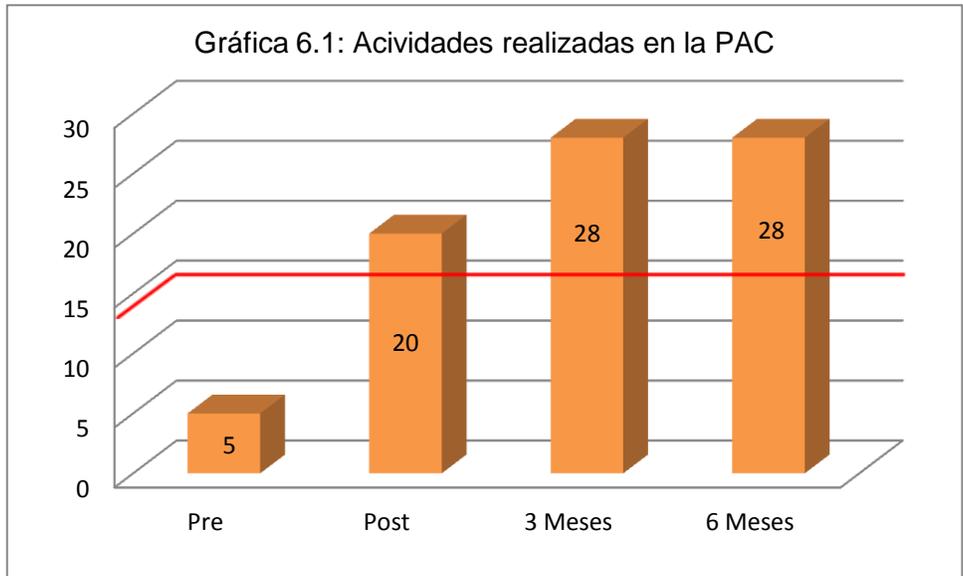
Se quitó la correa al perro para liberarlo dentro del salón y se modeló la conducta de cargarlo y ponerle un sweater. El niño repitió las conductas indicadas por los terapeutas y refirió sentir 1 de miedo, finalmente hubo unos minutos de juego libre con el perro.

Para reafirmar la información sobre algunas conductas que presentan los perros se le mostró una situación en la que el terapeuta corrió y el perro lo siguió. Se le enseñó a presentar una conducta más adecuada al encontrarse en esta situación.

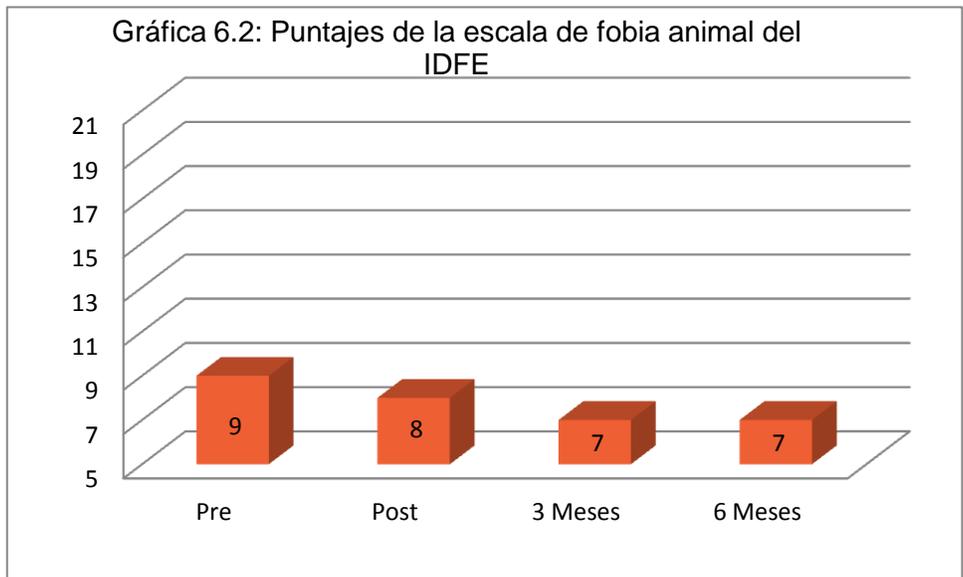
Para las tareas en casa se le dejó la actividad de acercarse a perros más grandes empleando las técnicas que se le habían enseñado, el niño dijo que visitaría a sus tíos pues ellos tenían varios perros. La sesión concluyó a las 12:00 hrs.

Seguimientos:

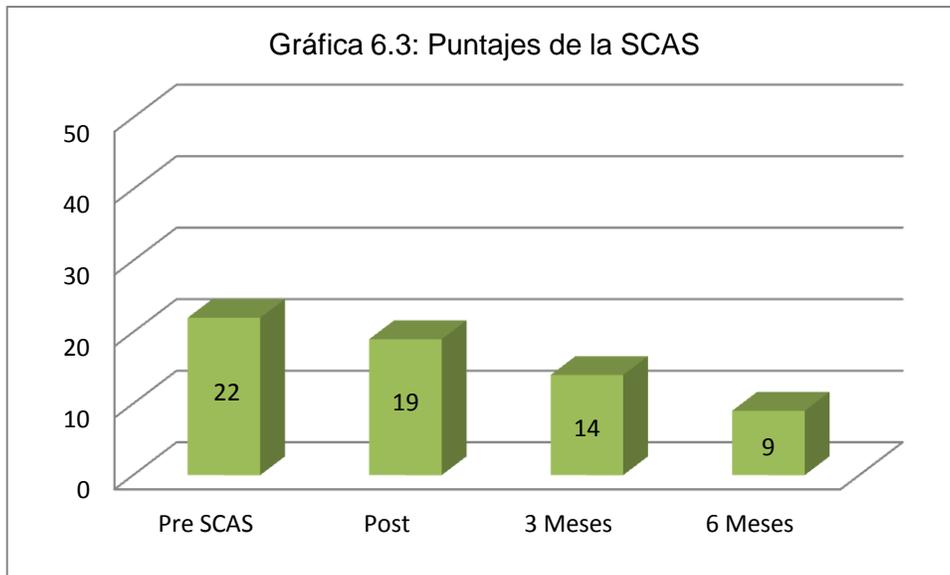
En las evaluaciones posteriores al tratamiento los resultados fueron los siguientes:



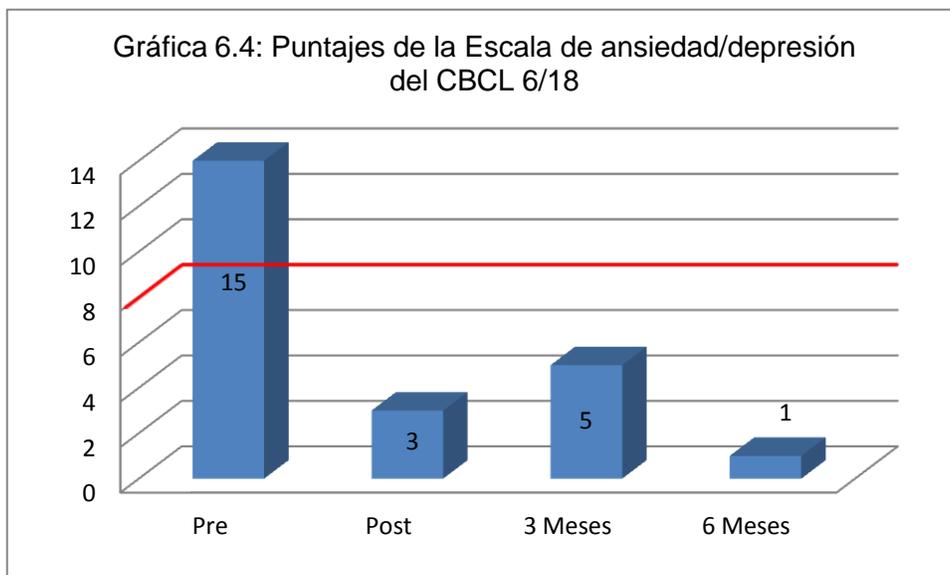
En la gráfica 6.1 se presentan las actividades realizadas por el niño en la PAC. Antes del tratamiento el niño únicamente realizó las actividades de aproximación que hacen referencia a interactuar con un cachorro. Es decir el niño sólo pudo realizar hasta la quinta actividad, correspondiente a ver a un cachorro en una caja. Después de una semana de tratamiento se trabajó con un perro de talla grande, por lo que el niño sólo realizó 20 actividades, es decir el niño fue capaz de tocar al perro con la mano, a pesar de haber realizado todas las actividades durante el tratamiento. En los seguimientos a los tres y seis meses el niño realizó todas las actividades. Fue capaz de realizar conductas como cargar, vestir y jugar con el perro.



En la gráfica 6.2 se describen los puntajes obtenidos por el niño en el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica. En la evaluación antes del tratamiento el niño obtuvo un puntaje de 9, el análisis cualitativo reveló mayor incidencia en los reactivos relacionados con la fobia a los perros. Después de una semana el puntaje fue de 8 y finalmente a los tres y seis meses los puntajes fueron de 7, en estos casos los análisis revelaron una disminución gradual de la fobia a los perros.



En la gráfica 6.3 se presentan los puntajes de la Escala de Ansiedad para niños de Spence. En la pre-evaluación obtuvo un puntaje de 22 con puntuaciones más altas en las preguntas que hacían referencia a la fobia a los perros. En la semana posterior al tratamiento obtuvo un puntaje de 19 y en los seguimientos a tres y seis meses los puntajes fueron de 14 y 9 respectivamente. En todas las evaluaciones se observó una disminución en aquellos reactivos referentes a la ansiedad frente a animales.



La Gráfica 6.4 indica los puntajes de la Escala de Ansiedad Depresión del CBCL 6/18. Se presenta un puntaje antes del tratamiento de 15, lo que indica un comportamiento anormal para niños de su edad. En la semana posterior al tratamiento el puntaje disminuyó a 3, puntuación dentro del criterio de normalidad. A los tres meses hay un aumento de 2 puntos, los cuales no son suficientes para colocarlo por encima del punto de corte. Finalmente a los seis meses el puntaje fue de 1. Esta prueba se aplicó a la abuela que era la cuidadora principal.

Conclusiones:

En la entrevista, el padre mencionó que debido a que trabajaba todo el día, no se relacionaba lo suficiente con su hijo para notar que tuviera algún miedo. Por esta razón se tuvo que entrevistar a la abuela, que era la cuidadora principal. Sin embargo, ella tampoco había notado nada.

A pesar de que el padre y la abuela no habían notado el miedo del niño, se diagnosticó fobia específica de tipo animal a los perros basándose en el auto-informe, los resultados obtenidos en las pruebas y principalmente en la Prueba de Aproximación Conductual, en la que únicamente pudo realizar las primeras 5 actividades de la prueba de aproximación.

La presencia del cachorro no causó una respuesta de ansiedad, por lo que el trabajo importante durante el tratamiento se realizó con un perro de talla mediana.

Durante el tratamiento el niño informó tener niveles de miedo por debajo de 8, debido a que tenía miedo principalmente a perros de talla grande, a pesar de esto se observaron conductas de evitación en diferentes momentos de la sesión de exposición, por ejemplo, cuando el perro ladraba, gruñía o estaba inquieto el niño se paralizaba o se ocultaba detrás del terapeuta. Por esta razón un elemento importante durante el tratamiento fue enseñarle, mediante modelamiento detallado, conductas apropiadas al exponerse a un perro.

Cuando se logró realizar todas las actividades de la PAC se le asignaron tareas para casa, que consistían en acercarse y convivir con perros de mayor tamaño. Posteriormente se contactó al padre para informarle de los avances, tareas y comentarle la importancia de su supervisión cuando el niño realizara las tareas.

Durante la evaluación una semana posterior al tratamiento se usó un perro de mayor tamaño que durante la evaluación se puso muy inquieto. Por esta razón se le dificultó completar las actividades de exposición. Refirió que durante las tareas se había sentido nervioso porque practicó con los perros de sus tíos, que eran de talla grande y juguetones. En esta actividad su nivel de miedo fue alto debido a que los perros eran pesados y difíciles de controlar, sin embargo, luego de un par de intentos la ansiedad disminuyó. Refirió que su padre lo había ayudado.

Durante las evaluaciones a los tres y seis meses refirió sentirse tranquilo al realizar todas las actividades de exposición indicadas por la prueba de aproximación. Mencionó que realizó las tareas con perros de mayor tamaño y diferentes razas y que ocasionalmente jugaba con el perro que vivía en la escuela.

El puntaje obtenido en los instrumentos es congruente con la disminución de síntomas asociados a la fobia específica, únicamente se observó un aumento poco significativo en la evaluación a tres meses en escala de ansiedad/depresión.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue indagar si el tratamiento conductual de una sesión de exposición es exitoso, en casos entendidos como réplicas directas (Sidman 1960), aplicado a niños con fobia específica de distintos tipos: fobia a la oscuridad, a las arañas y a los perros. Los resultados obtenidos después del tratamiento 1 semana, 3 y 6 meses confirman el éxito encontrado en otros estudios.

Después del tratamiento 1 semana, 3 y 6 meses los seis participantes se ubicaron y permanecieron en el mismo nivel de funcionamiento que los niños normales. También los resultados obtenidos a través de las diferentes pruebas indicaron la desaparición de la reacción fóbica a los diferentes estímulos.

La fobia interfería de distintas maneras en las actividades cotidianas de los participantes. En el caso de la fobia a la oscuridad el problema se presentaba antes de dormir, los niños evitaban hacerlo solos o con la luz apagada. Un apagón representaba una situación muy angustiante, en este caso la fobia interfería con el funcionamiento cotidiano de estos dos niños pero también con el de los padres. Después del tratamiento ambos niños lograron ir a dormir sin problemas. Dicha conducta resultó benéfica para ellos y para su familia.

Actividades cotidianas como ir al baño o estar a solas se veían afectadas por temor a encontrarse una araña y no poder controlar la situación. Luego del tratamiento para la fobia a las arañas, se observó mejoría en las niñas en dichas actividades y en el desempeño frente al estímulo fóbico.

En los niños diagnosticados con fobia a los perros se encontró que ambos presentaban problemas para salir libremente de casa por temor a encontrarse con un perro en la calle, también se abstenían de visitar amigos o familiares que tuvieran estas mascotas. Después del tratamiento ambos pudieron salir a la calle y visitar a sus familiares. Esto fue un reforzador importante en estos casos.

Los seis participantes de este estudio se enfrentaban cotidianamente al estímulo fóbico. Debido a que viven en una zona marginada de la ciudad de México donde es común encontrar perros callejeros y arañas dentro del hogar.

Después del tratamiento los niños recibían reforzadores de sus padres, amigos y familia. Las niñas diagnosticadas con fobia a las arañas demostraban su conducta de acercamiento al estímulo fóbico frente a sus familiares y eran alagadas por tal hecho, en el caso de los niños con fobia a la oscuridad era reforzante poder permanecer a oscuras y demostrarlo frente a otras personas; los niños diagnosticados con fobia a los perros llegaron a apoyar a otros niños con el mismo temor, asimismo el reforzamiento intrínseco en los tres tipos de fobia desempeñó un rol importante sobre todo en el mantenimiento de los resultados.

Las mediciones en las pruebas escritas presentaron variabilidad en los puntajes, con el paso del tiempo existe una tendencia a mejorar las puntuaciones en los test, específicamente en el caso de la cinofobia y de la fobia a las arañas, los resultados se generalizaron y los niños fueron capaces de aproximarse a animales más grandes a los utilizados en el tratamiento.

Diversos estudios han sugerido que las contingencias sociales naturales son responsables de dicha tendencia, pues implican que el niño recibe atención de sus pares y familia al demostrar su desempeño dominando la situaciones que antes les producían miedo (Hernández-Guzmán, 1999). Algunos niños informaron que cuando se encontraban en situaciones donde tenían que manipular una araña, un perro o permanecer en un cuarto oscurecido; lo hacían frente a sus padres o amigos para demostrarles que habían superado su fobia. Asimismo, el reforzamiento intrínseco al sentirse competentes afrontando situaciones a las que antes no se enfrentaban, puede explicar la tendencia a mejorar.

En general se muestra un decremento en la ansiedad de los niños, en algunos casos se registran leves aumentos de ansiedad debida a la exposición de los niños a cambios escolares o a cambios en la dinámica familiar.

El tratamiento es breve y exitoso aún sin la participación de los padres, esto representa una ventaja ya que en muchas ocasiones los padres tienen poco tiempo para involucrarse en el tratamiento. Se sugiere que en posteriores investigaciones se haga un trabajo exhaustivo relacionado con la participación de los padres en el tratamiento de la fobia de sus hijos ya que ellos son generalmente la principal figura de apoyo de los niños y se ha encontrado que en ocasiones en un esfuerzo por corregir las reacciones de miedo de sus hijos, los padres pueden exacerbar las respuestas fóbicas. (Hernández-Guzmán, 1999; Dadds et al., 1996).

El éxito del tratamiento se debe a varios elementos presentes en él. El primer elemento es la exposición, mediante ésta el niño va habituándose al estímulo fóbico y adquiere nueva información que es inconsistente con la almacenada en su memoria emocional. La exposición en ausencia de las consecuencias temidas debilita sus respuestas fóbicas.

Otro elemento presente en el tratamiento es el modelamiento; el niño aprende que no es riesgoso interactuar con estímulo fóbico, lo cual contribuye a erradicar sus creencias irracionales y facilita el acercamiento a dicho estímulo.

Durante la sesión también se lleva a cabo una reestructuración cognitiva, el niño hace un análisis cognitivo de los pensamientos irracionales cuestionándolos y poniéndolos a prueba. El niño aprende nueva información y corrige sus creencias erróneas con respecto al estímulo fóbico, racionaliza sus pensamientos catastróficos que mantienen su respuesta de huida o evitación y de esta forma puede permanecer frente al estímulo fóbico sin presentar respuestas ansiosas.

Los tratamientos habituales de varias sesiones presentan un fenómeno de recuperación de la sintomatología ansiosa entre sesiones, en el tratamiento llevado a cabo aquí este fenómeno desaparece.

La conjugación de estos elementos con un ambiente donde el refuerzo de las conductas de acercamiento es constante y variado hace que el tratamiento sea exitoso.

La observación directa de la conducta del niño añade solidez a los resultados, ya que en las evaluaciones posteriores al tratamiento los niños realizaron más de 14 actividades en la Prueba de Aproximación Conductual, indicando un comportamiento normal. Asimismo también se tomaron en cuenta las respuestas de las pruebas de auto informe e informe de los padres. Se ha referido que la aplicación de la PAC, antes del tratamiento influye en los resultados del estudio. En este caso los niños no conocieron todas las actividades de la PAC debido a que al

exponerse a ella en el pre-tratamiento ninguno avanzó más allá de la cuarta actividad de dicha prueba.

Es importante tener en cuenta que esta prueba es extrema ya que las últimas conductas descritas en la PAC no representan un comportamiento normal. La conducta normal frente a esos estímulos es una respuesta neutra que se encuentra cerca del punto de corte.

En todos los casos los niños alcanzaron los criterios más altos de acercamiento al estímulo fóbico contemplados en la Prueba de Aproximación Conductual durante el tratamiento, correspondientes a: en el caso de las arañas, liberarlas; en el tratamiento con perros, vestirlos y jugar con ellos; y en el caso de la fobia a la oscuridad, permanecer en un cuarto oscurecido a solas. Logrando un comportamiento normal típico de los niños sin fobia.

La observación de estos comportamientos permite verificar directamente la desaparición de la fobia, lo cual no sucede con los test de autoinforme, pues quienes autoinforman suelen presentar respuestas socialmente aceptables o por el contrario, respuestas inconsistentes.

En este trabajo se realizó una evaluación amplia recogiendo información de padres o tutores; mediante observaciones conductuales del niño y evaluaciones de lápiz y papel, para un diagnóstico integral.

Durante este proceso se encontró que los padres consideraban como irrelevante el problema de sus hijos e incluso lo desconocían y sólo en unos casos los padres eran conscientes de la problemática de sus hijos. Investigaciones sobre la adquisición de la fobia indican que hay inconsistencias en la percepción del origen de la fobia entre padres e hijos (Field & Lawson, 2003; Méndez, et al., 2001; Sosa & Capafóns, 1995). Por esta razón se recomienda que la información relevante la proporcione el propio paciente y que ésta sea complementada por el informe de terceros (padres, tutores, profesores, hermanos, etc.).

Sin embargo, los test de autoinforme no proporcionan información acerca de las habilidades y la calidad del desempeño de la persona al interactuar con el estímulo fóbico, en este estudio en cinco de los seis casos se registró una mejoría en dichos test, de ahí la importancia de la Prueba de Aproximación Conductual.

Después del tratamiento algunos niños no procesaban su respuesta verbal de inmediato, en el IDFE o el SCAS, seguían informando tener miedo al objeto fóbico aún cuando su desempeño en la Prueba de Aproximación Conductual demostraba lo contrario. Con el paso del tiempo los niños comenzaron a expresar en estas pruebas la disminución de síntomas asociados a su fobia.

Por esta razón se sugiere que se incluya en el tratamiento un constante reconocimiento verbal de la desaparición de las conductas fóbicas, en el que el niño verbalice la desaparición de su fobia. Asimismo se puede llevar a cabo un reconocimiento explícito al entregarle al niño una medalla en una pequeña ceremonia alusiva a la superación de la fobia (Velting, Setzer y Albano, 2004).

También es importante que los padres fóbicos reciban este tratamiento que ha demostrado su eficacia también en adultos (Öst 1989). Ya que se ha encontrado en otros estudios que si no se da tratamiento al padre con fobia, el niño tiene mayor probabilidad de presentar un revés o una recaída (Bermúdez-Ornelas 2008).

Del mismo modo sería importante investigar el efecto de este tratamiento en pacientes clínicos, para verificar su eficacia en esa población, pues el presente estudio sólo incluyó niños de población general.

En algunos casos se observó un aumento en los puntajes a los tres meses después del tratamiento. Al realizar un análisis descriptivo de los reactivos se encontró que los miedos caían dentro de los factores relacionados con fobia escolar, permanecer solo, y en el caso de los niños más grandes, miedo a las relaciones sociales. Esto es congruente con la literatura relacionada al desarrollo y contenido de los miedos, que indica que entre los 6 y 8 años están presentes los miedos relacionados con la oscuridad, los animales, el daño físico y la separación de los padres, por otra parte en este mismo periodo aparecen los miedos relacionados con la escuela y a permanecer solo, el miedo a las relaciones sociales aparece de los 9 a los 12 años. Es por esto que es difícil distinguir si un miedo puede ser considerado una fobia, puesto que aunque los miedos forman parte del desarrollo normal del niño en ocasiones los estímulos fóbicos pueden interferir con sus actividades.

El presente trabajo representa un esfuerzo en el tratamiento de los miedos infantiles, que en muchas ocasiones llegan a ignorarse o a considerarse como “propios de la edad” por los padres y maestros. Sin embargo, algunos persisten durante años, pudiendo derivar en una fobia específica. Razón por la cual es importante un oportuno diagnóstico y tratamiento para prevenir un posible deterioro en diversas áreas de la vida del niño o adolescente.

También podría considerarse incluir un grupo de comparación, la ausencia de éste impone restricciones a las conclusiones de este estudio. El incluir niños no expuestos al tratamiento permitiría descartar explicaciones de los resultados que atribuyen el cambio conductual a otros factores relacionados con el paso del tiempo.

No obstante los seis niños participantes tenían más de un año de padecer el trastorno y éste desapareció únicamente después del tratamiento.

La réplica directa entre sujetos permite que se establezca de modo directo tanto la fiabilidad como la generalidad del tratamiento. Como criterio de fiabilidad y generalidad, la replicación entre sujetos constituye una herramienta más poderosa que la replicación entre grupos (Sidman, 1960).

La replicación entre grupos no indica a cuántos individuos representan los datos en realidad. Cada experimento adicional ejecutado dentro de una replicación entre sujetos aumenta la representatividad de los descubrimientos. La replicación llevada a cabo con dos sujetos proporciona mayor generalidad a los datos, entre los individuos de una población, que la replicación efectuada con dos grupos de sujetos, cuyos datos individuales aparecieran combinados (Sidman, 1960).

El tratamiento de una sesión es exitoso debido a que en todas las replicas los niños lograron obtener un comportamiento adaptativo frente a los estímulos que antes del tratamiento evitaban o enfrentaban con un alto grado de ansiedad. Este tratamiento es un procedimiento de fácil aplicación y breve, cuya eficacia se observa aún meses después del tratamiento.

El presente estudio mostró su éxito, al controlar la fobia a las arañas, a la oscuridad y a los perros. Asimismo repite sistemáticamente en niños mexicanos los resultados de estudios anteriores (Ollendick y King, 1998; Öst, Ferebee y Furmark, 1997; Öst, Svensson, Hellström y

Lindwall, 2001, Bermúdez Ornelas 2010), lo que aumenta la generalidad del tratamiento de una sesión de las fobias específicas entre culturas.

REFERENCIAS

- Abidin, R., Jenkins C. L. & McGaughey M. C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioural adjustment. *Journal Clinical Child Psychology*, 21, 60-69.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. EEUU: ASEBA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4a. ed.). Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed.). México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed. rev.). México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). México, DF.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). México, D. F.: Masson, S. A.
- Anderson, P., Jacobs, C., & Rothbaum, B. O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 253-267.
- Anthony, M. M., Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Bandura, A. & Menlove, F. L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(2), 99-108.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, D. H. (1998). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D. H., Esler, J. L. & Vitali, A. E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan & Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press. 288-318.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1979). *La terapia cognitiva de la ansiedad y los trastornos fóbicos*. Centro de Terapia Cognitiva. Filadelfia.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. USA: Basic Books.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Bermúdez-Ornelas, G. (2003). *Evaluación y categorización de la fobia específica en niños y adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México.

- Bermúdez-Ornelas, G. & Hernández-Guzmán L. (2008). *Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños*. Universidad Nacional Autónoma de México
- Bermúdez-Ornelas, G. (2010). *Investigación sobre la eficacia del tratamiento conductual de una sesión para la fobia específica en niños*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México.
- Bernstein, G. A. & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: critical review. *Journal Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Bernstein, G., Layne, A., Egan, E. & Lara, N. (2005). Maternal Phobic anxiety and child anxiety. *Journal of anxiety disorders*, E.U., 19, 658-672.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F. & Bloduc, E. A. (1991). A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry Research*, 37, 333-348.
- Bobes, J., Badía, X. & Luque, A. (1999). *Traducción, adaptación y validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social*. Med Clin 1999.
- Bobes, J., González, M. Saiz, P. & Bousoñ, M., (1999). *Abordaje actual del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Masson.
- Bögels, S. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 28(2), 205-211.
- Bögels, S., Oosten A., Muris P. & Smulders D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour research and therapy*, 39, 273-278.
- Booth, R. & Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia-I. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 207-221.
- Botella, C., Alcañiz, M., Perpiñá, C., Baños, R. & Rey, A. (1998). *Realidad Virtual y Psicología Clínica*. Tecnología: Multidisciplinariedad y consideraciones actuales en torno a la Realidad Virtual. Ciberart y Facultad de Belles Arts de Sant Carles. Valencia, 71-93.
- Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. & Rey, A. (1998) Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy* 36 (2), 239-246.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. & Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I., (1999). Factores de riesgo para los trastornos de ansiedad, depresión y eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C. & Vera-Villarroel, P. (2001). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. España: Biblioteca Nueva, 189-217.
- Burt, P. & Sperling, G. (1981). Time, distance, and feature trade-offs in visual apparent motion. *Psychological Review*, 88(2), 171-195.

- Caballo, V. & Simón, M. (2002). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Editorial Pirámide.
- Cameron, O. G., Liepman, M. R., Curtis, G. C. & Thyer, B. A. (1987). Ethanol retards desensitization of simple phobias in non-alcoholics. *The British Journal of Psychiatry*.
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E. & Martínez-Velez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Caraveo-Anduaga, J. J. & Colmenares, E., (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad Fóbica en la población adulta de la C.D. de México. *Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. México, 23, 10-19.
- Castaneda, A., McCandless, B. R. & Palermo, D. S. (1956). *The Children's form of the Manifest Anxiety Scale*. *Child Development*, 27, 317-326.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2006). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.
- Cisler, J. M., Reardon, J. M., Williams, N. L. & Lohr, J. M. (2007). Anxiety sensitivity and disgust sensitivity interact to predict contamination fears. *Personality and individual differences*, 42, 935-946.
- Cox, B., Lachlan, A., Mc Williams, Clara, I. & Stein, M. (2003). The structure of feared situations in a nationally representative sample. *Journal of anxiety disorders*, 17, 89-101.
- Crawford, A. & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal Am Acad Adolesc Psychiatry*, 40, 10.
- Curry, J. F., March, J. S. & Hervey, A. S. (2004). Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders. En T. H. Ollendick y J. S. March (Dir.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Oxford University Press. 116-140.
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rappe, R. M. & Ryan, S., (1996). Family process and child anxiety and aggression: an observational analysis. *Journal abnormal child psychology*, 24, 715-734.
- De Jongh, A., Muris, P., ter Horst, G., van Zuuren, F., Schoenmakers, N., & Makkes, P. (1995). One-session cognitive treatment of dental phobia: Preparing dental phobic for treatment by restructuring negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 947-954.
- Doogan, S. & Thomas, G. V. (1992). Origins of fear of dogs in adults and children: The role of conditioning processes and prior familiarity with dogs. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 387-394.
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: theory, research and intervention in clinical and health psychology*. The Wiley series en clinical psychology. England: John Wiley & Sons.
- Edmund, J. & Bourne, D. (1994). *The anxiety, phobia workbook*. United States: New Harbinger Publications.
- Edwards, S. & Salkovskis, P. M. (2006). An experimental demonstration that fear, but not disgust, is associated with return of fear in phobias. *Journal of anxiety disorders*, 20, 58-71.

- Eley, T. C. & Stevenson, J. (1999). Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: A genetic analysis of the effects of age and sex. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1273-1282.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*, 2, 291-337. New York: Academic Press.
- Esquivel, C., (2001/02/01). Desarrolla Veterinaria dos proyectos químicos para esterilizar perros. *Gaceta UNAM*, 8.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 221-231.
- Extreme fears terrify, traumatize at anytime. (2007, October 24). US Fed News Service, Including US State News. Retrieved June 10, 2008, from Academic Research Library database. (Document ID: 1373016421).
- Field, A. P. & Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioral avoidance. *Behavior research and therapy*, 41, 127-1293.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Freud, S. (1929). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas de Sigmund Freud*. España: Biblioteca Nueva. 2833-2883.
- Gándara, J. & Fuertes, J. C. (1999). *Angustia y ansiedad causas síntomas y tratamiento*. España: Pirámide.
- Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4).
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 45-53.
- Ginsburg, G., La Greca, A. M., & Silverman, W.S. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relations with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 189-199.
- Goldfried, M. (1977). The use of relaxation and cognitive relabeling intervention. En R. Stuart (Ed.): *Behavioral self-management: Strategies, techniques and outcomes*. New York: Brunner/Mazel.
- Götestam, K. G. (2001). *One session group treatment of spider phobia by direct or modeled exposure*. Manuscript.
- Götestam, K. G. & Hokstad, A. (2002). Tratamiento en sesión única de la Aracnofobia en grupo mediante Exposición Rotativa Activa. *Eur. J. Psychiat*, 16(3), 133-138.

- Graff, G. A. (2001). Dolor en la psiquiatría: causa frecuente de atención. *Salud Mental*, 24(6), 1-3.
- Graham, J. & Gaffan, E. A. (1997). Fear of water in children and adults: Etiology and familial effects. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 91-108.
- Gutiérrez, J. (2002). *Aplicaciones de la realidad virtual en psicología clínica*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Universidad de Barcelona.
- Hellstrom, K., Fellenius, J., & Öst, L. G. (1996). One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 101-112.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Hernández-Guzmán, L. (2005). *Lista de Conductas de Achenback: Validación y Confiabilización*. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002, Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.
- Hoffmann, S. G., Lehman, C. L & Barlow, D. H. (1997). How specific are specific phobias? *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 233-240.
- Iancu, I., Levin, J., Dannon, P., Poreh, A., Ben Yehuda, Y., & Kotler, N. (2007). Prevalence of self-reported specific phobia symptoms in an Israeli sample of young conscripts. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 762-769.
- Jongh, A., Muris, P., Horst, G., Van Zuuren, F., Schoenmakers, N., & Makkes, P. (1995). One-session cognitive treatment of dental phobia: Preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 947-954.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- Kaplan H. & Sadock, B. (1997). *Tratado de Psiquiatría*. Edit. Inter Médica, Tomo II, Buenos Aires.
- Kendall, P. C. & Norton-Ford, J. D. (1982). *Clinical psychology: Scientific and professional dimensions*. New York: Wiley.
- Kendall, P. C. & Ronan, K. R. (1990). *Assessment of children's anxieties, fears and phobias: Cognitive-behavioral models and methods*. En C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context*. New York: Guilford Press.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383.
- King, N. J., Clowes-Hollins, V. & Ollendick, T. H. (1997). The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 77.
- King, N. J., Eleonora, G. & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias: Current status of Rachman's three pathways theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 297-309.

- King, N.J., Hamilton, D.I. y Ollendick, T.H. (1988). *Children's phobias: A behavioural perspective*. Chichester: Wiley.
- King, N. J., Ollier, K., Iacuone, R., Schuster, S., Bays, K., Gullone, E. & Ollendick, T. H. (1989). Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian study using the Revised-Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 30(5), 775-784.
- Kolvin, I. & Kaplan, C. (1988). Anxiety in childhood. En M. Roth, R. Jr. Noyes & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety: Biological, clinical and cultural perspectives* Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V. 1(45), 259-275.
- Krijn, M., Emmelcamp, P., Olafsson, R., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Lang, P. J. (1977). Fear imagery: An information processing analysis. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Lazarus, A. A. & Abramovitz, A. (1962). The use of 'emotive imagery' in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- Lewis, S. (1974). A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidant behavior. *Behavior Therapy*, 5, 648-655.
- 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. (McNally & Steketee, 1985).
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M. & Allen, GJ. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *J Consult Clin Psychol*, 70(5), 1112-8.
- Manassis, K., Bradley, S., Hood, J. & Swinson, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders. *Journal Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 33, 1106-1113.
- Manassis, K. & Hood, J. (1998). Individual and familial predictors of impairment in childhood anxiety disorders. *Journal Am Acad Adolesc Psychiatry*, 37, 428-434.
- Manrique, E., Chia, N. & Valdez, J. (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones sociales. Perú. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 4, 43-54.
- March, J. S., Sullivan, K. & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marshall, W. L., Bristol, D. & Barbaree, H. E. (1992). Cognitions and courage in the avoidance behavior of acrophobics. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 463-470.
- Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Madrid: Ediciones Pirámide, 29-58.
- McCabe, R. E. Anthony, M. M. & Ollendick, T. H. (2005). Evaluación de las fobias específicas. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de evaluación de los trastornos de ansiedad*, Madrid: Pirámide, 427-445.

- McNally, R. & Steketee, G. (1985). The etiology and maintenance of severe animal phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 431-435.
- Medina-Mora Ma. E., Borges, G., Lara M. C., Benjet C., Blanco J. J., Fleiz C., Bautista, Villatoro V. J., Rojas G. E., Zambrano R. J., Casanova R. L. y Aguilar-Gaxiola S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Meinchenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meinchenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Méndez, X. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, X. & Macià, D. (1986). *Tratamiento de una fobia infantil mediante escenificaciones emotivas*. *Anales de Psicología*, 333-41.
- Méndez, X., Olivares, J. & Bermejo, R. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*, Madrid: Pirámide, 59-92.
- Méndez, X., Rosa, A.I., Orgilés, M. (2005). Eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos en la fobia a los animales: un estudio meta-analítico. *Psicothema*, 17 (2), 219-226.
- Merckelbach, H. & Muris, P. (1997). The etiology of children spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1031-1034.
- Merluzzi, T. V., Taylor, C. B., Boltwood, M. & Götestam, K. G. (1991). Opioid antagonist impedes exposure. *J Consult Clin Psychol*, 59(3), 425-30.
- Messer, S. C. & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal Am Acad Adolesc Psychiatry*, 33, 975-983.
- Miller, L. C., Barrett, C. L., Hampe, E. & Noble, H. (1972). Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 269-279.
- Morris, C. G. & Maisto, A. A. (2001). *Introducción a la psicología*. México: Prentice Hall.
- Mulkens, S. & Bögels, S. M. (1999). Learning history in fear of blushing. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1159-1167.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Haaften, H. & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. *British Journal of Psychiatry*, 171, 82-86.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A. & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(7), 703-710.
- Muris, P., Merckelbach, H. & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, 35(10), 929-937.

- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B. & Meesters, C. (2000). Monitoring and anxiety disorders symptoms in children. *Personality and Individual Differences*, 29, 775-781.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 28, 217-228.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick T. H., King, N. J. & Bogie N. (2001). Children's nighttime fears: Parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 13-28.
- Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (1999). The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 863-868.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents: assessment, cognitive behavioral therapy, and predictors of treatment outcome*. Países Bajos: Febodruk BV, Enschede.
- Nietzel, M. T. & Trull, T. J. (1988). Meta-analytic approaches to social comparisons: A method for measuring clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 159-169.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(2), 181-196.
- Odrizola, E. E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Ohayon, M., Shapiro, C. M., Psyc, M. R. C. & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: Comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 166-171.
- Olivares Rodríguez, J., Caballo, V., García-López, L., Alcázar, A. & López-Gollone, C., (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. España. *Psicología Conductual*, 11, 405-427.
- Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds), New York: Academic Press. *Progress in behavior modification*, 8, 168.
- Ollendick, T. H. (2004). *Terapia cognitivo-conductual de fobias y ansiedades en niños y adolescentes*. Taller efectuado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud el 29 de noviembre de 2004. FES-Iztacala, México, Distrito Federal.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child and Psychology*, 27, 156-167.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 117-123.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Onatsu-Arvilommi, T., Nurmi, J. & Aunola, K. (1998). Mothers' and fathers' well-being, parenting styles, and their children's cognitive and behavioral strategies at primary school. *Eur J Psychol Educ*, 13, 534-556.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de <http://www.who.int/whr/>
- Öst, L. G. (1996). One-session group therapy of spider phobia: Direct vs. indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 707–715.
- Öst, L. G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L. G. (1989a). One-session treatment for specific phobias. *Behavior research and Therapy*, 27(1), 1-7.
- Öst, L. G. (1989b). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behavior research and Therapy*, 27(2), 123-130.
- Öst, L. G. (1997). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Department of Psychology: Stockholm University.
- Öst, L.G. Alm, T. Brandberg, M. & Breitholtz, E. 2001 (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour research and therapy*. 39 (2), 167-83.
- Öst, L.G. Brandberg, M. & Alm, T. (1997) One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(11), 987-996.
- Öst, L. G., Ferebee I., & Furmark, T. (1997) One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 21-32.
- Öst, L. G., Hellström, K. & Kaver, A. (1992). One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behavior Therapy*, 23, 263-282.
- Öst, L. G. & Hugdahl, M. F. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 439-447.
- Öst, L. G. & Ollendick, T. H. (1999). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Department of Psychology: Stockholm University.
- Öst, L. G., Salkovskis, P. M., & Hellström K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407–422.
- Öst, L. G., & Sterner, U. (1987). Applied tension. A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25(1), 25–29.
- Öst, L. G., Sterner, U., & Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27(2), 109–121.
- Öst, L. G., Svenson, L., Hellström, K. & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 443-457.

- Plomin, R. & Daniels, D. (1986). Genetic and shyness. En W.H. Jones, J.M. Cheek, & S.R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives and on research and treatment*, Nueva York: Plenum Press.
- Pollock, R. A., Rosenbaum, J. F., Marrs, A., Miller, B. S., & Biederman, J. (1995). Anxiety disorders of childhood. Implications for adult psychopathology. *The Psychiatric Clinicals of North America*, 18, 745-755.
- Price, M. & Anderson, P. (2006). The role of presence in virtual reality exposure therapy. *Anxiety Disord*, 21(5), 742-751.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research & Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 125-134.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour research and therapy*, 42, 1227-1255.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clin Psychol*, 17, 47-67.
- Rentz, T. O., Powers, M. B., Smits, J. A., Cogle, J. R., & Telch, M. J. (2003). Active-imaginal exposure: Examination of a new behavioral treatment for cynophobia (dog phobia). *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1337-1353.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). "What I Think and Feel?" A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rojas, E. (2002). *La ansiedad cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. México: Planeta Mexicana.
- Rosenstiel, A.K. & Scott, D.S. (1977). Four considerations in using imagery techniques with children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 287-290.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Kooper, R., Opdyke, D. & Williford, J. (1995). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: a case study. *Behavior Therapy*, 26, 547-554.
- Roy-Byrne, P. P. & Cowley, D. S. (1998). Pharmacological treatment of panic, generalized anxiety, and phobic disorders. En P.E. Nathan & Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. Oxford: *Oxford University Press*, 319-338.
- Salkovskis, P., Clark, D., y Hackman, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and therapy*, 29, 161-166.
- Schaefer, B., Watkins, M. & Burnham, J., (2003). Empirical fear profiles among American youth. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1093-1103.
- Schmid-Leuz, B., Elsesser, K., Lohrmann, T., Jöhren, P. & Sartory, G. (2007). Attention focusing versus distraction during exposure in dental phobia. *Behaviour research and therapy*, 45, 2691-2703.
- Schniering, C. A., Hudson J. L. & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.

- Schultz, J. H. & Luthe, W. (1959). *Autogenic Training*, New York, Grune and Stratton.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York. Pocket Books.
- Serfaty, E. M., Zavala, G., Masaútis, A. y Foglia, L. (2000). *Trastornos de ansiedad en adolescentes*. Centro de Investigaciones Epidemiológicas-Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina.
- Shafran, R., Booth, R. & Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia- II: cognitive analyses. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 75-85.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Basics Books: New York.
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction. *J Clin Child Psychol*, 25, 225-237.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Gilsburg, G. S., Weems, C. F., Rabian, B. & Serafini, L. T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobias disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 675-687.
- Silverman, W.K. & Rabian, B. (1994). Specific phobia. In T.H. Ollendick, N.J. King, & W. Yule (eds), New York: Plenum Press. *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*, 87–109.
- Sosa, C. C. D., & Capafóns, B. J. I. (1995). Fobia específica. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carboles (Dir.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Fundamentos conceptuales: Trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. España: Siglo Veintiuno de España Editores, 1, 257-284.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713-726.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316.
- Sperling, A., P. (1976). *Psicología simplificada*. (Doubleday) col. simplificada México: Cla. Gral de Ediciones.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K. & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives, *Journal Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Tasto, D. L. (1969). Systematic desensitization, muscle relaxation and visual imagery in the counterconditioning of a four-year-old phobic boy. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 409–411.
- Thapar, A., & McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 439-447.

- Valiente, R., Sandín, B., Chorot, P. & Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15, 414-419.
- Velting, O. N., Setzer, N. J. y Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and Cognitive-Behavioral Treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 42-54.
- Warren, R. & Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: a rational emo-tive perspective*. New York: Pergamon Press.
- Wald, J. (2004). Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behavior Therapy*, 35, 621-635.
- Willumsen, T., Vassend, O., & Hoffart, A. (2001). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and nitrous oxide sedation in the treatment of dental fear. *Acta Odontologica Scandinavica*, 59, 290-296.
- Wise, M. & Taylor, S. (1990). Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry*; 51(1): 27-32.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. USA: Pergamon General Psychology Series.
- World Health Organization. (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-9)*. Madrid: Meditor.