



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

GRACIELA BERMÚDEZ ORNELAS

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA HERNÁNDEZ-GUZMÁN

REVISORA DE TESIS: LIC. ALMA MIREIA LOPÉZ-ARCE CORIA

COMITÉ DE TESIS: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. ROCÍO QUESADA CASTILLO

MÉXICO, D.,F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

Paulo Coelho

“Experiencia es el nombre que damos a nuestros errores”

Oscar Wilde

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Gracias por apoyarme y enseñarme el camino a seguir para cumplir mis metas. Apoyándome en los mejores momentos de mi vida y también en los momentos difíciles y por siempre estar a mi lado motivándome a seguir adelante. GRACIAS POR TODO.

A mi Mamá:

Gracias mami por todo tu apoyo, comprensión y cariño. Sin tí no habría llegado a donde hoy estoy, ni seguiría el camino que comienzo a forjarme, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre incondicionalmente, aún cuando no estés de acuerdo con mis decisiones. Mami gracias por brindarme siempre todo tu amor y por tu apoyo en todo momento alegre o triste. Gracias por que sé que siempre podré contar con tu apoyo y comprensión. Te dedico esta tesis con todo mi amor y con un profundo agradecimiento por la persona en la que me he convertido. Yo sé que sin ti no estaría terminando esta etapa de mi vida. GRACIAS MAMI.

A mi Papá:

Gracias papá por todo tu esfuerzo y apoyo, lo que me motivo a seguir adelante y llegar al final de un camino, solo para empezar otro. Te dedico esta tesis esperando que represente para ti una satisfacción y una gratificación a tu esfuerzo. GRACIAS PAPÁ.

A Liz:

Te dedico esta tesis con todo mi cariño como símbolo de que cuando uno se propone a hacer las cosas y lucha por ellas, las logra sin importar que tan lejanas parezcan. Gracias hermanita por enseñarme que siempre hay que seguir adelante para conseguir lo que deseamos y gracias por mostrarme que el que persevera alcanza. GRACIAS HERMANITA.

A Memo:

Gracias por todo el apoyo y experiencias que de una u otra manera definen quien soy ahora. Gracias por estar presente en esta etapa de mi vida que se cumple. Por todos los consejos y apoyo en innumerables situaciones. GRACIAS MEMO.

Dra. Laura Hernández-Guzmán:

Gracias por invitarme a participar en su equipo de investigación. Por todo el apoyo que recibí en la elaboración de la presente tesis. Por todo el aprendizaje que recibí durante su desarrollo y por guiar mi formación profesional, permitiéndome aprender de usted, siendo un modelo a seguir como investigadora. Gracias por esta gran oportunidad. Le dedico esta tesis con todo cariño y admiración. GRACIAS LAURA.

A mis sinodales:

Dra. Laura Hernández-Guzmán
Mtra. Fayne Esquivel Ancona
Lic. Alma Mireia López-Arce Coria
Dr. Samuel Jurado
Dra. Rocío Quesada

Por todas sus observaciones y apoyo durante todo el proceso de titulación.

A Angélica Riveros, Joaquín Caso y Violeta Fajardo

Gracias por todo el apoyo que recibí de su parte en el momento en que los necesite para la elaboración de esta tesis. MUCHAS GRACIAS.

A mis amigos de siempre:

Mariné, Nayeli, Arturo, Carlos y Alfonso. Gracias a todos ustedes por ser mis amigos y por todo el apoyo y comprensión que recibí de su parte. A ustedes les dedico esta tesis ya que forman parte de mi desarrollo tanto profesional como personal, cada uno con su contribución participó en la etapa que hoy culmino. Ustedes saben lo que esto significa para mí. MIL GRACIAS AMIGOS.

A mis compañeras del laboratorio de trastornos por ansiedad:

Marlen, Zayra y Flor. Sin ustedes no habría sido posible la realización de esta tesis. Gracias por todas las horas compartidas de trabajo y esfuerzo desde su planeación y ahora culminación. Les dedicó esta tesis con todo cariño. Gracias por tantas experiencias juntas. MUCHAS GRACIAS.

A Marcos Verdejo:

Gracias por todo el apoyo que siempre recibí de tú parte. Por haberme enseñado tantas cosas y por toda la paciencia y disposición que tuviste cuando acudí a ti con alguna duda o problema que no sabía como resolver. Tú contribución en la elaboración de esta tesis es inmensa y su desarrollo se debe en gran parte a ti. Gracias Marquitos por todo y por tanto. Te dedico esta tesis con todo mi cariño. MIL GRACIAS.

A Mariné:

Amiga, ¿qué puedo decirte que no sepas? Gracias por siempre apoyarme y estar conmigo en todo el tiempo que llevamos de conocernos. Sé que ha sido difícil y que siempre has estado ahí conmigo apoyándome y dándome la confianza para seguir adelante cuando he dudado de lo que puedo hacer. Por compartir mis alegrías, mis tristezas y mis momentos difíciles, gracias amiga. Tú contribución en esta tesis es muy grande, te debo gran parte de ella y el hecho de que la haya terminado es en gran parte a ti. MIL GRACIAS AMIGA.

A Nayeli:

Te dedico esta tesis con mucho cariño, gracias por compartir conmigo tantos y tantos momentos en los que de alguna forma nos acercamos muchísimo. Gracias por siempre escucharme sin juzgar y por siempre apoyarme y ayudarme en lo que más has podido. Gracias por estar conmigo desde el principio. MIL GRACIAS AMIGA.

A Arturo:

Tú sabes lo que esta tesis significa para mí, tanto profesional como individualmente. Gracias por tú amistad, sabes que eres una persona super importante para mí. Parte de esta tesis te corresponde, gracias por tantas experiencias compartidas y por todas las tardes en las que pasamos horas conversando de diferentes temas. Gracias por estar siempre presente. MIL GRACIAS AMIGO.

A Carlos:

Eres uno de mis mejores amigos, te dedico esta tesis sabiendo que si en algún momento de mi vida tropiezo, siempre podré contar contigo aún cuando estemos lejos, sé que siempre contaré con tú apoyo. Hoy, gracias a ti valoró a mis amigos y sé lo importante que es tener su amistad. MIL GRACIAS AMIGO.

A Alfonso:

Gracias por siempre mostrarme una sonrisa y por siempre hacerme ver que las cosas no son tan complicadas como parecen. Gracias por siempre mostrarme el lado relajado de las cosas, por cuidarme y por preocuparte por mí. Gracias por todo Ponchito. MIL GRACIAS AMIGO.

A Giovanni:

Gracias por mostrarme que puedo confiar en mí misma y en lo que puedo hacer cuando me lo propongo. Te dedico esta tesis por devolverme la confianza y por creer en mí. Con mucho cariño MIL GRACIAS.

A Alejandro:

¿Que te puedo decir? Gracias por todo el apoyo que siempre has mostrado hacia mí, por tantas horas de platica amena, por compartir conmigo momentos importantes para ti y por todos los consejos que de una u otra manera me han ayudado a seguir adelante. Te dedico esta tesis con mucho cariño. MUCHAS GRACIAS.

A Alma:

Te dedico esta tesis con mucho cariño amiga. Te conozco desde hace muchos años cuando entramos juntas a la preparatoria en septiembre de 1994 cuando no sabíamos que sería de nosotras y ahora miranos, en ese tiempo no lo habría creído. Gracias amiga por haber estado conmigo en los años más difíciles para mí, por siempre estar conmigo y dispuesta a ayudarme. Te dedico esta tesis con mucho cariño. MIL GRACIAS AMIGA.

A mis compañeros de generación:

Se las dedico con todo cariño por que a lo largo de la carrera compartimos prácticas, trabajos finales, exámenes y un sin número de exposiciones y en cada una de esas actividades siempre trabajamos juntos y en apoyo mutuo aprendiendo unos de otros. Gracias por esas experiencias.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera siempre han estado presentes a lo largo de toda mi vida estudiantil. Gracias por haberme apoyado en tantas ocasiones en las que necesite de ustedes. MIL GRACIAS: Rosalba, Jesús, Ignacio, Iván, Abraham, Fermín, Oscar y Jessica.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Justificación	6
Antecedentes	8
Capítulo 1. Ansiedad	13
Capítulo 2. Modelos explicativos	21
Capítulo 3. Ansiedad en niños y adolescentes	29
Capítulo 4. Fobia específica en niños y adolescentes	
4.1 Características clínicas	36
4.2 Comorbilidad	53
4.3 Factores de riesgo y protectores	58
4.4 Diagnóstico	75
4.5 Evaluación	82
Capítulo 5. Método	99
Capítulo 6. Resultados	104
Capítulo 7. Discusión	124
Referencias Bibliográficas	131
Anexos	144

RESUMEN

En el curso de su crecimiento y maduración, los niños y adolescentes experimentan numerosos miedos, la mayoría son transitorios, de intensidad leve y específicos de la edad. Los miedos evolutivos se consideran como un aspecto normal del desarrollo que proporciona medios propicios de adaptación y afrontamiento. Sin embargo, algunos persisten durante años, incluso hasta la edad adulta derivando en una fobia específica (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Öst, 1987). La fobia específica se define como un miedo persistente e irracional desencadenado por la presencia de una situación u objeto específico que se evita o se soporta a costa de un intenso malestar (APA, 1994). Con el objetivo de identificar cuando los miedos infantiles son fóbicos y establecer estrategias de intervención oportunas y efectivas que permitan prevenir y detener su evolución, los objetivos de la presente investigación fueron: desarrollar un instrumento válido y confiable que permita la valoración y diagnóstico del trastorno de fobia específica en niños y adolescentes mexicanos según las categorías diagnósticas propuestas por el DSM-IV (APA, 1994), calcular la prevalencia total del trastorno de fobia específica en población general por sexo y edad, la frecuencia con la que se presentan determinados miedos y explorar la variación del contenido de los miedos a lo largo del desarrollo. Se trabajó con 1681 niños y adolescentes (1412 provenientes de cinco escuelas primarias públicas y 269 de una escuela secundaria pública, respectivamente) de entre 7 y 16 años de edad con una media de 10 años. El Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Fobia Específica para niños y adolescentes (IDFE) consta de 52 reactivos con estructura tipo Likert de 3 puntos. Se realizó un análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax resultando 9 factores que explican el 44.100% de la varianza con un alpha de Cronbach de .9278. Los factores son: 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. Se encontró que los subtipos de fobia específica propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) son aplicables para la población infantil y adolescente mexicana. Se encontró que las mujeres informan de más miedos que los hombres y que los principales miedos se relacionan con fobia escolar, fobia al peligro y a la muerte, y fobia médica. La importancia de la elaboración del presente instrumento radica en el hecho de que constituye una primera aproximación al estudio de la fobia específica en niños y adolescentes mexicanos, mostrando que la psicología mexicana puede generar instrumentos con sus propias normas y no limitarse a reutilizar lo que se produce en otros países.

INTRODUCCIÓN

La psicología como ciencia y como profesión se identifica con otras ciencias relacionadas con los servicios de salud, por lo que la incorporación de los descubrimientos y de las técnicas psicológicas modernas en las rutinas diarias mejoran significativamente la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Un individuo mentalmente sano tiene la capacidad para enfrentar casi todas las situaciones que se presentan en su vida, puede dar y recibir amor y puede considerar los intereses de las otras personas (Holtzman, 1988). Sin salud mental no podría haber bienestar familiar o individual, educación ni producción (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991).

Las aceleradas modificaciones sociales, resultantes de la industrialización, la urbanización y los cambios económicos, han modificado la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico del individuo, así como los tradicionales sistemas de apoyo psicosocial y, disminuido sus posibilidades para enfrentar la angustia, la enfermedad y la incapacidad. En alguna etapa de la vida de todos los individuos, el estrés resultante de estos cambios puede contribuir al desarrollo de ansiedad, depresión y otras señales de trastornos emocionales (Holtzman, 1988; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2001).

La dimensión psicosocial presente en la enfermedad mental es crucial para la rehabilitación y reintegración del individuo a la comunidad, y constituye un gran reto y una oportunidad para la psicología como disciplina científica para contribuir al mejoramiento de la salud física y mental. Es por esta razón que las investigaciones realizadas por psicólogos deben ampliarse más allá de los tradicionales ambientes clínicos, identificando los factores de riesgo que desencadenan la enfermedad. Así mediante el conocimiento de las causas que originan un padecimiento y los factores sociales que intervienen, elaborar programas educativos que generen nuevos estilos de vida con respecto a los factores de riesgo percibidos (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; Holtzman, 1988).

El desajuste psicológico se refleja en la mayoría de las actividades que realiza el individuo, sean familiares, laborales o escolares. Dichos problemas emocionales y adaptativos permean y perturban toda actividad humana (disminuyendo la productividad del individuo) y, en el peor de los casos, la destruyen. Este problema puede abordarse

mediante prevención primaria, que consiste en la promoción, adopción y mantenimiento de prácticas de crianza, estilos de vida, formas de interacción familiar y social que protejan del deterioro psicológico al individuo, la familia y a la comunidad (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991). Como indican Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992), el diseño de dichas intervenciones preventivas y educativas no puede darse en ausencia de un conocimiento confiable de los factores de crianza que sirven para elaborar predicciones de cuadros identificados en la práctica clínica o en las clasificaciones diagnósticas.

Prevención no es sólo reducir la incidencia de patología física y psicológica, sino el promover el bienestar, la competencia y la efectividad personales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un equilibrio en el que se logra el bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. La salud es un proceso en el que constantemente interactúan factores protectores y de riesgo (psicológicos, físicos, biológicos, genéticos, ambientales y sociales) que favorecen o afectan el equilibrio (Hernández-Guzmán, 1999). La OMS (2001) reconoce por primera vez de manera formal que la falta o alteración en la salud mental resulta igual de incapacitante que la enfermedad física por lo que requiere mayor atención de parte de los gobiernos de las naciones de la que actualmente se presta.

Los factores de riesgo son aquellos que anuncian problemas psicológicos, desde el punto de vista del modelo de prevención primaria de la salud mental, riesgo representa el peligro de que se rompa el equilibrio de la salud y se desencadene la enfermedad. Así, los factores de riesgo serían aquellos que al actuar en conjunto representarían ese peligro. Dichos factores estarían representados por patrones de interacción familiar y social, estilos de vida, estilos de crianza y situaciones desarrolladas a lo largo de la vida de cada individuo (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; OMS, 2001; Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas & Hernández-Guzmán, 1992).

La prevención en el campo de la salud mental engloba e integra el conocimiento sobre la etiología de los trastornos mentales, las relaciones familiares y la psicodinámica individual y, por otra parte, las presiones y fuerzas sociales que se conjugan para producir desorganización individual y colectiva llamada trastorno emocional (Joffe, Albee & Kelly, 1984 citados por Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991).

Los factores de riesgo de enfermedad se refieren a los patrones de interacción social y familiar, estilos de vida y situaciones o condiciones desarrollados a lo largo de la vida del individuo. Los niños pueden desarrollar psicopatologías desde muy temprana edad y se ha visto que los factores de riesgo, cuando no se trata de una cuestión orgánica pueden relacionarse con los estilos de vida y patrones de crianza familiares (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992). Variables como la competencia social formada durante la niñez, formas específicas de expresión del afecto, estrategias de manejo del estrés y de la presión social, la conformación temprana de la autoestima y habilidades de análisis del entorno, entre otras, constituyen factores que explican, predicen y controlan el desarrollo de comportamiento adaptativo y la estabilidad emocional, por lo cual deben tomarse en cuenta para el análisis de los factores probablemente asociados con el deterioro psicológico (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991).

La mayoría de los trastornos psicológicos suelen aparecer en la niñez temprana o en la adolescencia (American Psychiatric Association, APA, 1994). Los patrones de comportamiento se establecen en etapas tempranas del desarrollo y generalmente se mantienen durante toda la vida (Hernández-Guzmán, 1999). Si estos patrones son desadaptativos tendrán un alto costo en términos de salud pública, bienestar, productividad y recursos económicos (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; OMS, 2001).

A través de las interacciones con su familia, principalmente en la infancia el niño creará una idea general del mundo y su comportamiento se moldeará de acuerdo a que tan bien haya afrontado diversas situaciones extendiéndose tales efectos hasta la adolescencia e incluso a la edad adulta. La importancia de dichas interacciones tempranas es primordial y es por ello que el interés por evaluar los factores de riesgo en edades tempranas se ha dirigido a diseñar estrategias para prevenir posibles problemas en el futuro (Mash & Graham, 2001).

La gran variedad de estilos de crianza puede afectar de manera diferente a los niños y la manera en que los perciben también. En la presente investigación se retoma la clasificación realizada por Diana Baumrind (1966; 1996) de los estilos de crianza para realizar las comparaciones necesarias.

México es un país esencialmente joven, la mayor parte de su población es menor de edad y los rápidos cambios económicos, sociales y familiares influyen en este grupo haciéndolo más vulnerable a la disfunción psicológica. Muchos de los trastornos frecuentes en los adultos pueden iniciar en la infancia o adolescencia. Actualmente 1 de cada 4 personas o un 25% de la población a nivel mundial desarrollan uno o más trastornos mentales o conductuales en algún momento de su vida (OMS, 2001). En México aproximadamente 291 mil personas padecen un trastorno mental (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2000). A nivel mundial la depresión y la ansiedad afectan a un 5.8% de los hombres y un 9.5% de las mujeres, se calcula que unos 121 millones de personas padecen estos trastornos (OMS, 2001). En México no se cuenta con estadísticas confiables y precisas sobre la incidencia de estos trastornos. Sin embargo, debido a su naturaleza comorbida con otros trastornos, es importante identificar su curso y etiología.

Es por lo expuesto anteriormente que la revisión de la literatura realizada en la presente investigación se enfocó a analizar la relación existente entre la ansiedad, fobia específica, depresión y estilos de crianza.

La presente investigación está organizada de la siguiente manera:

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

En el segundo capítulo se presenta un panorama general de los principales modelos explicativos de los trastornos por ansiedad, con el objetivo de identificar los factores relacionados con los trastornos por ansiedad descritos por cada modelo.

Para el tercer capítulo se revisa la literatura de investigación relacionada con los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes, para revisar las principales manifestaciones de dichos trastornos en estos grupos de edad.

En el cuarto capítulo se describen cuales son las características de la fobia específica, su definición, clasificación, etiología, características clínicas en niños y adolescentes, comorbilidad, factores de riesgo y protectores, diagnóstico y evaluación. 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.

Se presentará la metodología empleada en la presente investigación, los participantes y el procedimiento empleado.

Se presentan los resultados obtenidos en esta investigación para someter a prueba las propiedades psicométricas como son la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.

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

Finalmente se presenta una revisión de las principales estrategias terapéuticas para el tratamiento de la fobia específica en niños y adolescentes, así como, una propuesta de tratamiento. Tomando en cuenta los resultados obtenidos, con el objetivo de someterla a validación empírica en un estudio posterior.

JUSTIFICACIÓN

En el trabajo clínico la base para un buen pronóstico, tratamiento y resultados terapéuticos, son la evaluación y el diagnóstico adecuados. Sin embargo, en el trabajo con niños y adolescentes se carece de un sistema confiable y válido para este propósito.

En la mayoría de los trastornos infantiles se observa una amplia variedad de síntomas relacionados con la ansiedad o bien una alta comorbilidad con este trastorno. Por ejemplo, niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, depresión, enuresis, encopresis, síntomas físicos y trastorno negativista desafiante, presentan síntomas asociados con la ansiedad, en muchos casos el diagnóstico inicial no puede establecerse eficientemente debido a la semejanza entre los síntomas de diversos trastornos y la falta de unanimidad en los criterios diagnósticos.

Cuando se trabaja con niños y adolescentes además del empleo de criterios diagnósticos estandarizados, como por ejemplo, el DSM- IV (APA, 1994) y la CIE- 10 (World Health Organization, WHO, 1992), es indispensable recurrir a técnicas de evaluación alternativas como entrevistar a los padres y personas relacionadas, lo que frecuentemente demuestra una estrecha relación entre la sintomatología del paciente y la dinámica familiar, estilos de vida y estilos de crianza. Sin embargo, no se obtiene información lo suficientemente confiable para establecer generalizaciones. De aquí, la importancia de desarrollar un instrumento válido y confiable que establezca claramente cuáles son los síntomas de ansiedad que un niño puede presentar y la necesidad de realizar investigaciones que expliquen el papel que juegan los estilos de crianza y factores de riesgo en el establecimiento y mantenimiento de algún tipo de trastorno por ansiedad.

Las primeras experiencias de ansiedad experimentadas por un niño son los llamados miedos infantiles "normales" de la edad. Por esta razón los padres no ponen demasiada atención a las manifestaciones de miedo y ansiedad de sus hijos por considerarlos parte de su desarrollo. Sin embargo, en ocasiones, son los mismos padres, maestros o personas que rodean al niño quienes los prolongan pudiendo derivarse en una fobia específica, la cual podría extenderse a la adolescencia e incluso a la adultez.

Por estas razones el desarrollo del "Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica en Niños y Adolescentes" es un avance en el desarrollo de instrumentos válidos y confiables para el

diagnóstico de este trastorno en niños y adolescentes. Somete, además, a prueba las categorías diagnósticas del DSM- IV (APA, 1994) en la población mexicana.

Finalmente, al contar con un conocimiento confiable de la estructura de los síntomas, el presente estudio representa una primera aproximación a la descripción clínica del trastorno de fobia específica en niños y adolescentes mexicanos.

ANTECEDENTES

Durante muchos años se consideró a los niños como adultos en miniatura, por lo que las estrategias de evaluación y tratamiento que habían mostrado ser eficaces en los adultos se aplicaban directamente a los niños y adolescentes, sin tomar en cuenta las características propias de su edad. En general, los métodos y técnicas de evaluación e intervención desarrollados para la población adulta se han extrapolado a la infancia y a la adolescencia, dejando de lado o intuyendo las características propias de las etapas tempranas. Sin embargo, los modelos adultos de psicopatología, evaluación y tratamiento no pueden simplemente extrapolarse (Mash & Graham, 2001).

En los últimos años se ha subrayado que los niños y adolescentes tienen sus propias maneras de pensar, sentir y comportarse. Por lo que surgen diversos modelos desde los cuales se observa e interpreta la conducta y desarrollo del niño y adolescente. Mash y Graham (2001) mencionan los dos modelos que históricamente han intentado explicar el desarrollo infantil y adolescente, el modelo "mecanicista" y el "organicista".

El modelo mecanicista consideraba que los organismos son similares a máquinas controladas por fuerzas del mundo exterior. Con respecto al desarrollo se veía a los organismos como receptores pasivos de información y respondientes a estímulos cada vez más complejos y variados. Los cambios en la conducta a lo largo del tiempo reflejan modificaciones graduales en los estímulos antecedentes y consecuentes, y las explicaciones sobre el desarrollo provenían principalmente de los principios de la teoría del aprendizaje, que daba poca importancia clínica a los procesos de desarrollo (Mash & Graham, 2001).

El modelo organicista del desarrollo sugería que los organismos son agentes activos implicados en la construcción de su ambiente. Describe a menudo el desarrollo por etapas, manteniendo que las estructuras y funciones cambian con la edad y reflejan formas emergentes, cualitativamente diferentes de interactuar con el ambiente. El cambio era consecuencia de procesos de maduración que estaban determinados por factores orgánicos intrínsecos en vez de fuerzas ambientales (Mash & Graham, 2001).

El modelo "transaccional" también conocido como "contextualismo evolutivo" representa una integración de los anteriores, siendo altamente consistente con los principios de la

teoría del aprendizaje social/cognitivo (Mash & Graham, 2001). Los cambios evolutivos tienen lugar como consecuencia de las interacciones recíprocas continuas (determinismo recíproco) entre un organismo activo y su contexto ambiental activo (Novak, 1998). Los organismos influyen sobre su propio desarrollo al ser tanto productores como productos de su ambiente. El desarrollo implica cambios sistemáticos, sucesivos y adaptativos dentro y a lo largo de los periodos vitales en la estructura, funciones y contenido de las características mentales, conductuales, sociales e interpersonales del individuo. Los cambios observados en un momento temporal influirán sobre los acontecimientos posteriores, reorganizando las interacciones y/o transacciones de manera bidireccional entre el organismo y su medio ambiente (principio de la no-linealidad). Los cambios que tienen lugar en un determinado momento temporal debido al aprendizaje, a la manifestación de estructuras básicas predeterminadas o a algunos procesos interactivos/transaccionales complejos, influyen sobre el desarrollo posterior (Novak, 1998).

De acuerdo con Novak (1998), el desarrollo se considera como una serie de reorganizaciones cualitativas dentro y entre sistemas, determinado por diversos factores a distintos niveles de análisis (genético, constitucional, fisiológico, conductual, psicológico, ambiental y sociológico), que están en transacción dinámica mutua y continua. Por ejemplo, el primer sistema en el que el niño se sitúa, es el familiar, afectándolo y siendo afectado al mismo tiempo por las nuevas interacciones que se establecen a lo largo del desarrollo tanto del niño como del resto de los miembros de la familia, afectándose mutuamente.

Identificar los patrones de desarrollo y el estilo de afrontamiento del niño y adolescente en diferentes áreas de la vida proporciona información acerca del desarrollo de problemas en un área y proporciona información relevante para la aplicación de un tratamiento más eficaz. Sin embargo, una proporción significativa de niños y adolescentes con factores de riesgo no desarrolla problemas posteriores, de aquí la necesidad de examinar los factores de riesgo y las condiciones que protegen de la disfunción a niños vulnerables y que les conducen a una adaptación con éxito frente a la adversidad. Un niño particular puede ser resistente en relación a ciertos estímulos estresantes específicos, pero puede ser vulnerable a otros. La resistencia implica interacciones continuas entre una serie de factores de protección del niño con el ambiente y con factores de riesgo específicos, en vez de ser una vía causal directa que conduce a un resultado determinado (Mash & Graham, 2001).

A nivel familiar, los factores de protección incluyen la oportunidad de establecer una relación estrecha con por lo menos, una persona que atienda las necesidades del niño, la educación positiva, la disponibilidad de recursos y la forma en que la familia proporcione estabilidad y significado ante diversas situaciones. Finalmente, se han reconocido las transacciones recíprocas entre el niño en desarrollo y los múltiples contextos sociales y ambientales en los que tiene lugar el desarrollo (Hernández-Guzmán, 1999).

El desarrollo patológico se entiende como una falta de integración entre estos sistemas que contribuyen a la adaptación en determinados niveles de desarrollo. El desarrollo sano y el patológico provienen de transacciones únicas y distintivas entre un organismo en cambio y su contexto ambiental (Mash & Graham, 2001). Es importante identificar y comprender las características intra y extraindividuales que facilitan o inhiben las desviaciones iniciales o bien mantienen u obstaculizan el desarrollo y la adaptación tempranos (Hernández-Guzmán, 1999).

Uno de los desafíos más importantes consiste en establecer un límite válido y apropiado entre lo que constituye un funcionamiento "normal" versus uno "anormal". Tradicionalmente se ha evaluado la psicopatología infantil en relación a una serie de diagnósticos establecidos en adultos y extrapolados a los niños y adolescentes sin prestar demasiada atención a otros eventos relacionados. Wakefield (1992) define "trastorno mental" como una "disfunción dañina" abarcando el funcionamiento mental y físico. Indicando que el estado de un niño o adolescente se considera como trastorno solo si:

Provoca un deterioro o una privación de beneficios al niño, tomando en cuenta las normas sociales y,

Es consecuencia del fallo de algún mecanismo interno para realizar su función natural.

Sin embargo, no indica como es que han de llevarse a cabo estas decisiones respecto del estado de funcionamiento, la diferenciación entre comportamiento típico y atípico no es trazada fácilmente.

Cuando los comportamientos o síntomas específicos se consideran en forma aislada, muestran poca concordancia con la adaptación general del niño o adolescente, o con comportamientos posteriores. Así, características de los síntomas como la adecuación a la

edad, la agrupación y el seguir un patrón son mejores indicadores de la psicopatología infantil que la simple presencia de síntomas individuales (Mash & Graham, 2001).

En los últimos años se han utilizado frecuentemente sistemas de diagnóstico estandarizados como el DSM IV (APA, 1994) y la CIE-10 (WHO, 1992) para definir la psicopatología en niños y adolescentes. Representando una aproximación del acuerdo sobre la naturaleza fundamental o sobre los criterios específicos que deberían emplearse para definir la psicopatología infantil y de la adolescencia.

Los enfoques más frecuentes para la clasificación y conceptualización de la psicopatología infantil, mencionados por Mash y Graham (2001) son:

Los enfoques dimensionales, que se centran en grupos de síntomas o en síndromes obtenidos a partir de listas de problemas, suponen que hay una serie de dimensiones o categorías entre las que destacan dos: los problemas debidos a un bajo control de externalización y los problemas debidos a un elevado control de internalización. Engloban también síndromes o subdimensiones específicas que incluyen aislamiento, quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva. Son categorías derivadas empíricamente por lo que son más objetivos y potencialmente más confiables. Sin embargo, existe una serie de problemas con su empleo, dependencia de las dimensiones con las características de la muestra, la metodología, las características del informante, la edad y el sexo del niño, falta de sensibilidad a las influencias del contexto (Achenbach, 1993 citado por Mash & Graham, 2001) y,

Los enfoques por categorías que emplean criterios diagnósticos predeterminados para definir la presencia o ausencia de un(os) trastorno(s) específico(s) (por ejemplo el DSM-IV, APA, 1994 y la CIE-10, WHO, 1992).

La distinción realizada en el DSM-IV (APA, 1994) entre niños, adolescentes y adultos es arbitraria reflejando el escaso conocimiento sobre la continuidad entre los trastornos infantiles y adultos. Más que la existencia de trastornos cualitativamente diferentes. Otro problema que presenta se refiere a la naturaleza estática de los trastornos en relación al dinámico desarrollo infantil y adolescente. Hay una falta de énfasis sobre los factores situacionales o contextuales en relación a la adquisición de un trastorno y factores tales

como la cultura, la edad y el género en relación con un trastorno específico (Mash & Graham, 2001).

La evaluación es el primer paso básico para la selección de una estrategia apropiada de tratamiento, por lo que se debe considerar como parte de un proceso continuo de toma de decisiones y solución de problemas que entraña desde el método empleado hasta las implicaciones de tratamiento (Hernández-Guzmán, 1999; Mash & Graham, 2001).

Es así como la investigación en Psicología ha logrado aislar muchas de las variables relacionadas con la conducta disfuncional y relacionarlas con factores presentes en el medio ambiente que ha rodeado al niño y adolescente, así como la forma en la que los ha afrontado (Hernández-Guzmán, 1999).

Siendo la ansiedad uno de los trastornos más incapacitantes para el individuo de cualquier edad, es importante identificar el momento en el cual las respuestas de ansiedad y miedo dejan de ser parte del desarrollo normal y biológicamente adaptativos. Cuando dichas respuestas interfieren con el funcionamiento normal del individuo y su familia, se consideran disfuncionales. Interfiriendo con el desarrollo sano del individuo, tanto físico como mental, alteran su desempeño en todas las actividades que realiza, ya sea en el ámbito familiar, social, personal, laboral o escolar. Se presentan conductas de evitación, aislamiento, agresividad, alejamiento y deterioro de la rutina diaria (Hernández-Guzmán, 1999).

La literatura indica que la mayoría de los trastornos psicológicos suelen desarrollarse en la infancia y adolescencia. De los patrones de comportamiento que se establezcan de la interacción con la familia y con otras personas significativas (por ejemplo, los abuelos, Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999; Thomas, Sperry & Yarbrough, 2000) dependerán las estrategias de afrontamiento empleadas para solucionar las vicisitudes del entorno. Así, las situaciones a las que se enfrenta el niño y la manera de resolverlas moldearán su forma de afrontar futura (Hernández-Guzmán, 1999).

De aquí la importancia de identificar el momento en el que el miedo y la ansiedad interfieren con el funcionamiento normal del niño y se vuelven respuestas desadaptativas. Además resulta relevante identificar las variables relacionadas con el desarrollo y establecimiento de los trastornos por ansiedad.

CAPÍTULO 1.

ANSIEDAD

El concepto de ansiedad ha evolucionado considerablemente. Durante el siglo XIX el teólogo danés Søren Kirkegaard (citado por Roth, 1988) consideró la ansiedad como parte de la condición humana, originada por el manejo de su propia libertad y la toma de decisiones morales. Para el filósofo existencialista Martin Heidegger (citado por Roth, 1988), la ansiedad era consecuencia de la conciencia de la mortalidad humana. Posteriormente con la publicación del libro "La expresión de las emociones en hombres y animales" de Charles Darwin (citado por Roth, 1988) se reconoce el valor adaptativo de la ansiedad y otras emociones en el proceso evolutivo de desarrollo. Distingue entre ansiedad y depresión, e indica que la primera es un estado de completa evitación y la segunda un estado de dolor continuo. Para Darwin existían emociones normales, pero cada una tenía su contraparte patológica a lo que él llamó "dolor frenético", conceptos que posteriormente se reflejaron en la teoría psicoanalítica de Freud.

Pavlov (1927 citado por Roth, 1988) concluyó que los animales con cierta actividad nerviosa son más susceptibles a reaccionar con miedo frente a un estímulo amenazante. En el área de las neurosis humanas sugirió que las personas con un sistema nervioso central "débil e inhibido" tenían mayor predisposición para desarrollar formas mórbidas de ansiedad. Demostró que el miedo y la ansiedad se establecen en los animales por medio de la conversión de un reflejo incondicionado a una respuesta condicionada, que tomaba la forma de inhibición de comportamiento, agitación o excitación. No tardó mucho en reconocer que el proceso inverso de este procedimiento podía eliminar la ansiedad en humanos y animales, así, Pavlov se convirtió en uno de los fundadores de los tratamientos conductuales de la agorafobia y otros trastornos por ansiedad, mismos que siguen empleándose actualmente con algunas modificaciones resultado de los hallazgos de investigación (Lang, 1977; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998; Meichenbaum, 1988; Perrez & Reicherts, 1992; Wolpe, 1990).

Uno de los primeros estudiosos en plantear el problema de la angustia fue Sigmund Freud (1929), a la que definió 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:

- (1) *Angustia real u objetiva*. El origen del peligro está en el mundo externo e inicia en el nacimiento. Puesto que bombardea al recién nacido con una estimulación excesiva, durante sus primeros años, éste encuentra muchas situaciones que no puede enfrentar. Estas experiencias traumáticas sirven de base para el desarrollo de un conjunto de miedos. Cualquier situación de la vida posterior que amenace reducir a una persona a un estado infantil de desvalidez hará revivir la señal de angustia.
- (2) *Angustia neurótica*. 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.
- (3) *Angustia moral*. La fuente de la amenaza está en el miedo al castigo de la conciencia moral, si hace o se piensa algo contrario a las normas del ideal del yo.

Puede aparecer al mismo tiempo más de un tipo de angustia o combinarse las tres. Freud (1929) describió que la única función de la ansiedad es como de señal de alarma al peligro en el mundo externo, de modo que cuando se haga conciente el yo pueda tomar decisiones para enfrentarlo.

En la década de los treinta se utilizó la terapia electroconvulsiva para los trastornos del estado de ánimo o afectivos. Hacia los años 50 se incrementó el uso de antidepresivos, también recomendados para casos de ansiedad. Posteriormente se aprovechó la introducción de las benzodiazepinas, lo que impulsó el interés de psiquiatras en el estudio de la ansiedad. A partir de la década de los 60 se estudió la ansiedad como una emoción, y en los 70 como un constructo independiente, distinguiéndose claramente de la depresión (Roth, 1988).

La ansiedad, considerada como una emoción, se convirtió en objeto de estudio de las teorías de las emociones. La palabra emoción tiene diversas definiciones, por lo que Kleinginna y Kleinginna (1981 citados por Edelmann, 1992) después de realizar una extensa revisión de las teorías de la emoción, propusieron la siguiente definición global: "la emoción es un complejo grupo de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediados por sistemas neurológicos, los cuales pueden, (a) incrementar las experiencias afectivas, (b) generar procesos cognitivos, (c) producir reacciones fisiológicas ajustadas a las condiciones de actividad, y (d) dirigir la conducta, frecuentemente de manera adaptativa, aunque no en todas las ocasiones". Así las emociones se entienden como un

medio para la sobrevivencia y preservación de la integridad personal de acuerdo con la evolución de la especie (Hernández-Guzmán, 1999).

Leventhal y Tomarken (1986 citados por Edelman, 1992) sugieren una organización práctica de las teorías de las emociones, comprendiéndolas en cuatro clases:

- (1) *Teorías de reacciones corporales*. Esta teoría de James y Lang (1884; 1885 citados por Edelman, 1992) supone que el estímulo que evoca la emoción produce actividad autónoma (latidos, sudoración) y cambios en los músculos esqueléticos (expresiones faciales), sostiene que la experiencia subjetiva de la emoción, es resultado directo de estos cambios. Ninguna emoción precede a la respuesta corporal. James indica que los cambios corporales siguen de la percepción del hecho y que el sentimiento que ocurre después de la respuesta corporal es la emoción. El problema básico de esta teoría es que no especifica el mecanismo por medio del cual inician los cambios corporales.
- (2) *Teorías neurales centrales*. Cannon (1927 citado por Edelman, 1992) criticó la teoría de James-Lang argumentando que las sensaciones corporales son muy lentas, difusas e insensibles a toda la gama de expresiones emocionales del ser humano. Propuso que la emoción está bajo control del sistema nervioso central, más que del periférico. Su teoría es neuropsicológica y propone que el estímulo llega a la corteza vía los sistemas subcorticales. Si la naturaleza de los estímulos es emocional, los sistemas subcorticales transmitirán la información a la corteza, provocando la experiencia emocional, misma que llega al sistema periférico y genera las respuestas corporales que retroalimentan a todo el sistema.
- (3) *Teorías cognitivas*. Para que una emoción sea experimentada completamente es necesario considerar los aspectos cognitivos y fisiológicos de la misma, como indican Scachter y Singer (1963 citados por Edelman, 1992). Bajo esta perspectiva, un individuo busca en su medio ambiente inmediato una explicación apropiada para sus reacciones fisiológicas. El problema con esta explicación es que subestima la importancia de las reacciones fisiológicas y sobreestima la importancia de las cogniciones. Sin embargo, establece una clara relación entre ambos factores (fisiológicos y cognitivos) en la generación de estados emocionales.
- (4) *Teorías evolutivas*. Darwin (1873 citado por Edelman, 1992) sugirió que las emociones aumentan la capacidad de sobrevivencia por ser reacciones apropiadas frente a situaciones de emergencia y actúan como señales para futuras acciones o

intenciones. Se establece así un sistema de retroalimentación entre las reacciones corporales (expresiones faciales principalmente) y fisiológicas.

La ansiedad es un constructo de procesos multicomponentes, los cuales pueden conceptuarse de diversas maneras de acuerdo con los modelos de la emoción. Algunas teorías se enfocan a aspectos individuales de las emociones, en ocasiones se hacen intentos por integrarlos sin éxito, por lo que el modelo tripartita propuesto por Lang (1977) constituye la primera visión integrativa de las teorías propuestas para la explicación de las emociones en general y de la ansiedad en particular. Actualmente principios como el determinismo recíproco y la no-linealidad insertos en la teoría conductual de sistemas del desarrollo propuesta por Novak (1998) ofrece una perspectiva integrativa para las explicaciones de la ansiedad.

La ansiedad es una emoción normal ante el peligro real experimentada por todos los seres humanos. Sin embargo, no fue objeto de estudio por parte de médicos y científicos sino hasta principios del siglo XIX. Tal vez, es por ello que sus formas más deteriorantes y extremas se describieron mucho después que otros tipos de neurosis (p. e. melancolía, histeria y depresión). Durante la primera mitad del siglo XIX, predominaron los enfoques religiosos, teológicos, fenomenológicos y evolucionistas sin hacer una clara distinción entre ansiedad y depresión. Posteriormente, en la segunda mitad del siglo se reconoció la importancia de los trastornos por ansiedad y su distinción de los trastornos depresivos. Así se abordó desde diversas perspectivas teóricas como la adaptativa, psicoanalítica, conductual, cognitiva, del desarrollo y social (Roth, 1988).

La ansiedad es una respuesta adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, misma que prepara al organismo para reaccionar ante una situación evaluada como amenazante o peligrosa. Los procesos implicados no son estáticos, sino que tienen distintas facetas que dependen de las modificaciones corporales, conductuales y psicológicas que ayudan al organismo a adaptarse a los cambios y exigencias de su medio ambiente. Promueve una estrategia defensiva incrementando 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 *miedo* (Edmund & Bourne, 1994).

El miedo es una respuesta a un estímulo objetivo y amenazante que se activa cuando la persona se expone a la situación temida. Es decir, cuando el peligro es inminente, pero cuando esta respuesta es constante, se habla de ansiedad y de un sentimiento desagradable relacionado con el estímulo o situación temida que entraña una respuesta emocional (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

El miedo es un motivo para el escape, mismo que se manifiesta conductualmente por medio de la huida. La ansiedad es entonces el miedo no resuelto debido a que existe un bloqueo de la acción (Edmund & Bourne, 1994).

La sensación de angustia es muy similar al miedo, en ambos casos existen modificaciones corporales, conductuales y psicológicas del organismo que lo preparan para la acción. Sin embargo, puede distinguirse entre el miedo y la angustia, en que el primero puede considerarse como una reacción normal del individuo frente a algo a lo que se teme. Los estímulos o situaciones temidas son concretos, externos y claramente reconocidos. En la segunda es un miedo indefinido, no se puede reconocer el objeto temido o, en todo caso, está asociado con situaciones frente a las que el individuo admite que está respondiendo desproporcionadamente (Coderch, 1991).

Sin embargo, la distinción entre ansiedad y angustia no es tan clara. En general, resulta complicado distinguir las conceptualmente. Se suele referir a la primera como una respuesta emocional (interpretación cognitiva), subjetiva e individual con un estado de inquietud, sentimientos de amenaza y temor indefinido. Mientras que la angustia hace referencia a una sensación más corporal (vivencia somática) sentida como un malestar

corporal vago, constricción torácica y cardíaca (Coderch, 1991). El término ansiedad se emplea más generalmente que angustia, debido a que las sensaciones corporales de esta última se incluyen en las respuestas ansiosas a nivel fisiológico, además del cognitivo y psicológico (Beck, et al., 1985; Coderch, 1991).

El término ansiedad es un concepto ampliamente utilizado en la literatura psicológica, aunque sin consenso, por lo que implica diversos significados, empleándose indistintamente términos como miedo, fobia, neurosis y angustia dificultando su diferenciación (Edelmann, 1992).

La American Psychiatric Association (APA, 1975) define la ansiedad como un estado de aprensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible.

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

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

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

en 1977), las personas aprenden a distinguir las características de su propia ansiedad, a través de dicho conocimiento se incrementa la probabilidad de afrontamiento positivo a las mismas y, como señala Meichenbaum (1988), favorece la adherencia terapéutica por medio de un modelo interactivo terapeuta-paciente.

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

El desarrollo de un trastorno de ansiedad se debe a diversos factores, tanto biológicos, conductuales y psicológicos. Edmund y Bourne (1994) indican que un trastorno por ansiedad:

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

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

En las pasadas dos décadas, la ansiedad se ha entendido como un conjunto complejo de reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas que reflejan su naturaleza

multicomponente y multidimensional en actividad continua con un sistema de procesamiento jerárquico vía tres diferentes sistemas de expresión (Edelmann, 1992; Edmund & Bourne, 1994; Lang, 1977).

El modelo tripartita desarrollado por Lang (1977) para explicar las manifestaciones de los trastornos por ansiedad propone como pueden conceptuarse en términos de tres sistemas de respuesta independientes: motor, expresiones lingüísticas (originalmente llamado cognitivo-verbal) y estados fisiológicos. Se confirma posteriormente mediante el cambio a conductual (comportamiento observable), cognitivo (percepción y evaluación de los estímulos por parte del individuo) y fisiológico (reacciones del cuerpo) respectivamente (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999; Lang, et al., 1998).

En la tabla 1.1 se presentan las principales manifestaciones de ansiedad para cada sistema de respuesta (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999; Lang, 1977; Meichenbaum, 1988).

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

Tabla 1.1 Manifestaciones de ansiedad para cada sistema de respuesta.

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

En 1980 aparece el DSM-III que incluía criterios diagnósticos para los trastornos por ansiedad entre otros. Participaron psicólogos y psiquiatras para lograr una visión integral (Roth, 1988). Posteriormente en 1987 aparece el DSM-III-R y en 1994 el DSM-IV. Cada vez con más datos empíricamente corroborados, lo que incrementa su utilidad clínica, sin ser no obstante definitiva.

La American Psychiatric Association establece en el DSM-IV (APA, 1994) los siguientes trastornos por ansiedad para adultos: crisis de angustia (ataque de pánico), trastorno de angustia con y sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (incluyendo el trastorno mixto de ansiedad-depresión).

El estudio de la ansiedad se ha extendido durante los últimos 50 años en adultos. También se la ha reconocido en la niñez y adolescencia como síntoma, síndrome y trastorno. Sin embargo, se carece de estudios que la caractericen, dándose por hecho que sus síntomas son transitorios e inoocuos. Se considera que los miedos y las preocupaciones en la niñez son manifestaciones normales que desaparecen en etapas subsecuentes (Hernández-Guzmán, 1999; Mash & Graham, 2001).

Para poder comprender claramente las características de la ansiedad, su curso y repercusiones sobre el funcionamiento de los individuos, es menester revisar el cúmulo de investigación alrededor de este problema. La literatura de investigación sobre trastornos por ansiedad en niños y adolescentes apunta hacia la importancia de atender las características propias de los periodos de desarrollo para su diagnóstico. También descubre los problemas para su estudio en niños y adolescentes. Antes de ello, sin embargo, resulta conveniente realizar una revisión general de los principales modelos explicativos de los trastornos por ansiedad, aplicables a la psicopatología infantil, adolescente y adulta, con el objetivo de mejorar nuestro entendimiento del desarrollo y mantenimiento de dichos trastornos a lo largo del ciclo vital.

CAPÍTULO. 2

MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Los trastornos por ansiedad son resultado de una gran variedad de factores y de las interacciones entre ellos a diferentes niveles de acción, los cuales son: evolutivo, genético-hereditario, fisiológico, ambiental, individual e interactivo (Edmund & Bourne, 1994). Desafortunadamente, en la literatura de investigación no hay disponible la misma cantidad de información confirmatoria para cada nivel. Sin embargo, los modelos integrativos como el propuesto por Novak (1998) ofrecen una perspectiva alentadora de la estrecha relación existente entre ellos.

Los modelos explicativos sobre la etiología de la ansiedad han sido variados, desde aquéllos que apuntan hacia la herencia como responsable del comportamiento humano hasta los que apuntan hacia el aprendizaje como responsable de los cambios en la conducta, en ambos casos, de manera unidireccional. En la actualidad, se ha propuesto una convergencia de ambas disposiciones logrando una visión bidireccional de los cambios en la conducta (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999; Novak, 1998).

Las explicaciones más aceptadas del miedo y la ansiedad los sitúan como una respuesta biológicamente adaptativa ante el peligro, la cual se modula y modifica por el aprendizaje al interactuar y asociarse con y entre los diferentes contextos, en los cuales la persona se inserta a lo largo de su vida (Hernández-Guzmán, 1999).

Se presenta a continuación un panorama general de los principales modelos explicativos sobre la etiología de la ansiedad, los cuales comprenden: (a) el modelo evolutivo, (b) la disposición genética, (c) la explicación fisiológica, (d) el enfoque de sistemas y determinismo recíproco; lo cual facilitará su comprensión.

Modelo Evolutivo

“El papel adaptativo de la ansiedad”

De acuerdo con la evolución, el miedo y la ansiedad forman parte del mismo mecanismo de defensa que protege al organismo de situaciones que ponen su vida en peligro. La activación de dichas defensas ocurre en situaciones en las que hubo peligro de vida en el

pasado a lo largo de la evolución, preparando al cuerpo para una acción de evitación con intervención del sistema nervioso autónomo. Algunas situaciones específicas causan miedos específicos con mayor facilidad que otras. Dichas asociaciones garantizan la sobrevivencia de la especie a lo largo de la evolución, motivo por el cual se mantienen (Seligman, 1971).

Por su parte, Epstein (1972 citado por Hernández-Guzmán, 1999), propone que la ansiedad y el miedo tienen su origen en el mismo sistema evolutivo, sin embargo, difieren entre sí. El miedo es un motivo para el escape, que apoya la acción de huida, y la ansiedad viene a representar el miedo no resuelto debido al bloqueo de la acción, es decir, existe una imposibilidad de escapar. Sin embargo, la ansiedad puede ser un estado de activación, pero no dirigido a la percepción del peligro. Es decir, que el miedo adaptativo ante un peligro real que ayudó a la supervivencia de la especie puede convertirse en desadaptativo, cuando no existe la posibilidad de peligro inminente para la especie.

La explicación evolutiva de la ansiedad ha ido ganando terreno, puesto que la explicación de la etiología de algunas fobias específicas tienen su origen en la historia filogenética de las especies. Gracias a análisis funcionales puede retomarse para lograr una explicación ontogénica del comportamiento observable (Hernández-Guzmán, 1999; Novak, 1998).

Disposición genética

“El papel de la herencia”

La mayor parte de la investigación de los factores genéticos relacionados con la ansiedad se ha realizado en poblaciones específicas, principalmente en familias con gemelos monocigóticos (MZ) y dicigóticos (DZ). Emplean como referencia el informe de ansiedad de los padres y de los hijos correlacionándolos entre sí, con el objetivo de encontrar datos sobre las relaciones entre los factores genéticos y ambientales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos por ansiedad. En el área de la genética conductual las principales variables de estudio son: (1) la aditividad de los efectos genéticos, (2) el efecto de las influencias ambientales en la familia y, (3) los efectos no visibles de las influencias ambientales en cada miembro de la familia. Para evaluar los efectos de esas variables se realizan investigaciones con gemelos monocigóticos (MZ: resultado de la fertilización de un óvulo con un espermatozoide que se divide formando dos cigotos y en consecuencia comparten el 100% de sus genes) y dicigóticos (DZ:

resultado de la fertilización de un óvulo por dos espermatozoides, compartiendo el 50% de sus genes) (Thapar & McGuffin, 1995; Topolski, et al., 1999).

En un estudio realizado por Thapar y McGuffin (1995) se empleó la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada para niños (Revised Child Manifest Anxiety Scale, RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978) para evaluar la influencia genética en el desarrollo de la ansiedad. Ellos contrastaron los informes de los padres con los de sus hijos. Encontraron que cuando la madre es la informante, se encuentra mayor relación genético-hereditaria en niños y niñas por igual. Cuando los niños son los informantes, factores ambientales visibles y no visibles influyen en la expresión de la ansiedad entre individuos. Además, encontraron que los padres atribuyen los síntomas de ansiedad a factores hereditarios y sus síntomas son más estables en el tiempo que los de los niños. Estos últimos los atribuyen a factores ambientales que ejercen una influencia distinta en distintos momentos del espectro del desarrollo, de aquí que sus informes sean menos estables a través del tiempo.

Topolski, et al. (1999) han referido resultados similares. También aplicaron la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada para niños (Revised Child Manifest Anxiety Scale, RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978) a 1412 familias con gemelos MZ y DZ de las cuales 960 familias calificaron para el estudio de ansiedad. Encontraron que los componentes de ansiedad de los padres parecen heredarse con mayor facilidad a sus hijos y que los de las madres a sus hijas. También hallaron una correlación alta y positiva en los informes entre padre-hijo y madre-hija, que entre padre-hija o madre-hijo. Los padres relacionan los síntomas de ansiedad de sus hijos a factores hereditarios y los niños a factores ambientales. Estos resultados indican que los cambios en las manifestaciones de la ansiedad se explican por factores genético-hereditarios en adultos. Al contrario, en los niños y adolescentes, las manifestaciones de ansiedad se explican en términos de factores ambientales. Los resultados de este estudio reflejan la importancia del informante de los síntomas de ansiedad en niños y niñas, principalmente por que son los padres quienes buscan ayuda para sus hijos y no los propios niños o adolescentes.

Explicación fisiológica

“La contribución de las respuestas corporales”

Generalmente, en los trastornos por ansiedad, se presentan dos series de reacciones clínicamente significativas, las relacionadas con el trastorno por ansiedad propiamente dicho y las relacionadas con un ataque de pánico. Frecuentemente, antes de un

episodio ansioso, se presenta un cuadro sintomatológico no relacionado con el diagnóstico específico de un trastorno por ansiedad, pero que está presente en el episodio ansioso. Estos síntomas adicionales en conjunto se diagnostican bajo el rubro de ataque de pánico y, en raras ocasiones se diagnostica por sí mismo como un trastorno por ansiedad (APA, 1994).

El pánico es una respuesta extrema del cuerpo que actúa como una señal de "alarma natural" en respuesta a una situación peligrosa. Activa un mecanismo por medio del cual las especies pueden sobrevivir y preservar su seguridad. Este sistema de "alarma natural" está muy vinculado con la evolución de las especies y, originalmente, se presenta en situaciones extremadamente peligrosas. Sin embargo, en ocasiones se experimenta como respuesta a cualquier situación evaluada como peligrosa. En este punto, no sólo intervienen factores hereditarios y evolutivos, sino cogniciones, creencias y experiencias previas. Esto resulta en una evaluación tripartita de una situación considerada como peligrosa por la persona, en la que se incluyen factores cognitivos, conductuales y fisiológicos en conjunto y no separados, como se creía anteriormente (Edmund & Bourne, 1994; Lang, 1977; Lang, Davis & Öhman, 2002).

En los trastornos por ansiedad, las reacciones de pánico suelen presentarse fuera de contexto, sin una razón aparentemente peligrosa para su activación. Lo cual sugiere, desde el punto de vista fisiológico, que los mecanismos cerebrales relacionados con su regulación no actúan adecuadamente. Su fisiología es poco conocida. La propuesta teórica más aceptada es la descrita por Barlow (1988) y por Edmund y Bourne (1994) en relación con la activación fisiológica de los ataques de pánico.

De acuerdo con estos autores, el sistema nervioso realiza dos tipos de funciones: las voluntarias y las involuntarias. El sistema nervioso voluntario atiende a "órdenes" directas del cerebro, controla el movimiento voluntario de los músculos del cuerpo. El sistema nervioso involuntario, regula las funciones automáticas que, podría decirse, están fuera del control voluntario, tales como, la respiración, la frecuencia cardíaca y los procesos digestivos. Este sistema involuntario se divide en dos partes: el sistema nervioso simpático y el parasimpático. El sistema nervioso simpático es el responsable de controlar y ejecutar un gran número de reacciones fisiológicas en todo el cuerpo cuando el organismo está emocionado o excitado. El sistema nervioso parasimpático tiene la función opuesta,

cuando el organismo está en calma y relajado mantiene el funcionamiento "normal" de los diversos órganos internos (Barlow, 1988; Edmund & Bourne, 1994).

En un ataque de pánico, el sistema nervioso simpático provoca diversas reacciones del cuerpo de forma rápida e intensa. Primero, regula la secreción de adrenalina por las glándulas adrenales, lo que ocasiona una rápida pero fuerte sensación de estremecimiento en todo el cuerpo, frecuentemente acompañada por un sentimiento de miedo o terror. En pocos segundos, el exceso de adrenalina puede causar, (1) un aumento de la frecuencia cardíaca, (2) respiración acelerada y poco profunda, (3) aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas de todo el cuerpo, (4) temblores y sacudidas, y (5) manos y pies fríos. En casos extremos, puede producir contracciones musculares, acidez estomacal, inhibición digestiva, secreción de glóbulos rojos por el bazo, secreción de insulina por el hígado, metabolismo acelerado y dilatación pupilar. El hígado y el bazo reabsorben la adrenalina liberada pocos minutos después del ataque de pánico. Sin embargo, las sensaciones de miedo se mantienen por más tiempo, lo cual es desagradable para el individuo. Por ello que en el futuro evitará la situación responsable de sus reacciones de pánico, manteniendo el problema en lugar de solucionarlo (Barlow, 1988; Edmund & Bourne, 1994).

Sin embargo, no queda claro lo que provoca el desequilibrio entre las funciones del cerebro reguladoras del sistema de alarma natural del cuerpo. La siguiente es una de las posibles explicaciones (Barlow, 1988; Edmund & Bourne, 1994): las aproximadamente 100 billones de neuronas que forman las estructuras cerebrales se comunican haciendo sinapsis unas con otras por medio de impulsos eléctricos. Envían mensajes por medio de químicos cerebrales llamados neurotransmisores. El sistema noradrenérgico responde a un neurotransmisor llamado norepinefrina (sistema involucrado en los ataques de pánico). El locus cerúleos (parte importante de este sistema) afecta al sistema límbico (regulador de las emociones en el cerebro), el cual afecta al hipotálamo, siguiendo a la glándula pituitaria y finalmente a la glándula adrenal. En animales, cuando el locus cerúleos se estimula ocurren posteriormente ataques de pánico (Barlow, 1988; Edmund & Bourne, 1994).

Se cree que los ataques de pánico pueden presentarse con mayor frecuencia y, una vez, presentes agravarse por: (1) hipersensibilidad de las neuronas del locus cerúleos, y (2) un defecto inhibitorio en los receptores de algunas neuronas. Lo que causa sobreactividad

en el locus cerúleos causando una respuesta adrenal excesiva y espontánea. También se piensa que problemas con la secreción y absorción de la norepinefrina y la serotonina pueden contribuir en los problemas de inhibición del locus cerúleos. Sin embargo, las causas que originan estos problemas en el cerebro, son poco conocidas. La explicación fisiológica de los ataques de pánico está fuertemente ligada a la percepción y evaluación que el individuo realice sobre una situación. Esto es el estímulo disparador de la activación cerebral biológicamente adaptado ante situaciones que se evalúan como peligrosas filogenéticamente (Barlow, 1988; Edmund & Bourne, 1994).

A partir de diversos estudios realizados con animales Lang, Davis, et al. (2002) añaden a dicho modelo que una pequeña estructura en forma de almendra localizada en la parte más profunda del lóbulo temporal que recibe el nombre de "amígdala", es el centro de un sistema de defensa que incluye la expresión y la adquisición del miedo condicionado. La amígdala recibe y procesa grandes cantidades de información sensorial de todas las modalidades en sus núcleos lateral y basolateral, ambos protegen y rodean al núcleo central de la amígdala, en el cual se proyecta toda la información proveniente de la estimulación externa y de ahí se proyecta a diferentes zonas cerebrales provocando las diversas reacciones fisiológicas y algunas conductuales relacionadas con la expresión del miedo y la ansiedad.

Enfoque de sistemas y determinismo recíproco

"Teoría Conductual de Sistemas del Desarrollo"

En la actualidad, las explicaciones sobre el desarrollo de la ansiedad han buscado lograr una convergencia entre aquéllas que la atribuyen a la herencia y las que lo hacen al aprendizaje, que son puntos de vista unidireccionales. Dan lugar a la discusión natural-nurtura que contrapone las disposiciones heredadas (herencia) y la experiencia y el aprendizaje (ambiente).

Dicha discusión ha quedado atrás con el advenimiento de teorías integradoras que dan lugar a posturas más avanzadas del desarrollo. Coinciden así en un determinismo recíproco, en el que se reconoce que el proceso de desarrollo humano se relaciona con las disposiciones genéticas presentes a lo largo de la evolución de las especies y con las experiencias de aprendizaje que ocurren en el ambiente en el que se desarrolla el individuo, afectándose mutuamente. La psicología del desarrollo se centra en cambios de los individuos (ontogenia) y la evolución lo hace en las especies (filogenia). Así, la Teoría

Conductual de Sistemas del Desarrollo de Novak (1998) indica que tanto la ontogenia como la filogenia recurren a la selección por contingencias como factor que explica el cambio. Es decir, el individuo afecta el medio sobre el que actúa y, a su vez, el ambiente dispone de elementos que el individuo podrá o no modificar. De esta forma, natura y nurtura (herencia y ambiente) son resultado y proceso al mismo tiempo.

De acuerdo con esta propuesta, las manifestaciones de miedo y ansiedad formaban inicialmente parte del bagaje biológico adaptativo del ser humano, para modificarse y evolucionar al interactuar con las circunstancias del medio ambiente, en una historia de interacción particular. Este modelo interactivo propone que las características individuales, al relacionarse con nuevos contextos, interactúan con éstos de acuerdo con las disposiciones e historia de interacciones particulares de cada individuo. Siendo las diferencias individuales las responsables de la determinación de la vulnerabilidad a estresores específicos. En consecuencia, las diferencias en las manifestaciones conductuales, cognitivas y fisiológicas son resultado de las diferencias genéticas así como de las experiencias de aprendizaje, en interacción constante en los diferentes contextos donde se inserta el individuo, como el familiar, escolar, laboral, etc. Hecho que explica por que una situación o estímulo resulta ansioso para algunas personas, pero no para otras (Hernández-Guzmán, 1999; Novak, 1998).

Las explicaciones modernas del miedo y la ansiedad, los proponen como una respuesta biológicamente adaptativa ante el peligro, que se modula y modifica por aprendizaje al interactuar y asociarse con diferentes contextos (Hernández-Guzmán, 1999). El determinismo recíproco plantea interacciones recíprocas en las cuales el ambiente afecta al organismo y el organismo afecta a su vez al ambiente. Así los cambios evolutivos tienen lugar como consecuencia de las interacciones recíprocas continuas entre un organismo activo y su contexto ambiental también activo. Los organismos son tanto productores como productos de las interacciones entre las disposiciones genéticas y su ambiente. A lo largo del desarrollo ocurren cambios sistemáticos, sucesivos y adaptativos dentro y a lo largo de los periodos vitales en la estructura, funciones y contenido de las características mentales, conductuales, sociales e interpersonales del individuo. Los cambios observados en un momento influirán sobre los acontecimientos posteriores, reorganizando las interacciones y/o transacciones de manera bidireccional entre el organismo y su medio ambiente (principio de la no-linealidad). Los cambios que tienen lugar en un determinado momento influyen sobre el desarrollo posterior (Novak, 1998).

El desarrollo se considera como una serie de reorganizaciones cualitativas dentro y entre sistemas, determinado por diversos factores a distintos niveles de análisis (genético, constitucional, fisiológico, conductual, psicológico, ambiental y sociológico) que están en transacción dinámica mutua y continua (Novak, 1998).

Congruente con este modelo explicativo, por medio de la interacción entre la evolución y el ambiente, se aprenden nuevas respuestas emocionales ante estímulos nuevos. Por medio de las asociaciones estímulo-respuesta y estímulo-estímulo, se modifican las asociaciones ambientales filogenéticas, dando lugar al aprendizaje de nuevas asociaciones en las que participan la percepción y la cognición. De esta forma, las disposiciones explicadas filogenéticamente se convierten, por medio de la experiencia, en comportamiento ontogénicamente observable. Partiendo de la historia conductual de un individuo se forman cadenas causales, a partir de una secuencia de eventos, y dan lugar a la formación de contingencias ontogénicas que seleccionan conductas a la vez que producen cambios biológicos. Esto incrementa la probabilidad de que se desplieguen ciertas conductas adquiridas en condiciones particulares (Foa & Kozak, 1986).

La asociación entre las disposiciones genéticas, los eventos y situaciones proporcionados por el ambiente, ocurre a través de la experiencia. Dentro de este interjuego dinámico, el individuo aprende comportamientos que le permitirán reaccionar ante los cambios positivos o negativos del medio, de las cogniciones y experiencias subjetivas internas resultantes. Algunas de estas conductas le permitirán afrontar casi cualquier situación que se presente en general y, el miedo y la ansiedad en particular, sin interferir en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla, pero otras serán disfuncionales e interferirán con el desarrollo (Hernández-Guzmán, 1999; Novak, 1998).

Perrez y Reicherts (1992) han analizado la importancia del contexto en el que ocurre la respuesta ansiosa, y estudiado la naturaleza de la situación ansiógena y la importancia de ésta para la persona, tanto en la forma en la que la percibe, como en su respuesta adaptativa. Estos autores consideran un estresor como una discontinuidad en la configuración de las características de una situación específica interna o externa para la persona. La persona lo percibe y reacciona a éste actuando adaptativamente, es decir, afrontando la situación. Esta respuesta adaptativa dependerá de la evaluación que realice la persona. Debe ser lo más objetiva posible para que se sienta con la capacidad

de predecirla y controlarla, y utilizar efectivamente la información disponible en el ambiente en el momento en que ocurre. Estas respuestas adaptativas se modulan y modifican a través del aprendizaje al interactuar con las personas en diferentes contextos como el familiar, escolar, laboral, etc.

La historia de desarrollo, así como los antecedentes personales y familiares de un individuo, son factores que deben considerarse para entender el cómo y el por qué un mismo evento puede provocar diferentes respuestas de afrontamiento en distintos individuos. La manera en la cual un individuo afronta una situación determinada dependerá de su historia personal de afrontamiento (Perrez & Reicherts, 1992).

Aunque el miedo y la ansiedad se consideran respuestas "normales" ante una situación peligrosa, cuando interfieren con el funcionamiento "normal" del individuo (niño, adolescente, adulto o anciano) y su familia, trabajo e interacción (contextos inmediato y mediato) se consideran disfuncionales y se convierten en trastornos por ansiedad (Hernández-Guzmán, 1999).

Además, existen situaciones relacionadas con el individuo y su historia de vida, que en algunos casos funcionan como factores predisponentes relacionados con el desarrollo de algún trastorno por ansiedad. Entre los cuales encontramos:

- (1) Eventos de vida negativos (muerte de algunos de los padres o hermanos, divorcio o separación, pérdida del empleo, problemas económicos, enfermedad)
- (2) Cambios significativos de vida (matrimonio, nacimiento de un bebé, ingresar a la escuela, cambio de hábitos, entrar al servicio militar, cambio de casa)
- (3) Uso de drogas (anfetaminas, marihuana, barbitúricos, tranquilizantes) y estimulantes (cafeína, chocolate)
- (4) Experiencias infantiles (estilos de crianza, psicopatología de los padres) (Edmund & Bourne, 1994).

En conclusión, las causas de la ansiedad son aún poco claras. Sin embargo, diversos enfoques teóricos han tratado de explicarla de manera aislada por lo que la propuesta teórica desarrollada por Novak (1998) es una aproximación alentadora de la convergencia entre factores tanto biológicos como ambientales. Proporciona una

herramienta poderosa para la explicación del desarrollo y mantenimiento de la ansiedad en general y de los trastornos en particular.

CAPÍTULO 3.

ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Durante muchos años los niños y adolescentes se habían considerado como adultos en miniatura, por lo que simplemente se extrapolaban los modelos adultos de psicopatología, evaluación y tratamiento de los diversos trastornos psicológicos. No tomaban en cuenta las características propias de estas etapas de la vida (Mash & Graham, 2001).

A lo largo del tiempo se ha creído que los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes son transitorios e inoocuos, y se han considerado poco importantes. Se argumenta que son una manifestación normal y que desaparecen en etapas subsecuentes del desarrollo. 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). Por lo tanto la investigación relacionada con la expresión de los síntomas de ansiedad ha recibido especial atención (Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; Grüner, Muris & Merckelbach, 1999; Hernández-Guzmán, 1999; 2001; King, Ollier, et al., 1989; March, Sullivan & Parker, 1999; Muris, Merckelbach, Gadet & Meesters, 2000; Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten, 2001; Ollendick, 1983; Pina, Silverman, Saavedra & Weems, 2001; Reynolds & Richmond, 1978; Scherer & Nakamura, 1968; Spence, 1997; Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001).

Las manifestaciones de miedo y ansiedad en niños y adolescentes se han evaluado desde el modelo teórico tripartita propuesto por Lang (1977), incluyen manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas descritas anteriormente (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999).

La expresión de sus síntomas varía de acuerdo con la etapa de desarrollo en la que se evalúen. Sin embargo, existen datos que confirman que la expresión de los síntomas puede analizarse por medio del modelo tripartita propuesto por Lang (1977). Otros investigadores lo han retomado (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999; 2001).

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

autónomo; conductuales, traducidas en comportamiento observable (respuestas de huida o evitación, llanto, comerse las uñas, temblores); y cognitivas (pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas, de preocupación excesiva, de autoexigencia o de derrota) (Hernández-Guzmán, 1999; Odriozola, 1998). Otras manifestaciones generales en niños y adolescentes incluyen insomnio, pesadillas, problemas de concentración y memoria, palpitaciones, taquicardia, diarrea, vómito, sensaciones abdominales, incremento en la frecuencia y urgencia de micción, sudoración, dolor de cabeza, temblores, sequedad en la boca, mareos y desmayos (Kolvin & Kaplan, 1988).

En un estudio reciente realizado por Toren, et al. (2000) encontraron, en una muestra de 19 niños y adolescentes entre 6- 18 años diagnosticados con algún trastorno por ansiedad, escasa habilidad lingüística y flexibilidad de pensamiento. En tareas supervisadas tendían a cometer más errores y cuando recibían retroalimentación negativa cometían los mismos errores, incluso en intensidad y cantidad. Esto sugiere que los niños y adolescentes con ansiedad muestran adherencia rígida a un patrón específico de respuesta, lo que a su vez podría significar en una disminución de sus habilidades para mejorar su desempeño después de una retroalimentación negativa. Debido a que su ansiedad y preocupación por su desempeño previo impiden que pongan toda su atención a la nueva tarea, el desempeño no mejora, lo que es necesario considerar durante el tratamiento.

Los objetos, situaciones, contenidos de los miedos y las fuentes de ansiedad cambian a lo largo del espectro del desarrollo. En edades iniciales, son generales e indiferenciados, tendiendo a ser más abstractos y diferenciados a edades posteriores. Los miedos en los niños son comunes, el número de miedos, los objetos o situaciones atemorizantes disminuyen con la edad. Se hacen más específicos con el paso del tiempo (Beck, et al., 1985; Hernández-Guzmán, 1999; Kendal & Ronan, 1990; King, Ollier, et al., 1989; Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten, 2001; Pina, et al., 2001; Spence, Rapee, et al., 2001). 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. Pueden presentarse desde edad temprana, por lo que la observación, supervisión y evaluación adecuada previenen el desarrollo de la psicopatología posterior (Beck, et al., 1985; Odriozola, 1998).

Desde una perspectiva evolutiva, 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 anticipar el futuro, por lo que los peligros que eran reales y concretos, comienzan a ser ficticios e imaginarios. Este patrón 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, la salud y la enfermedad y los contactos sociales nuevos (Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon & Zwakhalen, 1998), y permanecen a lo largo de la adolescencia.

En la tabla 3.1 se presenta la evolución de los miedos más frecuentes de acuerdo con la edad, propuesta por Méndez (1999 citado por Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

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

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

Tabla 3.1 Evolución de los miedos más frecuentes en niños y adolescentes.

La literatura de investigación ha informado que las niñas refieren más miedos (Castaneda, et al., 1956; Hernández-Guzmán, 1999; King, Ollier, et al., 1989), manifiestan niveles más altos de ansiedad y mayor prevalencia de trastornos por ansiedad que los niños (March, Sullivan, et al., 1999; Muris, Merckelbach, Gadet, et al., 2000; Ollendick, 1983; Reynolds & Richmond, 1978; Scherer & Nakamura, 1968; Spence, 1997; Spence, Rapee, et al., 2001). Sin embargo, algunos autores (Mash & Graham, 2001; Spence, Rapee, et al., 2001) señalan que es importante considerar la edad del niño, el método de evaluación, las características del informante y el aspecto de ansiedad examinado. En este punto, queda claro que es necesaria investigación por género en relación a la naturaleza y desarrollo de trastornos por ansiedad, lo que facilitaría nuestro entendimiento de los diferentes factores que impactan por separado a niños y niñas, como por ejemplo, factores genéticos, temperamento y estilos de crianza.

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

Spence, Rapee, et al. (2001) encontraron en una muestra de 755 madres y 379 padres de niños de 2.5- 6.5 años que los 10 miedos más frecuentes en este grupo de edad son: (1) la oscuridad, (2) los perros, (3) las arañas, (4) las tormentas (5) las inundaciones (miedo al daño físico); (6) actividades en grupo con otros niños (7) actividades con otras personas (fobia social); (8) dormir lejos de casa (9) dormir en otra casa y (10) alejarse de sus padres

(ansiedad de separación). Distribuidos de la siguiente manera: los miedos en niños de 2 a 3 años son generales e indiferenciados, a los 4 y 5 años temen a estar con extraños y hacer cosas frente a personas extrañas, y a los 6 años temen a hacer el ridículo frente a otros.

La estructura factorial de los síntomas de ansiedad parece resolverse en cuatro factores, de acuerdo con Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten (2001) en adolescentes entre 13 y 16 años. Estos factores son (1) miedo a presentar respuestas fisiológicas, (2) miedo a perder el control, (3) miedo a volverse loco y (4) miedo a la evaluación social, con una consistencia interna entre 0.34 y 0.82. Confirmaron la especificidad de los miedos conforme se avanza en el espectro del desarrollo.

Los miedos más comunes parecen ser los miedos fóbicos y la ansiedad de separación entre los 8 a 11 años, según un estudio de March, Sullivan, et al. (1999). Trabajaron con una muestra de 142 niños y adolescentes entre 8- 18 años. Este estudio concluyó que, entre los adolescentes entre 12 a 18 años, la ansiedad social es más común. Los miedos presentes de los 8- 10 años declinan y cambian de los 11- 13 años, y vuelven a declinar y cambiar a los 14- 16 años. De los 8 a los 10 años los niños principalmente realizan actividades en grupo y, a partir de los 11 años en adelante, les preocupa principalmente la evaluación social de su comportamiento, apariencia, habilidades y temen mostrar bajo desempeño académico (King, Ollier, et al., 1989).

Muy relacionada con los síntomas de ansiedad se observa una tendencia general en las niñas a alcanzar puntuaciones más altas en las escalas de deseabilidad social que los niños. Castaneda, et al. (1956) aplicaron la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños (CMAS; Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds & Richmons, 1978) incluyendo la escala L (escala de deseabilidad social) en una muestra de 386 niños de primaria. Encontraron que las niñas obtienen puntuaciones más altas de ansiedad y de deseabilidad social que los niños. De manera similar Pina, et al. (2001) aplicaron la escala L (escala de deseabilidad social) de la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (RCMAS; Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds & Richmons, 1978) a una muestra de 284 niños y adolescentes de 6 a 17 años. De acuerdo con este estudio los niños entre 6 y 10 años obtienen puntuaciones más altas que los adolescentes entre 11 y 17 años. La escala L distingue significativamente entre niños y adolescentes con fobia específica, ansiedad generalizada, ansiedad de separación y fobia social. Los niños que tienen fobia

social tienden a calificar más alto en la escala de deseabilidad social que los niños con fobia específica, ansiedad generalizada y ansiedad de separación.

En relación con los síntomas y características de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes, no fue sino hasta el advenimiento de publicaciones como el DSM-III por la American Psychiatric Association (APA, 1980) y el CIE-9 por la World Health Organization (WHO, 1979) que se comenzó a incorporar hallazgos de investigación en relación con los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia.

Sin embargo, la información relacionada con las manifestaciones de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes es limitada. Queda poco claro si los síntomas de ansiedad corresponden a los criterios diagnósticos para los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes propuestos por el DSM-IV (APA, 1994), principalmente en lo que respecta a la ansiedad de separación, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica. Spence (1997) sugiere que en niños pequeños los síntomas de ansiedad se presentan de manera difusa. Se engloban en una dimensión única y universal más que en trastornos específicos. En una muestra de niños de primaria identificó la presencia de ansiedad de separación, fobia social, pánico/agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada y miedo al daño físico (fobia específica). En esta misma línea Spence, Rapee, et al. (2001) realizaron un análisis exploratorio de la prevalencia de los trastornos por ansiedad propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) para niños en una muestra de 755 preescolares entre 2.5 y 6.5 años, con base en el informe de los padres acerca de sus hijos. El análisis factorial confirmatorio de este estudio arrojó un modelo de cinco factores correlacionados que explican mejor los síntomas de ansiedad en niños preescolares. Comprende factores individuales para fobia social, ansiedad de separación, trastorno obsesivo-compulsivo, miedo al daño físico y ansiedad generalizada. Los cinco factores individuales están fuertemente intercorrelacionados, explican entre el 40% y 60% de la varianza. La diferencia entre ansiedad de separación y ansiedad generalizada es poco clara, lo que sugiere que la presencia de sintomatología de uno predice la presencia del otro. No obstante, es posible que la distinción entre ambos trastornos surja en etapas posteriores del desarrollo, lo que confirma los resultados de la investigación realizada por Spence (1997).

De acuerdo con el DSM-III-R (APA, 1987), los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia se dividían en la siguiente forma:

Trastorno por angustia de separación, trastorno por evitación en la niñez o adolescencia, trastorno por ansiedad excesiva, trastorno por angustia con agorafobia, trastorno por angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno por angustia, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno por ansiedad generalizada.

Con la publicación de la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se trató no sólo de extrapolar los criterios diagnósticos para los trastornos por ansiedad en adultos a los niños (como ocurrió en la tercera edición del DSM). En consecuencia, incluyó un apartado en donde se hace referencia a hallazgos de investigación relacionada con niños y adolescentes.

Actualmente, según del DSM-IV (APA, 1994) los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes comprenden:

Trastorno por ansiedad de separación, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno por ansiedad generalizada.

Los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes tienen sus propias características estrechamente vinculadas a la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los trastornos por ansiedad son de los de mayor prevalencia durante la niñez. Sin embargo, existen diversos factores que complican su medición en niños y adolescentes. Entre éstas se encuentra que la iniciativa de tratamiento pocas veces pertenece al niño o adolescente y, en consecuencia, la evaluación y tratamiento depende de la manera en que se comporten frente a sus padres o maestros (Kolvin & Kaplan, 1988). Aunado a esta situación existen una serie de consideraciones conceptuales, metodológicas y prácticas en la evaluación infantil. En primer lugar, se debe tomar en cuenta que los niños participan en situaciones múltiples y variadas, incluyendo la familia, la escuela y grupos de iguales formales e informales. Es decir, se debe incluir un análisis multisituacional, para determinar qué aspectos del funcionamiento del niño o adolescente son exclusivos de contextos específicos, y cuáles son transituacionales. También deben emplearse múltiples informantes para obtener un amplio conocimiento de la naturaleza de los problemas del niño. Sin embargo, debe realizarse con precaución. Se necesitan reglas de decisión para la selección de objetivos

relevantes para la evaluación y la intervención, y definir qué factores se evaluarán, a través de qué métodos y cuáles no se evaluarán. Finalmente, se debe realizar una evaluación de los patrones de comportamiento persistentes a lo largo del tiempo dentro de la familia (Mash & Graham, 2001).

Los estudios epidemiológicos realizados en muestras clínicas y de población general indican que la ansiedad en niños y adolescentes puede deberse a factores externos específicos. Lo que podría originar una fobia situacional. También existen datos de que padres crónicamente ansiosos enseñan a sus hijos inconscientemente su propia ansiedad. Así como las madres sobreprotectoras pueden hacer que sus hijos respondan con ansiedad a cualquier amenaza de separación por parte de ellas (Grüner, et al., 1999). De la misma manera, los acontecimientos vitales negativos son predictores de trastornos psicológicos como la ansiedad (Moreno, Del Barrio & Mestre, 1995).

Por lo tanto, es importante observar las manifestaciones de miedo y ansiedad en la niñez. La razón es que los miedos infantiles conforman las primeras experiencias de ansiedad del niño y, dependiendo del manejo de los padres y de las características del medio ambiente, será la manera en la que aprenda a afrontar esas situaciones. En algún punto de su desarrollo, los niños se enfrentan a situaciones a las que temen y, según el arreglo de los factores presentes en el ambiente, aprenderán a evaluar una situación como peligrosa o no con base en ello la afrontarán positiva o negativamente. El afrontamiento defectuoso interferirá con su sano desarrollo, lo que podría derivar en el desarrollo de fobia específica.

Resulta, así, importante explorar las características y manifestaciones de los miedos más comunes de la infancia y adolescencia, y los datos que sugieren la forma en la que resultarían en una fobia específica.

CAPÍTULO 4.

FOBIA ESPECÍFICA

4.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A lo largo de su desarrollo, los niños y adolescentes experimentan numerosos miedos, la mayoría son transitorios, de intensidad leve y específicos de la edad. Los miedos infantiles se consideran como un aspecto normal del desarrollo que proporciona medios propicios de adaptación y afrontamiento. Sin embargo, algunos persisten durante años, incluso hasta la edad adulta, pudiendo derivar en una fobia específica (Hoffmann, Lehman & Barlow, 1997; Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Öst, 1987; Stravynski, Basoglu, Marks, Sengun & Marks, 1995).

La persistencia de los miedos causa un malestar clínicamente significativo para el niño o adolescente cuando interfiere significativamente con su funcionamiento cotidiano en los diferentes contextos en los que se desarrolla (familiar, escolar, laboral o social). Razón por la cual, es importante diferenciar entre los miedos considerados propios del desarrollo que remiten espontáneamente con el paso del tiempo de las fobias específicas que requieren tratamiento (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Definición y características clínicas

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

Sosa y Capafóns (1995) por su parte indican que una fobia específica se refiere a las reacciones de miedo centradas en objetos o situaciones concretas, como perros, las alturas o los espacios cerrados.

De acuerdo con Méndez, Olivares y Bermejo (2001) una fobia se define como un patrón complejo de respuestas de ansiedad, desproporcionadas y desadaptativas, provocadas por la presencia o anticipación de estímulos específicos fácilmente identificables.

Una reacción de miedo fóbico puede manifestarse de diferentes maneras y en diferentes niveles, su severidad dependerá de la evaluación e interpretación de las características del estímulo o situación temida, influenciada por la historia personal de cada individuo en relación con el estímulo o situación. Razón por la que un estímulo o situación que resulta amenazante o atemorizante para una persona puede no serlo para otra (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994).

El rango de estímulos capaces de provocar una reacción de miedo es limitado y muy específico. Sin embargo, la naturaleza de los estímulos que pueden llegar a desencadenar una reacción fóbica es enorme. Los estímulos causantes de una reacción de miedo fóbico son discretos, por lo que aquellos con una fobia específica generalmente pueden evitar la confrontación directa con el objeto o situación temida con cierta facilidad, razón por la que la búsqueda de ayuda no es tan frecuente como en el caso de otros trastornos (Ohayon, Shapiro, Psyc & Kennedy, 2000; Sosa & Capafóns, 1995). El nivel de deterioro que produce en la vida de los niños o adolescentes puede llegar a ser mínimo, especialmente si las probabilidades de confrontación son escasas (Sosa & Capafóns, 1995).

Inicialmente se teme a un tipo específico de objeto o situación, y posteriormente a las consecuencias de exponerse al objeto o de permanecer en dicha situación. Ante la exposición al objeto fóbico aparece de forma casi inmediata e invariable una respuesta de ansiedad acompañada en ocasiones por un ataque de pánico con sintomatología completa como respuesta. El nivel de ansiedad o miedo se relaciona con la proximidad y contacto con el estímulo fóbico. Debido a la presencia de una reacción de ansiedad anticipatoria ante situaciones fóbicas para el individuo, generalmente terminan siendo evitadas; con menor frecuencia, el individuo permanece ante el estímulo o situación fóbica, propiciando la aparición de una respuesta de ansiedad intensa (APA, 1994).

Un niño o adolescente con una reacción fóbica experimenta ansiedad y puede o no presentar un ataque de pánico, frecuentemente pierde el control sobre sus reacciones de

miedo y ansiedad cuando piensa en las posibles consecuencias de la interacción con el objeto o situación temida (Beck, et al., 1985).

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

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

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

Recientemente, Méndez, Olivares y Bermejo (2001) indican que para considerar un miedo infantil como fóbico, éste debe ser:

- (a) **Desproporcionado de acuerdo a 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, interfiriendo en sus relaciones familiares, escolares, laborales o sociales.

El miedo se denomina "fóbico" si es provocado por estímulos objetivamente inocuos (ratones, seres imaginarios) o por estímulos no completamente inofensivos, pero que, pueden mantenerse bajo control, por que se dispone de medidas de seguridad o porque el niño o adolescente tiene en su repertorio las conductas para manejar con éxito la situación (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Adicionalmente, la *persistencia*, la *magnitud* y el *carácter desadaptativo* del miedo fóbico son características relevantes para su diferenciación del miedo adaptativo. Además, una reacción de miedo fóbico se caracteriza, a diferencia de otros trastornos por ansiedad, por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situación concretos (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

La persistencia del miedo es un criterio ampliamente discutido para el diagnóstico de la fobia específica en la infancia y adolescencia. El intervalo temporal mínimo transcurrido desde la génesis del problema propuesto por el DSM-IV (APA, 1994) es de 6 meses. Sin embargo, por el malestar clínicamente significativo e interferencia en las rutinas cotidianas, no debe posponerse durante tantos meses el tratamiento de los miedos infantiles y adolescentes intensos. El aplazamiento del tratamiento durante este periodo de tiempo, puede intensificar el patrón de respuesta fóbica haciéndolo más resistente (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Manifestaciones

El contacto o la anticipación con el objeto o la situación temida desencadena un patrón típico de reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas interrelacionadas entre sí, de naturaleza multicomponente y multidimensional en actividad continua (Lang, 1977), influenciadas por las características ambientales y del individuo (Perrez & Reicherts, 1992).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aunque, las manifestaciones de los tres sistemas de respuesta son comunes a todos los tipos de fobias específicas, en el caso del tipo sangre-inyecciones-daño se presenta, además, una reacción de asco ante la presencia del estímulo. En un estudio realizado por Tolin, Lohr, Sawchuk y Lee (1997) encontraron que el 100% de los individuos con fobia del tipo sangre-inyecciones-daño informaron como principal reacción una sensación de asco y en segundo término las reacciones típicas de miedo. Acompañada además de bradicardia y pérdida de conciencia, provocando la aparición de una reacción fóbica prematura (Sawchuk, Lohr, Westendorf, Meunier & Tolin, 2002; Vázquez & Buceta, 1990). Además, presenta un patrón de respuesta fisiológica única. La exposición directa o indirecta a la sangre, lesiones o situaciones relacionadas, provoca un patrón difásico de respuesta cardiovascular. En la primera fase, se presenta un aumento en la presión sanguínea (sistólica y diastólica) y tasa cardíaca, seguida inmediatamente por un marcado y dramático descenso en las tres variables (bradicardia), lo que frecuentemente ocasiona caídas o desmayos a causa de la reducción del flujo sanguíneo cerebral (Öst, 1992; Öst, Sterner & Lindahl, 1984; Sarlo, Palomba, Angrilli & Stegagno, 2002).

Las relaciones entre los tres tipos de respuesta (fisiológico, conductual y cognitivo) son de naturaleza tal, que complica no sólo la evaluación del miedo sino también la toma de decisiones diagnósticas. Los sujetos con diferentes tipos de fobia difieren entre sí en el patrón de reacciones fisiológicas, motoras y cognitivas que despliegan ante el estímulo o situación temida. Mientras que algunos son capaces de soportarla, aunque con un gran malestar subjetivo y fisiológico, otros se caracterizan principalmente por una marcada evitación de la situación. Su medida aislada puede no reflejar adecuadamente las características de la fobia de un individuo particular (Lang, 1977; Sosa & Capafóns, 1995).

Méndez, Olivares y Bermejo (2001) indican que las manifestaciones de la fobia específica dependen de dos clases de estímulos:

- (a) *Externos*. Estimulación física (insectos, precipicios, agua, heridas, procedimientos médicos invasivos, transportes públicos, túneles, puentes) y situaciones sociales (hablar en público, iniciar o mantener conversaciones, asistir a fiestas, dirigirse a figuras con autoridad, concertar una cita con una persona del otro sexo).
- (b) *Internos*. Malestar generado por los cambios psicofisiológicos y la preocupación por la propia reactividad o por el desempeño personal.

Los niños o adolescentes con fobia específica difieren, tanto en el patrón de manifestaciones fisiológicas, motoras y cognitivas, así, como en la naturaleza y características del objeto o situación temida, lo cual implica en cada caso realizar un análisis profundo de los factores relacionados antes de tomar decisiones diagnósticas y de tratamiento (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Clasificación

La categoría de fobia específica engloba todas las fobias que no son ni fobia social ni agorafobia. El principal problema es que dentro de ésta, se incluye un rango demasiado amplio de fobias que no comparten necesariamente las mismas características clínicas (Sosa & Capafóns, 1995).

Los métodos tradicionales de clasificación para las fobias específicas atienden exclusivamente al tipo de estímulo que desencadena la reacción de miedo fóbico (Sosa & Capafóns, 1995). En consecuencia, surgieron listas de términos fóbicos que designan el contenido del objeto o situación temida por medio de prefijos griegos o latinos (Tabla 4.1).

Prefijo	Estímulo
Acrofobia	Alturas
Aracnofobia	Arañas
Brontofobia	Tormentas
Cancerofobia	Cáncer
Cinofobia	Perros
Claustrofobia	Espacios cerrados
Fotofobia	Luz
Gelofobia	Gatos
Hematofobia	Sangre
Hipofobia	Caballos
Insectofobia	Insectos
Misofobia	Suciedad, contagio
Nictofobia	Oscuridad
Nosofobia	Enfermedad
Ofidiofobia	Serpientes
Ornitofobia	Pájaros
Potofobia	Agua
Tanatofobia	Muerte
Venerofobia	Enfermedades sexuales
Xenofobia	Extraños

Tabla 4.1 Denominaciones de algunas fobias específicas.

Este enfoque de clasificación cumple con una clara misión descriptiva. Sin embargo, resulta insuficiente y limitado, ya que conduce a una lista exorbitante de términos fóbicos, careciendo de utilidad clínica, siendo de mayor utilidad agruparlas de acuerdo con otras variables (Sosa & Capafóns, 1995).

Tradicionalmente se asume que la única diferencia entre los distintos tipos de fobias específicas son las características del objeto o situación temida, sin prestar atención a sus características diferenciales. No constituyendo un grupo homogéneo, es posible diferenciarlas con base en variables como: edad de inicio, forma de adquisición, presentación y reacciones individuales (Sosa & Capafóns, 1995).

El DSM- IV (APA, 1994) distingue entre 4 tipos de fobias y una categoría residual denominada "otros tipos". Comenzando generalmente en la infancia, aunque algunas pueden comenzar a edades más avanzadas (Tabla 4.2).

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

Tabla 4.2 Tipos de fobias específicas según el DSM IV (APA, 1994).

La investigación sobre la estructura factorial de los síntomas de fobia específica en niños y adolescentes es escasa. Muris, Schmidt y Merckelbach (1999) encontraron en una muestra de 996 niños y adolescentes entre 7 y 19 años que los síntomas de fobia específica se agrupan en los 3 factores esperados: (1) fobia animal, (2) sangre-inyecciones-daño y (3) ambiental-situacional. Spence (1997) informó una estructura factorial de los síntomas de ansiedad distribuida en 6 factores, consistente con la clasificación del DSM-IV (APA, 1994), que incluye factores para los siguientes trastornos por ansiedad: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y miedo al daño físico (fobia específica del tipo sangre-inyecciones-daño). Concluye cautelosamente que los tipos de fobia específica propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) son aplicables en niños y adolescentes.

La fobia a los animales consiste en miedos aislados a animales, tales como pájaros, perros, gatos, ranas, serpientes, arañas, mariposas, avispas, etcétera. Este tipo de fobia supone miedo y evitación a los animales en sí mismos y no tanto por asco o miedo a contaminarse con ellos (APA, 1994). En los niños o adolescentes con fobia a los animales, el miedo

alcanza su punto máximo cuando se mueven. En general, temen al pánico que pueden llegar a experimentar y mostrar ante la presencia del animal y a las consecuencias negativas que ello puede tener (Sosa & Capafóns, 1995).

En las fobias ambientales, el miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua (APA, 1994). En general, la persona con una fobia de este tipo evita actividades al aire libre o que impliquen contacto o exposición a lo temido (Sosa & Capafóns, 1995).

La fobia a la sangre y a las heridas presenta varios rasgos distintivos únicos. El más importante de todos ellos radica en el conjunto de reacciones psicofisiológicas que se desencadenan ante la presencia de sangre, heridas o estímulos relacionados. De dichas respuestas, lo más característico es el patrón de respuesta cardiovascular, que a diferencia del resto de las personas con fobia, es bifásico. En un primer momento se produce un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial que va seguido de una importante desaceleración vasovagal del ritmo cardíaco (que puede llegar a una breve asistolia) y de la presión arterial. Todo ello acompañado de náuseas, sudor, palidez y en ocasiones de desmayo. En este tipo de fobia parece que la ansiedad se relaciona más con la anticipación de un posible desvanecimiento que con el estímulo fóbico (APA, 1994; Öst, 1992; Sarlo, et al., 2002; Sosa & Capafóns, 1995).

Las fobias situacionales abarcan un variado conjunto de situaciones, aunque las más representativas son la fobia a los aviones, a conducir, a los lugares muy concurridos, a las alturas y a los puentes. El aspecto más distintivo de este tipo de fobia específica, frente a las fobias animales o las fobias a la sangre o heridas, es que suele presentarse tanto individual como formando parte del trastorno por pánico con agorafobia (Sosa & Capafóns, 1995).

Dentro de las fobias situacionales, se encuentra la fobia escolar. Frecuente en niños y adolescentes, por lo que ha recibido atención aparte de algunos investigadores. Méndez, Olivares y Bermejo (2001) identificaron cuatro factores relacionados, los cuales son:

- (1) *Miedo al fracaso escolar*. Miedos propicios del contexto escolar, con respecto a tener un bajo rendimiento académico (como sacar malas notas) y a sanciones de la autoridad escolar (como mandar llamar a los padres).

- (2) *Miedo al malestar físico*. Denominado miedo al miedo, temor a sufrir las molestias propias de las reacciones de miedo, como sentir dolor de estómago o de cabeza en la escuela.
- (3) *Miedo social*. Actividades escolares realizadas en público, como leer en voz alta o escribir en la pizarra.
- (4) *Ansiedad anticipatoria*. Miedo que se experimenta en los momentos precedentes a la estancia en la escuela (como ir caminando al colegio).

Los factores 1, 2 y 4 son comunes a todas las fobias específicas, que se definen como la ansiedad excesiva provocada por la presencia o anticipación (factor 4) de una situación específica (factor 1) que se soporta a costa de un intenso malestar (factor 2). El diagnóstico de fobia escolar se limita únicamente a aquellos casos en los que el estímulo fóbico es un aspecto concreto del contexto escolar (factor 3), considerándose como una fobia específica situacional (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

La categoría residual "otros tipos" de fobias específicas, el miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito o 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 (APA, 1994).

Este enfoque que clasifica a la fobia específica que hace referencia a las características del objeto o situación temida, ofrece un sistema más integral y de mayor utilidad clínica que el anterior (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Prevalencia, edad de comienzo y duración

La fobia específica es uno de los trastornos por ansiedad más comunes en la población infantil y adolescente. Realizar una estimación exacta de su frecuencia en la población general es complicado, debido a que los diferentes estudios existentes arrojan tasas de prevalencia muy dispares entre sí. 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 validez de los instrumentos empleados. Otro factor importante es, que en el caso de la fobia específica, el grado de malestar puede ser tolerable si la exposición a la situación temida es

infrecuente o si dicha situación se evita fácilmente (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

Atendiendo a lo anterior, las tasas de prevalencia van desde el 3.5% hasta el 24.3% en población general (APA, 1994; Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996; Essau, et al., 2000; Muris & Merckelbach, 2000; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000).

Los sub-tipos de fobia específica más frecuentes son la fobia sangre-inyecciones-daño (Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000), la fobia animal (Bragado, et al., 1996; Essau, et al., 2000; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000) y la fobia ambiental (Essau, et al., 2000; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000).

Las mujeres informan de más síntomas de fobia específica que los hombres (APA, 1994; Essau, et al., 2000; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Ohayon, et al., 2000). Generalmente los niños informan de más síntomas de fobia específica que los adolescentes (Bragado, et al., 1996; Essau, et al., 2000; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999).

Las fobias específicas se presentan en cualquier momento de la vida. Sin embargo, existe investigación que parece indicar que la edad promedio de inicio es entre los 9 y los 16 años con un rango que va desde los 3 a los 67 años. Siendo la infancia la edad de inicio típica, así, a medida que la edad aumenta se produce un descenso en el número de nuevos casos (APA, 1994; Sosa & Capafóns, 1995).

Los miedos de nivel moderado son bastante comunes en la infancia y se consideran como fenómenos evolutivos transitorios que tienden a desaparecer en el transcurso del desarrollo. Sin embargo, las fobias y los miedos más intensos son poco comunes en la infancia y algunos de ellos tienden a persistir hasta la edad adulta (Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Sosa & Capafóns, 1995).

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

adquieren con gran facilidad y con pocas causas aparentes, mientras que cuando se adquieren en la vida adulta normalmente están relacionadas a algún tipo de acontecimiento traumático, aunado a una predisposición genéticamente determinada que está presente desde el nacimiento y que se mantendrá a lo largo del desarrollo, activadas por estímulos medioambientales (Novak, 1998; Sosa & Capafóns, 1995).

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

La duración de las fobias indica que tienden a ser crónicas, estimándose una duración promedio entre 24 y 31 años (Sosa & Capafóns, 1995). Para las de tipo animal y sangre-inyecciones-daño se estima una duración promedio de 25 años, para las fobias de tipo situacional es de 10 años y para las de tipo ambiental se estima aproximadamente en 30 años (Hoffmann, et al., 1997).

Etiología

Existen diferentes formas del inicio de las fobias específicas, entre las que se observan con mayor frecuencia, las que tienen su origen en experiencias de naturaleza traumática (condicionamiento directo), modelamiento y transmisión de información por parte de terceros (padres o pares) (King, Gullone & Ollendick, 1998; Rachman, 1977; Sosa & Capafóns, 1995). Sin embargo, existen las fobias de comienzo espontáneo e inesperado que no están provocadas ni por una experiencia traumática ni por una experiencia vicaria. Algunos individuos con fobia informan que la han tenido “durante toda su vida” y son incapaces de identificar el momento de su aparición, mientras que otros informan de un momento de aparición incierto pero lento y gradual, es decir, una forma de aprendizaje no-asociativo del miedo (Menzies & Clarke, 1993).

La mayor parte de la información sobre el origen de las fobias específicas proviene de estudios retrospectivos, basados en los informes de los propios niños, adolescentes o adultos con fobia específica. No obstante, la investigación sobre las formas de adquisición

de las fobias infantiles y adolescentes es escasa y los resultados varían considerablemente (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Sosa & Capafóns, 1995).

Las fobias específicas se consideran fundamentalmente, reacciones adquiridas. Por muchos años las fobias infantiles se explicaron en relación con experiencias traumáticas y por condicionamiento clásico (Wolpe, 1990). Así, 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 exposición a objetos o situaciones temidas y por la asociación entre estímulos incondicionados. El estímulo incondicionado 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). Sin embargo, 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 (King, Gullone, et al., 1998; Rachman, 1977).

Identificando las limitaciones de la teoría del condicionamiento clásico, Rachman (1977) propuso tres vías de adquisición para las fobias específicas: condicionamiento directo (experiencia directa con el estímulo o situación temida), aprendizaje por observación o modelamiento (experiencia indirecta con el estímulo o situación temida) y transmisión de información (instrucción acerca del objeto o situación temida por terceros significativos).

La investigación relacionada con la etiología de la fobia específica varía en las características de la muestra, la forma de recolección de los datos y en el tipo de fobia estudiada, razones por las que los resultados varían considerablemente (tabla 4.3), pero aportan información relacionada que apoya las formas de adquisición de las fobias específicas propuestas por Rachman (1977).

En un estudio realizado por Öst y Hugdahl (1981) en pacientes con diferentes tipos de fobia encontraron que el 57.5% informó de algún tipo de condicionamiento directo con el origen de sus fobias, el 17% señaló experiencias de modelamiento, el 10.4% las atribuyó a la transmisión de información y el 15.1% restante no recordó el origen de su fobia. El 45% de los pacientes con miedo a los animales atribuyó la aparición de su fobia a una experiencia de condicionamiento directo y el 40% lo atribuyó a experiencias indirectas

(modelamiento y transmisión de información) (Öst, 1987). Entre los pacientes que dieron mayor importancia al condicionamiento directo, en relación con el origen del problema, se encuentran los siguientes, de mayor a menor: pacientes con agorafobia, con claustrofobia, con fobia a los dentistas, con fobia social, con fobia a los animales y con fobia a la sangre.

Por el contrario, Ollendick y King (1991) analizaron las formas de adquisición de los miedos infantiles en una muestra de 1092 niños y adolescentes australianos y americanos entre 9 y 14 años de edad, que informaron en un estudio previo (Ollendick, King & Frary, 1989) sus principales miedos. Encontraron que el 56% atribuía la adquisición de su miedo al modelamiento, el 39% a la transmisión de información y el 37% al condicionamiento clásico. Proponen que las formas indirectas (modelamiento o transmisión de información) no son medios suficientes para provocar una reacción de miedo intenso, sino que, dependiendo del miedo, es necesaria su combinación con el condicionamiento directo para provocar dicha reacción; lo que sugiere que las formas de adquisición del miedo interactúan entre sí, más que de manera independiente.

Específicamente, en las fobias animales predomina el condicionamiento directo (Di Nardo, Guzy & Bak, 1988; Merckelbach, Muris & Schouten, 1996; Muris, Merckelbach & Collaris, 1997). Sin embargo, Ollendick y King (1991) encontraron que las vías indirectas explican más frecuentemente su origen.

Doogan y Thomas (1992) encontraron en una muestra de 30 niños de 8 y 9 años de edad que el 91% señalaba el condicionamiento directo, el 73% al modelamiento y el 82% a la transmisión de información como fuente de su miedo. Confirmando la interacción entre las diferentes formas de adquisición King, Clowes-Hollins y Ollendick (1997) aplicaron a los padres de 30 niños entre 1 y 12 años con fobia a los perros, una lista de las posibles formas de adquisición de las fobias, en la que debían marcar "la" o "las" opciones que consideraran relacionadas con la fobia de sus hijos. Encontraron que el 27% (n= 8) relacionaba la fobia de su hijo con el condicionamiento directo, el 53% (n= 16) con experiencias de modelamiento, el 7% (n= 2) a la transmisión de información y el 13% no identificó su origen.

Recientemente, se propuso una cuarta vía de adquisición no asociativa de la fobia específica. De acuerdo con el aprendizaje no-asociativo, el miedo forma parte de un

mecanismo de defensa que protege al organismo de situaciones que ponen su vida en peligro, razón por la que algunos organismos presentan miedo, en un primer encuentro, a un grupo de estímulos relevantes evolutivamente (Menzies & Clarke, 1993). Esta respuesta inicial de miedo disminuye con el paso del tiempo y con la exposición constante ante dichos estímulos, resultando en una experiencia no-traumática el enfrentamiento con la situación u objeto temido (habituaación). Sin embargo, una pobre habituación o pocas oportunidades de exposición a dichos estímulos, son precedentes del desarrollo de una fobia específica en el futuro. Por lo que los individuos que informan haber temido siempre a una situación, evento o estímulo específico, puede deberse, a la falta de oportunidades de exposición (Poulton, Waldie, Menzies, Craske & Silva, 2001). Dicho análisis constituye una extensión a la teoría propuesta por Rachman (1977), agregando una cuarta vía de adquisición del miedo: aprendizaje no-asociativo (Menzies & Clarke, 1993; Poulton, et al., 2001; Seligman, 1971). Sin embargo, no debe pasarse por alto la contribución del condicionamiento directo, el modelamiento y la transmisión de información en el origen de las fobias (Öst, 1987), así como, las experiencias de aprendizaje a lo largo del desarrollo y los factores de crianza e interacción (Muris, Merckelbach, de Jong & Ollendick, 2002).

Incluyendo las vías de adquisición propuestas por Rachman (1977) y la cuarta vía de aprendizaje no asociativo, Menzies y Clarke (1993) aplicaron un cuestionario del origen de las fobias a los padres de 50 niños con fobia al agua. Encontraron que el 56% informó que la fobia de sus hijos no se relacionaba con ningún tipo de aprendizaje asociativo. El 26% la relaciono con el modelamiento, el 2% la atribuyo a un episodio de condicionamiento directo y ninguno de los padres la atribuyó a la transmisión de información. Similarmente, Graham y Gaffan (1997) encontraron que el 78% de los padres de niños con fobia al agua, informaban que el miedo de sus hijos siempre había estado presente. Ninguno de los padres lo atribuyó a experiencias de condicionamiento directo, modelamiento ni a transmisión de información.

Por el contrario Merckelbach y Muris (1997) encontraron en una muestra de 26 niñas con fobia a las arañas que el 23.1% relacionaba el origen de su fobia con experiencias de condicionamiento clásico, el 15.3% con modelamiento, el 3.8% con la transmisión de información y el 61.5% con aprendizaje no asociativo. En este mismo estudio se entrevisto a lo padres acerca del origen de la fobia de sus hijas, encontrando que el 11.5% la relacionó con el condicionamiento clásico, el 26.9% con modelamiento, el 3.8% con la transmisión de información y el 61.5% con aprendizaje no asociativo.

Finalmente, Muris, Merckelbach, Ollendick, King y Bogie (2001) encontraron en una muestra de 176 niños de población general que el 73.3% (N= 129) informó tener miedos nocturnos, de los cuales el 25.6% los relacionaba con experiencias de condicionamiento directo, el 13.2% con modelamiento, el 20.9% con la transmisión de información y el 24% no informó. En este mismo estudio se entrevistó a los padres acerca del origen de los miedos de sus hijos, encontrando que el 23.6% los relacionaban con condicionamiento directo, el 9% con modelamiento, el 25.5% con la transmisión de información y el 4.5% no informó.

Desde el punto de vista conductual, se resalta la importancia de los procesos de aprendizaje en la génesis y mantenimiento de las fobias específicas. No obstante, hay que señalar que las fobias específicas del tipo sangre-inyecciones-daño presentan una elevada incidencia familiar (APA, 1994; Vázquez & Buceta, 1990).

Autor	Fobia	Muestra	Método de Investigación	Forma de Adquisición	Porcentaje
Öst y Hugdahl (1981)	Diferentes tipos		Autoinforme	Condicionamiento directo Modelamiento No informó Transmisión de información	57.5% 17% 15.1% 10.4%
Ollendick y King (1991)	10 principales miedos	1092 niños 9- 14 años	Autoinforme	Modelamiento Transmisión de información Condicionamiento directo	56% 39% 37%
Doogan y Thomas (1992)	Fobia a los perros	30 niños 8- 9 años	Entrevista al niño	Condicionamiento directo Transmisión de información Modelamiento	91% 82% 73%
King, Clowes-Hollins y Ollendick (1997)	Fobia a los perros	30 niños 1- 12 años	Entrevista a los padres	Modelamiento Condicionamiento directo No informó Transmisión de información	53% 27% 13% 7%
Menzies y Clarke (1993)	Fobia al agua	50 niños ME = 5.5 años	Entrevista a los padres	Condicionamiento directo Modelamiento Aprendizaje no asociativo No informó	2% 26% 56% 16%
Graham y Gaffan (1997)	Fobia al agua	36 niños 5- 8 años	Entrevista a los padres	Aprendizaje no asociativo No informó	78% 22%
Merckelbach y Muris (1997)	Fobia a las arañas	26 adolescentes M= 12.6 años	Autoinforme Entrevista a los padres	Condicionamiento directo Modelamiento Transmisión de información Aprendizaje no asociativo Condicionamiento directo Modelamiento Transmisión de información Aprendizaje no asociativo	23.1% 15.3% 3.8% 61.5% 11.5% 26.9% 3.8% 61.5%
Muris, Merckelbach, Ollendick, King y Bogie (2001)	Miedos nocturnos	176 niños 4- 12 años	Autoinforme Entrevista a los padres	Condicionamiento directo Modelamiento Transmisión de información No informó Condicionamiento directo Modelamiento Transmisión de información No informó	25.6% 13.2% 20.9% 24% 23.6% 9% 25.5% 34.5%

Tabla 4.3 Principales investigaciones en el origen de las fobias específicas

La variabilidad de los resultados obtenidos demuestra que el establecimiento de una fobia específica depende de diversos factores interrelacionados y que puede, tener más de una vía de adquisición, interactuando entre sí más que de forma aislada. Es importante considerar la historia personal de cada individuo y la naturaleza de sus interacciones con el objeto o situación temida. Resaltando la importancia de realizar una evaluación completa, atendiendo al hecho de que no todos los niños y adolescentes tienen las mismas experiencias de aprendizaje, lo que diferencia su manera de afrontar.

Las características de las diferentes fobias específicas depende en gran medida de la interpretación subjetiva de peligro del niño o adolescente con fobia, así como de sus interacciones con el objeto o situación temida, ante la que mostrará diferentes estilos de afrontamiento dependientes de factores culturales, individuales y familiares (Novak, 1998).

4.2 COMORBILIDAD

La comorbilidad se define como la co-ocurrencia de dos o más trastornos en un individuo al mismo tiempo, frecuentemente relacionados entre sí. La comorbilidad entre los diversos trastornos mentales tiene implicaciones muy importantes en relación a su evaluación, diagnóstico y tratamiento (Ohayon, et al., 2000).

La comorbilidad entre los diversos trastornos mentales significa que los síntomas de un trastorno pueden emplearse para identificar poblaciones en alto riesgo de desarrollar otro trastorno, lo cual requiere que las evaluaciones consideren un cuadro diagnóstico completo y no solo los síntomas iniciales. La comorbilidad afecta la severidad del deterioro físico, psicológico y conductual, así como la eficacia de los tratamientos diferenciales para cada trastorno (Essau, et al., 2000; Ohayon, et al., 2000).

Para los trastornos por ansiedad los factores de riesgo y protectores son uno mismo, ya que mayor o menor cantidad de un factor puede o no contribuir al desarrollo de uno de éstos trastornos. Entre los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos por ansiedad, existe cierta sobreposición, razón por la cual, los niños o adolescentes pueden ser diagnosticados de manera diferente. En consecuencia, desarrollar alguno puede ser un factor de riesgo para desarrollar otros trastornos por ansiedad o de depresión. En el DSM-IV (APA, 1994) la ansiedad y la depresión están como categorías separadas. Sin embargo, ambos trastornos forman parte del mismo constructo (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque & Chartt-León, 1999; Jacob & Johnson, 2001; King, Ollendick & Gullone, 1991; Roth, 1988; Zlotnick, Warshaw, Shea & Keller, 1997). Otros han propuesto que forman parte de un continuo donde la ansiedad es precursora de un trastorno depresivo (Schniering, Hudson & Rapee, 2000); razones por las que frecuentemente no se encuentran diferencias entre la ansiedad y la depresión en relación con la expresión de sus síntomas.

Las principales dificultades para diferenciar la ansiedad y la depresión, son que comparten síntomas tales como: irritabilidad, inquietud, dificultad para concentrarse, problemas de sueño y fatiga; lo que aumenta la probabilidad de error al diagnosticar solo uno de ellos (Schniering, et al., 2000). Se ha encontrado

una fuerte asociación entre los diferentes trastornos por ansiedad y la depresión (Brady & Kendall, 1992; Essau, et al., 2000; Ohayon, et al., 2000; Schniering, et al., 2000).

Los índices de comorbilidad entre un trastorno por ansiedad y uno depresivo varía de un 10% a un 60% en pacientes con alguno de estos trastornos. Siendo la infancia, adolescencia y adultez temprana los periodos de mayor riesgo para su desarrollo (Kolvin & Kaplan, 1988; Roth, 1988).

La depresión en la infancia fue cuestionada hasta el advenimiento del DSM- III (1980), en el que se reconoció formalmente la existencia de la depresión infantil indicando que sus síntomas esenciales son similares en niños (excepto las cogniciones elaboradas y conductas suicidas), adolescentes y adultos, siendo la edad la variable que modula sus características y repercusiones negativas en dichos periodos de desarrollo (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

De acuerdo con el DSM- IV (APA, 1994) un episodio depresivo típico se caracteriza por la presencia de 3 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 14 días: decaimiento del estado de ánimo, reducción de la energía, disminución de la actividad, deterioro de la capacidad de disfrutar, pérdida del interés y la concentración, cansancio excesivo, trastorno del sueño, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, estado de ánimo variable, discordante con las circunstancias, acompañado de síntomas somáticos, retraso psicomotor (observado por otras personas), agitación, pérdida del apetito y de peso (en el caso de los niños se evalúa cuando éstos no alcanzan el peso indicado para cada periodo de desarrollo). Un episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

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

Para evaluar la presencia de un síntoma depresivo, es suficiente el informe del niño o adolescente, excepto en los síntomas de agitación o enlentecimiento psicomotores, observados por otros, no constituyendo un informe meramente subjetivo de síntomas. El informe de los síntomas se relaciona con un cambio en la actividad previa, provocando un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o familiar (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

Los niños y adolescentes pueden mostrar síntomas de depresión similares a los de los adultos, incluyendo estado de ánimo depresivo, pérdida de interés por diversas actividades, trastornos de sueño y alimenticios, agitación, fatiga, sentimientos de culpa, falta de concentración y dificultad para tomar decisiones, pensamientos relacionados con la muerte, baja autoestima y sentimientos de desamparo (Kolvin & Kaplan, 1988). Sin embargo, los problemas más frecuentes son los de conducta (Barret, Rapee, Dadds & Ryan, 1996; Last, Strauss & Francis, 1987), escolares (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001), fobias específicas (Essau, et al., 2000) y enuresis (Geroski & Rodgers, 1998; Schulman, Colish, von Zuben & Kodman, 2000). Algunos equivalentes conductuales pueden incluir fuertes berrinches, desobediencia, haraganería, fobia escolar, menor rendimiento al esperado, susceptibilidad a los accidentes, conductas autodestructivas, aburrimiento, alta actividad sexual (en el caso de los adolescentes), hiperactividad, agresividad, fracaso escolar, síntomas psicósomáticos, irritabilidad, enojo excesivo, quejas y lloriqueos frecuentes.

Específicamente en la fobia específica, es la infancia (en menor grado, la adolescencia) el periodo de mayor riesgo, identificándose factores de riesgo específicos de esta etapa en comparación con otros periodos del desarrollo, razón por la cual su prevalencia se infiere a partir de sus autoinformes (King, Ollier, et al., 1989; Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten, 2001; Sosa & Capafóns, 1995) o de estudios retrospectivos (Hoffmann, et al., 1997; Stravynski, et al., 1995).

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

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

En la infancia y adolescencia, la mayor parte de los pacientes diagnosticados con algún trastorno de ansiedad, reciben un diagnóstico adicional de otro trastorno por ansiedad. Los niños con un trastorno de ansiedad generalizada son más vulnerables a desarrollar otro trastorno por ansiedad, siendo generalmente ansiedad de separación, fobia social y fobia simple (Last, Strauss, et al., 1987; Strauss & Last, 1993). Essau, et al. (2000) encontraron en una muestra de 1035 adolescentes entre 12 y 17 años que la fobia específica se relaciona con el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad de separación.

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

Apoyando la evidencia de la relación existente entre la ansiedad y la depresión, Benjet, et al. (1999) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre una muestra de niños ansiosos y una de niños deprimidos en relación con sus manifestaciones de depresión; demostrando que las manifestaciones afectivas, somáticas y personales son similares tanto en ansiosos como en deprimidos.

Otros trastornos comórbidos a los trastornos por ansiedad en general y a la fobia específica en particular, son el trastorno negativista desafiante y el déficit de atención con hiperactividad (Last, Strauss, et al., 1987). A este respecto algunos investigadores sugieren que la ansiedad y la depresión pueden ser causa y resultado, al mismo tiempo, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En algunos casos los síntomas de

ansiedad y depresión no son identificados o son enmascarados por los síntomas iniciales de un trastorno de la conducta (Jensen, Shervete III, Xenakis & Richters, 1993).

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es uno de los más referidos en el escenario clínico y su impacto en la sociedad es enorme en términos de costo, estrés en las familias, en las escuelas y en el deterioro individual. La interacción entre este trastorno con trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión), problemas de conducta y de aprendizaje, influye en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento en los servicios de asistencia a la salud (Jensen, et al., 1993; Schniering, et al., 2000).

Algunas condiciones asociadas con los trastornos por ansiedad son: problemas en la escuela (Benjamín, Costello & Warren, 1990), abuso de sustancias (Essau, et al., 2000), problemas de alimentación (Soukup, Beiler & Terrel, 1990), quejas psicósomáticas (Beidel, Christ & Long, 1991), conducta suicida (Connell & Meyer, 1991), problemas del dormir (Ohayon, et al., 2000) y, enuresis y encopresis (Geroski & Rodgers, 1998; Schulman, et al., 2000; Fletcher, 2000).

Adicionalmente, grandes cantidades de estrés pueden ocasionar que un niño o adolescente responda a las situaciones adversas con patrones combinados de ansiedad y depresión (Jensen, et al., 1993; Pettit & Joiner, 2001).

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

4.3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

La conducta ocurre dentro de un contexto específico, el cual puede imponer o no restricciones en el desarrollo, establecer algunas conductas y determinar algunos aspectos particulares en el individuo. Estableciéndose en los primeros años patrones de conducta que varían dependiendo de las diferentes situaciones y contextos a los que los niños se enfrentan. Dependiendo de la calidad de los cuidados e interacciones durante este periodo, el niño aprenderá a interpretar y enfrentar el mundo de diversas maneras adquiriendo habilidades básicas de interacción, afrontamiento e interpretación, tomando como modelo la conducta de sus padres y de todas aquellas personas significativas con las que se relaciona. El niño posee ciertas habilidades que le han permitido interpretar su medio ambiente y adaptarse a él, al entrar a la escuela éstas se ponen a prueba y a su vez se modifican para adaptarse al nuevo medio ambiente, afectando el contexto familiar, social y escolar (Bredekamp & Copple, 1997; Sroufe, Cooper & De Hart, 1996; Volling & Elins, 1998).

En un principio el contexto en el que ocurre la conducta, es el familiar y las primeras interacciones del niño ocurren entre él, sus padres y el medio ambiente como un todo integrado (Novak, 1998). El cambio en las características de una parte del todo afecta la dinámica de las otras partes como un total (Von Bertalanffy, 1993) y dependiendo de la calidad de éstas primeras interacciones dependerá su desarrollo sano o no.

Sucesos de vida, estrés, afrontamiento e interacción familiar

Las consecuencias indeseables para la salud física y mental del individuo provenientes del impacto de estresores ambientales a lo largo de su desarrollo afectará todos los contextos en los que se desenvuelva, lo cual se define como una crisis. Crisis se define como un momento decisivo que implica una pérdida, amenaza de pérdida o una transición en la relación con uno mismo, con otras personas o con una situación. No todas las personas experimentan el mismo nivel de estrés ante situaciones similares, dependerá de los recursos de afrontamiento que muestren para superar una situación de crisis (Caplan, 1964 citado por Hernández-Guzmán, Soto & Soria, 1990). Novak (1998) propone una extensión con relación a la dirección de las interacciones entre los elementos ambientales y personales involucrados en el desarrollo, en la que propone que el individuo y el ambiente son causa y efecto al mismo tiempo, ya que ambos interactúan y se modifican constantemente en una relación de reciprocidad.

Así, cuando ocurre un evento estresante, la homeostasis entre el individuo y su medio ambiente se desequilibra. Los estresores representan configuraciones discontinuas de las características de una situación, ante la que el individuo responde dependiendo de su intensidad y/o duración. El desequilibrio de la homeostasis dependerá de la forma en que se perciba al estresor. Cuando esto ocurre el individuo reacciona con respuestas o acciones adaptativas dirigidas y potencialmente concientes, Perrez y Reicherts (1992) las llaman secuencia situación-conducta o secuencia situación-acción que incluyen los resultados positivos o negativos inmediatos del episodio estresante. Estos autores distinguen entre macro-episodios de estrés (eventos que no pueden modificarse y que interfieren directamente con el patrón de vida del individuo) y micro-episodios de estrés (eventos que dependen de las circunstancias y que por lo general pueden modificarse y controlarse).

Lazarus y Folkman (1984 citados por Brannon & Feist, 2000 y por Perrez & Reicherts, 1992) definen el estrés psicológico como "una relación entre la persona y su medio ambiente que se percibe como rayando o excediendo sus recursos y dañando su bienestar", refiriéndose a la una interacción entre la persona y su ambiente, en relación con su percepción de estrés y señalan que la manera para manejar una situación estresante es identificar la situación psicológica de la persona, determinada por sus percepciones.

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

- a) *Los relacionados con la persona.* Incluyen experiencias anteriores en diversas situaciones que definen las características personales del individuo, incluyendo su forma de afrontar, y;

- b) *Los relacionados con la situación.* Aquellas características directas de la situación como intensidad, frecuencia y duración, así como, el contexto en el que ocurre.

Una situación estresante se compone por algunos o varios de éstos componentes, los que ocurren en un mismo momento impresionando al individuo de diversas maneras. Cada componente es un ingrediente de la percepción que el individuo se forma de una situación, misma que contrasta con sus experiencias pasadas, preparándose para afrontarla empleando recursos ya presentes o generando nuevos, adecuados o no para la situación (Perrez & Reicherts, 1992).

Lazarus y Launier (1978 citados por Brannon & Feist, 2000) indican que un evento puede ser evaluado como:

- a) *Pérdida.* Un daño ya ocurrido.
- b) *Amenaza.* Un daño anticipado y que puede ser o no inevitable.
- c) *Desafío.* Que difiere de las amenazas en su tono positivo aunque requiere de esfuerzos importantes de parte del individuo.

Las amenazas y los desafíos son crónicos y el individuo frecuentemente se encuentra en posibilidad de manejarlos, mientras que las pérdidas tienden a ser estresores agudos que aunque con frecuencia no se pueden modificar, pueden manejarse o enfrentarse adecuadamente o no.

El estrés no se considera como un estímulo ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una transacción, influida tanto por el individuo como por el entorno. Desde esta perspectiva el estrés se define como un concepto relacional mediado cognitivamente, reflejando una relación entre la persona y el ambiente (Meichenbaum, 1988), congruente con el determinismo recíproco propuesto por Novak (1998). El estrés es una relación bidireccional y dinámica en constante cambio entre el individuo y el medio ambiente. El individuo no es víctima del estrés, sino que su manera de percibir los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan su naturaleza. Los aspectos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica entre él y el ambiente (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Brannon & Feist, 2000).

Es necesario identificar los recursos personales y ambientales con los que cuenta una persona para manejar el estrés y desarrollar modelos predictivos de vulnerabilidad y resistencia (Brannon & Feist, 2000). Entre los factores de resistencia al estrés se encuentra el afrontamiento, que funciona como una transacción entre el individuo y su ambiente (Novak, 1998). No debe evaluarse sin considerar las demandas ambientales, mismas que predisponen su empleo, descubriendo cómo cada tipo de arreglo ambiental inicia, forma y limita las estrategias de afrontamiento empleadas.

Lazarus y Folkman (1984 citado por Brannon & Feist, 2000) definen afrontamiento como "un constante esfuerzo cognitivo y conductual para controlar las demandas internas o externas percibidas como excedentes de los propios recursos". Así, el afrontamiento es un proceso en constante cambio evaluado como más o menos exitoso. No es automático, es un patrón de respuesta aprendido por medio de la superación de situaciones estresantes que requiere esfuerzo constante dependiendo de las diferentes situaciones.

Lazarus (1966 citado por Perrez & Reicherts, 1992) describe los siguientes tipos de afrontamiento:

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

Entre los principales recursos de afrontamiento Lazarus y Folkman (1984 citados en Brannon & Feist, 2000) señalan los siguientes: salud y energía, creencias positivas, habilidad para resolver problemas, habilidades sociales de interacción, soporte social y recursos materiales. Dependiendo de la presencia o ausencia de dichos recursos, la persona percibe que puede o no manejar y regular su propio comportamiento, en consecuencia conjunta con los eventos estresantes a los que se expone.

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

- a) Exacerbar la ansiedad o aminorarla.

- b) Mostrarle cómo modificar la situación o mostrársela como incontrolable.
- c) Aprobar su respuesta de afrontamiento o desaprobarla, es decir, modular su percepción de la situación y orientar sus respuestas ante situaciones futuras.

Seligman (1990 citado por Hernández-Guzmán, 1999) propone que el niño aprende a afrontar desde pequeño dependiendo del éxito que tenga controlando las situaciones ansiosas, es decir, en la medida en la que pueda controlar sus respuestas individuales como especie y canalizarlas al manejo y control de la situación. En la forma en que se haya aprendido a controlar situaciones que generan ansiedad, se percibirán más controlables a futuro, se evaluarán positiva o negativamente y en consecuencia, se responderá adaptativamente o no.

El afrontamiento no es estático, cambia en calidad e intensidad en función de la información que proviene del medio ambiente y de los resultados de experiencias previas evaluadas como más o menos exitosas (Perrez & Reicherts, 1992). El momento para poner a prueba diversas conductas de afrontamiento es en todos aquellos eventos estresantes que se presentan a lo largo del espectro de desarrollo. Los eventos estresantes se definen como cualquier serie de circunstancias o patrones que requieren o indican un cambio en el patrón de vida básico de un individuo a lo largo de su desarrollo. A lo largo de éste, existen periodos críticos en los que ciertas experiencias de aprendizaje se llevan a cabo, mismas que pueden ser más o menos estresantes dependiendo de las configuraciones existentes entre el medio ambiente y el individuo en desarrollo (Novak, 1998). Es importante considerar que durante los primeros años de vida el medio ambiente inmediato esta formado por el contexto familiar, dentro del cual el niño experimentará más o menos experiencias de aprendizaje dependiendo de la historia personal de sus padres (Mussen, Conger & Kagan, 1990), sus expectativas (Johnson & Medinnus, 1974), así como, por el estilo de crianza que adopten (Baumrind, 1966).

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

El desarrollo y aprendizaje son resultado de la interacción, la maduración biológica y el ambiente (Novak, 1998). El contexto de desarrollo influye sobre la herencia genética, es decir, lleva información que se ha transmitido de generación en generación, pero que si en el mundo físico no se cumplen ciertas condiciones, dicha información podría desarrollarse de manera errónea o bien no desarrollarse nunca y provocar problemas en el crecimiento y aprendizaje del niño (Bredenkamp & Copple, 1997).

Los cuidados y atenciones que un niño reciba desde el momento de su concepción hasta por lo menos los nueve años serán de suma importancia para el establecimiento de patrones de conducta, estilos de afrontamiento y características de personalidad, que posteriormente generalizará a otros contextos. A través de los diversos contactos con su familia y otras personas significativas, el niño va aprendiendo una serie de conductas que le permitirán funcionar o no adecuadamente a los requerimientos de adaptación. Sin embargo, es la madre quien tendrá influencia directa sobre él, funcionará como agente socializador y como primera figura de aprendizaje (Hernández-Guzmán, 1999).

A través del contacto continuo con su madre o con sus proveedores de cuidado, el niño desarrollará un mundo propio, dentro del cual él y su comportamiento se caracterizarán en relación con las características particulares de la diada. Las manifestaciones conductuales de dichas interacciones no sólo ocurrirán de manera inmediata, sino que el efecto puede llegar a la adolescencia e incluso a la edad adulta. Cuando dichas interacciones no son de calidad pueden derivar en daños físicos, psicológicos y sociales (Johnson & Medinnus, 1974; Sroufe, et al., 1996).

La cultura dentro de la cual crece el niño, establece e indica los métodos y las metas de socialización, es decir, el proceso mediante el cual la familia debe educarlo, moldear su conducta, valores, metas y motivos aprobados dentro de ella. Además de la cultura en la cual nace inserto un niño, es indispensable considerar las creencias y expectativas que tienen los padres de la naturaleza de su desarrollo (Hernández-Guzmán, 1999).

Es dentro de este contexto que la teoría general de sistemas aprecia al individuo como un subsistema abierto que interactúa con su ambiente, siendo su conducta el resultado de varias relaciones y características familiares que interactúan como un todo. El motivo principal para centrar el estudio del individuo desde un punto de vista sistémico es que las

características de organización familiar determinan y moldean la conducta individual (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991).

Un sistema se define como un conjunto de elementos que mantienen relaciones consistentes entre sí, los sistemas vivientes son dinámicos y consistentes en sus características, permitiendo la identificación y predicción de patrones de interacción y la percepción de su funcionamiento como un todo (Von Bertalanffy, 1993). Los sistemas vivientes, como el individuo y su familia, se caracterizan por ser sistemas abiertos lo que les permite interactuar de manera selectiva y seguir un patrón de acuerdo con el ambiente que les rodea. Con el paso del tiempo, los sistemas tienden a hacerse más complejos.

El modelo sistémico menciona cómo la calidad de las relaciones entre cada uno de los miembros de la familia influye de manera directa o indirecta sobre todas las partes que la componen. Un sistema implica que todas las partes están interconectadas; la conducta de cada miembro de la familia depende, en parte, de la conducta de los demás. Los roles de madre, padre, hijo mayor, etc., se encuentran definidos por la totalidad del sistema familiar (Von Bertalanffy, 1993).

Concluyendo, la teoría general de sistemas, propone que la unidad más pequeña y apropiada de análisis para el estudio del comportamiento individual, no es la conducta individual, sino la secuencia de interacciones que siguen un patrón de relaciones entre el individuo mismo y el sistema al que pertenece. Así, la unidad de importancia es el sistema al que pertenece, tomando en cuenta todas las interacciones que ocurren dentro de él.

Desde ésta perspectiva, las actitudes de los padres influyen en el modo en que tratan a sus hijos y a su vez afectan las actitudes de los niños hacia ellos y la forma en que se comportan. La mayor parte de las actitudes paternas se originan en sus propias experiencias infantiles, prediciendo generalmente la forma y características de las relaciones con sus hijos (Morton & Browne, 1998; Pollock & Percy, 1999). El apoyo constante, el fomento a la autonomía, reforzamiento positivo, la calidad de la interacción entre padres e hijos y la percepción de estos últimos parecen ser variables que indican su ajuste o no en diferentes contextos como lo son la escuela, la relación con los pares y un desarrollo psicológico sano (Deković & Janssens, 1992; Hernández-Guzmán, 1999; Kaufmann, et al, 2000; MacDonald & Parke, 1984).

El primer contexto social con el que interactúan todos los recién nacidos, es el familiar y la primera persona con la que generalmente establecen una relación, es la madre; la calidad de dicha relación será determinante para su desarrollo posterior y dependerá de las características personales que aporte cada uno de ellos a la relación (Hernández-Guzmán, 1999).

El primer vínculo socioafectivo que establece el bebé es con su madre, sus cuidadores o quien esté a cargo de él, por medio de los contactos repetidos del niño con su entorno estableciendo situaciones que se repiten una y otra vez de forma regular, es el antecedente social de la interacción entre sus predisposiciones genéticas, sus recursos psicológicos y las contingencias del sistema familiar; mismo que moldeará, organizará y dará la pauta de afrontamiento del niño. Cada nueva interacción estará siempre mediada por la historia de experiencias previas del niño y dependiendo de las interacciones que establece desarrolla habilidades que le permitan afrontar situaciones nuevas. De esta manera las relaciones con la familia intervienen en el desarrollo o no de psicopatología en la infancia y adolescencia (Hernández-Guzmán, 1999). Cada bebé humano responde a las personas de su ambiente con un estilo propio, mismo que sus cuidadores, su ambiente y las interacciones entre ellos comienzan a moldear y organizar (Ainsworth, 1969; 1970; Bowlby, 1989; Hernández-Guzmán, 1999).

La interacción entre dos personas se encuentra mediada por las características personales que trae cada uno de ellos a la relación, en el caso de un recién nacido, sus características personales incluyen desde disposiciones genéticas hasta condiciones adquiridas durante el embarazo y al momento del nacimiento (Hernández-Guzmán, 1999; Kent, Laidlaw & Brockington, 1997; Pollock & Percy, 1999). Por su parte, ambos padres traen a la interacción con el recién nacido características más complejas dadas por la historia de cada uno de ellos y de la historia de su relación como pareja, aunado a éstas, la influencia del resto de las personas que forman el contexto familiar (como los abuelos, los hermanos, etc).

Una variable sociológica subestimada, es el tamaño de la familia, tanto al valorar como al proponer intervenciones preventivas o terapéuticas. Las familias nucleares (conformadas únicamente por padres e hijos) tienden a ser más democráticas, la responsabilidad, educación y prácticas de crianza no siempre recaen en las madres, se manejan acuerdos entre los miembros de la familia y hay mayor atención de ambos padres hacia los hijos.

Las familias extendidas, formadas además de los padres e hijos, por los abuelos, tíos, primos, etc., en países como México, exponen al niño a una gama más amplia de situaciones, retroinformándolo por medio de la aprobación y el rechazo, dándole más oportunidades de someter a prueba sus habilidades de afrontamiento, de imitar a más personas y de refinar las habilidades ya adquiridas (Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999). Sin embargo, las familias extendidas frecuentemente tienen mayores necesidades económicas, se establecen relaciones de co-dependencia entre sus miembros, existe un mayor grado de administración, organización y control autoritario en uno de los padres o en los miembros de mayor edad (Thomas, et al., 2000). Los abuelos maternos son quienes generalmente toman el papel de cuidadores principales, razón por la cual no deben permanecer al margen de las prácticas de crianza y debe considerárseles en la toma de decisiones dentro de la familia extendida (Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999).

La relación materna inicia en el momento de la concepción y se hará más estrecha durante la gestación, así, la calidad y éxito de las primeras experiencias infantiles estarán en función de esta primera relación entre madre e hijo. Al nacer el bebé es incapaz de cuidarse, alimentarse y evitar situaciones de peligro siendo completamente dependiente de su madre o en este momento de la persona que se encuentre a su cuidado. La vida y el mundo del bebé esta mediado a través de quien cubre sus necesidades (Hernández-Guzmán, 1999).

Al hablar de padres, no solo se hace referencia a los padres biológicos, si no a todas aquellas personas que se hacen cargo del cuidado y crianza del bebé. A pesar de que la mayor parte de la investigación se ha realizado con la madre, existen datos que indican que la participación del padre en la crianza es igualmente importante para un sano desarrollo (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992).

Este vínculo entre la madre (el padre o cuidadores principales) y su hijo recibe el nombre de apego que persiste en el tiempo y se mantiene en la separación y la distancia. Apego es el nombre que ha recibido el lazo, vínculo o relación de amor y afecto entre un bebé y sus padres o cuidadores principales. Las conductas de apego son las manifestaciones visibles que favorecen la proximidad y el contacto, como la proximidad física, el seguimiento, el abrazo, la sonrisa o el llanto (necesario para proveer el bienestar del bebé), y es durante las separaciones entre ellos donde se aprecia su calidad (Ainsworth,

1970; Bowlby, 1989). El apego tiene la función biológica de proteger la vida del infante (Bowlby, 1989).

El apego entre una madre o un padre con su hijo es recíproco, es decir, las conductas de cada uno de ellos se adaptan mutuamente con las del bebé, y a su vez, las de éste con las de sus padres (Hernández-Guzmán, 1999). Esta concepción es congruente con el planteamiento del determinismo recíproco en donde individuo-ambiente interactúan constantemente afectándose uno al otro y con el principio de la no-linealidad del desarrollo, que plantea que el desarrollo es resultado de la interacción de múltiples factores y causas. Dependiendo de esa interacción será el producto final de desarrollo (Novak, 1998).

En una relación de apego la responsividad de los padres, es decir, la prontitud y efectividad con la que atienden a su hijo ayuda a fortalecer el vínculo entre ellos. Durante los primeros meses el llanto es la forma principal de comunicación del bebé, que promueve la proximidad y el contacto con sus cuidadores (Ainsworth, 1969; 1970), la relación establecida será más armoniosa y propiciará que el niño crezca más seguro de sí mismo, al tener una mayor percepción de control de su medio ambiente, influyendo directamente sobre él. Cuando se establece un vínculo de este tipo se le llama *apego seguro* (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1989). Al contrario cuando este vínculo se lleva de manera inconsistente, es decir, respondiendo en ocasiones y en otras no a las señales del bebé, se establece un *apego ansioso* (Ainsworth, 1969; 1970; Bowlby, 1989). Un tercer patrón, es el *apego ambivalente* en el cual la relación entre el niño y su cuidador esta mediada por los patrones de conducta inconsistentes combinado con conductas ambivalentes en las que el niño puede mostrarse en ocasiones muy cariñoso con su cuidador y en otras completamente rechazante (Ainsworth, 1969; 1970). Cuando se da el apego ansioso, el niño no se percibe capaz de controlar su ambiente. Para cualquier cosa que necesite en el futuro o bien en el presente inmediato dependerá de alguien más, es decir, sus padres o su cuidador serán quiénes realicen ciertas actividades o tomen decisiones por él. La relación de apego depende, así, de los estilos de crianza que los padres adopten para la educación de sus hijos.

Generalmente, las pautas de apego observadas en los niños de un año, una vez desarrolladas tienden a mantenerse, durante toda la vida; uno de los motivos es que el modo en que un progenitor trata a un niño, sea para bien o para mal, tiende a

permanecer invariable, manteniéndose a lo largo del tiempo (Bowlby, 1989). El apego seguro y el apego ansioso dependen de las experiencias que el niño viva en la relación con sus padres, no sólo durante los primeros meses de vida, sino a lo largo de todo el espectro de desarrollo de una persona. La retroalimentación que el niño reciba de parte de sus padres por su comportamiento, moldea su autopercepción como una persona competente y es la responsable del afrontamiento exitoso de nuevas situaciones.

Cada pauta de apego tiende a perpetuarse a sí misma, así, un niño con apego seguro es un niño más feliz y resulta más gratificante cuidarlo y también es menos exigente que un niño con apego ansioso. Un niño ansioso es más propenso a las quejas y al aferramiento, mientras que un niño con apego ansioso o evitante mantiene las distancias y es propenso a molestar a otros niños. En estos dos últimos casos es probable que la conducta del niño provoque una respuesta desfavorable por parte de los padres, con lo que se desarrolla un círculo vicioso en donde los padres adquieren pautas de interacción irresponsivas (Bowlby, 1989).

El apego es producto de interacciones repetidas, generalmente con la madre, el padre o el cuidador del bebé. Sin embargo, el bebé puede establecer relaciones de apego con las distintas personas que lo cuidan, es decir, llega a tener múltiples figuras de apego. La noción de concordancia sobre los patrones intergeneracionales maneja que los antecedentes y experiencias infantiles de los padres son posibles factores de riesgo para la educación de los hijos (Sroufe, et al., 1996).

La calidad del apego entre la madre o el cuidador y el bebé contribuye a relaciones más armoniosas a lo largo de la vida del infante permitiéndole relacionarse no solo con la madre si no con el resto de su familia y con las personas que le rodean y que pronto formaran parte de su vida, como los pares y los maestros (Hernández-Guzmán, 1999; Sroufe, et al., 1996; Thompson, 2000).

La influencia de la familia es persistente, continua y personal que afecta directamente el comportamiento infantil. El contexto familiar expone al niño continuamente a nuevas situaciones, retroinformándolo acerca de su comportamiento. Si la familia evalúa positivamente el comportamiento infantil, es decir, muestra aprobación y aceptación, evitando el castigo físico, las expresiones de enojo, afecto negativo y desaprobación, tenderá a fomentar la competencia social en el niño y facilitará el desarrollo y

demostración de diversas formas de afrontamiento adaptativas (Hernández-Guzmán, 1999).

Por el contrario, cuando los padres son controladores y dominantes, ofrecen menos oportunidades para aprender y desarrollar nuevos comportamientos. Este ambiente familiar de control excesivo suele responder con constante desaprobación a nuevas conductas mostradas por el niño, quien tenderá a ser inhibido y mostrarse temeroso ante nuevas situaciones sociales o de interacción, siendo generalmente rechazado o ignorado por sus compañeros (Hernández-Guzmán, 1999), derivando probablemente en el desarrollo de un trastorno psiquiátrico y, en particular en un trastorno por ansiedad.

Los estilos de crianza son los factores más importantes por medio de los cuales la familia establece, modifica y mantiene el ajuste emocional del niño. Del estilo de crianza que los padres adopten dependerá la calidad del apego entre ellos y su hijo. Los padres y demás miembros de la familia adquieren un estilo de crianza predominante dependiendo de la forma en que interpreten el contexto social dentro y fuera de la familia (Hernández-Guzmán, 1999).

Los estilos de crianza básicos son: el estilo permisivo, el estilo autoritario y el estilo autoritativo o autoridad racional, evaluando dimensiones como aceptación, control, alta demanda, practicas disciplinarias y fomento de la autonomía (Baumrind, 1966). La mayoría de los padres emplean elementos de unos y otros de manera combinada. Sin embargo, siempre predomina uno en particular (Baumrind, 1966; 1996; Hernández-Guzmán, 1999).

En el estilo permisivo, los padres actúan de manera no punitativa y con aceptación positiva hacia los impulsos, deseos y acciones de sus hijos. Discuten y explican las reglas familiares. Sin embargo, son tolerantes y permiten que sus hijos actúen impulsivamente, castigan poco o nada, no prohíben, no demandan conductas que sus hijos no quieran realizar, no están pendientes de la manera en la que se lleva a cabo su desarrollo, los dejan hacer y deshacer aunque se lastimen, destruyan o dañen a otras personas. Estos padres dejan que el niño regule sus actividades tanto como sea posible, evitan el control y no exponen ninguna regla de comportamiento, aunque establecen reglas no proveen del ambiente necesario para que se cumplan. Para controlar al niño emplean la manipulación, pero no el razonamiento (Baumrind, 1966; 1996). El objetivo de este estilo de

crianza es promover la autosuficiencia y la autonomía promoviendo que los niños perciban controlar a sus padres permitiéndoles autorregularse no reconociendo su autoridad, aunque no lo logra (Hernández-Guzmán, 1999).

Los padres autoritarios procuran formar, controlar y evaluar la conducta y actitudes de sus hijos de acuerdo con un patrón de conducta ya establecido, usualmente absoluto, valoran la obediencia incondicional y el cumplimiento de la reglas. Emplean técnicas de control directo, ellos son quienes resuelven los problemas e imponen las soluciones a sus hijos restringiendo su autonomía, permitiendo poca independencia, establecen sus responsabilidades inculcando el respeto por el trabajo, considerando que los niños deben obedecer ciegamente, perciben la relación con sus hijos como una relación de poder (Baumrind, 1966; 1996), tienden a rechazar a sus hijos, mostrando pocas emociones positivas en relación con ellos, frecuentemente critican, controlan, prohíben y castigan sus actuaciones y funcionamiento personal, sin mostrar interés en su sano crecimiento (Deković & Janssens, 1992). El objetivo de este estilo de crianza es promover la responsabilidad en los hijos, no logra alcanzarlo, porque estos padres no fomentan la responsabilidad, pues son ellos los que toman la mayor parte de las decisiones, son demandantes y muy poco responsivos a las demandas de sus hijos (Hernández-Guzmán, 1999).

En el estilo autoritativo o autoridad racional, los padres buscan dirigir las actividades de sus hijos orientadas racionalmente, basados en un intercambio verbal mostrando su razonamiento y pidiendo el de su hijo, es decir, establecen reglas claras. Cuando se presentan situaciones de desacuerdo los padres ejercen un control indirecto de la situación, reconociendo la individualidad, intereses e inquietudes de su hijo, permitiéndole observar las consecuencias de sus actos, promoviendo la independencia, individualidad y autonomía mediante una comunicación abierta, reconocen los derechos de cada quien (Baumrind, 1966; 1996).

La investigación en relación con los estilos de crianza demuestra consistentemente que el estilo de autoridad racional se relaciona con un mayor ajuste emocional. Es efectivo logrando lo que se propone y ejerce una influencia positiva en diversos aspectos del desarrollo del niño. En cambio los estilos autoritario y permisivo, no logran sus objetivos: obediencia y autosuficiencia, por el contrario tienen efectos indeseables en la conducta de los niños (Hernández-Guzmán, 1999).

Deković y Janssens (1992) encontraron que los padres que adoptan un estilo autoritativo cuando interactúan con sus hijos emplean técnicas de control y de persuasión verbal indirectas tales como sugerencias y explicaciones, estimulan las propuestas de sus hijos y refuerzan positivamente sus manifestaciones de autonomía. Los hijos de padres autoritativos son más responsables, autónomos y maduros, mostrando mayor capacidad intelectual y de comunicación con los demás. El empleo del razonamiento como herramienta fundamental de disciplina fomenta en los niños el desarrollo de habilidades intelectuales en la solución de problemas y el uso del lenguaje (Hernández-Guzmán, 1999).

En México se ha realizado poca investigación en relación a los estilos de crianza empleados por los padres. En un estudio realizado por Jiménez, Hernández-Guzmán y Reidl (2001) basándose en la clasificación propuesta por Baumrind (1966) incluyendo un cuarto estilo, el indiferente. Construyeron un instrumento para medir la percepción de niños preescolares de los estilos de crianza de sus madres. Encontraron que los niños perciben a sus madres como autoritarias y no autoritarias (una mezcla de los estilos democrático y permisivo). Lo que hace evidente una inconsistencia en las interacciones familiares y en la relación de la díada.

En general, se atribuye poca responsabilidad al padre en cuanto a la educación de los hijos, asignando a la madre tal responsabilidad; la ausencia del padre puede considerarse como un factor de riesgo tomando en cuenta su asociación con problemas durante la adolescencia. Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992) encontraron en una muestra de 1772 adolescentes que las madres de familia de padre ausente tienden a emplear técnicas disciplinarias más autoritarias provocando una tendencia en sus hijos a presentar problemas de baja autoestima, desadaptación social y desajuste emocional. Encontraron relaciones deficientes entre padres e hijos o hijas por igual, informando que las relaciones entre éstos son de estilo autoritario, estableciendo poca o ninguna comunicación. Informan que el padre recurre más significativamente a los golpes, compara negativamente y da instrucciones en forma ofensiva en mayor proporción con sus hijos varones. En general ambos informan tener poca o nula confianza con su padre. Demostrando la gran importancia que tiene el involucramiento del padre en la crianza de los hijos.

Es evidente que los padres y demás miembros de la familia desempeñan un papel fundamental e impactan de diferente forma en el proceso de socialización del niño, ayudándolo en situaciones problemáticas, actuando como fuente constante de aceptación, reprobación, negligencia, reproche o crítica a su conducta (Baumrind, 1966; Deković & Janssens, 1992; Volling & Elins, 1998). Su influencia es imprescindible para el desarrollo de sus emociones, percepción y crecimiento. A partir de los contactos diarios con los miembros de la familia, los niños establecen las bases para tomar actitudes hacia las otras personas, las cosas y la vida en general (Sroufe, et al., 1996). Cuando los niños comienzan a tener contacto con otros niños y adultos, los primeros fundamentos establecidos en el hogar pueden modificarse, pero no perderse por completo.

Tanto en las conductas de apego como en el estilo de crianza que los padres adopten con su bebé, se observa que la presencia de estrés, ansiedad, insatisfacción, conflicto en el trabajo y el hogar, y otras presiones de la vida cotidiana interfieren en los patrones de afrontamiento de los padres, poniendo en peligro las relaciones con el bebé, haciendo que la relación entre éstos se vuelva tensa, irresponsiva, autoritaria y estresante (Field, 1996; Gómez, Martínez & Vite, 1996; Hernández-Guzmán, 1999; Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992; Thompson, 2000).

La disfunción familiar percibida por el niño en relación con los padres (Ben-Noun, 1998) y las prácticas de crianza infantil orientadas hacia el autoritarismo promueven apego ansioso. No todas las relaciones madre-hijo suelen ser benéficas, el impacto de una vinculación defectuosa en la niñez temprana puede ser de consecuencias fatales para el niño y éstas pueden variar. Niños que no sean tocados, estimulados y nutridos, literalmente pueden perder su capacidad de formar relaciones significativas en sus vidas. Afortunadamente, la mayoría de los niños no sufren de negligencia severa a este grado. Sin embargo, hay muchos millones de niños que tuvieron alguna limitación en sus experiencias de vinculación y apego durante la niñez temprana. Los problemas que resultan de éstas limitaciones van desde un malestar interpersonal leve hasta profundos problemas sociales y emocionales (Hernández-Guzmán, 1999).

Estilos de crianza y ansiedad

La relación de apego que un niño establece con su cuidador principal tiene importantes consecuencias en su desarrollo posterior. Los niños experimentan y perciben tales relaciones dependiendo de los estilos de crianza de sus padres y frecuentemente

desarrollan un esquema de relaciones seguras, ansiosas o ambivalentes, mismo que modula en el futuro la mayor parte de sus relaciones con otras personas, perdurando a lo largo de todo el espectro de desarrollo. Las pautas de interacción adquiridas durante los primeros años de vida tienden a permanecer siempre, modificándose por nuevas interacciones (Hortacsu & Cesur, 1993).

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

El desarrollo de los trastornos por ansiedad en general y de la fobia específica en particular, incluye combinaciones de factores genéticos y ambientales. Su desarrollo no se asocia directamente con un sólo factor desencadenante, sino que es multifactorial, contradiciendo la explicación de eventos en series lineales causa-efecto (aproximación reduccionista-mecanicista), en la que se intenta identificar un evento precedente y darle explicación a la conducta final (Novak, 1998). Así, el surgimiento de una condición patológica requiere del análisis de una serie de interacciones entre los factores que afectan al individuo (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991). Entre los factores ambientales son potencialmente importantes los estresores crónicos, el modelamiento, el condicionamiento directo y principalmente, los estilos de crianza paternos (Rapee, 1997).

Las interacciones positivas padre-hijo y madre-hijo se relacionan negativamente con los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes (Grüner, et al., 1999; Hernández-Guzmán & Sánchez Sosa, 1996; Muris, Meesters, van Melick & Zwambag, 2001). Variables como afecto, apoyo, amistad, interés y confianza predicen bajos niveles de ansiedad (Muris, Meesters, Merckelbach & Hülsenbeck, 2000).

Aquellos niños que crecen cerca de sus padres desarrollan un apego seguro y menos síntomas de ansiedad y depresión en la adolescencia, al contrario de los niños que crecen lejos de ellos, quienes desarrollan pautas de apego ansioso y ambivalente, y mayores síntomas de ansiedad y depresión (Hortacsu & Cesur, 1993).

Los niños con apego inseguro tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico que aquellos con apego seguro. Los adolescentes con apego seguro informan mayor calidad en las relaciones con sus padres y altos niveles de confianza que aquellos con un apego ansioso o ambivalente quienes los perciben como evitantes o rechazantes (Muris, Meesters, van Melick, et al., 2001).

En un estudio realizado por Muris, Meesters, van Melick, et al. (2001) con 155 adolescentes entre 12 y 14 años de edad, encontraron que los adolescentes que tienen un apego seguro tienen niveles bajos de ansiedad y depresión que aquellos con apego ansioso o ambivalente. La ansiedad y depresión en la adolescencia se relaciona, con pautas de apego ansioso y ambivalente (Muris, Mayer & Meesters, 2000; Muris, Meesters, Merckelbach & Hülsenbeck, 2000).

Muris, Meesters, Merckelbach y Hülsenbeck (2000) examinaron la relación entre apego, estilos de crianza y preocupación en 159 niños de entre 9 y 13 años. Los niños con apego inseguro (evitante o ambivalente) mostraron altos niveles de preocupación y perciben a sus padres como rechazantes y ansiosos. Informan que la crianza ansiosa parece relacionarse fuertemente con una pauta de apego ambivalente, mientras que el rechazo esta más conectado con el apego evitante, todos relacionados con altos niveles de ansiedad.

El estilo de crianza de padres con un trastorno por ansiedad tiende a ser más sobreprotector, restrictivo y limitante en la mayoría de las actividades cotidianas y propias de la edad de sus hijos y muestran más conductas de rechazo hacia ellos cuando cometen un error o bien cuando toman la iniciativa en alguna actividad. La mayor parte de los hijos de padres ansiosos tienden a desarrollar un trastorno de este tipo en etapas subsecuentes. Sus relaciones están mediadas por bajos niveles de cohesión pero altos de sobreprotección (Turner, Beidel, Roberson-Nay & Tervo, in press).

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

niveles de ansiedad en relación con las actividades cotidianas, moldeando así, un patrón de afrontamiento de evitación (Barrett, Rapee, et al., 1996; Rapee, 1997).

Las conductas de modelamiento de los padres son un factor importante en el desarrollo o no de un trastorno por ansiedad. De acuerdo con el modelamiento, las conductas ansiosas de los niños son adquiridas por la observación de conductas ansiosas en los padres (o en otros significativos) en respuesta a algún estímulo o situación específica. Así, el aprendizaje del miedo es más probable que ocurra en un niño que constantemente está expuesto a situaciones de afrontamiento ansiosas o evitantes, internalizando dichas conductas a su propio repertorio (Gerrull & Rapee, 2002). A este respecto, la expresión facial de las madres es una importante vía de comunicación entre la diada. Gerull y Rapee (2002) encontraron una asociación estadísticamente significativa entre las respuestas de evitación de los niños y la expresión facial de miedo de sus madres. Por el contrario cuando ellas reaccionan positivamente los niños no mostraron ninguna conducta de evitación, realizando las mismas conductas de interacción que sus madres en diferentes situaciones y con diferentes objetos.

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

Los niños y adolescentes con fobia específica tienden a evitar el objeto o situación temida, y en general los adolescentes con este trastorno (más del 80%) reconocen que su miedo es excesivo e irracional (Essau, et al., 2000; Muris & Merckelbach, 1998; Muris, Merckelbach, Ollendick, et al., 2001) y están más alerta a los estímulos del medio ambiente que otras personas (Muris, Merckelbach, Gadet, et al., 2000). Las mujeres presentan más conductas de evitación y estado de alerta que los hombres en presencia del objeto o situación temida (Essau, et al., 2000; King, Ollier, et al., 1989; Muris, Merckelbach, Gadet, et al., 2000).

La mayoría de los niños y adolescentes con fobia específica informan que sus reacciones de miedo en presencia del objeto o situación temida interfiere significativamente con sus rutinas diarias (Essau, et al., 2000), y en general se perciben como menos eficaces para afrontar la situación en comparación con los demás (Muris, 2002).

Los factores de riesgo incluyen una combinación de diversos factores, como los mencionados anteriormente, que la investigación ha demostrado se relacionan con el desarrollo de un trastorno psicológico, en comparación con grupos de niños no expuestos a dichos factores. Pero aunque la exposición a un factor de riesgo, incluso severo, aumenta la probabilidad de que un niño llegue a desarrollar un trastorno no significa que todos los niños lleguen a desarrollarlo. Las variables intermediarias (p. e. apego, estilos de crianza e interacción familiar) se introducen para explicar algunas de las causas de porque ciertos niños desarrollan un trastorno. El niño desarrolla su propia percepción del mundo por medio de las interacciones primarias con su familia y cuando el comportamiento paterno no alcanza el mínimo requerido para su saludable desarrollo, se encontrará en mayor riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico. Razones por las que los padres deben crear un ambiente protector para el sano desarrollo y crecimiento de sus hijos.

4.4 DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico preciso de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes es importante para su tratamiento e investigación. La comprobación y pilotaje de los criterios diagnósticos establecidos en el DSM- IV (APA, 1994) para el trastorno de fobia específica en niños y adolescentes es importante (aunque el DSM-IV los incluye dentro de sus criterios diagnósticos) debido a que dichos criterios se establecieron por medio de estudios realizados en adultos y lo que regularmente se hace es adaptarlos a los niños y adolescentes, sin haberse realizado investigación suficiente de dicho trastorno en estos periodos del desarrollo.

En el DSM-IV (APA, 1994) la categoría específica para trastornos por ansiedad en niños fue suprimida de ambas ediciones del DSM-III (APA, 1980; 1987), a partir de este momento el diagnóstico se realiza empleando los criterios establecidos para su evaluación en adultos, extendiéndolos hacia los niños y adolescentes, dichos cambios representan varios problemas para la clasificación, taxonomía e investigación en estas poblaciones [por esta razón en la mayoría de las investigaciones sobre ansiedad en niños se retoma la clasificación del DSM-III (APA, 1980) o DSM-III-R (1987)]. A pesar de los cambios semánticos realizados en el DSM-IV la evidencia diagnóstica es consistente entre ambas versiones, refiriéndose a los trastornos por ansiedad, por ejemplo, el trastorno de fobia simple cambio a fobia específica y el trastorno de ansiedad excesiva en niños a trastorno de ansiedad generalizada. A pesar de dichos cambios los criterios diagnósticos son compatibles entre ambas versiones (Schniering, et al., 2000).

Por su seriedad y estabilidad en la población, las fobias específicas se encuentran incluidas en los dos sistemas de clasificación diagnóstica más aceptados y empleados en la práctica profesional por clínicos e investigadores:

- ❖ American Psychiatric Association (DSM-IV) (APA, 1994).
- ❖ World Health Organization (CIE-10) (WHO, 1992).

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

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; APA, 1994)

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

FOBIA ESPECÍFICA

En la Fobia Específica (APA, 1994) antes Fobia Simple (APA, 1980; 1987) el individuo experimenta un temor marcado, persistente, excesivo e irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o bien cuando anticipa su aparición, también puede hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Ante un estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariable una respuesta de ansiedad y en ocasiones aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo fóbico, el nivel de la ansiedad o temor suele estar en función al grado de proximidad con el estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico.

Criterios Diagnósticos

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1994) se especifican los siguientes criterios para el diagnóstico de la fobia específica:

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

rutina normal de la persona y con sus relaciones laborales, académicas o sociales.

- (f) En menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de por lo menos 6 meses.
- (g) La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno por ansiedad.

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

Los subtipos que establece el DSM- IV (APA, 1994) para indicar el objeto del miedo o evitación en 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 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.
- 4) *Tipo situacional*. El miedo hace referencia a otras situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados. Al inicio, este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico mayor de incidencia en la segunda infancia (6 a los 9 años) y otra a la mitad de la tercera década de la vida.
- 5) *Otros tipos*. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a

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

En algunos casos de fobia específica pueden presentarse dos o más tipos de fobias relacionados en alguna experiencia traumática o por la sucesión de eventos traumáticos o no (Essau, et al., 2000).

Generalmente los niños no pueden reconocer sus miedos como excesivos o irracionales. Sin embargo, su ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, parálisis o abrazos; el miedo a los animales y a otras situaciones ambientales son particularmente frecuentes teniendo a menudo un carácter transitorio cuando aparecen en la infancia, el diagnóstico de fobia específica no puede asegurarse a no ser que estos temores den lugar a un deterioro significativo de las actividades del niño, generalmente informado por sus padres o maestros (APA, 1994).

Diagnóstico Diferencial

El DSM-IV (APA, 1994) indica que las fobias específicas se diferencian de gran parte del resto de los trastornos por ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente, de forma característica en la fobia específica a diferencia del *trastorno de angustia con agorafobia*, el individuo no presenta una ansiedad permanente, toda vez que el miedo se limita a objetos y situaciones específicos y circunscritos. Sin embargo, la anticipación ansiosa generalizada puede emerger en las situaciones donde el encuentro con el estímulo fóbico sea bastante probable o cuando los acontecimientos vitales propician un enfrentamiento inminente con el estímulo fóbico.

El diagnóstico diferencial entre la fobia específica de tipo situacional y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar particularmente difícil ya que en ambos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación de situaciones similares (coches, aviones, transportes públicos, recintos cerrados), el segundo se caracteriza prototípicamente por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes, por su parte el prototipo de fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas recidivantes. Se han descrito cuatro factores que son útiles para establecer el diagnóstico diferencial: el objeto del temor, el tipo y número de crisis de angustia, el número de situaciones evitadas y el nivel de ansiedad intercurrente. Además, la presencia de

aprensión permanente ante nuevas crisis de angustia, no estando expuesto, es suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si el individuo presenta crisis de angustia en otras situaciones, pero no comportamientos de evitación o de resistencia con intensa ansiedad, el diagnóstico más apropiado es trastorno de angustia sin agorafobia (APA, 1994).

Por otra parte, a veces puede establecerse el diagnóstico de fobia específica y trastorno de angustia con agorafobia en un mismo individuo, en estos casos puede ser muy útil considerar en qué se centran las preocupaciones del individuo en relación con la situación fóbica (APA, 1994).

La fobia específica y la *fobia social* pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos, por ejemplo, la evitación de comer en un restaurante puede basarse en el miedo a ser evaluado por los demás (fobia social) o deberse al temor a atragantarse (fobia específica). A diferencia de lo que sucede en la fobia específica el comportamiento de evitación característico del *trastorno por estrés postraumático* aparece con posterioridad a un acontecimiento estresante y peligroso para la vida y está acompañado de síntomas adicionales (reexperiencias del trauma y empobrecimiento de la vida afectiva). En el *trastorno obsesivo-compulsivo* el comportamiento de evitación se relaciona con el contenido de las ideas obsesivas (suciedad, contaminación). En los casos de *trastorno de ansiedad por separación* no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente al temor de separarse de personas a las que el individuo se siente ligado. El diagnóstico diferencial entre *hipocondría* y fobia específica de otros tipos (evitación de situaciones que pueden dar lugar a contraer una enfermedad) depende de la presencia o ausencia de la convicción de estar enfermo, en la hipocondría existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica solo se teme la posibilidad de adquirirla (pero sin creer que ya se tiene). En los individuos con *anorexia nerviosa* y *bulimia nerviosa* no debe diagnosticarse fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a la comida y a los estímulos relacionados con ella. En la *esquizofrenia* o en otros *trastornos psicóticos* la persona puede evitar ciertas actividades como respuesta a sus propios delirios, pero no se reconoce que estos temores son excesivos o irracionales (APA, 1994).

Los miedos son muy frecuentes, especialmente en la infancia, pero su sola presencia no permite asegurar el diagnóstico de fobia específica, a no ser que interfieran marcadamente con las actividades sociales o académicas del niño o le provoquen un malestar clínico significativo.

Modificaciones con respecto al DSM-IV (APA, 1994) y a la CIE-10 (WHO, 1992)

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

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

El DSM-IV (APA, 1994) indica que además de los síntomas asociados con cada trastorno por ansiedad, puede presentarse una "crisis de angustia" (panic attack), para la mayoría de estos trastornos (APA, 1994).

CRISIS DE ANGUSTIA

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados generalmente de una sensación de muerte inminente. Pueden presentarse síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de

atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control. Se presenta en casi todos los trastornos por ansiedad y la fobia específica no es la excepción (APA, 1994).

Criterios Diagnósticos

Según el DSM- IV (APA, 1994) 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, alcanzando su máxima expresión generalmente en 10 minutos o menos, presentándose a menudo una sensación de peligro y una urgente necesidad de escapar. Las crisis que presentan menos de 4 de estos síntomas se denominan crisis sintomáticas limitadas. Los síntomas somáticos o cognoscitivos están constituidos por:

- (1) Palpitaciones (elevación de la frecuencia cardíaca)
- (2) Sudoración
- (3) Temblores o sacudidas
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) Sensación de atragantarse
- (6) Opresión o malestar torácico
- (7) Náuseas 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.

Las crisis de angustia están presentes en la mayoría de los trastornos por ansiedad, por lo que además de establecer un diagnóstico preciso del trastorno de una persona debe evaluarse esta condición.

Tipos de Crisis de Angustia

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia descritos en el DSM-IV (APA, 1994), diferenciándose por la forma de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales:

- (a) *Crisis de angustia inesperadas*. No relacionadas con estímulos situacionales, donde las crisis no se asocian a desencadenantes ambientales.

- (b) *Crisis de angustia situacionales*. Desencadenadas por estímulos ambientales, donde aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental.
- (c) *Crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada*. Las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas, las crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada son especialmente frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o en la fobia social (APA, 1994).

La naturaleza de la crisis de angustia varía en cada persona, siendo generalizable para todos los trastornos por ansiedad, aunque no en todos los casos se presenta, considerando sus implicaciones para el tratamiento.

El éxito del tratamiento de las fobias específicas dependerá de la efectividad y precisión de la evaluación diagnóstica efectuada, razón por la cual es importante conocer todas las posibles manifestaciones y características de este trastorno. Además de contar con criterios diagnósticos válidos y confiables, la forma en la que se evalúan las manifestaciones de cualquier trastorno en general y de la fobia específica en particular influye en las implicaciones futuras de diagnóstico y tratamiento de dichos trastornos. Por lo que en la siguiente sección se presentan las formas más empleadas para su evaluación en la población infantil y adolescente (King, Ollendick & Murphy, 1997).

4.5 EVALUACIÓN

La medición en psicología tiene por objeto registrar diferencias entre individuos o entre las reacciones de un mismo individuo en diferentes ocasiones, utilizando instrumentos denominados pruebas psicológicas o "test psicológicos" (Anastasi & Urbina, 1998). Por medio de la medición se trata de averiguar qué tanto de un atributo existe y, tiene como propósito el cuantificar los atributos de objetos y personas reales; lográndolo mediante la realización de una operación, es decir, hacer algo de acuerdo a un conjunto de reglas para obtener medidas. Su validez o utilidad va a depender del carácter de los datos empíricos (Anastasi & Urbina, 1998; Hernández, Fernández & Baptista, 1998; Kerlinger, 1981).

Tradicionalmente la detección y diagnóstico de los trastornos por ansiedad se ha basado en entrevistas semiestructuradas dirigidas a los propios niños o adolescentes, y a sus padres o cuidadores principales, primero por separado y después integrándolos en un diagnóstico compuesto. Si bien el desarrollo de instrumentos para un diagnóstico más sistemático de los trastornos por ansiedad se ha indicado como necesario en otros países, en México se realiza de la manera tradicional. Específicamente, en el caso de la fobia específica no existe ningún instrumento que permita categorizarla y diagnosticarla confiablemente en población mexicana.

La evaluación de la fobia específica en niños y adolescentes se concibe como un proceso exploratorio y confirmatorio de hipótesis planteadas por el clínico o investigador, en la cual un gran rango de procedimientos de evaluación específicos son empleados para entender el trastorno y su relevancia social, así como establecer las bases para la formulación y evaluación de las estrategias de intervención (King, Ollendick & Murphy, 1997).

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

Entrevista

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

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

Por lo general se aplica de dos maneras:

- (a) *Estructurada*. Permite obtener información para organizar un marco teórico y conceptual congruente con el problema que se estudia, la información se recolecta con lápiz y papel o grabadoras; la información recolectada de esta manera permite efectuar análisis cualitativos o cuantitativos.
- (b) *Semiestructurada*. Comienza con una serie de preguntas clave que permitirán al entrevistador indagar y obtener mayor información, se emplea principalmente en estudios de carácter exploratorio, aunque esta flexibilidad es su principal desventaja dando lugar a la realización de preguntas poco relacionadas con el trastorno que se pretende evaluar.

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

Entrevista Conductual

La entrevista conductual es un paso crucial en el proceso de evaluación, cuyo principal propósito es establecer "rapport" con el niño o adolescente y su familia, obtener información de la conducta fóbica, sus antecedentes y consecuencias, evaluar el nivel

de desarrollo, determinar el contexto en el que ocurre y formular planes de tratamiento (King, Ollendick & Murphy, 1997).

Una diferencia importante entre una entrevista conductual y una entrevista tradicional es el tipo de información recolectada y el tipo de preguntas formuladas. Gambrell (1977, citado por Cooper, Heron & Heward, 1987) describe la entrevista conductual como un modelo que se enfoca en "qué hace" el paciente, en "qué situaciones" y "como responden" otras personas relacionadas con él (qué hacen ellos antes y después de que el paciente emite tales conductas). "¿Qué?" y "¿cuando?" se emplean más que el "¿por qué?" permitiendo respuestas más elaboradas que contestaciones de sí o no.

Entrevistar a un paciente fóbico requiere anticipar que puede ser alguien tímido, serio, con miedo, ansioso y relativamente irresponsivo a las preguntas de la entrevista, ésta situación demanda una apreciación del nivel de desarrollo cognitivo del paciente para plantear preguntas adecuadas y entendibles que pueda contestar. Las preguntas se realizan de manera directa, con lenguaje sencillo, abiertas y específicas de una situación en particular para obtener respuestas elaboradas del niño o adolescente. Ayudarle a establecer los antecedentes y las consecuencias de su fobia puede ser benéfico para identificar como se siente respecto a su fobia. Por medio de preguntas elaboradas puede identificar por sí mismo sus propias señales de miedo como el llanto, miedo, ansiedad o conductas de evitación (King, Ollendick & Murphy, 1997).

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

Entrevista Diagnóstica Estructurada

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

Frecuentemente las fobias co-ocurren con otros trastornos por ansiedad, como ansiedad de separación, ansiedad generalizada o trastornos externos como trastornos del comportamiento (King, Ollendick & Murphy, 1997). Por esta razón clínicos e investigadores se interesan en el desarrollo de instrumentos estructurados que incluyan un apartado para diferenciar la fobia específica de otros trastornos por ansiedad. Representativo de este tipo de instrumentos es el Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C; Silverman & Nelles, 1988) descrito a continuación.

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

El ADIS-C elaborado por Silverman y Nelles (1988) es el instrumento más representativo de la entrevista diagnóstica estructura. Sus reactivos se desarrollaron considerando los criterios diagnósticos de los trastornos por ansiedad descritos en el DSM-III-R (1987). Incluye un apartado para evaluar fobia específica, escalas visuales y material pictográfico para niños. Además cuenta con una versión para padres (ADIS-P) el cual se administra después de la entrevista para niños.

Silverman y Nelles (1988) aplicaron el ADIS-C y el ADIS-P en una muestra de niños con ansiedad y sus madres. Trabajaron con los datos correspondientes a fobia simple, fobia escolar y desorden de ansiedad, informando una confiabilidad de moderada a alta en dichas categorías. Específicamente en fobia simple obtuvieron una confiabilidad alta en la entrevista para niños, entrevista para padres y en el diagnóstico compuesto con índices de .64 y 1.0 respectivamente.

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

Instrumentos de Auto-Informe

Existe una gran variedad de estos instrumentos y frecuentemente se aplican para complementar la información obtenida en la entrevista. Consisten en listas de reactivos que hacen referencia a estímulos o situaciones temidas y en un grupo de respuestas entre las que se elige la que mejor describe el estado del paciente. Por lo general estos

instrumentos son rápidos y fáciles de administrar, cuentan con datos normativos y ayudan a evaluar los resultados del tratamiento. Sin embargo, tienen algunas limitaciones, como su poca habilidad para discriminar entre grupos diagnósticos y su escasa sensibilidad a los cambios del desarrollo (Kendall, Chansky, et al., 1992).

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

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

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición, en todos se emplean formulas que producen coeficientes de confiabilidad que fluctúan entre 0 y 1. En donde un coeficiente de 0 o cercano a él significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad. Entre más se acerque el coeficiente a cero (0), hay mayor error en la medición. La confiabilidad puede expresarse como sigue: muy baja, baja, regular, aceptable y elevada (Hernández, et al., 1998).

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:

(a) *Medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest)*. En este procedimiento el mismo instrumento de medición es aplicado en dos o más ocasiones a un mismo grupo de personas después de cierto periodo de tiempo.

Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable. El periodo de tiempo entre las mediciones es un factor a considerar, si el periodo es largo y la variable susceptible de cambios, puede confundir la interpretación del coeficiente de confiabilidad obtenido por este procedimiento. Si el periodo es corto las personas pueden recordar cómo contestaron en la primera aplicación del instrumento, para aparecer como más consistentes de lo que son en realidad.

(b) *Método de formas alternativas o paralelas*. No se aplica el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste, siendo similares en contenido, instrucciones, duración y otras características.

Las versiones son administradas a un mismo grupo de personas dentro de un periodo de tiempo relativamente corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas es significativamente positiva, los patrones de respuesta deben variar poco entre aplicaciones.

(c) *Método de mitades partidas (split-halves)*. Requiere una sola aplicación del instrumento, pero se divide el conjunto total de preguntas o componentes en dos partes equivalentes y las puntuaciones o resultados de ambos son comparados. Si el instrumento es confiable las puntuaciones de ambas mitades deben correlacionar fuertemente.

La confiabilidad varía de acuerdo al número de reactivos que incluya el instrumento de medición. Cuantos más reactivos mayor es la confiabilidad. Sin embargo, demasiados provocan cansancio en el respondiente.

(d) *Coeficiente alfa de Cronbach*. Este coeficiente desarrollado por J. L. Cronbach, requiere una sola administración del instrumento y produce valores que oscilan entre 0 y 1.

(e) *Coeficiente KR-20*. Kuder y Richardson (1937 citados por Fernández, et al., 1998) desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición, su interpretación es la misma que la del coeficiente alfa de Cronbach.

La validez de los instrumentos de medición tiene que ver con lo "que" miden y con "qué tan bien" lo hacen, nos indica qué es lo que se puede inferir a partir de los resultados (Anastasi & Urbina, 1998), también se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Kerlinger, 1981).

La validez tiene 3 formas de comprobación (Anastasi & Urbina, 1998; Hernández, et al., 1998; Kerlinger, 1981):

(1) *Validez de Contenido*. Es la representatividad o la adecuación muestral del contenido, en otras palabras, se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de lo que mide. El instrumento debe representar en sus preguntas el dominio de contenido de las variables a medir.

La validez de contenido es compleja de obtener y para calcularla Hernández, et al. (1998) señalan que es necesario :

- (a) Revisar como es que otros investigadores han utilizado la variable.
- (b) Elaborar un universo de preguntas posibles para medir la variable y sus dimensiones (debe ser lo más exhaustivo posible).
- (c) Consultar con investigadores familiarizados con el tema para saber si el universo de preguntas es suficientemente exhaustivo.
- (d) Si la variable tiene diferentes dimensiones se extrae una muestra probabilística de las preguntas que las compondrán.
- (e) Se administran las preguntas y se correlacionan las puntuaciones obtenidas entre sí (debe haber correlaciones altas para comprobar que se están midiendo la misma dimensión).
- (f) Se realizan estimaciones estadísticas para ver si la muestra es representativa.

Posteriormente, la versión final del instrumento se somete nuevamente a evaluación antes su aplicación definitiva.

(2) *Validez de Criterio*. Se establece cuando el instrumento se mide comparándolo con algún criterio externo, este criterio es un estándar con el que se establece la validez del instrumento. Entre más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez de criterio será mayor.

Si el criterio se establece en el presente se habla de validez concurrente en la que los resultados del instrumento se correlacionen con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo (Hernández, et al., 1998).

Si el criterio se establece en el futuro se habla de validez predictiva en la que a partir de los resultados del instrumento se determina el estado, capacidad o desempeño de los sujetos en el futuro (Hernández, et al., 1998).

La validez de criterio es más sencilla de estimar, lo único que hace el investigador es correlacionar su medición con el criterio y este coeficiente se toma como coeficiente de validez.

(3) *Validez de Constructo*. Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con las hipótesis derivadas del marco teórico y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico (Anastasi & Urbina, 1998).

Hernández, et al. (1998) indican que la validez de constructo incluye tres etapas:

- (a) Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
- (b) Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
- (c) Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

La validez de constructo se determina mediante un procedimiento de análisis factorial (Anastasi & Urbina, 1998; Hernández, et al., 1998). La validez de estructura factorial se utiliza cuando las variables o conceptos a medir son complejos, el objetivo de este análisis es probar si en los casos observados, las variables se agrupan de la misma manera en que fueron diseñadas, en otras palabras, si los factores resultantes comprenden los reactivos con que se pretendía medir cada una de las variables.

Cada una de las preguntas que se incluyan deben dirigirse a conocer aspectos específicos de las variables objeto de análisis. El reconocimiento de las mismas puede hacerse con una o varias preguntas o bien una sola pregunta puede servir para indagar dos o más variables. Para la elaboración de cuestionarios es necesario asegurar que todas las variables se encuentren incluidas con sus respectivos indicadores y además, que evalúen la información a investigar.

A continuación se presentan algunos de los principales instrumentos de este tipo que presentan datos de confiabilidad y validez adecuados. Algunos de estos instrumentos evalúan miedos y preocupaciones específicos como el Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R; Ollendick, 1983) y otros evalúan miedos y preocupaciones más generales como el Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978).

Entre los principales instrumentos de este tipo se encuentran:

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

Tradicionalmente se emplea para determinar los efectos de situaciones fóbicas o temidas en la experiencia subjetiva. Derivado del original el Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) desarrollado por Castaneda, et al. (1956), formado por 42 reactivos sintomáticos y 11 reactivos adicionales de deseabilidad social de las respuestas (Escala L). Validada con 386 niños de 4to a 6to grado, informando una alta confiabilidad test-retest de 1 semana de .90 para la escala de ansiedad y de .70 para la Escala L.

Debido a la dificultad de las palabras en algunos de los reactivos del CMAS, Reynolds y Richmond (1978) desarrollaron una versión revisada, el RCMAS, llamado "What I Think and Feel?", formado por 37 reactivos que indican la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad (28 reactivos forman la escala total de ansiedad distribuidos en tres factores:

ansiedad fisiológica, preocupación-sensibilidad y preocupación-concentración) y 9 reactivos adicionales correspondientes a la Escala L, con opciones de respuesta dicotómicas de sí/no. La escala se estandarizó con una muestra de 4,972 niños entre 6 y 19 años, informando una confiabilidad test-retest a los 9 meses de .68 y a las 3 semanas de .98. Similarmente, Wisniewski, Mulick, Genshaft y Coury (1987) informan de una alta consistencia interna y una confiabilidad test-retest de 1 y 5 semanas de .88 y .77 respectivamente en una muestra de 161 niños de población general entre 11 y 14 años. Recientemente en un estudio realizado por Pina, et al. (2001) con la Escala L del RCMAS en una muestra de 284 niños diagnosticados con algún trastorno por ansiedad entre 6 y 17 años, encontraron que los niños con un trastorno por ansiedad obtienen una calificación mayor en la Escala L que los adolescentes con ansiedad.

En otro estudio Last, Francis, Hersen, Kazdin y Strauss (1987) encontraron que el RCMAS discrimina entre niños con ansiedad de separación y niños con fobia escolar, sugiriendo que la naturaleza de la escala en la evaluación de los trastornos por ansiedad resulta altamente discriminante respecto de estos dos trastornos.

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

Derivado de la escala desarrollada para adultos el Fear Survey Schedule for Children fue modificada por Scherer y Nakamura (1968). Consiste de 80 reactivos representativos de las diferentes fobias incluyendo miedo a los animales, miedo a la pérdida y fobia escolar para niños entre 9 y 12 años con una escala de respuesta tipo Lickert de 5 puntos.

En una revisión del instrumento Ollendick (1983) introdujo una escala de 3 puntos (nada, regular, mucho) para su uso en niños más pequeños y con problemas de desarrollo, obteniendo una alta consistencia interna en dos muestras con coeficientes alfa de .94 y .92, la confiabilidad test-retest de una semana fue de .82 y a los 3 meses fue de .55. La validez de la escala fue evaluada comparando sus puntajes con los puntajes de otros instrumentos similares. El FSSC-R está formado por 5 factores: Factor 1 "Miedo al fracaso y a la crítica", Factor 2 "Miedo a lo desconocido", Factor 3 "Miedo a ser lastimado y a los animales pequeños", Factor 4 "Miedo al peligro y a la muerte" y Factor 5 "Miedos médicos". El FSSC-R se emplea para recolectar datos normativos de los miedos infantiles en varios continentes y países incluyendo a América, Australia, África y China, encontrando que los contenidos de los miedos son similares entre culturas.

❖ Child Anxiety Sensitivity Index (CASI).

Es un instrumento que mide la “susceptibilidad a la ansiedad”, que se refiere al supuesto de que al exponerse a señales de miedo se experimentará ansiedad, lo que tendrá consecuencias catastróficas, tales como daños físicos o mentales, vergüenza extrema o conductas de evitación, como características principales de un individuo con tendencia a responder con ansiedad ante la exposición a diversas situaciones o estímulos. Por ejemplo, alguien que es susceptible a la ansiedad pensará que si el corazón le late rápidamente es por que algún estímulo temido está presente siendo poco hábil para escapar o evitarlo, o bien puede creer que un dolor de estómago es señal de una enfermedad seria (King, Ollendick & Murphy, 1997).

El Child Anxiety Sensitivity Index (CASI) consiste en una escala de 18 reactivos modificada por Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson (1991) del “Anxiety Sensitivity Index” desarrollado por Peterson y Reiss (1987 citados por Silverman, Fleisig, Rabian & Peterson, 1991). El contenido de los reactivos hace referencia a qué tan aversivos resultan los síntomas de ansiedad. Los niños y adolescentes responden de acuerdo a una escala de 3 puntos (nada, regular o mucho) para describir el grado en el cual cada reactivo se adecua a ellos mismos, con puntuaciones totales entre 18 y 54.

En una muestra de pre-adolescentes y adolescentes Silverman, Fleisig, et al. (1991) informan una confiabilidad test-retest de 2 semanas de .76 para una muestra de población general de niños escolares y de .79 para una muestra de niños con trastornos emocionales. La consistencia interna se determinó correlacionando cada reactivo con el total del CASI, informando una consistencia de .87 para ambas muestras.

❖ Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS).

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

En un estudio realizado por Muris, Schmidt y Merckelbach (2000) con una muestra de 1011 jóvenes entre 7 y 19 años de edad informan un alfa de Cronbach de .92 y una correlación

de .89 con el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher, et al., 1997) comprobando por medio de este procedimiento la validez concurrente de ambos instrumentos.

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

Elaborado por March (1997), consta de 39 reactivos distribuidos en cuatro escalas (síntomas físicos, evitación del daño, ansiedad social y separación/pánico, una escala para medir el nivel total de ansiedad y 2 índices (trastornos por ansiedad e inconsistencia), y un formato por separado del instrumento, el MASC-10 que se emplea en situaciones especiales cuando se requiere realizar una evaluación rápida de los síntomas de ansiedad en general (10 reactivos), con 4 puntos de respuesta (0-nunca es cierto para mí, 1-rara vez es cierto para mí, 2-algunas veces es cierto para mí, 3-frecuentemente es cierto para mí). Desarrollada para jóvenes entre 8 y 19 años, fácil de administrar en un tiempo máximo de 15 minutos. Su confiabilidad test-retest a las 3 semanas es de .79 y a los 3 meses de .93. March, Sullivan, et al. (1999) examinaron su confiabilidad test-retest en una muestra de 142 niños y adolescentes entre 8 y 18 años, siendo esta de .88 a las 3 semanas.

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

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

En la Tabla 4.4 se muestra la confiabilidad test-retest para los principales instrumentos de auto-informe desarrollados, misma que fluctúa entre moderada y alta.

Instrumento	Confiabilidad Test-Retest	Referencia
Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)	.90 (1 semana)	Castaneda, McCandless y Palermo (1956)
Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)	.98 (3 semanas)- .68 (9 meses)	Reynolds y Richmond (1978)

	.88 (1 semana)- .77 (5 semanas)	Wisniewski, Mulick, Genshaft y Coury (1987)
Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)	.82 (1 semana)- .55 (3 meses)	Ollendick (1983)
Child Anxiety Sensitivity Index (CASI)	.76 (2 semanas, población general)- .79 (2 semanas, niños con trastornos emocionales).	Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson (1991)
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	.51 (6 meses)	Spence (1997)
Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)	.79 (3 semanas)- .93 (3 meses)	March (1997)
	.88 (3 semanas)	March, Sullivan y Parker (1999)
Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	.86 (5 semanas)	Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman y Kenzie Neer (1997)

Tabla 4.4 Confiabilidad test-retest de los instrumentos de auto-informe de ansiedad en niños y adolescentes.

Esta evidencia sugiere que los instrumentos de auto-informe son razonablemente confiables para su aplicación en niños y adolescentes. El acuerdo padre-niño/adolescente se ha estudiado, aplicando las respectivas escalas y evaluando el grado de acuerdo entre ambos informes, los diversos estudios realizados, muestran en general, poca concordancia. Dicha discrepancia puede deberse en parte a la ansiedad de los padres o bien a otros factores relacionados con el niño tales como la redacción y comprensión de los reactivos o bien a la deseabilidad social con respecto al instrumento. Resumiendo, los datos de confiabilidad existentes indican que los instrumentos de auto-informe son estables en el tiempo. Sin embargo, como en el caso de las entrevistas estructuradas el acuerdo entre padre-hijo es generalmente bajo (Engel, Rodrigue & Geffken, 1994).

La validez de dichas pruebas ha sido evaluada examinando las correlaciones entre diferentes instrumentos de auto-informe de ansiedad y otras escalas similares, examinando la medida en la cual dichos instrumentos discriminan entre grupos diagnósticos. Una

aceptable validez concurrente o convergente se ha informado para el Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978), el Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R; Ollendick, 1983), el Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997) y el Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, 1997).

Correlaciones moderadas a fuertes se han informado entre cada uno de estos instrumentos y otras medidas similares de auto-informe. Spence (1997) encontró que el SCAS correlaciona fuertemente con el RCMAS ($r=.73$, $p<.001$, $n=311$). Su validez discriminante también se evaluó, encontrando que ambos instrumentos distinguen entre niños ansiosos y no ansiosos, y entre trastornos por ansiedad.

Muris, Merckelbach, Mayer, Van Brakel, et al. (1998) encontraron que el SCARED correlaciona fuertemente con el RCMAS ($r=.86$, $p<.05$, $n=75$) y con el FSSC-R ($r=.67$, $p<.05$, $n=120$). Los datos indican que niños ansiosos clínicamente pueden diferenciarse de niños no ansiosos empleando el RCMAS (Stark, Kasow & Laurent, 1993), el FSSC-R (Ollendick, 1983) y el SCAS (Spence, 1997).

En suma, los datos presentados sugieren que los instrumentos de auto-informe son generalmente hábiles para distinguir entre niños ansiosos y de población general siendo sensibles además, a los efectos del tratamiento, pero su habilidad para discriminar entre niños ansiosos entre otros trastornos por ansiedad es limitada. Sin embargo, son de gran utilidad para identificar los síntomas más representativos de la ansiedad del paciente en el momento del diagnóstico (King, Ollendick & Murphy, 1997).

Instrumentos para Padres y Maestros

En ocasiones se entrevista a otras personas relacionadas con el paciente para obtener información adicional de su comportamiento. Los padres y maestros completan listas de chequeo y escalas de auto-informe como parte de la evaluación de la fobia específica en niños y adolescentes. Entre los principales instrumentos dirigidos a padres y maestros, destacan los siguientes:

❖ Child Behavior Checklist (CBCL).

Elaborado por Achenbach y Edelbrock (1983, citados por King, Ollendick & Murphy, 1997) diseñado para identificar problemas de conducta y competencia social en jóvenes de 9 a 18 años. Cuenta con instrumentos separados para padres y maestros, mismos que

evalúan la conducta interna y externa de los niños por medio de 113 reactivos con 3 opciones de respuesta. Los reactivos de competencia social evalúan la participación del niño en organizaciones y, actividades sociales y escolares. Cuenta con normas por edad y sexo. Frecuentemente es empleado para evaluar fobia específica y ansiedad.

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

Desarrollado por Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972, citados por King, Ollendick & Murphy, 1997) es una escala con 81 reactivos que enumeran una gran variedad de miedos específicos, para aplicarse en niños y adolescentes de 4 a 16 años, bajo este criterio los padres o maestros responden a la escala con 3 opciones de respuesta (no temido, normal o miedo razonable, irrealista o miedo excesivo) indicando el nivel de miedo del niño. También puede ser contestado por el niño o adolescente. El LFSC cuenta con tres factores para padres: miedo o peligro físico (guerra o cirugía), peligros naturales y sobre-naturales (animales y oscuridad) y socio-interpersonal (evaluación y crítica).

Evaluación Conductual

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

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

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

Automonitoreo

Este procedimiento requiere el registro de conductas "blanco", en este caso el niño o adolescente con fobia es quien realiza dicho procedimiento, primero debe auto-observarse y posteriormente auto-registrar la ocurrencia de su conducta fóbica. Se emplea principalmente para registrar línea base, antecedentes y consecuentes de la conducta fóbica. El automonitoreo permite al niño registrar su propia conducta, así como, la severidad de su ansiedad por lo que se han desarrollado métodos como el diario conductual y aparatos contadores (por ejemplo, contadores de muñeca). Cuando se emplea con niños es imperativo que las conductas a registrar se encuentren bien definidas y que el procedimiento de registro sea muy sencillo. La edad del niño es un factor importante para decidir emplear esta técnica de registro (King, Ollendick & Murphy, 1997).

Cuando el automonitoreo es elegido como una estrategia de evaluación se debe atender lo siguiente: la precisión del automonitoreo, incluyendo explicaciones y ejemplos, el propósito del automonitoreo es la evaluación de la conducta antes y después del tratamiento, no debe emplearse como una técnica de tratamiento (King, Ollendick & Murphy, 1997).

Evaluación Fisiológica

Las respuestas fisiológicas son importantes componentes en la mayoría de las reacciones fóbicas. La instrumentación científica permite el registro de muchas respuestas fisiológicas

(por ejemplo, tasa cardiaca, presión sanguínea o tensión muscular) en la evaluación de la reactividad de un individuo ante un estímulo fóbico (Kendall, Chansky, et al., 1992).

En las reacciones fóbicas, las respuestas fisiológicas más frecuentemente registradas son: el registro de respuestas cardiovasculares (tasa cardiaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo periférico), electrodermales (conductancia de la piel) y electromiográficas (actividad eléctrica en los músculos esqueléticos) (Kendall, Chansky, et al., 1992; Öst, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Öst, Sterner & Fellenius, 1989).

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

Medidas de Laboratorio

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

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

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

Instrumentos de Evaluación Familiar

Problemas en las relaciones familiares frecuentemente son evidentes en niños con algún trastorno por ansiedad. Generalmente los adultos diagnosticados con algún trastorno por ansiedad definen a sus padres como sobreprotectores, ambivalentes, rechazantes y hostiles (Bowlby, 1989; Hernández-Guzmán, 1999; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; Johnson & Medinnus, 1974; Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992), así mismo, ansiedad en la relación con los padres (Bowlby, 1989), padres divorciados (Sandier, Kim-Bae & MacKinnon, 2000) y problemas de interacción (Wasserstein & La-Greca, 1996). Factores que pueden dificultar la elaboración e implementación de un plan de tratamiento. Para evaluar estos factores se emplean entrevistas estructuradas y semiestructuras. Sin embargo, un instrumento representativo de este rubro es el Family Environment Scale.

❖ Family Environment Scale (FES).

Desarrollado por Moos y Moos (1986 citados por King, Ollendick & Murphy, 1997) es un instrumento de auto-informe compuesto por 90 reactivos distribuidos en 10 subescalas (cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación a metas, orientación cultural, recreación, religión, organización y control) con dos opciones de respuesta (cierto/falso). Se aplica a los distintos miembros de la familia incluyendo al niño si es posible.

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

La evaluación conductual de niños y adolescentes se define como un proceso exploratorio y comprobatorio de hipótesis en el cual los diferentes procedimientos de evaluación se emplean para entender la conducta del niño, de su grupo y la ecología social en la que interactúa, dicha evaluación debe integrarse atendiendo el nivel de desarrollo del paciente (King, Ollendick & Murphy, 1997).

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

La mayor parte de los instrumentos descritos en este apartado cuentan con datos adecuados de confiabilidad y validez. Sin embargo, los instrumentos que se basan en el informe de otros significativos para los niños y adolescentes no toman en cuenta la expresión de las manifestaciones que éstos pueden presentar ni que la correspondencia entre ambos no arroja resultados alentadores. Así, es necesario desarrollar instrumentos que evalúen las manifestaciones de fobia específica en español enfocados y adaptados a los niños y adolescentes mexicanos.

En México el diagnóstico y evaluación de la fobia específica se realiza por medio de los métodos tradicionales de evaluación o bien realizando traducciones literales de instrumentos de otros países, mismos que no se adaptan a las normas de la población mexicana. Por lo que el presente trabajo propone la elaboración y validación de un instrumento para medir fobia específica en dichos grupos de edad.

CAPÍTULO 5.

MÉTODO

Objetivos

- ❑ Desarrollar un instrumento válido y confiable que permita la valoración y diagnóstico del trastorno de fobia específica en niños y adolescentes basado en las categorías diagnósticas propuestas por el DSM- IV (APA, 1994).
- ❑ Calcular la prevalencia total del trastorno de fobia específica en población general por sexo y edad, así como la frecuencia con la que se presentan determinados miedos.
- ❑ Explorar la variación del contenido de los miedos a lo largo del desarrollo.

Variables

Las variables fueron: ansiedad, depresión y fobia específica.

Participantes

Muestra de Población General

Se trabajó con 1681 participantes, 859 mujeres y 822 hombres de entre 7 y 16 años de edad, con una media de 10 años. Un mil cuatrocientos doce niños provenientes de cinco escuelas primarias públicas y 269 adolescentes provenientes de una escuela secundaria pública ubicadas en diversas zonas geográficas de la Ciudad de México (Anexo 1).

Zona Geográfica	Plantel	Participantes
Norte	Primaria pública	389
Sur	Primaria pública	516
	Secundaria pública	269
Centro	Primaria pública	160
Oriente	Primaria pública	347

Tabla 5.1 Frecuencia de participantes por zona geográfica.

Muestra Clínica

Se trabajó con 112 pacientes, 49 mujeres y 63 hombres de entre 6 y 13 años de edad, con una media de 8 años. Veinticuatro niños provenientes de una clínica ubicada al oriente de la ciudad de México y 88 niños de una clínica ubicada al sur de la ciudad (Anexo 1).

En la tabla 5.2 se presenta la distribución de los grupos de contraste psiquiátricos; tres niños fueron excluidos de la investigación por haber recibido un diagnóstico adicional de retraso mental.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	46	41.1%
Conducta	49	43.8%
Depresión	17	15.2%

Tabla 5.2 Distribución de los grupos de contraste de la muestra clínica.

Criterios de inclusión:

- ❑ Para la población clínica recibir un diagnóstico de un trastorno por ansiedad, depresión o de conducta proporcionado por un psiquiatra de dos Hospitales Psiquiátricos de la Ciudad de México.

Criterios de exclusión:

- ❑ Cualquier tipo de retardo en el desarrollo o daño cerebral.
- ❑ Aquellos cuyos padres no dieran su consentimiento para que el niño participara en la investigación.

Las muestras de población general y población clínica eran comparables en edad, grado escolar, sexo y tipo de escuela, se trabajó con un número menor de pacientes psiquiátricos, debido a la proporción desigual de dichos trastornos respecto a la población general.

Escenario

La aplicación en las escuelas públicas se realizó en las aulas correspondientes a los diferentes grados y grupos escolares de manera grupal.

La aplicación en el escenario clínico se realizó en el área de admisiones de dos Hospitales Psiquiátricos de manera individual en forma de entrevista.

Materiales

Los materiales empleados para las aplicaciones individual y grupal fueron:

- ❑ Hojas de lectura óptica (dos por cada participante)
- ❑ Lápices de 2 o 2 ½

- ❑ Goma, sacapuntas y regla
- ❑ Calcomanías de diversos personajes
- ❑ Carta de consentimiento informado

Instrumentos

- ❑ Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, compuesto por 60 reactivos con escala tipo Likert de tres opciones, los reactivos se califican con 1, 2 y 3 (confiabilizar y validar dicho instrumento es uno de los objetivos de la presente investigación) (Anexo 2).
- ❑ Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para niños y adolescentes, alpha de Cronbach = .7873 (Radloff, 1977), compuesta por 20 reactivos distribuidos en 3 factores: Factor 1 "Afecto Negativo-Quejas Somáticas", Factor 2 "Afecto Positivo" y Factor 3 "Interpersonal", que muestran la frecuencia de ocurrencia de síntomas depresivos en la semana previa a su aplicación. Los reactivos se califican con 0, 1, 2 y 3, los puntajes que miden severidad de síntomas van de 0 a 60, sesenta representando la máxima severidad (Anexo 3).
- ❑ Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) compuesta por 44 reactivos en 6 factores: Factor 1 "Síntomas Físicos", Factor 2 "Ansiedad de Separación", Factor 3 "Fobia Específica", Factor 4 "Evaluación Positiva", Factor 5 "Fobia Social" y Factor 6 "Trastorno Obsesivo-Compulsivo", en escala tipo Likert de tres puntos (nunca, a veces, muchas veces que se califican con 1, 2 y 3, respectivamente) con un alpha de Cronbach = .9077 (Anexo 4).

Procedimiento

En la aplicación participaron 5 pasantes de psicología y una maestra en psicología. El entrenamiento en el procedimiento de aplicación se realizó en una sesión de aproximadamente dos horas. La cual consistió en establecer la uniformidad de los procedimientos para la aplicación, la revisión de cada uno de los instrumentos, la formulación de las instrucciones, materiales de aplicación, los límites de tiempo, las instrucciones orales, las demostraciones previas, la forma de manejar las dudas de los examinados, el tono de la voz, las pausas, la expresión del rostro y las actividades relacionadas con la aplicación. En las escuelas, una vez acordados los permisos y horarios de la aplicación, se envió una circular a los padres de familia (Anexo 5) pidiendo su

aprobación para que su hijo(a) participara en la investigación contestando los instrumentos. En los Hospitales Psiquiátricos al salir de la consulta en el área de admisiones, el paciente se refería con los aplicadores. Antes de la aplicación firmaban los padres de familia una carta de consentimiento informado (Anexo 5).

Los pares de aplicadores se asignaron al azar a cada grupo escolar, uno de ellos leía las preguntas y el otro escribía las opciones de respuesta en el pizarrón y resolvía las posibles dudas que surgieran. Una vez a la semana todos se reunían para discutir los problemas y peculiaridades que se hubiesen presentado con el objetivo de evitar posibles problemas en las siguientes aplicaciones. En las aplicaciones grupales se explicaba como contestar en las hojas ópticas. Se leían las instrucciones en voz alta. A continuación se leía, también en voz alta, cada reactivo de los instrumentos llamando la atención al número de cada pregunta y su localización en la hoja óptica.

En el escenario clínico, los aplicadores trabajaron también por pares siguiendo el mismo procedimiento, sólo que en forma de entrevista individual empleando representaciones gráficas en aquellos casos donde el niño(a) tuviera dificultades para comprender las opciones de respuesta (Anexo 6).

Al terminar, el aplicador pedía a los participantes que revisaran que todos los reactivos estuvieran contestados. En caso contrario el segundo aplicador repetía las preguntas faltantes. Se pedía a los niños que acomodaran las hojas ópticas una detrás de la otra y las entregarán al aplicador. Finalmente se les daba las gracias por participar y se les entregó una calcomanía a cada uno(a).

Diseño Experimental

La presente investigación es un estudio transversal descriptivo correlacional, dado su propósito de describir variables y relaciones entre las mismas en un momento determinado. El diseño utilizado no es estrictamente experimental en el sentido de haber administrado una variable independiente a fin de observar su efecto en una o más variable(s) dependiente(s). El diseño es "*ex post-facto*" porque los hechos y las variables ya habían ocurrido, observando sus características y relaciones tal y como se han dado en su contexto natural (Hernández, et al., 1998).

Análisis de los Datos

Se elaboró una base de datos para la muestra de población general y otra para la muestra de población clínica, para realizar los análisis estadísticos pertinentes.

Los datos se analizaron empleando el Programa SPSS 11.0 para Windows, realizándose los siguientes análisis estadísticos:

- ❑ Estadísticos descriptivos: análisis de frecuencias de las características de la población y análisis descriptivo de cada reactivo para identificar aquellos reactivos con más de 75% de respuesta en una sola opción, en cuyo caso se considera como una constante en la población más que como una variable.
- ❑ Análisis de discriminación de reactivos por medio de pruebas t de Student para comprobar la capacidad discriminante entre los puntajes bajos y altos totales del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes.
- ❑ Para el cumplimiento del primer objetivo se corrió un análisis factorial para comprobar su validez de constructo, se correlacionó con la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) para corroborar su validez convergente, se correlacionó con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para comprobar su validez divergente y finalmente se aplicó una pruebas t de Student para muestras independientes para comprobar su validez discriminante. Se calculó el alpha de Cronbach para comprobar su confiabilidad.
- ❑ Para calcular la validez discriminante del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes, realizándose las siguientes comparaciones:
 - (1) Población general vs población clínica diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico.
 - (2) Población general vs población clínica diagnosticada con un trastorno por ansiedad.
 - (3) Población clínica diagnosticada con un trastorno por ansiedad vs población psiquiátrica diagnosticada con otros trastornos psiquiátricos.

- ❑ Se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica primero por puntuación total y por factores, y posteriormente en aquellos reactivos identificados como más atemorizantes, en la muestra de población general, por género. Realizándose con la muestra de población general.

- ❑ Se realizó un análisis descriptivo del contenido y número de miedos por edades, atendiendo a la frecuencia con la que los niños y adolescentes contestaron en la opción de respuestas “tanto como te puedas imaginar” a los reactivos del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica en niños y adolescentes .

- ❑ Se aplicó un Análisis de Varianza (ANOVA) de una sola vía Pos Hoc (Scheffe) con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica primero por su puntaje total y posteriormente por sus factores, con el propósito de explorar las diferencias en el contenido de los miedos por grupos de edad. Realizándose con la muestra de población general.

CAPÍTULO 6.

RESULTADOS

Análisis de Resultados

Análisis Descriptivo

Análisis de Frecuencias

Se efectuó un análisis de frecuencias para cada reactivo en la muestra de población general, para identificar la distribución de las puntuaciones en las diferentes opciones de respuesta. Se presentan las frecuencias para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes de la población general con el objetivo de identificar cuales son las situaciones que los niños y adolescentes manifiestan como más (tanto como te puedas imaginar), más o menos (regular) y nada atemorizantes (nada) (Anexo 7).

En la muestra de población general los reactivos con más del 75% en una sola opción de respuesta, no se incluyeron en análisis posteriores ni en la versión final (Anexo 8) del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes, los cuales fueron: 9, 10, 19, 23, 27, 36, 40 y 43 (Anexo 2).

Los reactivos 19 "Viajar en avión" del Factor 7 "Fobia Ambiental" y el 23 "Que mi mamá o mi papá me critiquen" del Factor 5 "Fobia al daño físico", no se incluyeron en la versión final (Anexo 2) del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes debido a que no se agruparon en los factores que se esperaba de acuerdo con la definición conceptual derivada de los reactivos componentes de cada factor.

Media y desviación estándar

Se pidió la media y desviación estándar por reactivo, puntuación total y por factores para la muestra de población general. Se presentan dichos valores para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes para identificar la dispersión de las puntuaciones con respecto a la media (Anexo 9).

Análisis de discriminación de reactivos

Se realizó un análisis de discriminación de reactivos por medio de pruebas t de Student con el objetivo de corroborar la capacidad de discriminación de cada reactivo con respecto a los puntajes bajos y altos totales con los 52 reactivos finales del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes, encontrando diferencias estadísticamente significativas, manteniéndose todos los reactivos.

Posterior a este procedimiento se realizaron los análisis estadísticos correspondientes para someter a prueba la validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes en la muestra de población general.

Los resultados obtenidos se describen a continuación.

Validez

Validez de Constructo

El análisis factorial confirmatorio arrojó 9 factores después de 30 iteraciones con 52 reactivos. Se muestran los datos que obtuvieron una carga factorial igual o mayor a .321 para cada factor. La varianza total explicada fue de 44.100%, el método de extracción empleado fue de análisis de componentes principales y rotación varimax con normalización Kaiser. Los factores, reactivos y cargas factoriales se muestran en la tabla 6.1

Factor	Dimensión	No.	Reactivo	Carga Factorial
1	Fobia Escolar (Tipo Situacional)	23	Faltar a un examen	.605
		30	Que se me salga una mala palabra (grosería)	.589
		17	Que el profesor(a) me ponga un reporte y mande llamar a mis papás	.567
		18	Sacar malas calificaciones	.554
		10	Que el director me llame a su oficina	.516
		34	Que mi papá me castigue	.504
		26	Enojarme con mis papás	.483
		35	Quedarme después de clases	.450
		44	Hacer un mal trabajo en la escuela	.425
2	Fobia Animal	38	Los gusanos, lombrices o caracoles	.695

		2	Las lagartijas	.616
		29	Las hormigas o los escarabajos	.586
		16	Las arañas	.563
		39	Las ratas o ratones	.557
		37	Las abejas	.478
		40	La sangre	.416
		19	Los murciélagos o pájaros	.361
3	Fobia a la Oscuridad (Tipo Situacional)	41	La oscuridad	.585
		4	Fantasma o espectros	.571
		27	Los cuartos oscuros o al closet	.520
		42	Estar solo(a) en casa	.512
		32	Las pesadillas	.434
4	Fobia Situacional	49	Viajar en carro, autobús o metro	.676
		50	Estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, camiones, parques)	.612
		45	Que tan nervioso y que tanto miedo sientes antes de ir a la escuela	.600
		52	Los lugares pequeños o cerrados (túneles o cuartos pequeños)	.499
		48	Los lugares altos (montañas, azoteas) o los elevadores	.434
		46	Los perros	.387
		43	Presentar un examen	.361
		47	Ir al doctor o al dentista	.352
5	Fobia al Daño Físico (Tipo Sangre-Inyecciones-Daño)	24	Decirle a alguien que estoy enojado	.656
		20	Pelearme con alguien	.509
		22	Comer algo que no me guste	.508
		15	Que los demás me molesten	.496
		9	Llegar enfermo a la escuela	.445
		25	Participar en juegos bruscos durante el recreo	.405
6	Fobia al peligro y a la muerte	12	Los osos o lobos	.553
		11	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	.522
		13	Estar con alguien a quien acabo de conocer	.518
		8		.490

		6	Las víboras	.465
		7	Morir o gente muerta	.433
			Estar en un lugar extraño	
7	Fobia Ambiental	31	El océano o las albercas muy profundas	.522
		33	Que se descomponga el carro cuando yo viajo	.369
		21	en él	.345
			Las tormentas	
8	Fobia Médica	3	Parecer tonto	.505
		14	Que me inyecten	.477
		1	Que mi mamá me castigue	.444
		5	Estar en un hospital	.361
9	Fobia a la Crítica	28	Participar en un festival o bailable de la	.636
		36	escuela	.484
		51	Hacer algo por primera vez	.321
			Hablar frente a mi salón	

Tabla 6.1 Estructura factorial del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes.

En la tabla 6.2 se presenta la varianza total, explicada y acumulada por los 9 factores.

Factor	% Varianza Total	% Varianza Explicada	% Varianza Acumulada
1	3.824	7.353	7.353%
2	3.162	6.080	13.434%
3	3.063	5.890	19.323%
4	2.893	5.563	24.886%
5	2.839	5.460	30.346%
6	2.312	4.447	34.793%
7	1.959	3.768	38.561%
8	1.584	3.046	41.607%
9	1.296	2.493	44.100%

Tabla 6.2 Varianza total, explicada y acumulada por factor.

La definición conceptual se obtuvo de acuerdo con los reactivos componentes de cada factor (resultantes del análisis factorial confirmatorio), mismas que se presentan en la tabla 6.3

Facto r	Dimensión	Definición	Reactivos
1	Fobia Escolar	Situaciones relacionadas con el contexto escolar y ser reprendido por los padres o maestros al no realizar las actividades escolares como se requiere.	9 (10, 17, 18, 23, 26, 30, 34, 35, 44)
2	Fobia Animal	Hace referencia a animales o insectos generalmente inofensivos.	8 (2, 16, 19, 29, 37, 38, 39, 40)
3	Fobia a la Oscuridad	Hace referencia a situaciones específicas relacionadas con la oscuridad.	5 (4, 27, 35, 41, 42)
4	Fobia Situacional	Situaciones donde el niño debe tener el control de la situación y de sus acciones.	8 (43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52)
5	Fobia al Daño Físico	Temor por realizar actividades que dañen la integridad física y recibir crítica de padres, maestros o compañeros en consecuencia.	6 (9, 15, 20, 22, 24, 25)
6	Fobia al peligro y a la muerte	Estar con personas o en lugares desconocidos en relación con lo peligroso de una situación.	6 (6, 7, 8, 11, 12, 13)
7	Fobia Ambiental	Situaciones específicas en relación con fenómenos ambientales.	3 (21, 31, 33,)
8	Fobia Médica	Situaciones relacionadas con procedimientos invasivos.	4 (1, 3, 5, 14)
9	Fobia a la Crítica	Realizar actividades objeto de crítica de los padres o compañeros.	3 (28, 36, 51)

Tabla 6.3 Definición conceptual de cada factor.

Validez Convergente

Se empleó el SCAS (Spence, 1997) como una medida general de ansiedad que caracteriza los principales síntomas del trastorno por ansiedad de separación, fobia específica, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. Incluye además escalas para síntomas físicos y evaluación positiva. Con una confiabilidad de .51 a los seis meses de

aplicación. En el presente estudio se encontró una estructura factorial similar a la presentada por Spence (1997) con un índice de confiabilidad de .9077. Se calculó la correlación con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes por medio de una Correlación de Pearson, por puntajes totales y después por factores.

Los resultados de la correlación total entre ambos instrumentos y los factores correspondientes a fobia específica aparecen en la tabla 6.4

	SCAS	Factor 1 Síntomas Físicos	Factor 2 Ansiedad de Separación	Factor 3 Fobia Específica	Factor 4 Evaluación Positiva	Factor 5 Fobia Social	Factor 6 Obsesivo- Compulsivo
Fobia Específica	.759**	.651**	.617**	.701**	.281**	.642**	.583**
Factor 1 Fobia Escolar	.580**	.469**	.578**	.436**	.310**	.430**	.400**
Factor 2 Fobia Animal	.511**	.445**	.408**	.484**	.166**	.404**	.440**
Factor 3 Fobia a la Oscuridad	.656**	.550**	.489**	.755**	.237**	.530**	.465**
Factor 4 Fobia Situacional	.800**	.717**	.554**	.751**	.220**	.811**	.633**
Factor 5 Fobia al Daño Físico	.415**	.386**	.320**	.369**	.111**	.376**	.307**
Factor 6 Fobia al peligro y a la muerte	.490**	.394**	.422**	.445**	.229**	.418**	.348**
Factor 7 Fobia Ambiental	.497**	.425**	.397**	.467**	.182**	.439**	.367**
Factor 8 Fobia Médica	.421**	.370**	.358**	.393**	.139**	.341**	.315**
Factor 9 Fobia a la Crítica	.473**	.412**	.363**	.410**	.170**	.330**	.518**

**p<.01N=1681

Tabla 6.4 Correlaciones entre IDFE y SCAS.

Validez Concurrente

La CES-D (Radloff, 1977) se empleó como una medida general de depresión. Se calculó la correlación con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) para niños y adolescentes por medio de una Correlación de Pearson, por puntajes totales y después por factores, obtenidos de la población general.

Los resultados de la correlación entre el IDFE y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se muestra a continuación en la tabla 6.5

	CES-D
Fobia Específica	.461** p=.01 (1681)

Tabla 6.5 Correlación entre el IDFE y la CES-D.

En la tabla 6.6 se presentan las correlaciones entre los factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica y los de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

	CES-D	Factor 1 Afecto Negativo- Quejas Somáticas	Factor 2 Afecto Positivo	Factor 3 Interpersonal
Fobia Específica	.461**	.453**	-.139**	.210**
Factor 1. Fobia Escolar	.301**	.289**	-.073**	.202**
Factor 2. Fobia Animal	.335**	.335**	-.100**	.131**
Factor 3. Fobia a la Oscuridad	.370**	.359**	-.120**	.173**
Factor 4. Fobia Situacional	.472**	.466**	-.163**	.168**
Factor 5. Fobia al Daño Físico	.341**	.328**	-.137**	.128**
Factor 6. Fobia al Peligro y a la Muerte	.244**	.241**	-.050*	.146**
Factor 7. Fobia Ambiental	.300**	.292**	-.097**	.137**
Factor 8. Fobia Médica	.314**	.318**	-.085**	.120**

Factor 9. Fobia a la Crítica	.330**	.331**	-.099**	.125**
---	--------	--------	---------	--------

**p< .01

*p< .05 N=1681

Tabla 6.6 Correlaciones entre los factores del IDFE y los de la CES-D.

Validez Discriminante

Se aplicó pruebas t de Student para muestras independientes con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica con el objetivo de identificar su capacidad de discriminación entre diferentes grupos [población general, población clínica (ansiedad y trastornos de la conducta)], primero por puntaje total y posteriormente por factores. Debido a que la muestra de población psiquiátrica fue menor a la muestra de población general, esta última se igualó en términos de su tamaño al azar con respecto a la primera controlando la edad de los niños.

El primer análisis se realizó con la población general y la población clínica. El análisis con la puntuación total se realizó con 112 niños de la población general seleccionados al azar (M= 90.98, DE= 19.92) y 112 de población clínica (M= 97.78, DE= 17.29). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t = -2.725$, $p = .007$

En los análisis por factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cinco de los nueve factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica, en los que los niños de población clínica obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los de población general (tabla 6.7).

Factor	Dimensión	Población	Media	DE	t	p
1	Fobia Escolar	General	17.42	4.762	-2.275	.024*
		Psiquiátrica	18.77	4.082		
2	Fobia Animal	General	12.97	4.030	-1.683	.094
		Psiquiátrica	13.89	4.147		
3	Fobia a la Oscuridad	General	8.84	2.570	-1.036	.301
		Psiquiátrica	9.21	2.839		
4	Fobia Situacional	General	13.89	3.764	-.926	.356
		Psiquiátrica	14.35	3.596		
5	Fobia al Daño Físico	General	9.43	2.884	-2.222	.027*
		Psiquiátrica	10.25	2.642		

6	Fobia al Peligro y a la Muerte	General	11.56	3.339	-2.218	.028*
		Clínica	12.48	2.847		
7	Fobia Ambiental	General	5.16	1.838	-1.444	.150
		Psiquiátrica	5.51	1.771		
8	Fobia Médica	General	7.01	2.025	-3.012	.003*
		Psiquiátrica	7.83	2.057		
9	Fobia a la Crítica	General	4.64	1.482	-3.180	.002*
		Psiquiátrica	5.28	1.502		

* Diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6.7 Diferencias por población para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes

El siguiente análisis se realizó con los niños de población general y los niños de la población clínica diagnosticada con ansiedad. El análisis con la puntuación total se realizó con 46 niños ansiosos (M= 97.17 DE= 15.179) y 112 de población general (M= 90.98, DE= 19.92). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t = -2.117$, $p = .037$

En los análisis por factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres de los nueve factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (tabla 6.8).

Factor	Dimensión	Población	Media	DE	t	p
1	Fobia Escolar	General	17.42	4.762	-1.877	.063
		Ansiosos	18.78	3.864		
2	Fobia Animal	General	12.97	4.030	-1.591	.114
		Ansiosos	14.07	3.630		
3	Fobia a la Oscuridad	General	8.84	2.570	-.437	.662
		Ansiosos	9.04	2.890		
4	Fobia Situacional	General	13.89	3.764	-.098	.922
		Ansiosos	13.96	3.546		
5	Fobia al Daño Físico	General	9.43	2.884	-2.107	.038*
		Ansiosos	10.35	2.311		
6	Fobia al peligro y a la muerte	General	11.56	3.339	-1.902	.060
		Ansiosos	12.57	2.865		
7	Fobia Ambiental	General	5.16	1.838	.103	.918

		Ansiosos	5.13	1.600		
8	Fobia Médica	General	7.01	2.025	-2.518	.014*
		Ansiosos	7.89	1.991		
9	Fobia a la Crítica	General	4.64	1.482	-2.471	.016*
		Ansiosos	5.30	1.547		

* Diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6.8 Diferencias entre ansiosos y población general para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes

Se realizó un análisis con población clínica diagnosticada con ansiedad y población clínica con otros trastornos. El análisis con la puntuación total se realizó con 46 niños ansiosos (M= 97.17 DE= 15.18) y 49 niños con problemas de conducta (M= 98.86, DE= 18.58). La diferencia entre las medias de ambos grupos no mostró ser estadísticamente significativa, $t = -.482$, $p = .631$

En los análisis por factor no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los nueve factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (tabla 6.9).

Factor	Dimensión	Población	Media	DE	t	p
1	Fobia Escolar	Ansiosos	18.78	3.864	-.016	.988
		Conducta	18.80	4.420		
2	Fobia Animal	Ansiosos	14.07	3.630	.248	.805
		Conducta	13.86	4.481		
3	Fobia a la Oscuridad	Ansiosos	9.04	2.890	-.849	.398
		Conducta	9.53	2.701		
4	Fobia Situacional	Ansiosos	13.96	3.546	-1.201	.233
		Conducta	14.84	3.590		
5	Fobia al Daño Físico	Ansiosos	10.35	2.311	.475	.636
		Conducta	10.10	2.702		
6	Fobia al peligro y a la muerte	Ansiosos	12.57	2.865	-.011	.991
		Conducta	12.57	2.761		
7	Fobia Ambiental	Ansiosos	5.13	1.600	-1.360	.177
		Conducta	5.61	1.835		
8	Fobia Médica	Ansiosos	7.89	1.991	-.112	.911
		Conducta	7.94	2.115		

9	Fobia a la Crítica	Ansiosos	5.30	1.547	-.269	.788
		Conducta	5.39	1.469		

Tabla 6.9 Diferencias entre ansiosos y niños con problemas de conducta para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes.

Confiabilidad

Se obtuvo un Alpha de Cronbach de .9278 del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes compuesto por 52 reactivos. La tabla 6.10 muestra el alpha de cada factor.

Factor	Dimensión	Confiabilidad	No. de Reactivos
1	Fobia Escolar	.7817	9 (10, 17, 18, 23, 26, 30, 34, 35, 44)
2	Fobia Animal	.7816	8 (2, 16, 19, 29, 37, 38, 39, 40)
3	Fobia al Daño Físico (Tipo Sangre-Inyecciones-Daño)	.6955	5 (4, 27, 35, 41, 42)
4	Fobia Situacional	.7241	8 (43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52)
5	Fobia a la Oscuridad (Tipo Situacional)	.6755	6 (9, 15, 20, 22, 24, 25)
6	Fobia Ambiental	.7087	6 (6, 7, 8, 11, 12, 13)
7	Fobia al peligro y a la muerte (Tipo Situacional)	.5429	3 (21, 31, 33,)
8	Fobia Médica	.4752	4 (1, 3, 5, 14)
9	Fobia a la Crítica	.4081	3 (28, 36, 51)

Tabla 6.10 Confiabilidad por factor a través del Alpha de Cronbach.

Prevalencia

Prevalencia total

Se estableció un punto de corte calculado a partir de los criterios diagnósticos para la fobia específica que indica el DSM-IV (APA, 1994). Se encontró que el 27.8% de los niños

de población general cumplen el diagnóstico. De los cuales el 7.6% son hombres y el 20.2% son mujeres.

Análisis por sexo

Se aplicó pruebas t de Student para muestras independientes, siendo la variable independiente el sexo de los participantes y las variables dependientes la puntuación total del instrumento y las puntuaciones de cada factor. Se realizó una prueba t por cada variable dependiente.

El análisis con la puntuación total se realizó con 822 hombres (M= 81.70 DE= 15.65) y 859 mujeres (M= 95.09, DE= 17.80). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t = -16.399$, $p = .001$

En los análisis por factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica, en los que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres, como se puede observar en la tabla 6.11

Factor	Dimensión	Sexo	Media	DE	t	p
1	Fobia Escolar	Masculino	16.32	4.00	-9.642	.01
		Femenino	18.25	4.19		
2	Fobia Animal	Masculino	10.75	2.79	-19.149	.01
		Femenino	13.85	3.79		
3	Fobia al Daño Físico	Masculino	7.68	2.30	-12.659	.01
		Femenino	9.20	2.63		
4	Fobia Situacional	Masculino	12.26	3.16	-11.268	.01
		Femenino	14.12	3.62		
5	Fobia a la Oscuridad	Masculino	8.30	2.30	-8.790	.01
		Femenino	9.36	2.64		
6	Fobia Ambiental	Masculino	10.69	2.81	-13.509	.01
		Femenino	12.58	2.92		
7	Fobia al Peligro y a la Muerte	Masculino	4.50	1.51	-9.225	.01
		Femenino	5.22	1.70		
8	Fobia Médica	Masculino	6.55	1.86	-8.435	.01

		Femenino	7.33	1.94		
9	Fobia a la Crítica	Masculino	4.55	1.37	-6.926	.01
		Femenino	5.02	1.42		

Tabla 6.11 Diferencias por sexo para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes

Miedos más frecuentes

A continuación se presentan los 10 miedos más frecuentes en la población general y los 10 principales miedos por sexo. Se presentan los reactivos, además el factor al que pertenecen y los porcentajes de los más temidos, es decir, en la opción "tanto como te puedas imaginar".

En la tabla 6.12 se muestran los miedos más frecuentes para los niños y adolescentes.

No.	Reactivo	Factor	Porcentaje Muestra
6	Morir o gente muerta	6	58.2%
10	Que el Director me llame a su oficina	1	45.4%
17	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papas	1	43.3%
44	Hacer un mal trabajo en la escuela	1	38.2%
8	Las víboras	6	37.8%
18	Sacar malas calificaciones	1	34.6%
7	Estar en un lugar extraño	6	28.4%
5	Estar en un hospital	8	27.1%
14	Que me inyecten	8	27%
11	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	6	26.1%

Tabla 6.12 Miedos más frecuentes en niños y adolescentes.

Se aplicó pruebas t de Student para muestras independientes, considerando el sexo como variable independiente y considerando la puntuación en cada uno de los reactivos como variables dependientes. Se realizó una prueba t por cada variable dependiente.

El análisis con cada reactivo se realizó con 822 hombres y 859 mujeres. La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa para cada reactivo, en los que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres. Los resultados se presentan en la tabla 6.13

No.	Reactivo	Sexo	Media	DE	t	p
6	Morir o gente muerta	Masculino	2.25	.83	-7.168	.01
		Femenino	2.52	.73		
10	Que el Director me llame a su oficina	Masculino	2.12	.79	-5.931	.01
		Femenino	2.34	.77		
17	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papas	Masculino	2.10	.80	-4.997	.01
		Femenino	2.29	.78		
44	Hacer un mal trabajo en la escuela	Masculino	2.05	.77	-6.651	.01
		Femenino	2.29	.72		
8	Las víboras	Masculino	1.78	.80	-12.814	.01
		Femenino	2.29	.81		
18	Sacar malas calificaciones	Masculino	1.97	.77	-5.811	.01
		Femenino	2.19	.77		
7	Estar en un lugar extraño	Masculino	1.84	.76	-6.728	.01
		Femenino	2.09	.77		
5	Estar en un hospital	Masculino	1.73	.79	-6.862	.01
		Femenino	2.00	.81		
14	Que me inyecten	Masculino	1.70	.79	-6.532	.01
		Femenino	1.96	.84		
11	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	Masculino	1.69	.76	-7.729	.01
		Femenino	1.99	.82		

Tabla 6.13 Diferencias por sexo de los miedos más frecuentes en niños y adolescentes.

La tabla 6.14 muestra los miedos más frecuentes en la muestra de población general por sexo. Se presentan los reactivos, incluyendo el factor al que pertenecen y el porcentaje

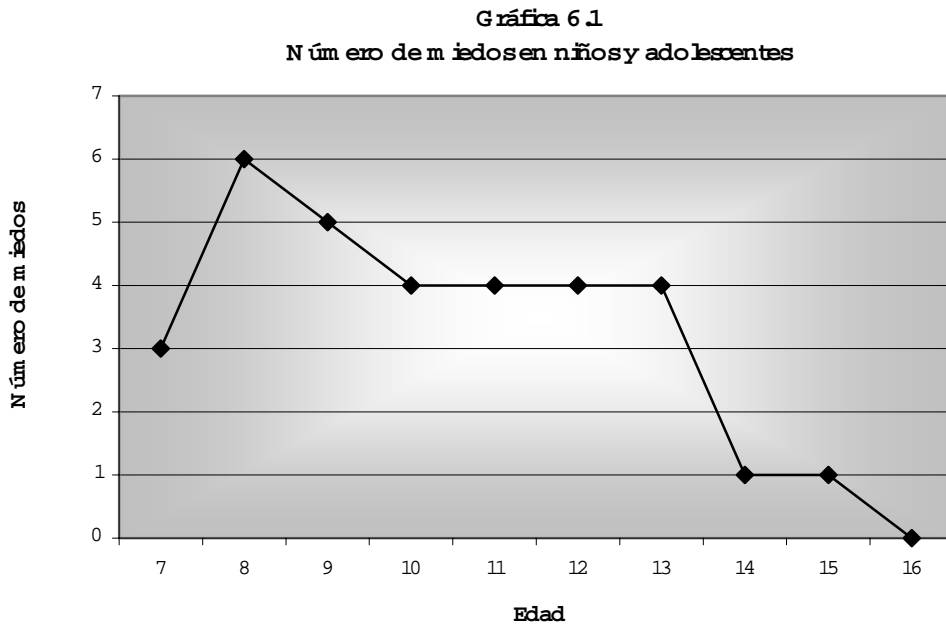
de la muestra que informó de su miedo contestando en la opción "tanto como te puedas imaginar".

Sexo							
Hombres (n= 822)				Mujeres (n= 859)			
No.	Reactivo	Factor	Porcentaje	No.	Reactivo	Factor	Porcentaje
6	Morir o gente muerta	6	50%	6	Morir o gente muerta	6	66%
10	Que el director me llame a su oficina	1	37.6%	8	Las víboras	6	51.5%
17	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papás	1	37%	10	Que el director me llame a su oficina	1	52.9%
44	Hacer un mal trabajo en la escuela	1	31.9%	17	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papás	1	49.4%
18	Sacar malas calificaciones	1	28%	44	Hacer un mal trabajo en la escuela	1	44.2%
8	Las víboras	6	23.5%	18	Sacar malas calificaciones	1	40.9%
7	Estar en un lugar extraño	6	21.9%	39	Las ratas o ratones	2	38%
30	Que se me salga una mala palabra (grosería)	1	21.5%	7	Estar en un lugar extraño	6	34.7%
5	Estar en un hospital	8	21.2%	11	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	6	33.3%
14	Que me inyecten	8	20.9%	14	Que me inyecten	8	32.8%

Tabla 6.14 Miedos más frecuentes diferenciando por sexo.

Frecuencia de miedos por edad

El objetivo del presente análisis es explorar la relación entre la edad y el número de miedos, así como la frecuencia con la que se presentan determinados miedos en los niños y adolescentes de población general. Dicha relación se muestra en la gráfica 6.1, en la cual se observa una disminución en el número de miedos conforme avanza la edad.



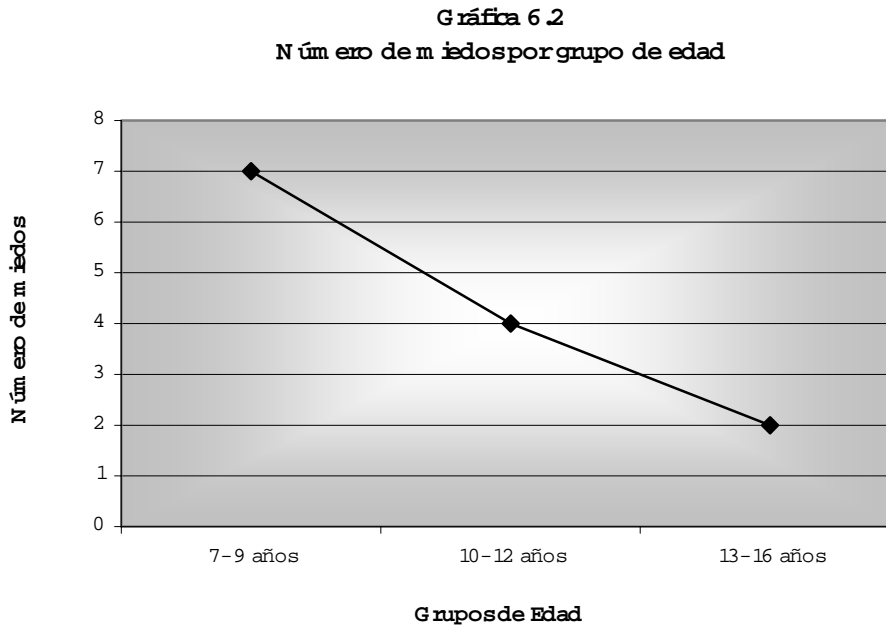
Gráfica 6.1 Relación entre el número de miedos y edad.

En la tabla 6.15 se muestran los miedos más frecuentes en la muestra de población general por grupos de edad para niños y adolescentes de población general.

Grupos de Edad											
7- 9 años				10- 12 años				13- 16 años			
No.	Reactivo	Factor	Porcentaje	No.	Reactivo	Factor	Porcentaje	No.	Reactivo	Factor	Porcentaje
6	Morir o gente muerta	6	60.4%	6	Morir o gente muerta	6	59.7%	6	Morir o gente muerta	6	48.5%
10	Que el director me llame a su oficina	1	48.5%	17	Que el profesor me ponga un reporte y llame a mis papás	1	47.9%	8	Las víboras	6	34.3%
17	Que el profesor me ponga un reporte y llame a mis papás	1	44%	10	Que el director me llame a su oficina	1	47.5%	10	Que el director me llame a su oficina	1	31.7%
8	Las víboras	6	40.9%	44	Hacer un mal trabajo en la escuela	1	40%	17	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papás	1	28.4%
44	Hacer un mal trabajo en la escuela	1	40.1%	8	Las víboras	6	36.4%	18	Sacar malas calificaciones	1	28.4%
7	Estar en un lugar extraño	6	37%	18	Sacar malas calificaciones	1	35.5%	44	Hacer un mal trabajo en la escuela	1	28.4%
18	Sacar malas calificaciones	1	36%	5	Estar en un hospital	8	27.5%	14	Que me inyecten	8	22.8%
11	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	6	34.3%	30	Que se me salga una mala palabra (grosería)	1	27.2%	43	Presentar un examen	4	17.9%
12	Los osos o lobos	6	31.7%	23	Faltar a un examen	1	27.2%	39	Las ratas o ratones	2	17.9%
4	Fantasmas o espectros	3	31%	14	Que me inyecten	8	25.5%	32	Las pesadillas	3	17.5%

Tabla 6.15 Miedos más frecuentes en niños y adolescentes por grupos de edad.

En la gráfica 6.2 se observa la relación entre el grupo de edad y el número de miedos. En ella puede apreciarse los miedos disminuyen conforme avanza la edad, mostrando la relación negativa entre el número de miedos y la edad.



Gráfica 6.2 Frecuencia de miedos por grupo de edad.

En la gráfica se observa que el número de miedos entre los 7- 9 años, disminuye entre los 10- 12 años y entre los 13- 16 años disminuye aún más.

Análisis del contenido de los miedos por edad

Se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) de una sola vía Pos Hoc (Scheffe) con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para determinar si las diferencias entre las medias de los grupos de edad eran significativas, primero por puntaje total y posteriormente por factores, en la muestra de población general.

Los análisis correspondientes con la puntuación total y por factores se realizaron con 1681 niños y adolescentes distribuidos en 3 grupos de edad, grupo 1 (7- 9 años, n= 641), grupo 2 (10- 12 años, n= 772) y grupo 3 (13- 16 años, n= 268).

El análisis con la puntuación total muestra que las diferencias entre las medias de los niños entre 7- 9 años (M= 90.62, DE= 19.04), los niños entre 10- 12 años (M= 88.50, DE= 17.47) y

entre los adolescentes de 13- 16 años ($M= 83.71$, $DE= 16.38$) son estadísticamente significativa, $F= 14.068$, $p=.001$. El análisis pos hoc mostró diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los niños entre 7- 9 años y los de 10- 12 años ($p=.05$) y, de los niños de 10- 12 años y los adolescentes 13- 16 años ($p= .01$).

En los análisis por factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes, como se observa en la tabla 6.16

Factor	Dimensión	F	p	Grupo de Edad	Media	DE
1	Fobia Escolar	29.553	.01	7- 9	17.49	4.41
				10- 12	17.77	4.05
				13- 16	15.55	3.69
2	Fobia Animal	5.560	.04	7- 9	12.69	3.91
				10- 12	12.19	3.48
				13- 16	11.90	3.63
3	Fobia a la Oscuridad	17.805	.01	7- 9	8.86	2.74
				10- 12	8.35	2.51
				13- 16	7.78	2.24
4	Fobia Situacional	12.553	.01	7- 9	13.73	3.70
				10- 12	12.99	3.47
				13- 16	12.61	3.09
5	Fobia al Daño Físico	13.288	.01	7- 9	9.21	2.65
				10- 12	8.72	2.52
				13- 16	8.33	2.15
6	Fobia al Peligro y a la Muerte	12.154	.01	7- 9	11.96	3.22
				10- 12	11.67	2.90
				13- 16	10.88	2.71
7	Fobia Ambiental	8.544	.01	7- 9	5.08	1.75
				10- 12	4.76	1.60
				13- 16	4.69	1.47
8	Fobia Médica	6.955	.01	7- 9	6.98	1.98
				10- 12	7.06	1.92
				13- 16	6.55	1.83
9	Fobia a la Crítica	18.427	.01	7- 9	4.56	1.38

				10- 12	4.86	1.43
				13- 16	5.15	1.38

Tabla 6.16 Análisis de varianza por grupo de edad.

El análisis Pos Hoc (Scheffe) mostró diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los tres grupos en todos los factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes.

CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN

Los propósitos de este estudio fueron someter a prueba la validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes. Se pudo comprobar que éste es válido y confiable. El análisis fino de las distintas formas de validez evaluadas permite afirmar que es un instrumento sólido y útil.

El análisis factorial confirmatorio de los 52 reactivos finales arrojó 9 factores. Todos los reactivos se agruparon en el factor hipotético bajo el cual se diseñaron con base en la estructura propuesta por el DSM-IV (APA, 1994) para la fobia específica, lo que demuestra que dicha clasificación es aplicable a niños y adolescentes. Estos resultados son congruentes con los de otros estudios (Bragado, et al., 1996; Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Sosa & Capafóns, 1995; Spence, 1997), lo que indica su aplicabilidad a niños de diferentes culturas. Aunque la confiabilidad del IDFE resultó satisfactoria, 3 factores, "Fobia al Peligro y la Muerte", "Fobia Médica" y "Fobia a la Crítica" mostraron coeficientes bajos. Se sugiere realizar estudios en los que se revisen estos factores para mejorar su confiabilidad.

Pudo demostrarse la validez convergente del instrumento por medio de una correlación significativa entre la puntuación total del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes y la puntuación total de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS; Spence Children's Anxiety Scale; Spence, 1997). El SCAS es una medida general de ansiedad que caracteriza los principales síntomas del trastorno por ansiedad de separación, fobia específica, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo que incluye además escalas para síntomas físicos y evaluación positiva con base en los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV (APA, 1994). Sus propiedades psicométricas se han comprobado satisfactoriamente en poblaciones infantiles (Birmaher, et al., 1997; Spence, 1997) y adolescentes (Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000; Spence, Barrett, et al., in press; Spence, Rapee, et al., 2001). Como parte de la presente investigación se aplicó una versión adaptada a niños y adolescentes mexicanos. Se encontró una estructura factorial similar a la presentada por Spence (1997) con un índice de confiabilidad de .9077. Es un instrumento válido y confiable para la medición de la ansiedad en México. Todos los factores entre ambos instrumentos mostraron correlaciones significativas. Especialmente importantes fueron las correlaciones altas entre el Factor 3 "Fobia Específica" del SCAS y el

Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes (IDFE) y cada uno de los factores que lo componen, las correlaciones más altas se observaron entre el Factor de Fobia Específica del SCAS y los factores Fobia a la Oscuridad y Fobia Situacional del IDFE.

Además, la correlación con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Benjet, et al., 1999) también resultó significativa, lo cual apoya la validez concurrente del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes. La comparación entre ambas correlaciones parece indicar que el instrumento mide más ansiedad que depresión, aún cuando ambos trastornos forman parte del mismo constructo teórico. Este resultado es consistente con estudios que han hallado un interrelación entre ansiedad y depresión (Benjet, et al., 1999; Jacob & Johnson, 2001; King, Ollendick & Gullone, 1991; Roth, 1988; Schniering, et al., 2000; Zlotnick, et al., 1997) y corrobora este dato también con poblaciones infantiles (Brady & Kendall, 1992; King, Ollendick & Gullone, 1991; Muris, 2002).

El instrumento también es capaz de distinguir entre niños y adolescentes de población general y de población psiquiátrica. Esto indica que puede emplearse para el diagnóstico válido y confiable de la fobia específica en ambas poblaciones. El IDFE discrimina adecuadamente no solo entre niños de población psiquiátrica y general, sino entre pacientes con diagnóstico de ansiedad y población general. Sin embargo, su capacidad de discriminación no fue suficiente entre población general, ansiosos y con trastornos de la conducta, lo cual pudo deberse a la forma de obtención del diagnóstico psiquiátrico. Hubo inconsistencia entre los diagnósticos emitidos por el personal en donde se contactó a los pacientes psiquiátricos. Otra posible explicación del resultado, referente a que no hubo diferencia entre los niños ansiosos y niños con otros trastornos psiquiátricos, podría ser que se encuentran niveles de comorbilidad, principalmente con ansiedad, muy altos entre los niños que presentan otros trastornos (Bernstein, 1991; Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein & Strauss, 1987; Lee & Miltenberger, 1996). Por lo que los resultados de la validez discriminante del instrumento pudieron verse afectados. Sin embargo, se requiere de mayor investigación y comprobación de la validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica en poblaciones psiquiátricas. Estudios futuros deberán realizarse en ambientes psiquiátricos más controlados y contar con datos de confiabilidad entre diagnósticos independientes.

En resumen, las propiedades psicométricas del instrumento son aceptables en términos de validez y confiabilidad. Dichos resultados proporcionan soporte a la validez de constructo, concurrente, divergente y (cautelosamente) discriminante del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para niños y adolescentes como un indicador válido y confiable para evaluar el contenido de la fobia específica en niños y adolescentes mexicanos, con base en la estructura propuesta por el DSM-IV (APA, 1994) para la fobia específica. Los resultados sugieren la aplicabilidad del instrumento en niños y adolescentes mexicanos.

Otro propósito era calcular la prevalencia total del trastorno de fobia específica en población general por sexo y edad. Se encontró que el 27.8% de los niños de población general cumplen el con diagnóstico de fobia específica. Sin embargo, realizar una estimación exacta de su frecuencia en la población general es complicado, debido a que los diferentes estudios existentes arrojan tasas de prevalencia muy dispares entre sí. Los factores que pueden explicar esta diversidad, son varios, entre los más comunes se encuentran los de tipo metodológico, ya que existen importantes diferencias entre los estudios en relación con la forma de obtención de los datos, la forma de establecer los diagnósticos y puntos de corte y, la confiabilidad y validez de los instrumentos empleados (APA, 1994; Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996; Essau, et al., 2000; Muris & Merckelbach, 2000; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000). En el presente estudio se encontró que el 7.6% son hombres y el 20.2% son mujeres.

Consistente con lo informado en otros estudios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en todas las pruebas realizadas. Asimismo, en dichos análisis las niñas y las adolescentes mostraron significativamente mayores puntajes de fobia específica que los niños y los adolescentes. La tendencia de las mujeres a presentar mayores puntajes de fobia específica que los hombres durante la niñez y la adolescencia es consistente con lo informado por otros autores (Castaneda, et al., 1956; Essau, et al., 2000; King, et al., 1989; March, 1997; March, Sullivan, et al., 1999; Muris, Merckelbach, Gadet & Meesters, 2000; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Ollendick, 1983; Reynolds & Richmond, 1978; Scherer & Nakamura, 1968; Spence, 1997; Spence, Rapee, et al., 2001).

De igual forma, los 10 miedos más frecuentes en población general con respecto al porcentaje de la muestra que informó miedo intenso se relaciona con los factores de fobia escolar, fobia al peligro y a la muerte, y fobia médica. Igual que en el caso anterior.

Los resultados muestran diferencias significativas por sexo. Las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres. Estos datos son congruentes con estudios previos (King, et al., 1989; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Muris, Schmidt & Merckelbach, 1999; Spence, Rapee, et al., 2001). El análisis descriptivo de dichos miedos por sexo mostró que los miedos de los hombres y las mujeres caen dentro de los factores fobia escolar, fobia al peligro y a la muerte, y fobia médica. El contenido de los miedos es similar en ambos sexos, aún cuando las mujeres tiendan a alcanzar puntuaciones mayores que los hombres.

Al analizar y revisar los cambios registrados en las características de los miedos infantiles y adolescentes a través de la edad, se identificó un patrón que indica una tendencia a la disminución en el número de miedos conforme avanza el desarrollo. Es decir, el número de miedos disminuye con la edad. Para comprobar dicho patrón, en la presente investigación se realizó un análisis descriptivo del número de miedos por edad (7-16 años) y uno por grupos de edad (7-9 años, 10-12 años y 13-16 años). Dicho análisis confirmó el patrón de disminución en el número de miedos conforme avanza el espectro de desarrollo observado por otros autores (King, et al., 1989; March, Sullivan, et al., 1999; Muris, Schmidt, Merckelbach & Shouten, 2001).

Un objetivo adicional fue explorar la variación del contenido de los miedos a lo largo del desarrollo. Para ello se aplicó un Análisis de Varianza (ANOVA) de una sola vía Pos Hoc (Scheffe) entre grupos de edad. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en los análisis con puntuación total y por factores. En el análisis de puntuación total se encontró que los niños más pequeños (entre 7 y 9 años) obtienen puntuaciones más altas que los niños y adolescentes de los otros grupos. En los análisis por factor se encontró lo siguiente: en los factores fobia escolar, fobia animal, fobia a la oscuridad, fobia situacional, fobia al daño físico, fobia al peligro y a la muerte, fobia ambiental y fobia médica, los niños más pequeños (entre 7 y 9 años) obtuvieron puntuaciones mayores que los niños y adolescentes de los otros grupos. Es decir, el contenido de los miedos cambia conforme avanza la edad haciéndose menos generales y más específicos conforme avanza el desarrollo. En cambio, en el factor fobia a la crítica, fueron los adolescentes (entre 13 y 16 años) quienes obtuvieron puntuaciones más elevadas que los niños de los otros grupos, lo que sugiere que en la adolescencia los miedos se remiten más a actividades, situaciones y evaluaciones sociales. El adolescente es principalmente susceptible a la crítica. Este hallazgo es importante y corrobora las observaciones de

diversos teóricos de la adolescencia (King, et al., 1989; Spence, Rapee, et al., 2001). Se confirma que los objetos, situaciones y las fuentes de miedo cambian a lo largo del espectro de desarrollo. Siendo en la infancia generales e indiferenciados y tienden a ser más abstractos y diferenciados en edades posteriores. Este resultado es también congruente con lo informado en otras investigaciones (Hernández-Guzmán, 1999; March, Sullivan, et al., 1999; Muris, Schmidt, Merckelbach & Shouten, 2001; Pina, et al., 2001).

Aunque los resultados obtenidos en el presente estudio son de gran importancia en cuanto a la descripción de la fobia específica en niños y adolescentes mexicanos, no permiten establecer patrones claros para la comprensión de la evolución de los miedos a lo largo del espectro de desarrollo. No obstante, se identificó una tendencia a la disminución del número de miedos de la infancia a la adolescencia y una tendencia de los adolescentes a obtener puntuaciones mayores en los factores relacionados con la evaluación y el comportamiento social. En estudios futuros podrían emplearse diseños longitudinales para seguir la evolución de las fobias específicas a lo largo del desarrollo de la niñez a la adolescencia.

El presente trabajo representa un esfuerzo adicional en la medición de los miedos infantiles y adolescentes, que en la mayoría de los casos llegan a ignorarse o a considerarse "normales de la edad" por los padres y maestros. Sin embargo, algunos persisten durante años, incluso hasta la edad adulta pudiendo derivar en fobia específica, razón por la cual es importante contar con un instrumento válido y confiable para identificar cuando dichos miedos no son "normales de la edad" para su oportuno diagnóstico y tratamiento previniendo un posible deterioro en diversas áreas de la vida de un niño o adolescente en desarrollo.

A lo largo del estudio de las fobias específicas infantiles y adolescentes se observan algunas limitaciones conceptuales y metodológicas, entre las que destacan: la diversidad de miedos específicos que pueden presentarse, la falta de un modelo explicativo claro y consistente, y la posible multiplicidad de variables involucradas. De ahí la importancia de contar con modelos explicativos que permitan respaldar propuestas de medición del constructo de ansiedad en general y de la fobia específica en particular. Por esta razón resulta inconcebible derivar instrumentos de una simple definición conceptual, práctica que en la actualidad resulta común. No obstante, el considerar componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales, así como su forma de adquisición en la elaboración de

instrumentos para medir fobia específica permitiría desarrollar conexiones con modelos explicativos más amplios que conllevan a una comprensión más clara del trastorno.

Una de las aportaciones de la presente investigación es que establece un corte en el tiempo, que permite observar cómo se presentan los síntomas de fobia específica en dos periodos importantes de desarrollo: la niñez y la adolescencia. Lo que permite inferir un seguimiento en este proceso. Sin embargo, a pesar de la presente contribución, un aspecto que debe tomarse en cuenta para investigaciones posteriores es la posibilidad de obtener mediciones longitudinales del fenómeno, lo que ayudaría a tener una visión más clara y permitiría analizar su evolución y desarrollo. También marcaría la pauta para intervenciones preventivas basadas, además de los factores ya mencionados, en el periodo de desarrollo en el cual se encontrara el individuo. La necesidad de realizar un estudio longitudinal es clara, para observar a detalle la evolución de la fobia específica a través del tiempo. Sin embargo, este tipo de estudio resulta mucho más complicado y costoso que los transversales por lo que no fue posible realizarlo como parte de una tesis de licenciatura. Se propone establecer un programa de seguimiento longitudinal posterior. Además del estudio longitudinal, se plantea la posibilidad de realizar análisis más estructurados, más profundos y que sometan a prueba modelos de relación entre las variables.

La evaluación de un trastorno es una de las partes más difíciles, ya que a menudo se acompaña de otros problemas. Se recomienda realizar una evaluación amplia y recoger información de varias fuentes: del niño, de los padres y maestros, de observaciones de la conducta y de pruebas de lápiz y papel, para lograr un diagnóstico integral. Sin embargo, debe tenerse cuidado al interpretar evaluaciones de este tipo, ya que los padres o maestros pueden percibir el problema del niño o adolescente como irrelevante y sin importancia. La información relevante debe proporcionarla el propio paciente y solamente complementarse del informe de terceros.

Al contar con un conocimiento válido y confiable de la estructura de los síntomas, los estilos de crianza así como de los factores de riesgo psicológico relacionados, se podrán proponer cuadros predictores del trastorno de fobia específica y promover, adoptar y mantener prácticas de crianza, estilos de vida, formas de interacción familiar y social que protejan del deterioro psicológico tanto al individuo, como a la familia y a la comunidad, por medio de programas e intervenciones preventivas y educativas. Por lo que estudios

futuros deben contribuir al estudio de la fobia específica de forma integral, atendiendo a diferentes factores involucrados, el presente estudio representa el primer paso al describir las características clínicas de la fobia específica en niños y adolescentes mexicanos. Dentro de la psicología infantil es importante identificar los factores de riesgo que ponen en peligro el desarrollo integral del niño o adolescente y del adulto futuro.

En la actualidad, se cuenta con diversos instrumentos desarrollados en el extranjero que evalúan diversos trastornos psicológicos, en general, y la ansiedad, en particular, y que cuentan con apartados individuales que evalúan el trastorno de fobia específica, entre otros. Sin embargo, es conveniente considerar la base cultural en la que se desarrollaron, así como la raíz cultural de las personas a quienes se les aplican, de lo contrario, la comprensión, desarrollo, curso y tratamiento de la sintomatología podría ser menos comprensible. Por lo que el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica en niños y adolescentes es un instrumento que puede aplicarse válida y confiablemente en población mexicana, pues se desarrolló atendiendo a las características específicas de dicha población.

Los resultados obtenidos en relación con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica en niños y adolescentes proveen información respecto a la naturaleza de la estructura factorial de la fobia específica en niños y adolescentes mexicanos. Debe considerarse que en población mexicana no se cuenta con investigación relacionada con la medición de dicho trastorno y menos aún con un instrumento desarrollado en México. Su sencilla y rápida administración, la discriminación de sus reactivos, su composición factorial, así como sus índices de validez y confiabilidad, permiten recomendarlo para futuras investigaciones relacionadas con dicho trastorno.

Así, contar con una primera aproximación de la medición de la fobia específica en niños y adolescentes mexicanos realizada con un instrumento desarrollado en México que confirma las categorías propuestas por el DSM-IV (APA, 1994) supera los problemas relacionados con la aplicación de instrumentos desarrollados en el extranjero que se traducen y aplican sin tomar en cuenta las normas de la población en la que se aplican.

Los resultados presentados, en relación con el número y contenido de los miedos con respecto al sexo y la edad de los niños y adolescentes, proporcionan una primera estructura factorial de la distribución de los miedos en población mexicana.

El desarrollo de nuevos métodos de evaluación y diagnóstico como el aquí planteado fomenta la posibilidad de análisis y control directo de las condiciones a intervenir y modificar. Además, representa una base para la creación de modelos preventivos que abarcarían los factores identificados y propiciarían una intervención mucho más efectiva, rápida y menos costosa que una intervención de tipo correctivo.

Algunas sugerencias para estudios futuros relacionados con la fobia específica son:

- ❑ Conducir investigaciones con diversas poblaciones de niños y adolescentes para la comprobación de la validez y confiabilidad del instrumento, mediante estudios longitudinales y transversales.
- ❑ Realizar investigación para corroborar la validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica en niños y adolescentes en poblaciones psiquiátricas contando además con criterios externos de diagnóstico que confirmen el proporcionado por el personal psiquiátrico.
- ❑ Desarrollar instrumentos para evaluar las manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales.
- ❑ Investigar cómo ocurre la transición de los miedos infantiles considerados como “normales” a las fobias específicas que causan un malestar clínicamente significativo en la vida del niño, adolescente o del adulto.
- ❑ Investigar los factores relacionados con el ambiente familiar como posibles factores de riesgo y el establecimiento de fobia específica en niños y adolescentes.
- ❑ Existen aproximaciones de naturaleza cognoscitivo-conductual interesadas en el análisis de secuencias de acciones que involucran la identificación de situaciones objetivas y de percepciones subjetivas relacionadas con la fobia específica, mismas que deben explorarse en estudios posteriores. En la presente investigación, como resultado de la revisión de la literatura realizada y de los resultados obtenidos se proponen los elementos básicos que debe contener un tratamiento cognitivo-conductual para las fobias específicas infantiles y adolescentes (Anexo 10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aduna, A. P. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Psicología. México.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development, 40*, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1970). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. En F. Rebelky & L. Dorman (Eds.), *Child development and behavior* (pp. 219-225). New York, U.S.A.: Alfred Krop, Inc.
- American Psychiatric Association. (1975). *A psychiatric glossary*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III). México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R). México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 4a. ed.). Quinta reimpresión (1998). México, D. F.: Masson, S. A.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos* (pp. 84-200). México: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 158-179). New York, U.S.A.: The Guilford Press.
- Barret, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M. & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*(2), 187-203.
- Barrios, B. & Shigetomi, C. (1980). Coping skills training: Potential for prevention of fears and anxieties. *Behavior Therapy, 11*, 431-439.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations, 45*(4), 405-414.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. U.S.A.: Basic Books.
- Beidel, D. C., Christ, M. A. & Long, P. J. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*(6), 659-670.

- Benjamin, R. S., Costello, E. J. & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(4), 293-316.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. & Chartt-León, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Ben-Noun, L. (1998). Generalized anxiety disorder in dysfunctional families. *Journal Behavior of Therapy and Experimental Psychiatry*, 29(2), 115-122.
- Bernstein, G. A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 43-50.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. & Kenzie, N. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Barcelona, España: Paidós.
- Brady, E. U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. & Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (pp. 118-121). U.S.A.: Wadsworth Thomson Learning.
- Bredenkamp, S. & Copple, C. (1997). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs* (pp. 9-16, 55-71, 97-122). Washington, D. C.: NAEYC.
- Breitholtz, E., Johansson, B. & Öst, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 533-544.
- Caballo, V. (1993). *Manual de técnicas de tratamiento y modificación de conducta*. España: Editorial Siglo XXI.
- Castaneda, A., McCandless, B. R. & Palermo, D. S. (1956). The Children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 317-326.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica* (pp. 107-126). Barcelona, España: Herder.
- Connell, D. K. & Meyer, R. G. (1991). Adolescent suicidal behavior and popular self-report instruments of depression, social desirability and anxiety. *Adolescence*, 26(101), 113-119.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

- Deffenbacher, J. & Hahloser, R. (1981). Cognitive and relaxation coping skills in stress-inoculation. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 211-215.
- Deković, M. & Janssens, J. M. (1992). Parent's child-rearing style and child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28(5), 925-932.
- Di Nardo, P. A., Guzy, L. T. & Bak, R. M. (1988). Anxiety response patterns and etiological factors in dog-fearful and non-fearful subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 245-252.
- 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 in Clinical Psychology* (pp. 1-18). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Edmund, J. & Bourne, D. (1994). *The anxiety, phobia workbook*. U.S.A.: New Harbinger Publications.
- Emery, G. (1985). Cognitive therapy: Techniques and applications. En A. T. Beck, G. Emery & R. G. Greenberg (Comps.), *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. U.S.A.: Basic Books.
- Engel, N. A., Rodrigue, J. R. & Geffken, G. R. (1994). Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75, 1251-1260.
- 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.
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children. *Annual Review Psychology*, 47, 541-561.
- Fletcher, T. B. (2000). Primary nocturnal enuresis: A structural and strategic family systems approach. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(1), 32-45.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing and fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freud, S. (1929). *Inhibición, sintoma y angustia. Obras completas de Sigmund Freud* (pp. 2833-2883). España: Biblioteca Nueva.
- Friedberg, R. D., Crosby, L. E., Friedberg, B. A., Rutter, J. G. & Knight, K. R. (2000). Making cognitive behavioral therapy user-friendly to children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 189-200.

- Geroski, A. M. & Rodgers, K. A. (1998). Collaborative assessment and treatment of children with enuresis and encopresis. *Professional School Counseling, 2*(2), 128-138.
- Gerull, F. & Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: Effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy, 40*(3), 279-287.
- Girodo, M. & Roehl, J. (1978). Cognitive preparation and coping self-talk: Anxiety management during the stress of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 978-989.
- Gómez, V., Martínez, S. & Vite, A. (1996). Análisis de patrones de interacción materno-infantil entre madres adultas y adolescentes con embarazo de alto riesgo. *Revista Mexicana de Psicología, 13*(1), 85-94.
- Graham, J. & Gaffan, E. A. (1997). Fear of water in children and adults: Etiology and familial effects. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 91-108.
- Grüner, K., Muris, P. & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*, 27-35.
- Hallam, R. (1992). *Counselling for anxiety problems. Counselling in Practice* (pp. 1-16). England: SAGE Publications Ltd.
- Hernández, R. S., Fernández, C. C. & Baptista, P. L. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández-Guzmán, L. (1985). *El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre: Manual de procedimientos*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Psicología. México: Imprenta Universitaria.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Psicología. México.
- Hernández-Guzmán, L. (2001). Psicopatología y tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 121-138). Madrid: Pirámide.
- Hernández-Guzmán, L. & López-Morales, E. G. (1999). Los abuelos. Un recurso ignorado en la valoración, diagnóstico e intervención psicológicos. *Revista Mexicana de Psicología, 16*(2), 281-290.

- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1 y 2), 83-90.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1996). Parent-child interactions predict anxiety in mexican adolescents. *Adolescence*, 31(124), 955-963.
- Hernández-Guzmán, L., Soto, P. M. E. & Soria, T. R. (1990). Separaciones breves entre madre e hijo: Ansiedad, afrontamiento y factores relacionados. *Revista Mexicana de Psicología*, 7(1 y 2), 45-49.
- Hoffmann, S. G., Lehman, C. L & Barlow, D. H. (1997). How specific are specific phobias? *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 233-240.
- Holtzman, W. H. (1988). La psicología y la salud mental. *Revista Mexicana de Psicología*, 5(2), 159- 166.
- Hortacsu, N. & Cesur, S. (1993). Relationships between depression and attachment styles in parent and institution reared turkish children. *Journal of Genetic Psychology*, 154(3), 329-337.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *XII Censo general de población y vivienda 2000. Resultados definitivos*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
- Jacob, T. & Johnson, S. L. (2001). Sequential interactions in the parent-child communications of depressed fathers and depressed mothers. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 38-52.
- Jaremko, M. (1980). The use of stress inoculation training in the reduction of public speaking anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 735-738.
- Jensen, P. S., Shervete III, R., Xenakis, S. & Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: New findings. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1203-1209.
- Jiménez, M. G. A., Hernández-Guzmán, L. & Reidl, L. M. (2001). Prácticas de crianza materna percibidas por niños pequeños. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 257-264.
- Johnson, R. C. & Medinnus, G. R. (1974). The family and its influence on development. En *Child Psychology Behavior and Development* (pp. 191-216, 341-395). London: John Wiley & Sons.

- Kaufmann, D., Gesten, E., Santa-Lucia, R. C., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G. & Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parent's perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 231-245.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F. M. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions*. U.S.A.: Allyn and Bacon.
- 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.
- Kent, L., Laidlaw, D. J. & Brockington, F. I. (1997). Fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 181-196.
- Kerlinger, F. N. (1981). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento* (pp. 128-143). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- King, N. J., Clowes-Hollins, V. & Ollendick, T. H. (1997). The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 77-78.
- King, N. J., Gullone, E. & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias: Current status of Rachman's three pathways theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 297-309.
- King, N. J., Ollendick, T. H. & Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: Relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 11, 441-459.
- King, N. J., Ollendick, T. H. & Murphy, G. C. (1997). Assessment of childhood phobias. *Clinical Psychology Reviews*, 17(7), 667-687.
- King, N. J., 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. Vol. 1: Biological, clinical and cultural perspectives* (pp. 1-45, 259-275). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V.
- Lang, P. J. (1977). Fear imagery: An information processing analysis. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.

- Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1248-1263.
- Lang, P. J., Davis, M. & Öhman, A. (2002). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. En L. Bäckman & C. von Hofsten (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium. Vol. 1: Cognitive, biological and health perspectives* (pp. 379-380). U.S.A.: Psychology Press-Taylor & Francis group.
- Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E. & Strauss, C. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R. & Strauss, C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics of patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527-531.
- Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Lee, M. I. & Miltenberger, R. G. (1996). School refusal behavior: Classification, assessment and treatment issues. *Education & Treatment of Children*, 19(4), 474-486.
- MacDonald, K. & Parke, R. D. (1984). Bridging the gap: Parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, 55, 1265-1277.
- March, J. S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children*. Technical Manual. Ontario-Canada: Multi-Health Systems.
- March, J. S., Sullivan, K. & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.
- Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 29-58). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Meichenbaum, D. (1972). Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 370-380.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. México: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1994). *Clinical handbook/Practical therapist manual: For assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Ontario, Canada: University of Waterloo.
- Méndez, F. X. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.

- Méndez, F. X., Olivares, J. & Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Ros, M. C. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Menzies, R. G. & Clarke, J. C. (1993). The etiology of childhood water phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 499-501.
- Merckelbach, H. & Muris, P. (1997). The etiology of children spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 1031-1034.
- Merckelbach, H., Muris, P. & Schouten, E. (1996). Pathways to fear in spider phobic children. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 935-938.
- Moreno, C., Del Barrio, V. & Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *27*(3), 471-496.
- Morton, N. & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and it's relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, *22*(11), 1093-1104.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, *32*, 337-348.
- Muris, P., Mayer, B. & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety and depression in children. *Social Behavior and Personality*, *28*, 157-162.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 487-497.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A. & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(7), 703-710.
- Muris, P., Meesters, C., van Melick, M. & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, *30*, 809-818.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, *25*, 1199-1206.

- Muris, P. & Merckelbach, H. (2000). How serious are common childhood fears? II. The parent's point of view. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 813-818.
- Muris, P., Merckelbach, H. & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 929-937.
- Muris, P., Merckelbach, H., de Jong, P. J. & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: A critique of the non-associative account. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 185-195.
- 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., Mayer, B., Van Brakel, A., Thissen, S., Moolaert, V. & Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *29*, 327-339.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick T. H., King, N. J. & Bogie N. (2001). Children's nighttime fears: Parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 13-28.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, *26*, 99-112.
- Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (1999). The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 863-868.
- Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: The Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, *28*, 333-346.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 89-100.
- Mussen, P. H., Conger, J. J. & Kagan, J. (1990). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *24*(2), 181-196.
- Odriozola, E. E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia* (4ª ed.). Madrid: Pirámide.

- Ohayon, M., Shapiro, C. M., Psyc, M. R. C. & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: Comorbidity and treatment consequences. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(2), 166-171.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy, 21*, 685-692.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 117-123.
- Ollendick, T. H., King, N. J. & Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 19-26.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en <http://www.who.int/whr/>
- Öst, L. G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 223-229.
- Öst, L. G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 68-74.
- Öst, L. G., Alm, T., Brandberg, M. & Breitholtz, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behavior Research and Therapy, 39*, 167-183.
- Öst, L. G., Brandberg, M. & Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*(11), 987-996.
- Öst, L. G., Ferebee, I. & Furmark, T. (1997). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 721-732.
- Öst, L. G. & Hugdahl, M. F. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 439-447.
- Öst, L. G., Johansson, J. & Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy, 20*, 445-460.
- Öst, L. G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 25-29.
- Öst, L. G., Sterner, U. & Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation and the combination in the treatment of blood phobia. *Behavior Research and Therapy, 27*(2), 109-121.

- Öst, L. G., Sterner, U. & Lindahl, I. L. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109-117.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behavior approach theory, methods, applications*. Seattle, W.A.: Hogrefe and Publishers.
- Pettit, J. & Joiner, T. E. (2001). Negative-feedback seeking leads to depressive symptom increases under conditions of stress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(1), 69-74.
- Phares, E. J. (1999). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica* (379-408). México: Manual Moderno.
- 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.
- Pollock, P. H. & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345-1357.
- Poulton, R., Waldie, K. E., Menzies, R. G., Craske, M. G. & Silva, P. A. (2001). Failure to overcome 'innate' fear: A developmental test of the non-associative model of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 29-43.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 125-134.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 13(1), 47-67.
- 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.
- Roth, M. (1988). Anxiety and anxiety disorders-general overview. En M. Roth, R. Jr. Noyes & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety. Vol. 1: Biological, clinical and cultural perspectives* (pp. 1-45). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 27-34.
- Sánchez-Sosa, J. J., Jurado-Cárdenas, S. & Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101-116.

- Sandier, N. I., Kim-Bae, S. L. & MacKinnon, D. (2000). Coping and negative appraisal as mediators between control beliefs and psychological symptoms in children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(3), 336-347.
- Sarlo, M., Palomba, D., Angrilli, A. & Stegagno, L. (2002). Blood phobia and spider phobia: Two specific phobias with different autonomic cardiac modulations. *Biological Psychology, 60*, 91-108.
- Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., Westendorf, D. H., Meunier, S. A. & Tolin, D. F. (2002). Emotional responding to fearful and disgusting stimuli in specific phobics. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 1031-1046.
- Scherer, M. W. & Nakamura, C. Y. (1968). A Fear Survey Schedule For Children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behaviour Research and Therapy, 6*, 173-182.
- Schniering, C. A., Hudson J. L. & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 453-478.
- Schulman, S. L., Colish, Y., von Zuben, F. C. & Kodman, C. (2000). Effectiveness of treatments for nocturnal enuresis in heterogeneous population. *Clinical Pediatrics, 39*(6), 359-172.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2*, 307-320.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. & Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 162-168.
- Silverman, W. K. & Nelles, W. B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule from Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 772-778.
- Sosa, C. C. D. & Capafóns, B. J. I. (1995). Fobia específica. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carboles (Dir.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1: Fundamentos conceptuales: Trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 257-284). España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Soukup, V. M., Beiler, M. E. & Terrel, F. (1990). Stress, coping style and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 46*(5), 592-599.
- 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., Barrett, P. M. & Turner, C. M. (in press). Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*.

- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1293-1316.
- SPSS Inc. (2001). SPSS for Windows: Statistic Program Sciences Socials. USA: SPSS Inc.
- Sroufe, A. L., Cooper, R. G. & De Hart, G. B. (1996). *Child development its nature and course* (pp. 4-34, 77-111, 200-239, 287-295, 327-345). U.S.A.: Mc Graw-Hill.
- Stark, K. D., Kasow, N. L. & Laurent, J. (1993). The assessment of depression in children: Are we assessing depression or the broad-band construct of negative affectivity? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *1*, 149-154.
- Strauss, C. C. & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, *7*, 141-152.
- Stravynski, A., Basoglu, M., Marks, M., Sengun, S. & Marks, I. M. (1995). The distinctiveness of phobias: A discriminant analysis of fears. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*(2), 89-101.
- Thapar, A. & McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*, 439-447.
- Thomas, J. L., Sperry, L. & Yarbrough, M. S. (2000). Grandparents as parents: Research findings and policy recommendations. *Child Psychiatry and Human Development*, *31*(1), 3-22.
- Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, *71*(1), 145-152.
- Tolin, D. F., Lohr, J. M., Sawchuk, C. N. & Lee, T. C. (1997). Disgust and disgust sensitivity in blood-injection-injury and spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 949-953.
- Topolski, T. D., Hewitt, J. K., Eaves, L. D., Meyer, J. M., Silberg, J. L., Simonoff, E. & Rutter, M. (1999). Genetic and environmental influences on rating of manifest anxiety by parents and children. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*(4), 371-397.
- Toren, P., Sadeh, M., Wolmer, L., Eldar, S., Koren, S., Weizman, R. & Laor, N. (2000). Neurocognitive correlates of anxiety disorders in children a preliminary report. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(3), 239-247.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (in press). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and therapy*.
- Vasey, M. W., Daleiden, E. L., Williams, L. L. & Brown, L. M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *23*, 267-279.

- Vasey, M. W., El-Hag, N. & Daleiden, E. L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high- and low-test anxious children. *Child Development*, 67, 1173-1185.
- Vázquez, M. I. R. & Buceta, J. M. F. (1990). Las características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas; y sus posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis*, 109(90), 42-47.
- Volling, B. L. & Elins, J. L. (1998). Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and parental differential treatment: A replications with toddler and preschool sibling. *Child Development*, 69(6), 1640-1656.
- Von Bertalanffy, L. (1993). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de cultura económica.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Wasserstein, S. B. & La-Greca, A. M. (1996). Can peer support buffer against behavioral consequences of parental discord? *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 177-182.
- Watts, F. N., McKenna, F. P., Sharrock, R. & Trezise, L. (1986). Colour naming of phobia-related words. *British Journal of Psychology*, 77, 97-108.
- Wisniewski, J. J., Mulick, J. A., Genshaft, J. L. & Coury, D. L. (1987). Test-retest reliability of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Perceptual & Motor Skills*, 65, 67-70.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. U.S.A.: Pergamon General Psychology Series.
- World Health Organization. (1979). *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (CIE-9). Madrid: Meditor.
- World Health Organization. (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (CIE-10, 10a. ed.). Madrid: Meditor.
- Zimbardo, P. G. (2002). *Psicología y vida* (444- 451). México: Trillas.
- Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M. T. & Keller, M. B. (1997). Trauma and chronic depression among patients with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 333-336.

ANEXO 1

Características descriptivas de las muestras del presente estudio.

POBLACIÓN GENERAL

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	859	51.1%
Masculino	822	48.9%

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
7	112	6.7%
8	246	14.6%
9	283	16.8%
10	295	17.5%
11	313	18.6%
12	164	9.8%
13	124	7.4%
14	70	4.2%
15	51	3%
16	23	1.4%

Zona Geográfica	Plantel	Participantes	Porcentaje
Norte	Primaria Pública	63	3.7%
	Primaria Pública	326	19.4%
Sur	Primaria Pública	516	30.7%
	Secundaria Pública	269	16%
Centro	Primaria Pública	160	9.5%
Oriente	Primaria Pública	347	20.6%

Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Segundo primaria	230	13.7%
Tercero primaria	285	17%
Cuarto primaria	308	18.3%
Quinto primaria	317	18.9%
Sexto primaria	277	16.5%
Primero secundaria	163	9.7%
Segundo secundaria	40	2.4%
Tercero secundaria	61	3.6%

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	1274	75.8%
Vespertino	407	24.2%

POBLACIÓN CLÍNICA

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	43.8%
Masculino	63	56.3%

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
6	13	11.6%
7	19	17%
8	23	20.5%
9	15	13.4%
10	11	9.8%
11	12	10.7%
12	13	11.6%
13	6	5.4%

Zona Geográfica	Pacientes	Porcentaje
Norte	24	21.4%
Sur	88	78.6%

Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Primero primaria	19	17.0%
Segundo primaria	24	21.4%
Tercero primaria	21	18.8%
Cuarto primaria	14	12.5%
Quinto primaria	13	11.6%
Sexto primaria	18	16.1%
Primero secundaria	1	.9%
Segundo secundaria	2	1.8%

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	112	100%

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	46	41.1%
Conducta	49	43.8%
Depresión	17	15.2%

ANEXO 2

Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes (Propuesta Inicial)

Esta es una lista de situaciones que algunos niños encuentran temerosas. Usando el Termómetro de Sentimientos (1 a 3), que tan aterradoras son estas situaciones para ti. Recuerda que algunas veces puedes decir que una situación es aterradoras por que sientes que tu cuerpo se entume, las manos te sudan o sientes mariposas en el estómago.....

Usando el Termómetro de Sentimientos (1 a 3), marca que tan aterradoras son estas situaciones para ti. Marca con una "X" la opción que mejor describa que tanto miedo te da cada situación.

Si colocas la cruz (x) en la primera opción quiere decir que:
No te da NADA de miedo

Si colocas la cruz (x) en la segunda opción quiere decir que:
Te da REGULAR miedo

Si colocas la cruz (x) en la tercera opción significa que:
Te da miedo TANTO MIEDO COMO TE PUEDES IMAGINAR

TERMÓMETRO DE SENTIMIENTOS

Nada	Regular	Tanto como te puedas Imaginar
1	2	3

SITUACIÓN ATEMORIZANTE	¿CUÁNTO MIEDO?		
	1	2	3
1. Que mi mamá me castigue.			
2. Las lagartijas.			
3. Parecer tonto.			
4. Fantasmas o espectros.			
5. Estar en un hospital.			
6. Morir o gente muerta.			
7. Estar en un lugar extraño.			
8. Las víboras.			
9. Contestar el teléfono.			
10. Ir a la feria y subirme a los juegos mecánicos .			
11. Llegar enfermo a la escuela.			
12. Que el Director me llame a su oficina.			
13. Que me cuide alguien que no sea de mi familia.			
14. Los osos o lobos.			
15. Estar con alguien a quien acabo de conocer.			
16. Que me inyecten.			
17. Que los demás me molesten.			
18. Las arañas.			

19. Viajar en avión.			
20. Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papas.			
21. Sacar malas calificaciones.			
22. Los murciélagos o pájaros.			
23. Que mi mamá o mi papá me critiquen.			
24. Pelearme con alguien.			
25. Las tormentas.			
26. Comer algo que no me guste.			
27. Los gatos.			
28. Faltar a un examen.			
29. Decirle a alguien que estoy enojado.			
30. Participar en juegos bruscos durante el recreo (básquetbol, fútbol, etc.).			
31. Enojarme con mis papas.			
32. Los cuartos oscuros o el closet.			
33. Participar en un festival o bailable en la escuela.			
34. Las hormigas o los escarabajos.			
35. Que se me salga una mala palabra (grosería).			
36. Que me corten el pelo.			
37. El océano o las albercas muy profundas.			
38. Las pesadillas.			
39. Que se descomponga el carro cuando yo viajo en él.			
40. Correr demasiado.			
41. Que mi papá me castigue.			
42. Quedarme después de clases.			
43. El ruido de una sirena.			
44. Hacer algo por primera vez.			
45. Las abejas.			
46. Los gusanos, lombrices o caracoles.			
47. Las ratas o ratones.			
48. La sangre.			
49. La oscuridad.			
50. Estar solo en casa.			
51. Presentar un examen.			
52. Hacer un mal trabajo en la escuela.			
53. Que tan nervioso y que tanto miedo sientes antes de ir a la escuela.			
54. Los perros.			
55. Ir al doctor o al dentista.			
56. Los lugares altos (montañas, azoteas) o los elevadores.			
57. Viajar en carro, autobús o metro.			
58. Estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, camiones, parques).			
59. Hablar frente a mi salón.			
60. Los lugares pequeños o cerrados (túneles o cuartos pequeños).			

ANEXO 3

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D para niños y adolescentes

Las siguientes preguntas representan algunas situaciones que te pudieron haber ocurrido específicamente durante la semana pasada. Después de leer cada situación indica el número de días (0- 7) en que te sentiste así, dependiendo de la situación.

Durante la semana pasada, ¿cuántos días te sentiste así?	0 Días	1- 2 Días	3- 4 Días	5- 7 Días
1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.				
2. No tuve hambre o apetito.				
3. Sentí que no podía dejar de estar triste aún con mi familia o amigos.				
4. Sentí que soy tan bueno como los demás.				
5. Me costo trabajo poner atención en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentí deprimido.				
7. Sentí que todo lo que hacía era un gran esfuerzo.				
8. Vi el futuro con entusiasmo.				
9. Pensé que no me dirigía a ningún lado.				
10. Tuve miedo.				
11. Dormí sin poder descansar.				
12. Me sentí feliz.				
13. Platiqué con los demás menos de lo normal.				
14. Me sentí solo (a).				
15. Sentí que las personas se portaban poco agradables conmigo.				
16. Disfrute de las cosas que hago.				

17. Lloraba a ratos.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentí que no le caía bien a mis compañeros.				
20. Sentí que no podía seguir adelante.				

- ❖ Para realizar los análisis estadísticos pertinentes se recodificaron los valores de los siguientes reactivos: 4, 8, 12 y 16.

ANEXO 4

Escala de Ansiedad para Niños de Spence Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con que frecuencia te suceden las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas o malas.

1. Me preocupo por todo.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
2. Me da miedo la oscuridad
Nunca () A veces () Muchas veces ()
3. Cuando tengo un problema siento mariposas en el estómago.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
4. Siento temor
Nunca () A veces () Muchas veces ()
5. Siento temor cuando estoy solo (a) en casa
Nunca () A veces () Muchas veces ()
6. Me da miedo presentar un examen.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).
Nunca () A veces () Muchas veces ()
15. Antes de ir a la escuela me siento nervioso y con miedo.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
16. Soy bueno en los deportes.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
17. Me dan miedo los perros.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
18. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
19. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
20. De repente empiezo a temblar sin razón.
Nunca () A veces () Muchas veces ()

21. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
22. Me asusta ir al doctor o al dentista.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
23. Cuando tengo un problema me siento nervioso (a).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
24. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
25. Soy un buen niño (a).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
26. Tengo que pensar en cosas (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
27. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
28. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
29. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
30. Me siento feliz.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
31. De repente me siento muy asustado (a) sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
32. Me dan miedo los insectos o las arañas.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
33. De repente me siento mareado (a) sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
34. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
35. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
36. Me preocupa sentirme asustado (a) de repente sin que haya nada que temer.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
37. Me gusta como soy.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
38. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
39. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
40. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
41. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
42. Me siento orgulloso (a) de mi trabajo en la escuela.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
43. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
44. Hay alguna otra cosa que realmente te dé miedo?
 Nunca () A veces () Muchas veces ()

A N E X O 5

Circular a los Padres de Familia ESCUELA PRIMARIA "NOMBRE DE LA ESCUELA"

Estimados Padres de Familia:

Nuestra institución siempre al servicio de la niñez, se preocupa por aumentar en los niños y niñas la capacidad de lograr la madurez en cada etapa de su vida. Es por esto que solicitamos su cooperación y autorización para la aplicación de cuestionarios sobre el tema "Trastornos por Ansiedad en Niños y Adolescentes". Estos cuestionarios serán aplicados por pasantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dichas respuestas serán confidenciales, ya que forman parte de un estudio realizado por la UNAM.

Agradeciendo de antemano su apoyo para la realización de dichos cuestionarios.

Atentamente

"Nombre del Director(a)"
Escuela Primaria "Nombre de la Escuela"

Carta de Consentimiento Informado

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

Teléfono 55 73- 92 61

México D.,F. a de del 2002

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo (a) _____,
participe en el Proyecto de Investigación que bajo el título "Evaluación y categorización
de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes" se va a realizar en el Hospital
Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en colaboración con la Facultad de Psicología de
la UNAM.

Estoy enterado (a), de que en esta investigación mi hijo (a) no corre riesgo mayor al de los
estudios clínicos habituales y de que no se le harán maniobras que pongan en peligro su
vida o modifiquen su estado de salud.

se me ha informado que el estudio consistirá en una entrevista de aproximadamente 60m
minutos para la aplicación de un cuestionario cuyo contenido es confidencial y
empleado exclusivamente para fines de la investigación y/o beneficio de su atención
clínica.

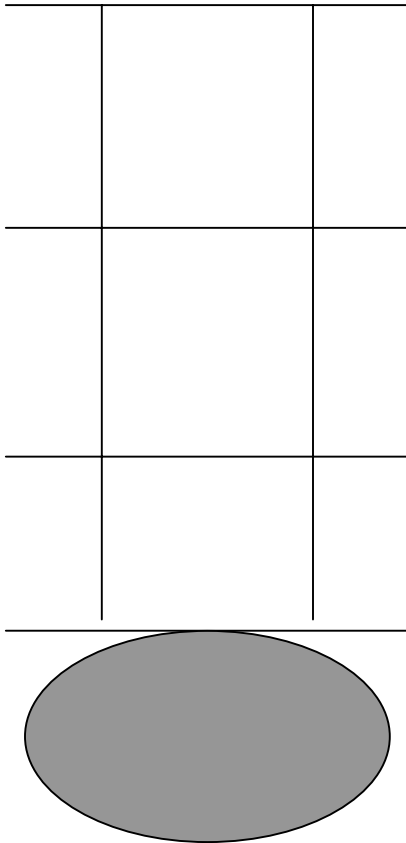
Madre o Tutor : Firma _____
Nombre

Testigos

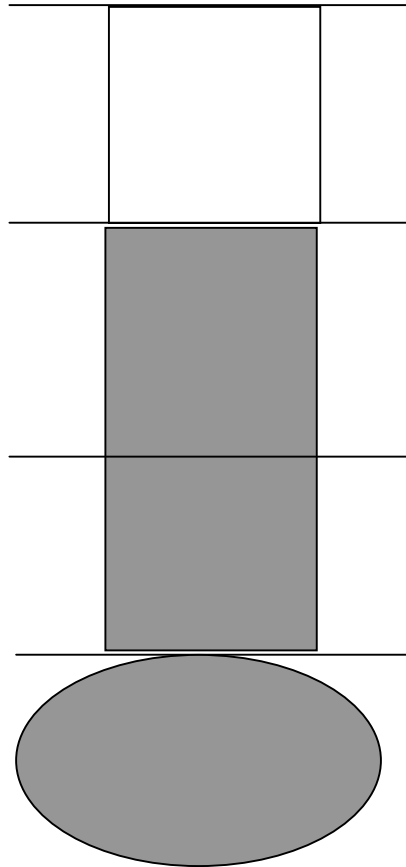
Testigos

ANEXO 6

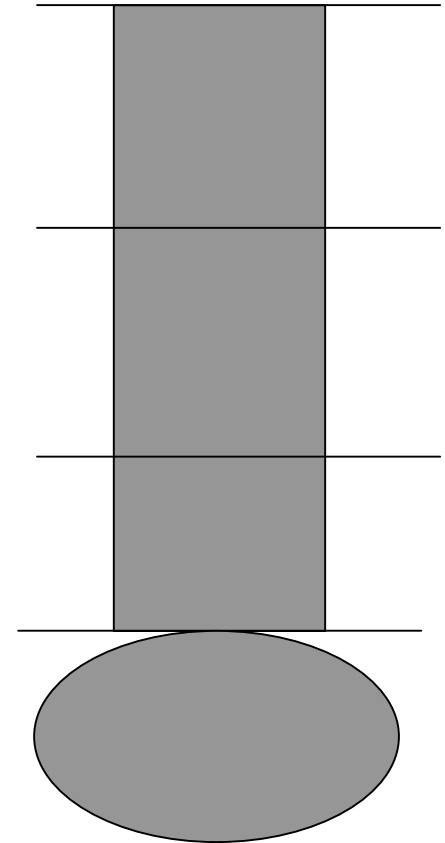
Representaciones gráficas de las opciones de respuesta de los instrumentos aplicados en la presente investigación.



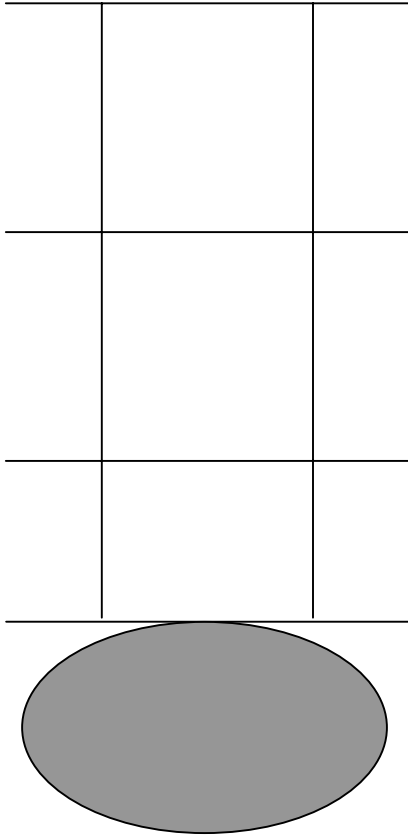
NUNCA



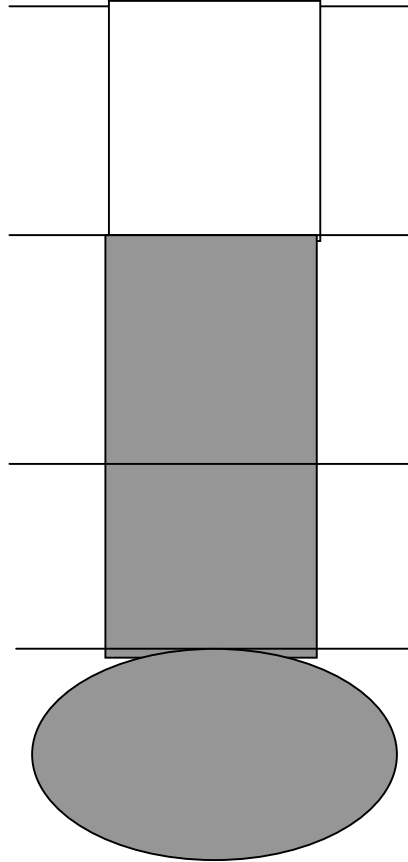
ALGUNAS VECES



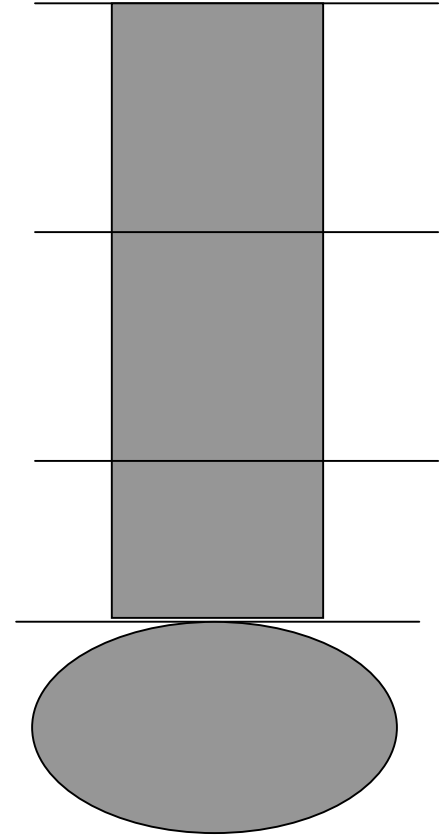
MUCHAS VECES



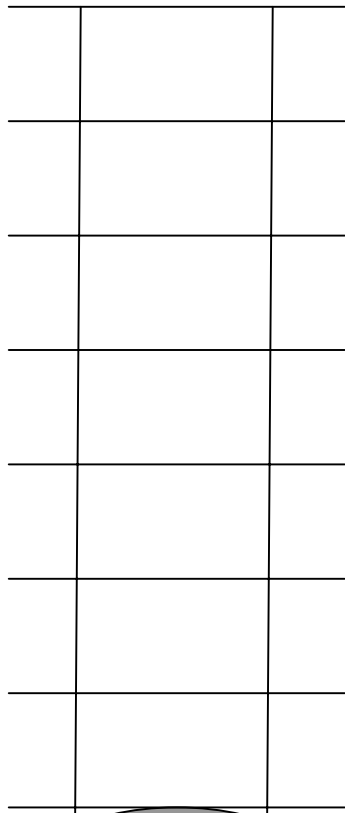
NADA



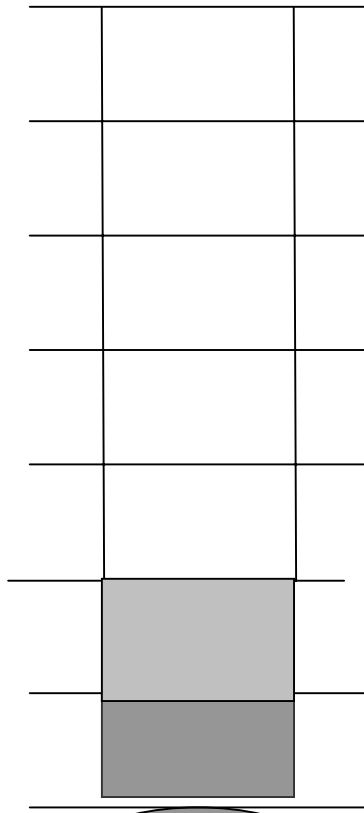
REGULAR



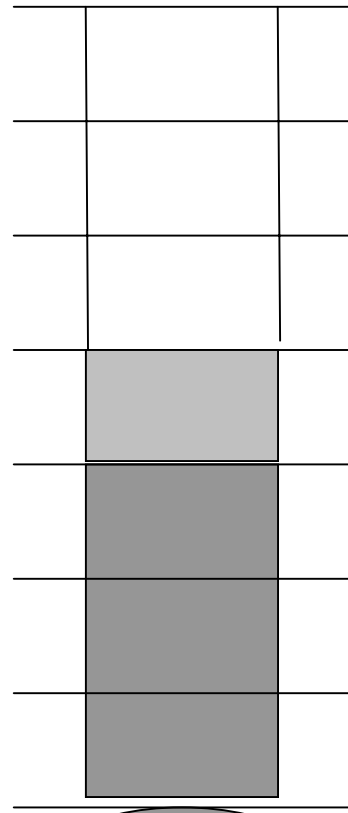
TANTO COMO
TE IMAGINES



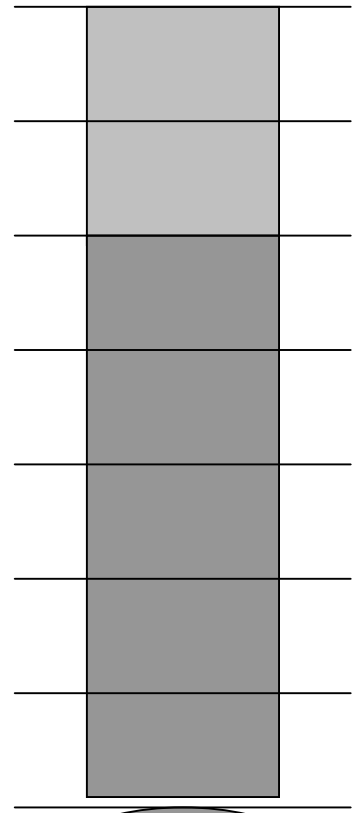
0 Días



1 -2 Días



3 -4 Días



5 -7 Días

ANEXO 7

Frecuencias por reactivo en la muestra de población general del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes

No. Final	No. Original	Reactivo	Frecuencia		
			Nada	Regular	Tanto como te puedas imaginar
6	6	Morir o gente muerta	326	377	978
10	12	Que el Director me llame a su oficina	369	549	763
17	20	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papas	399	554	728
44	52	Hacer un mal trabajo en la escuela	359	680	642
8	8	Las víboras	566	480	635
18	21	Sacar malas calificaciones	441	659	581
7	7	Estar en un lugar extraño	536	667	478
5	5	Estar en un hospital	681	545	455
14	16	Que me inyecten	738	489	454
11	13	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	702	541	438
4	4	Fantasmas o espectros	779	474	428
23	28	Faltar a un examen	702	552	427
30	35	Que se me salga una mala palabra (grosería)	717	547	417
39	47	Las ratas o ratones	779	492	410
48	56	Los lugares altos (montañas, azoteas) o los elevadores	797	479	405
12	14	Los osos o lobos	709	579	393
43	51	Presentar un examen	684	606	391
37	45	Las abejas	761	545	375
52	60	Los lugares pequeños o cerrados (túneles o cuartos pequeños)	793	517	371
32	38	Las pesadillas	760	565	356
51	59	Hablar frente a mi salón	629	729	323
42	50	Estar solo en casa	723	645	313
31	37	El océano o las albercas muy profundas	892	477	312
26	31	Enojarme con mis papas	834	536	311
27	32	Los cuartos oscuros o el closet	931	440	310
19	22	Los murciélagos o pájaros	953	423	305
35	42	Quedarme después de clases	918	463	300
47	55	Ir al doctor o al dentista	932	450	299
3	3	Parecer tonto	954	432	295
33	39	Que se descomponga el carro cuando yo viajo en él	929	460	292
45	49	La oscuridad	865	548	268
	19	Viajar en avión	965	450	266

50	58	Estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, camiones, parques)	906	510	265
	23	Que mi mamá o mi papá me critiquen	960	459	262
21	25	Las tormentas	942	477	262
16	18	Las arañas	1059	372	250
34	41	Que mi papá me castigue	836	601	244
22	26	Comer algo que no me guste	998	443	240
40	48	La sangre	1076	366	239
46	54	Los perros	965	477	239
13	15	Estar con alguien a quien acabo de conocer	896	550	235
25	30	Participar en juegos bruscos durante el recreo (básquetbol, fútbol, etc.)	1023	431	227
1	1	Que mi mamá me castigue	821	640	220
36	44	Hacer algo por primera vez	960	513	208
38	46	Los gusanos, lombrices o caracoles	1124	350	207
45	53	Que tan nervioso y que tanto miedo sientes antes de ir a la escuela	976	499	206
49	57	Viajar en carro, autobús o metro	1020	456	205
20	24	Pelearme con alguien	1001	477	203
	36	Que me corten el pelo	1247	244	190
9	11	Llegar enfermo a la escuela	1055	454	172
15	17	Que los demás me molesten	1145	374	162
28	33	Participar en un festival o baile en la escuela	1135	387	159
29	34	Las hormigas o los escarabajos	1267	256	158
2	2	Las lagartijas	1242	285	154
	40	Correr demasiado	1297	234	150
	43	El ruido de una sirena	1204	330	147
24	29	Decirle a alguien que estoy enojado	1215	338	128
	10	Ir a la feria y subirme a los juegos mecánicos	1261	302	118
	27	Los gatos	1394	174	113
	9	Contestar el teléfono	1387	194	100

- ❖ Miedos ordenados de acuerdo con la opción de respuesta "tanto como te imagines".
- ❖ Los reactivos en negritas, no se incluyeron en la versión final del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica.

ANEXO 8

Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes (Versión Final)

Esta es una lista de situaciones que algunos niños encuentran temerosas. Usando el Termómetro de Sentimientos (1 a 3), que tan atemorizante son estas situaciones para ti. Recuerda que algunas veces puedes decir que una situación es atemorizante por que sientes que tu cuerpo se entume, las manos te sudan o sientes mariposas en el estómago.....

Usando el Termómetro de Sentimientos (1 a 3), marca que tan atemorizantes son estas situaciones para ti. Marca con una "X" la opción que mejor describa que tanto miedo te da cada situación.

Si colocas la cruz (x) en la primera opción quiere decir que:
No te da NADA de miedo

Si colocas la cruz (x) en la segunda opción quiere decir que:
Te da REGULAR miedo

Si colocas la cruz (x) en la tercera opción significa que:
Te da miedo TANTO MIEDO COMO TE PUEDES IMAGINAR

TERMÓMETRO DE SENTIMIENTOS

Nada	Regular	Tanto como te puedas Imaginar
1	2	3

SITUACIÓN ATEMORIZANTE	¿CUÁNTO MIEDO?		
	1	2	3
1. Que mi mamá me castigue.			
2. Las lagartijas.			
3. Parecer tonto.			
4. Fantasmas o espectros.			
5. Estar en un hospital.			
6. Morir o gente muerta.			
7. Estar en un lugar extraño.			
8. Ir a la feria y subirme a los juegos mecánicos .			
9. Llegar enfermo a la escuela.			
10. Que el Director me llame a su oficina.			
11. Que me cuide alguien que no sea de mi familia.			
12. Los osos o lobos.			
13. Estar con alguien a quien acabo de conocer.			
14. Que me inyecten.			
15. Que los demás me molesten.			
16. Las arañas.			
17. Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papas.			

18. Sacar malas calificaciones.			
19. Los murciélagos o pájaros.			
20. Pelearme con alguien.			
21. Las tormentas.			
22. Comer algo que no me guste.			
23. Faltar a un examen.			
24. Decirle a alguien que estoy enojado.			
25. Participar en juegos bruscos durante el recreo (básquetbol, fútbol, etc.).			
26. Enojarme con mis papas.			
27. Los cuartos oscuros o el closet.			
28. Participar en un festival o bailable en la escuela.			
29. Las hormigas o los escarabajos.			
30. Que se me salga una mala palabra (grosería).			
31. El océano o las albercas muy profundas.			
32. Las pesadillas.			
33. Que se descomponga el carro cuando yo viajo en él.			
34. Que mi papá me castigue.			
35. Quedarme después de clases.			
36. Hacer algo por primera vez.			
37. Las abejas.			
38. Los gusanos, lombrices o caracoles.			
39. Las ratas o ratones.			
40. La sangre.			
41. La oscuridad.			
42. Estar solo en casa.			
43. Presentar un examen.			
44. Hacer un mal trabajo en la escuela.			
45. Que tan nervioso y que tanto miedo sientes antes de ir a la escuela.			
46. Los perros.			
47. Ir al doctor o al dentista.			
48. Los lugares altos (montañas, azoteas) o los elevadores.			
49. Viajar en carro, autobús o metro.			
50. Estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, camiones, parques).			
51. Hablar frente a mi salón.			
52. Los lugares pequeños o cerrados (túneles o cuartos pequeños).			

Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes

HOJA DE CALIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Reactivo	Calificación				F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
1	1	2	3	➔									
2	1	2	3	➔									
3	1	2	3	➔									
4	1	2	3	➔									
5	1	2	3	➔									
6	1	2	3	➔									
7	1	2	3	➔									
8	1	2	3	➔									
9	1	2	3	➔									
10	1	2	3	➔									
11	1	2	3	➔									
12	1	2	3	➔									
13	1	2	3	➔									
14	1	2	3	➔									
15	1	2	3	➔									
16	1	2	3	➔									
17	1	2	3	➔									
18	1	2	3	➔									
19	1	2	3	➔									
20	1	2	3	➔									
21	1	2	3	➔									
22	1	2	3	➔									
23	1	2	3	➔									
24	1	2	3	➔									
25	1	2	3	➔									
26	1	2	3	➔									
27	1	2	3	➔									

28	1	2	3	➔										
29	1	2	3	➔										
30	1	2	3	➔										
31	1	2	3	➔										
32	1	2	3	➔										
33	1	2	3	➔										
34	1	2	3	➔										
35	1	2	3	➔										
36	1	2	3	➔										
37	1	2	3	➔										
38	1	2	3	➔										
39	1	2	3	➔										
40	1	2	3	➔										
41	1	2	3	➔										
42	1	2	3	➔										
43	1	2	3	➔										
44	1	2	3	➔										
45	1	2	3	➔										
46	1	2	3	➔										
47	1	2	3	➔										
48	1	2	3	➔										
49	1	2	3	➔										
50	1	2	3	➔										
	1	2	3	➔										
52	1	2	3	➔										
<i>Puntuación por Factor</i>														
<i>Puntuación Total Fobia Específica</i>														

❖ F1= Factor 1 "Fobia Escolar", F2= "Fobia Animal", F3= "Fobia a la Oscuridad", F4= Fobia Situacional, F5= Fobia al Daño Físico, F6= Fobia al Peligro y a la Muerte, F7= Fobia Ambiental, F8= Fobia Médica, F9= Fobia a la Crítica.

ANEXO 9

Media y Desviación Estándar del Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica para Niños y Adolescentes en la Población General

No.	Reactivo	Población General	
		Media	Desviación Estándar
1	Que mi mamá me castigue	1.64	.70
2	Las lagartijas	1.35	.64
3	Parecer tonto	1.61	.77
4	Fantasmas o espectros	1.79	.82
5	Estar en un hospital	1.87	.81
6	Morir o gente muerta	2.39	.79
7	Estar en un lugar extraño	1.97	.78
8	Las víboras	2.04	.84
9	Llegar enfermo a la escuela	1.47	.67
10	Que el Director me llame a su oficina	2.23	.79
11	Que me cuide alguien que no sea de mi familia	1.84	.81
12	Los osos o lobos	1.81	.79
13	Estar con alguien a quien acabo de conocer	1.61	.72
14	Que me inyecten	1.83	.83
15	Que los demás me molesten	1.42	.66
16	Las arañas	1.52	.74
17	Que el profesor me ponga un reporte y mande llamar a mis papas	2.20	.80
18	Sacar malas calificaciones	2.08	.78
19	Los murciélagos o pájaros	1.61	.77
20	Pelearme con alguien	1.53	.70
21	Las tormentas	1.60	.74
22	Comer algo que no me guste	1.55	.73
23	Faltar a un examen	1.84	.80
24	Decirle a alguien que estoy enojado	1.35	.62
25	Participar en juegos bruscos durante el recreo (básquetbol, fútbol, etc.)	1.53	.72
26	Enojarme con mis papas	1.69	.76
27	Los cuartos oscuros o el closet	1.63	.78
28	Participar en un festival o baile en la escuela	1.42	.66
29	Las hormigas o los escarabajos	1.34	.64
30	Que se me salga una mala palabra (grosería)	1.82	.80
31	El océano o las albercas muy profundas	1.65	.77
32	Las pesadillas	1.76	.78
33	Que se descomponga el carro cuando yo viajo en él	1.62	.76
34	Que mi papá me castigue	1.65	.72
35	Quedarme después de clases	1.63	.77
36	Hacer algo por primera vez	1.55	.70

37	Las abejas	1.77	.79
38	Los gusanos, lombrices o caracoles	1.45	.70
39	Las ratas o ratones	1.78	.81
40	La sangre	1.50	.73
41	La oscuridad	1.64	.74
42	Estar solo en casa	1.76	.75
43	Presentar un examen	1.83	.78
44	Hacer un mal trabajo en la escuela	2.17	.75
45	Que tan nervioso y que tanto miedo sientes antes de ir a la escuela	1.54	.70
46	Los perros	1.57	.73
47	Ir al doctor o al dentista	1.62	.77
48	Los lugares altos (montañas, azoteas) o los elevadores	1.77	.81
49	Viajar en carro, autobús o metro	1.52	.70
50	Estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, camiones, parques)	1.62	.74
51	Hablar frente a mi salón	1.82	.73
52	Los lugares pequeños o cerrados (túneles o cuartos pequeños)	1.75	.79

Factor	Dimensión	Población General	
		Media	Desviación Estándar
Total	Fobia Específica	88.54	18.07
1	Fobia Escolar	17.31	4.21
2	Fobia Animal	12.33	3.68
3	Fobia a la Oscuridad	8.46	2.59
4	Fobia Situacional	13.21	3.53
5	Fobia al Daño Físico	8.84	2.54
6	Fobia al Peligro y a la Muerte	11.66	3.02
7	Fobia Ambiental	4.87	1.65
8	Fobia Médica	6.95	1.94
9	Fobia a la Crítica	4.79	1.42

ANEXO 10

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA

La adaptabilidad psicológica y funcionamiento humano, son pilares importantes para el adecuado desenvolvimiento del ser humano en todas los aspectos de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte (OMS, 2001). La literatura de investigación, revela que sin salud psicológica se imposibilita el adecuado funcionamiento del ser humano que va de lo individual a lo social (Hernández-Guzmán, 1999).

Es por estas circunstancias que en años recientes, se ha destacado la prevención primaria en salud mental orientándose no solo hacia la reducción de patología física y psicológica en la población, sino hacia la promoción de la competencia, la salud, el bienestar y la efectividad personales. Las ventajas de intervenir a dichos niveles son muy importantes con respecto a las consecuencias futuras para el propio individuo desde el punto de vista económico, psicológico y social (Hernández-Guzmán, 1999; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; OMS, 2001). Sin embargo, una vez que la patología está presente en el individuo y afecta directamente su funcionamiento, la mejor opción para restaurarlo son las herramientas profesionales basadas en la investigación y evaluadas sistemáticamente en los últimos veinte años (Emery, 1985; Friedberg, Crosby, Friedberg, Rutter & Knight, 2000; Hernández-Guzmán, 1999; Kendall, Chansky, et al., 1992; Meichenbaum, 1988; 1994; Öst, Alm, et al., 2001; Öst, Brandberg & Alm, 1997; Öst, Ferebee & Furmark, 1997; Öst, Johansson & Jerremalm, 1982; Öst & Sterner, 1987; Öst, Sterner & Fellenius, 1989; Phares, 1999; Zimbardo, 2002).

Específicamente en el caso de la fobia específica las estrategias terapéuticas que han mostrado ser más efectivas para la restauración del funcionamiento adaptativo en presencia del objeto o situación temida, destacan el tratamiento conductual (Méndez, 1999; Öst, Alm, et al., 2001; Öst, Brandberg, et al., 1997; Öst, Ferebee, et al., 1997), la desensibilización sistemática (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001; Odriozola, 1998), aproximaciones sucesivas (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001), modelamiento (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001), técnicas cognitivas (Breitholtz, Johansson & Öst, 1999; Öst, Alm, et al., 2001; Öst, Ferebee, et al., 1997; Öst, Sterner & Fellenius, 1989; Öst, Johansson, et al., 1982), inoculación de estrés (Barrios & Shigetomi, 1980; Caballo, 1993; Deffenbacher & Hahloser, 1981; Girodo & Roehl, 1978; Jaremko, 1980; Meichenbaum, 1972; 1988) y tratamiento cognitivo-conductual (Barrett, 1998; Friedberg, et al., 2000; Hernández-Guzmán, 1999; Öst, Brandberg, et al., 1997).

Las estrategias mencionadas muestran ser eficaces al lograr cambios deseables, a nivel individual y social, en muchas de las áreas del funcionamiento humano. Para lograr una intervención exitosa, se deben tomar en cuenta no sólo los cambios observables, es decir, los cambios conductuales, si no también los cambios cognoscitivos que lograrán la modificación de la percepción del contexto y de las autopercepciones, tomando en cuenta los antecedentes de reforzamiento y la historia familiar (Breitholtz, et al., 1999; Hernández-Guzmán, 1999; Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO

Psicoeducación

- ❖ Presentación del tratamiento, información sobre el desarrollo y significado de las respuestas de ansiedad como respuestas normales.
- ❖ Identificación conceptual de las señales de alarma personales.
- ❖ Presentación de los componentes de la emoción: 1) ¿Qué siento?, 2) ¿Qué pienso? y 3) ¿Qué hago?
- ❖ Identificación y registro de las propias respuestas de ansiedad y de las situaciones en las que se presentan.
- ❖ Reforzamiento de los avances y esfuerzos del paciente por la identificación de nueva información relevante a su fobia.

Manejo de las reacciones somáticas

- ❖ Control de la respiración.
- ❖ Entrenamiento en relajación muscular progresiva.
- ❖ Imaginación guiada.
- ❖ Entrenamiento en la tolerancia de ciertos niveles de ansiedad.

Técnicas cognitivas

- ❖ Para niños entre 6 y 8 años entrenamiento en el modelo de detención del pensamiento negativo.
- ❖ Para niños de 9 años en adelante, entrenamiento en el modelo de componentes de la emoción y su análisis funcional.

- ❖ Para adolescentes entrenamiento en la identificación y control de pensamientos automáticos y respuestas racionales.

Técnicas de exposición

- ❖ Elaboración de una jerarquía de estímulos fóbicos.
- ❖ Exponer al paciente a dichos estímulos de manera gradual, primero con imaginación y posteriormente *in-vivo*.
- ❖ Exponer al niño o adolescente a situaciones en donde pueda controlar su ansiedad, primero a situaciones de baja ansiedad hasta llegar a situaciones de alta ansiedad.
- ❖ Realizar actividades en las que el niño o adolescente experimente las sensaciones fisiológicas similares a las que se presentan en la ansiedad y por medio de las técnicas de relajación aprenda a controlarlas.
- ❖ Disminuir el uso de aditamentos físicos que ayuden al niño o adolescente a sentirse más seguro cuando se expone a la situación temida.
- ❖ Reforzar cada esfuerzo del niño o adolescente.
- ❖ Retroalimentar al niño o adolescente acerca de su desempeño.

Exposición a sus propios síntomas de ansiedad

- ❖ Exposición a las sensaciones de ansiedad.
- ❖ Desarrollo de una jerarquía de sensaciones temidas.
- ❖ Ejercicios de inducción de síntomas fisiológicos de ansiedad.
- ❖ Repetir exposiciones incluyendo la inducción de síntomas.

Intervención de los padres

- ❖ Papel de los padres y familiares cercanos en el mantenimiento del ciclo negativo.
- ❑ Los miembros de la familia pueden proveer inadvertidamente reforzamiento a conductas de escape y evitación, tratando de proteger al niño de sus propias sensaciones de ansiedad, con lo que el niño aprende que dicha situación es peligrosa, sin que realmente lo sea.
- ❖ Proveer un modelo acerca del papel negativo de los padres y familiares en el mantenimiento de las respuestas de miedo.
- ❖ Examinar las variables de mantenimiento presentes en el ambiente y sistema familiar del niño o adolescente.
- ❑ Papel de los padres.
- ❑ Papel de otros significativos.
- ❑ Papel de los pares.

- Papel de los maestros.
- ❖ Entrenamiento a padres en estilos de crianza y en estrategias en el manejo de las situaciones temidas por sus hijos.
- ❖ Padres como monitores de la conducta infantil y adolescente.
- ❖ Transferir el control que en un inicio ejercen los padres de la situación temida al niño de manera gradual.

Prevención de recaídas

- ❖ Transferir la responsabilidad del tratamiento del terapeuta a los padres y al niño o adolescente.
- ❖ Desarrollar un plan de recaídas:
 - Repetir exposiciones.
 - Cuando se requiera se puede llamar y pedir ayuda al terapeuta.
- ❖ Espaciar la sesiones semanales, a quincenales, mensuales y finalmente trimestrales por un periodo de un año.
- ❖ Insertar al niño o adolescente en sesiones de grupo planeadas ocasionalmente.

El número de sesiones varia dependiendo de la evolución de cada paciente, así como del contenido de las mismas. Cada sesión debe reflejar los elementos del tratamiento cognitivo-conductual descritos anteriormente.

El desarrollo, contenido e implicaciones de las sesiones que reflejen el contenido del tratamiento deberá precisarse, comprobarse y corroborarse en estudios posteriores con el objetivo de desarrollar un modelo de tratamiento cognitivo-conductual individualizado y completamente apegado a las características de la fobia de cada niño y/o adolescente y someter a prueba la eficacia del tratamiento desarrollado en cuanto a cambio, significancia clínica, y la permanencia y mantenimiento de los resultados del mismo.