



Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna

Trabajo de Fin de Grado de psicología:

FOBIA ESPECÍFICA: DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Alumno: Acoremi Cairós Grillo

Tutor: María concepción Cristina Ramos Pérez y Pablo García Medina

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Área de Conocimiento: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Curso académico: 2018 – 2019

Fecha: 18 / 06 / 2019

Resumen

Según el DMS-V, la fobia específica es un trastorno de ansiedad que hace referencia a un miedo desadaptativo ante la presencia o anticipación de un estímulo específico que puede ser de naturaleza variada como animales, altura, tormenta, agua, volar, etc.

Hay múltiples factores que influyen en la adquisición de la misma, siendo una posible agrupación la de Barlow (2002) el cual los agrupo en vulnerabilidad genética/biológica, vulnerabilidad cognitiva y vulnerabilidad psicológica que serán explicados posteriormente.

Para poder elaborar un plan de intervención adaptado a las necesidades del paciente, la evaluación debe ser lo más completa posible, es decir, debe incluir tanto el análisis funcional de la conducta como una evaluación psicométrica del problema.

Respecto a los tratamientos más eficaces en el campo de las fobias y atendiendo a los diferentes estudios meta - analíticos, aquello que ha demostrado tener más eficacia es la exposición en vivo en sus diferentes variantes acompañada esta de otros tratamientos como el modelado o la reestructuración cognitiva, entre otras.

Palabras claves: miedo, ansiedad, fobia específica, condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje vicario, desensibilización sistemática y exposición en vivo.

Abstract

According to the DMS-V, specific phobias are a defined anxiety disorder as a maladaptive fear in the presence or anticipation of a specific stimulus, which can be varied as animals, height, storm, water, fly, etc.

There are multiple factors that influence the acquisition of the same, being a possible grouping of Barlow (2002), the grouping in genetic / biological vulnerability, cognitive and psychological vulnerability that will be explained further.

In order to prepare an intervention plan adapted to the needs of the patient, the evaluation must be as complete as possible, that is, it must include both the functional analysis of the behavior and a psychometric evaluation of the problem.

Regarding the most effective treatments in the field of phobias and taking into account the different meta-analytical studies, what has proven to be more effective is exposure in its different variants accompanied by other treatments such as modeling or cognitive restructuring, among others.

Keywords: fear, anxiety, specific phobia, classical conditioning, operant conditioning, vicarious learning, systematic desensitization, live exhibition

Índice

1. Introducción	4
2. Conceptualización.....	5
3. Factores que influyen en la adquisición de una fobia	8
3.1 Vulnerabilidad genética	8
3.2 Vulnerabilidad psicológica generalizada o cognitiva	9
3.3 Vulnerabilidad psicológica específica	9
4. Evaluación.....	11
4.1 Entrevista	12
4.2 Cuestionarios.....	13
4.3 Autorregistro y observación.....	17
5. Tratamiento	17
6. Conclusión	21
7. Referencias.....	24

1. Introducción

En la actualidad, dentro de los trastornos de ansiedad, las fobias específicas presentan una alta prevalencia vital, cosa que se puede ver reflejada en el estudio más reciente realizado por Wardenaar et al., en el 2017, a partir de los datos recabados en la encuesta mundial de Salud Mental de la OMS. Según dicho estudio, la prevalencia vital oscila en diversos países entre el 2,6% y el 12,5%, con un 7,4% para todos los países combinados y una razón de 2 mujeres por cada hombre.

Asimismo, en los adultos el trastorno tiende a ser crónico salvo que se reciba tratamiento temprano, y la recuperación se ve agravada cuanto mayor es el número de fobias o miedos específicos (Bados, 2017).

Por otra parte, existen datos en muestras comunitarias de que la fobia específica (sea el trastorno principal o no) es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos afectivos, trastorno por dolor y trastornos de alimentación (Lieb et al., 2016).

Teniendo en cuenta lo anteriormente comentado, es importante informar y concienciar a la población en general sobre dicho trastorno, así como llevar a cabo diferentes programas de prevención, evitando así su cronicidad y comorbilidad con otros trastornos entre otros muchos problemas.

2. Conceptualización

Ante un peligro o amenaza, ya sea real o no, nos ponemos ansiosos y consecuentemente, fruto de la activación del sistema nervioso simpático, experimentamos una serie de respuestas fisiológicas como tensión muscular, palpitaciones, sudoración, etc.; además de respuestas cognitivas relacionadas con los pensamientos sobre ese peligro, las consecuencias y la capacidad de afrontar esa situación y respuestas motoras de escape/huida. Por ello se puede concluir que la ansiedad es un sistema tridimensional (cognitivo, conductual y fisiológico) de protección que nos prepara para la supervivencia (Bados, 2017).

No obstante, hay que tener presente que su adaptabilidad/funcionalidad depende del nivel, frecuencia y duración de la ansiedad, pues si es muy persistente, elevada y frecuente provocará malestar en el individuo, así como deterioro en diferentes áreas como el trabajo, la escuela, la vida social... conllevando a provocar manifestaciones patológicas como el trastorno de fobia específica, siendo este el tema que nos concierne (Bados, 2017).

En la mitología griega encontramos a Fobos, hijo de Ares (dios de la guerra) y de Afrodita (diosa del amor), que se le consideraba la personificación del temor ya que aparecía antes de cada batalla, refiriéndose al miedo y pánico de los combatientes para luchar, lo que provocaba que los luchadores, aterrados por su discurso, huyeran de la batalla o fingieran su muerte para luego escapar (Lluis, 2011). A partir de ahí surge el origen etimológico de la palabra fobia, que deriva del griego Fobos/phobos cuyo significado es miedo/ pavor/ pánico. (Ajno, 2013).

Por tanto, basándonos en el significado de la palabra, podríamos decir que se utiliza para referenciar reacciones de miedo intenso, inducidas por situaciones (reales o anticipadas), que objetivamente no justifican tales respuestas.

Para la definición de fobia mencionaré los criterios expuestos por Marks (1969) en su clásico libro “Fears and phobias”, quien señala que la fobia, a nivel general, debe cumplir una serie de requisitos para poder ser conceptuadas como tal (Belloch, et al., 2010). Estos aspectos también los encontramos en el DSM-V, actual manual utilizado como apoyo para establecer el diagnóstico de dicho trastorno.

En primer lugar, debe existir un miedo desproporcionado, es decir, superior al que cabría esperar dado el carácter amenazante de la situación. Esto da pie a hacer una separación conceptual entre lo que es el miedo en sí mismo y lo que es una fobia. El miedo es una reacción emocional común entre los seres humanos de tipo adaptativo que se pone en marcha ante peligros reales y ante amenazas inminentes, mientras que, la fobia, como ya se comentó, es un miedo desproporcionado y, por tanto, desadaptativo, que se pone en marcha ante un peligro irreal (Caballo, et al., 2014).

Para poder entender mejor la diferencia, expondré un ejemplo: Estamos ante una reacción de miedo, cuando una persona se echa a correr ante la presencia de un león, el cual puede hacerle mucho daño y, por ende, la respuesta tiene como fin la supervivencia. Por otro lado, estamos ante una respuesta fóbica, cuando una persona sufre un ataque de ansiedad ante la imagen de un león, es decir, manifiesta los mismos signos de activación que los que evidencia cuando está ante un león real. Con estos dos ejemplos se puede concluir que la diferencia principal es la racionalidad del peligro real que supone la amenaza (Ajno, 2013).

En segundo lugar, siguiendo con los criterios de Marks, es necesario la evitación de la situación temida, ya sea real o anticipada. Dicha evitación no tiene por qué ser en sentido estricto, simplemente que la persona tenga un fuerte deseo de evitar la situación fóbica, o bien que la tolere con elevado grado de ansiedad y malestar.

Con solo los dos criterios mencionados, es decir, desproporcionalidad y evitación, podemos concluir que, como toda psicopatología, produce malestar y deterioro en diferentes áreas de la vida.

En tercer lugar, no existe una posible explicación lógica del fenómeno. Se trata de una reacción de ansiedad y evitación que no puede ser justificada por el peligro real de la circunstancia amenazante, es decir, es completamente irracional.

Y, por último, la respuesta fóbica va más allá del posible control voluntario. Un individuo con una fobia es consciente de que su miedo es incompresible, que no está justificado, pero sin embargo no puede controlarlo.

Dichos criterios, hacen referencia al trastorno fóbico en general que se puede clasificar en: fobia social, agorafobia y fobia específica. En este trabajo nos centraremos única y exclusivamente en la fobia específica cuya característica central es que el miedo/ansiedad está asociado a estímulos más o menos específicos como objetos, personas, sensaciones, actividades, situaciones, etc.

El DSM-V establece una subclasificación basada en fobia a los animales (p.ej.: arañas, insectos, perros...); al ambiente natural (p.ej.: tormentas, alturas, viento, agua, oscuridad, etc.); a la sangre/inyecciones/sufrir daño corporal (SID) y a las situaciones (p.ej.: viajar en transporte público, subir o bajar en ascensor, volar en avión...). Además, se incluye un apartado denominado «otros tipos» para describir a las fobias que no se clasifican fácilmente en las anteriores (p.ej.: miedo al atragantamiento, al vómito, a los ruidos fuertes, a las personas disfrazadas, etc.).

La fobia SID, a diferencia de otras fobias, se encuentran asociadas una respuesta fisiológica bifásica durante la exposición a las situaciones temidas, es decir un aumento inicial de la

activación seguido por una brusca caída en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea, lo que a veces produce desmayos.

Esta clasificación tiene una función meramente orientativa puesto que, desde el 2002 se viene cuestionando su validez, ya que no es tarea fácil asignar un miedo a un tipo u otro de fobia, por ejemplo ¿es la fobia a los puentes una fobia situacional o una fobia a las alturas? Por ello es mejor decir que tiene una fobia, a nivel general, y no centrarse en que subtipo específico de fobia tiene (Barlow, et al., 2002).

3. Factores que influyen en la adquisición de una fobia

Hay diversidad de causas en la base de los trastornos de ansiedad en general y de la fobia específica en particular, que Barlow (2002) agrupa en: vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica.

3.1 Vulnerabilidad genética

Hay ciertos aspectos genéticos y congénitos que juegan un papel en el inicio de la FE, puesto que contribuyen a aumentar la sensibilidad de la persona ante el estrés. Entre dichos aspectos podemos encontrar ciertos rasgos temperamentales como el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa, el estilo de afrontamiento y la inhibición conductual ante lo desconocido. Asimismo, algunas personas presentan un sistema nervioso autónomo inestable que se activa con facilidad y se desactiva lentamente, haciendo que la persona permanezca más tiempo en alerta que relajado. También influye la heredabilidad familiar a padecer el mismo tipo de fobia (LeBeau et al., 2010). Esto es lo que se denomina vulnerabilidad genética, en donde podemos encontrar aspectos temperamentales, biológicos y fisiológicos.

3.2 Vulnerabilidad psicológica generalizada o cognitiva

Tiene como base la percepción que tiene la persona sobre una determinada situación estresante, valorando la impredecibilidad, incontrolabilidad y peligrosidad de esta, fundamentada en experiencias tempranas como, el estilo educativo recibido (sobreprotector y falta de cariño), los vínculos inseguros de apego o la vivencia de eventos traumáticos (muerte de una familiar, abuso físico, maltrato...) (Armfield, 2006).

3.3 Vulnerabilidad psicológica específica

Estaría conformada por la vulnerabilidad biológica y psicológica generalizada junto con ciertas experiencias de aprendizaje, directas con los futuros estímulos fóbicos, que conllevan al establecimiento de un condicionamiento clásico u operante. Dicho pack hace que la ansiedad se focalice en determinadas situaciones o eventos, percibiéndolos como amenazantes o peligrosos. Hay diferentes tipos de experiencias de aprendizaje que contribuyen a adquirir una FE.

Por un lado, tenemos el haber vivenciado una o varias situaciones negativas directamente con el estímulo fóbico, por ejemplo, una persona tiene fobia a los perros porque le han mordido en diferentes ocasiones, conformándose de esta forma un condicionamiento clásico. Asimismo, la gravedad y frecuencia de estas experiencias negativas y la evitación de la situación tras la experiencia negativa son variables importantes en el desarrollo de la FE.

También encontramos como experiencias de aprendizaje el observar a otros, ya sea en vivo o no. Cuanto mayor es el miedo y/o las consecuencias aversivas observadas, mayor es la probabilidad de adquirir ese temor.

La transmisión de información amenazante, por ejemplo, los avisos de los padres sobre lo peligrosos que son ciertos animales o la información en la prensa de accidentes aéreos o enfermedades es otra experiencia de aprendizaje. Sin embargo, la probabilidad de ocurrencia o de que se agrave una fobia dependerá de si la conducta de evitación o ansiosa producida tras la información dada es reforzada.

Estos tipos de experiencias de aprendizaje pueden interactuar entre sí y es más probable que se genere un miedo intenso o una fobia cuando se combinan dos o más de ellas. Por ejemplo, un niño que observa la reacción de evitación y temor de su madre ante los perros, fruto de su fobia, puede ser origen de esta en el niño. Hablaríamos en este caso de fobia por aprendizaje vicario. La fobia también podría resultar por la información amenazante sobre los perros que la madre da a su hijo, a la vez que esta le refuerza positivamente cuando el niño se aleja de los mismo. Esta forma de adquisición de la fobia resultaría del condicionamiento operante. Dicho esto, se puede concluir que una experiencia negativa directa puede tener más impacto si existen experiencias significativas previas de aprendizaje observacional y/o de transmisión de información amenazante.

La FE pueden aparecer sin condiciones predisponentes, sin embargo, por lo general, se requiere de la interacción de experiencias negativas o reacción de alarma extrema junto con factores genéticos, congénitos, socioculturales, creencias, estilo educativo recibido, entre otros muchos elementos.

4. Evaluación

El proceso clínico de evaluación de la fobia específica tiene que girar en torno a los factores mencionados con anterioridad. Asimismo, hay que tener en cuenta que tanto la ansiedad como el miedo están conformados por un sistema de respuesta multidimensional (cognitivo, motor y fisiológico), aspectos que también hay que incluir.

La finalidad de este apartado es la de ofrecer algunos ejemplos de instrumentos útiles de evaluación para poder elaborar un tratamiento, adaptado a cada caso, en base a la información recabada.

Para que el plan de evaluación sea lo más completo y objetivo posible debemos hacer uso de estrategias tales como la entrevista, el autorregistro y la observación, complementadas estas por los cuestionarios y escalas elaboradas con este fin. Dichas estrategias nos permiten recabar información sobre: situaciones temidas y evitadas, conductas defensivas, condiciones que agravan o reducen la fobia, variables situacionales y personales que mantiene la misma, su interferencia en la vida de la persona, historia y fluctuaciones de la fobia y por último sus recursos y limitaciones para ser frente a la situación. En todo este procedimiento se ha de incluir igualmente el ámbito cognitivo, cuya finalidad es descubrir los esquemas de pensamiento que están a la base de la elaboración de la fobia.

Igualmente, habría que evaluar la motivación y el compromiso del paciente ya que es muy importante de cara a la efectividad de la intervención, puesto que una vez que se empieza un procedimiento de exposición no se puede dejar a medias, pues ello puede generar efectos iatrogénicos no deseados en el paciente.

Teniendo en cuenta que existen datos de que la fobia específica es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de otros trastornos, como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos afectivos,

trastorno por dolor y trastornos de alimentación (Lieb et al., 2016), no hay que dejar de lado la evaluación de esa posible comorbilidad.

La inclusión de familiares y otras personas cercanas en dicho proceso darán una mayor fiabilidad y validez, pues nos ayudará a confirmar la información proporcionada por el paciente y obtener información relevante no proporcionada por el paciente, ya que se ve el problema desde otro punto de vista.

4.1 Entrevista

A continuación, se explicita en la tabla 1 un tipo de entrevista general que nos permite obtener información general sobre el paciente, así como, del problema por el que acude a consulta. Además de una entrevista basada en los criterios del DSM-V que evalúa los diferentes trastornos de ansiedad. En el caso de las FE evalúa el grado de temor y evitación de 17 estímulos o situaciones fóbicos correspondientes a los cinco tipos de FE.

Tabla 1. Entrevista. Elaboración propia recogida a partir de Muñoz, Roa, Pérez, Santos – Olmo y de Vicente (2002); Buela – Casal (2004); Caballo, Salazar y Carrobles (2014).

PLAN DE EVALUACIÓN

Entrevista general

Entrevista conductual. Fernández- Ballesteros, (1994)	Evalúa: datos personales, descripción de la demanda y el problema, condiciones familiares actuales, historia familiar...
--	--

Entrevista para los Trastornos de Ansiedad y relacionados según el DSM- V Brown y Barlow, (2014).	Evalúa diferentes trastornos de ansiedad, así como otros trastornos.
---	--

4.2 Cuestionarios

Tras la realización de la entrevista se procederá al pase de cuestionarios que se pueden agrupar en: generales de miedo (Tabla 2), específicos según el tipo de fobia (Tabla 3), individualizados centrados en el paciente (Tabla 4) y cuestionarios cognitivos (Tabla 5)

Tabla 2. Cuestionarios generales de miedo para la evaluación de la FE. Elaboración propia recogida a partir de Muñoz, Roa, Pérez, Santos – Olmo y de Vicente (2002); Buela – Casal (2004); Caballo, Salazar y Carrobles (2014).

PLAN DE EVALUACIÓN	
Cuestionarios → generales de miedo	
El inventario de Reconocimiento de Miedos III. Wolpe y Lang, (1977). <i>Fear Survey Schedule III, FSS-III.</i>	Valoración de 108 estímulos ansiógenos (objetos, animales o situaciones) en función del grado de perturbación que le produce.
Cuestionario de Miedos / Marks y Mathews, (1979). <i>Fear Questionnaire, FQ.</i>	Evalúa la severidad de diferentes fobias basándose en las conductas de evitación, así como la ansiedad y depresión asociadas.
Termómetro de Miedo / Walk, (1956). <i>Fear Thermometer, FT.</i>	Escala de 0 a 10 que indica ausencia o presente de un miedo extremo.

Tabla 3. Cuestionarios específicos para la evaluación de las fobias específicas. Elaboración propia recogida a partir de Muñoz, Roa, Pérez, Santos – Olmo y de Vicente (2002); Buela – Casal (2004); Caballo, Salazar y Carrobles (2014).

PLAN DE EVALUACIÓN	
<u>Cuestionarios → específicos</u>	
Cuestionario de claustrofobia Radomsky et al., (2001), <i>Claustrophobia Questionnaire, CLQ</i> .	Evalúa dos tipos de miedos claustrofóbicos: miedo a la restricción de movimientos y miedo a ahogarse.
Cuestionario de Miedo a Volar – II Bornas et al., (1999).	Consta de 30 situaciones que se valoran de 1 a 10 según el malestar que se experimentaría ante las mismas. Los ítems hacen referencia a situaciones previas al vuelo, incidentes durante este, información de catástrofes y situación de aterrizaje.
Escala de Evitación de Conducir y Viajar en Coche. Stewart y St. Peter, (2004), <i>Driving and Riding Avoidance Scale, DRAS</i> .	20 ítems agrupados en cuatro factores: evitación del tráfico y de las carreteras concurridas, evitación del mal tiempo y la oscuridad, evitación de viajar en coche y evitación general.
Cuestionario de Miedos Médicos – Versión Breve. Olatunji et al., (2012), <i>Medical Fear Survey–Short Version, MFS-SV</i> .	25 ítems agrupados en cinco factores: miedo a los cuerpos mutilados, a la sangre, a las inyecciones hipodérmicas y extracciones de sangre, a los objetos cortantes y a los exámenes médicos y síntomas físicos.
Cuestionario de Acrofobia. Cohen, (1977) <i>Acrophobia Questionnaire, AQ</i> .	Consta de 40 ítems dirigidos a evaluar la ansiedad y la evitación referidas a 20 situaciones diferentes relacionadas con las alturas.

A parte de la cumplimentación de cuestionarios generales y específicos, según el tipo de fobia, hay que tener en cuenta, que de cara a la elaboración del plan de intervención nos debemos basar en un enfoque idiosincrásico, es decir lo más individualizado y adaptado al paciente posible. En la tabla 4 se presenta una serie de cuestionarios que cumplen con dicho objetivo.

Tabla 4. Cuestionarios individuales para la evaluación de la FE. Elaboración propia recogida a partir de Muñoz, Roa, Pérez, Santos – Olmo y de Vicente (2002); Buela – Casal (2004); Caballo, Salazar y Carrobbles (2014).

PLAN DE EVALUACION	
<u>Cuestionarios → individual</u>	
Inventarios de conductas – objetivo Bados, (2000).	El paciente escoge cinco conductas que le gustaría realizar con normalidad. Dichas conductas se clasifican en función del su grado de dificultad (1-10), la medida en la que se evita (1-6) y el miedo que le produce (1-6).
Jerarquía individualizada de situaciones temidas Wolpe, (1990).	Jerarquización de estímulos ansiógenos según el grado de ansiedad y de evitación que provocan. También puede usarse para valorar la autoeficacia a través de la valoración de cuan capaz se cree de poder realizar él solo cada actividad.

Un aspecto que influye en la adquisición de una fobia son los pensamientos distorsionados y creencias nucleares del paciente ante una experiencia aversiva, motivo por el cual es fundamental evaluarlos de cara a la elaboración del plan de tratamiento. En la tabla 5 mostramos una serie de ejemplos.

Tabla 5. Cuestionarios cognitivos para la evaluación de la FE. Elaboración propia recogida a partir de Muñoz, Roa, Pérez, Santos – Olmo y de Vicente (2002); Buela – Casal (2004); Caballo, Salazar y Carrobles (2014).

PLAN DE EVALUACION	
Cuestionarios → <u>cognitivos</u>	
Escala de Respuestas ante Estímulos Fóbicos / Cutshall y Watson, (2004). <i>Phobic Stimuli Response Scales, PSRS.</i>	Evalúa, en un total de 46 ítems valorados del 1 al 4, la respuesta de miedo ante una diversidad de situaciones.
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) Miguel – Tobal y Cano Vindel, (1988).	Evalúa la frecuencia de respuestas de ansiedad (cognitivas*, motoras y fisiológicas) ante diferentes situaciones. Además permite obtener un perfil de reactividad individual
Inventario de Estado-Rasgo para la Ansiedad Cognitiva y Somática Ree et al., (2000). <i>State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety, STICSA.</i>	Considera la ansiedad cognitiva* (pensamientos) y somática (grado en que se experimentan reacciones corporales)
Técnica de Listado de Pensamientos Cacioppo y Petty, (1981).	Registrar los pensamientos que ha tenido antes, durante y después de la situación temida y valorar ciertos aspectos de los mismos (frecuencia, creencia en ellos, etc.)

4.3 Autorregistro y observación

El autorregistro y la observación permiten recoger información en el medio natural sobre las situaciones fóbicas y lo que la persona siente, piensa y hace en las mismas. Esta información es útil para planificar el tratamiento, ya que permite identificar situaciones o sensaciones físicas para la jerarquía de exposición y pensamientos para el cambio cognitivo.

Un posible autorregistro podría recoger fecha y situación desencadenante, emociones, sensación y pensamientos experimentados, así como la conducta que se lleva a cabo para tranquilizarse.

5. Tratamiento

Menos de una sexta parte de las personas con FE buscan ayuda psicológica como consecuencia de su problema (Caballo, 2011).

Esto es debido a que el rango de estímulos capaces de evocar miedo es limitado, lo que facilita evitar la confrontación directa con el mismo y por ende no hay interferencia ni deterioro en la persona fóbica (Capafóns, et al., 2007). El problema aparece cuando se produce algún cambio en la vida del paciente que hace que el estímulo fóbico adquiera relevancia o una mayor presencia. Por ejemplo, le comunican a una persona con fobia a volar que será ascendida en su puesto de trabajo, puesto en el que tiene que viajar mucho, por lo que, dicha fobia que hasta el momento no le suponía un problema le empezaría a interferir hasta el punto de no poder ascender en su trabajo repercutiendo esto en diversas áreas de su vida.

Así mismo si la fobia no es tratada tiende a cronificarse, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de otros trastornos (Lieb et al., 2016). Por estos motivos es importante la intervención temprana en este tipo de problemas, para evitar efectos iatrogénicos.

Como dato alentador cabe mencionar que existen cada vez más evidencias de que la fobia específica se encuentran entre los trastornos que mejor resultados tienen en los tratamientos, así pues, la mayoría de los individuos con fobia a los animales, a la sangre y a las inyecciones son capaces de superar su fobia en tan sólo una sesión de exposición sistemática a la situación temida (Bados, 2017).

Existen variedad de tratamientos para la fobia específica, pero los que más eficacia han conseguido a lo largo de la historia son los de tipo cognitivo – conductual (Capafóns, 2011).

Las técnicas que vienen mostrando mayor efectividad son las de exposición (Buela – Casal, et al., 2004). Consisten en someter al paciente a la situación temida, y que por tanto le genera ansiedad, empleando simultáneamente a la exposición una respuesta antagónica, es decir no ansiógena cuya función es inhibir la ansiedad.

Se fundamenta en los principios de extinción y reaprendizaje, puesto que dicha exposición, en ausencia de las consecuencias temidas, tendrá como resultado la extinción de las reacciones fobias junto con un nuevo aprendizaje de la situación.

Dicha técnica puede ser llevada a cabo de diferentes formas: graduada o no, en vivo o imaginada, etc., pero en dicho trabajo me limitaré a desarrollar, con detalle, el procedimiento que más eficacia ha demostrado tener que es el de la inundación siendo este un procedimiento sin graduar y en vivo. Consta de cuatro fases que explicaré basándome en un caso clínico: varón de 35 años con miedo a los aviones al que aplicaremos un programa de exposición con el fin de que permanezca dentro del mismo con niveles de ansiedad normalizados.

En primer lugar, hay que informar/preparar al paciente con bastante detalle sobre la situación a la que va a estar expuesto. Por ejemplo: “a continuación, procederemos a entrar en un avión pequeño, el cual volará a Gran Canaria, cuyo trayecto durará en torno a 50 minutos”.

Seguidamente, se procede a la fase de confrontación en la cual el estímulo/situación al que se va a enfrentar el paciente está presente, pero el individuo no está inmerso en dicha situación simplemente la percibe. Por ejemplo: el paciente se encuentra en el aeropuerto observando el avión en el cual va a volar a Gran Canaria.

Una vez que el paciente ha sido informado y ha percibido la situación desde fuera, se procederá al afrontamiento que es la fase en la cual el individuo está inmerso en la situación. Por ejemplo: el fóbico se adentra en el avión y está 50 min volando.

Tras finalizar el tiempo de exposición, se le reforzara el haber terminado con éxito, valorando el tiempo que ha soportado la situación. Hay que tener en cuenta que no solo nos basamos en el éxito técnico, sino también en el subjetivo, pues la valoración subjetiva de la persona va a ser distinta al termino terapéutico de que efectivamente lo ha superado. Un buen terapeuta tiene que hacer una buena encadenación de la consideración técnica y subjetiva.

Dicha técnica tiene una serie de componentes que no son obligatorios sino facilitadores del procedimiento:

La exposición puede ser llevada a cabo en vivo o usando la imaginación. La evidencia empírica indica que los procedimientos en vivo son más eficaces y se resuelven más rápido comparados los imaginados, pero cuando las características del estímulo temido son difícilmente reproducibles en la realidad, este debe ser imaginado.

La graduación consiste en conducir a las personas a situaciones que cada vez le producen mayor ansiedad/malestar. Para ello se elabora una jerarquización de los estímulos ansiógenos de menos a más. Se ha demostrado que si no se gradúa el problema fóbico se va a resolver de forma más rápida, pero no siempre se puede usar procedimientos no graduales, sino que dependerá de la persona y de cómo se conceptualice la situación con el paciente, por ejemplo, a una persona con problemas cardiacos hay que aplicar un procedimiento gradual.

El uso o no de técnicas de relajación es otra variante. Su uso está determinado por la duración de la exposición: con tiempos de exposición cortos hay que usarla siempre, pues la ansiedad se dispara y no le da tiempo al paciente a relajarse, mientras que con tiempo de exposición largos no hace falta, ya que la ansiedad tiende a disiparse por sí sola cuando se prolonga en el tiempo. Dos de las técnicas de relajación más usadas son la Relación muscular progresiva de Jacobson (1938) y relajación por respiración diafragmática.

Un factor que contribuye al aumento de la motivación y adherencia al tratamiento es la exposición indirecta modelada. Consiste en que el terapeuta (puede ser otra persona) actúe como modelo realizando primero la conducta de aproximación hacia el estímulo temido, para que el paciente lo observe y posteriormente lo haga.

No hay que dejar de lado la importancia de la psicoeducación del paciente sobre el problema que presenta, puesto que muchos acuden a consulta desconociendo qué es lo que están experimentando. Por ello es fundamental proporcionarle toda la información relevante antes de comenzar con la exposición sobre - Qué es la ansiedad, así como los componentes y manifestaciones propias de la misma -. Esto ayudará a disminuir el sufrimiento al darle a entender que es algo que no se puede controlar sino manejar y que es una reacción normal y adaptativa que hay que ajustar.

En lo que respecta a lo cognitivo, es importante saber que nuestros sentimientos y comportamientos están modulados por nuestros pensamientos, motivo por el cual hay que identificarlos pues influyen en la forma que la persona está percibiendo los estímulos fóbicos contribuyendo en consecuencia al mantenimiento de la FE. Una vez identificados se procederá a modificarlos por unos más adaptativos y funcionales haciendo uso de la técnica de reestructuración cognitiva.

Para la identificación de los pensamientos se puede recurrir al autorregistro de situaciones ansiosas, que se recoge en la tabla a continuación expuesta. El paciente debe identificar una situación ansiógena, las emociones que experimenta, así como sus conductas y pensamientos.

Tabla 6. Ejemplo de auto registro de pensamiento. Recogido a partir de Molina, Salido y Placeres (2017).

Situación	Emoción	Pensamiento	Conducta
Describa una situación desagradable para usted	¿Qué siente cuando ocurre esta situación?	Identifique los pensamientos que le viene a la cabeza durante esta situación	Identifique que hace cuando ocurre esta situación

Para la modificación de los pensamientos, se puede hacer uso de la técnica de la distracción, pidiéndole al paciente que cuando aparezcan estos pensamientos disruptivos realice alguna actividad alternativa e incompatible. También se puede recurrir a la comprobación empírica, que consiste en pedirle al paciente que busque evidencias a favor y en contra de sus pensamientos.

6. Conclusión

La fobia específica es uno de los trastornos psicológicos que mayor índice de prevalencia presenta, como se puede ver reflejado en los siguientes dos estudios distanciados temporalmente 10 años. En primer lugar, el realizado por Stinson et al. en el 2007, en donde el porcentaje era del 9,4% (6,2% en varones y 12,4% en mujeres) y, en segundo lugar, el llevado a cabo por Wardenaar et al., en el 2017, cuyo porcentaje oscilaba en diversos países entre el 2,6% y el 12,5% (con un 7,4% para todos los países combinados) y una razón de 2 mujeres por

cada hombre. Con estos datos se puede concluir que dicha prevalencia además de ser alta se ha mantenido estable, y ha habido una mayor incidencia en el sexo femenino.

A lo anterior hay que añadirle que menos de una sexta parte de las personas con FE buscan ayuda psicológica como consecuencia de su problema (Caballo, 2011) por dos posibles razones.

En primer lugar, porque resulta muy fácil evitar los estímulos que se temen lo que contribuye a que no haya interferencia ni deterioro en la vida del paciente (Capafóns, et al., 2007). El problema aparece cuando se produce algún cambio en la vida de este que hace que el estímulo fóbico adquiera relevancia o una mayor presencia.

En segundo lugar, por la falta de conocimiento de la población acerca de la efectividad de los tratamientos, pues la mayoría de los individuos con fobias a los animales, a la sangre y a las inyecciones son capaces de superar sus fobias en tan sólo una sesión de exposición sistemática a la situación temida (Bados, 2017).

De todo esto, se puede concluir en la necesidad de llevar a cabo diferentes programas de prevención, en donde se podría trabajar en diversidad de ámbitos y de aspectos, con la finalidad de mejorar el bienestar y calidad de vida de la población en general y de los pacientes con FE en particular.

Hay que llevar a cabo talleres informativos sobre la fobia específica en los colegios, acercándonos así a padres y niños, en los centros de salud, en entornos juveniles como “la casa de la juventud” entre otros posibles lugares. La finalidad de esos talleres sería la psicoeducación de la población en general sobre la fobia específica, en donde se abarcarían temas tales como qué es una fobia específica, cuáles son las manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de dicho trastorno, diferencia entre miedo y fobia..., pero sobre todo hay que abordar las evidencias sobre la efectividad de los tratamientos.

Mucha gente no pide ayuda psicológica por el coste que supone acudir a un psicólogo, no siendo conscientes, muchas veces, de la disponibilidad de los mismos en los centros de atención primaria por lo que habría que difundir tal servicio.

Siguiendo en la misma línea es muy importante comunicar a la población de lo importante que es acudir a consulta de manera temprana. Tanto en las personas que ya presentan el problema, evitando así que se cronifique, generalice y aparezcan otros derivados del mismo (comorbilidad), como en aquellas otras que han tenido una experiencia negativa, por ejemplo, la mordida de un perro, para que no llegue a padecer un miedo incapacitante de los mismos.

Basándonos en los factores que influyen en la adquisición de un FE, se podría llevar a cabo planes de prevención primaria con padres e hijo. Uno de los objetivos de esos programas, sería modificar estilos educativos en los que la sobreprotección aparece como promotora de miedo generalizado en los niños. Además, poniendo en conocimiento que las fobias en los padres pueden ser causa del mismo problema en su descendencia, por la repercusión de los distintos tipos de aprendizaje que están implicados en la aparición de fobias, ya sea por la observación, por parte del niño, del comportamiento de sus padres ante el estímulo que temen (aprendizaje vicario), por medio del reforzamiento negativo de las conductas de evitación del niño (condicionamiento operante) o por la transmisión de información amenazante de estímulos que pueden ser neutros, por ejemplo “no te acerques al perro porque te muerde”, “no te subas ahí que te caes”.

Ante estas necesidades de trabajar la salud y bienestar de la población, habría que llamar la atención de los responsables políticos, tanto educativos como sanitarios, para que pusieran recursos suficientes para poder llevar a cabo estos programas de prevención. Además habría que dejar de usar los ansiolíticos como primera medida de tratamiento de dicho trastorno.

7. Referencias

- Ajno-Tintaya, G. (2013). Fobia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 35, 1815-1818
- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (2002). Specific phobias. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2ª ed., pp. 380-417). Nueva York: Guilford.
- Antony, M.M., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, NY: Graywind.
- Armfield, J.M. (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26, 746-768.
- Bados López, A. (2017). Fobias específicas: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2017).
- Bados, (2000). Inventarios de conductas – objetivo.
- Bados, A. (2005). Fobias específicas. Vallejo Pareja, MA (ed.) *Manual de terapia de conducta*, 1, 169-218.
- Beck, A.T. y Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (2010). Manual de psicopatología (Ed. revisada). Madrid. McGraw-Hill. 2 volúmenes.
- Brown y Barlow, (2014). Entrevista para los Trastornos de Ansiedad y Trastornos Relacionados según el DSM-5.
- Buela - Caasal, G., Sierra, J., C., y Vera - Villaroel, P., (2004). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G., Buela – Casal y J., C, Manual de evaluación y tratamientos psicológicos (pp. 189 – 215). Madrid: Biblioteca nueva.

- Buela – Casal, G. (2004). *Manual de evaluación y tratamiento psicológico*. Biblioteca nueva.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Caballo, V., Salazar, I. y Carrobbles, J.A. (Dirs.) (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª Edición). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobbles, J., (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Capafóns, J., I. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas*. *Psicothema*, 13, 447 – 452.
- Cohen, (1977). Cuestionario de Acrofobia (AQ)
- Curtis, G.C., Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.-U. y Kessler, R.C. (1998). Specific fears and phobias: Epidemiology and classification. *British Journal of Psychiatry*, 173, 212-217.
- Cutshall y Watson, (2004). Escala de Respuestas ante Estímulos Fóbicos (PSRS).
- Fernández Ballester, R. (1994). *Evaluación Conductual hoy*. Madrid: Pirámides.
- LeBeau, R., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., et al. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 148-167.

- Lieb, R., Miché, M., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Meyer, A. H. y Wittchen, H.-U. (2016). Impact of specific phobia on the risk of onset of mental disorders: A 10- year prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Depression and Anxiety*, 33, 667-675.
- Lluís Cardona, F. (2011), *Mitología e historia: Mitología romana*, Barcelona: Ediciones Brontes S.L.
- Marks y Mathews, (1979). Cuestionario de Miedos (FQ).
- Marks, I. M. (1987). Fears, phobias and rituals. Nueva York: Oxford University Press. (Versión española: Martínez Roca, Barcelona.).
- Merckelbach, H., de Jong, P.J., Muris, P. y van den Hout, M.A. (1996). The etiology of specific phobias: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Miguel – Tobal y Cano Vindel, (1988). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA).
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos – Olmo, A.B., y de Vicente, A. (2002). Instrumento de evaluación en salud mental. Madrid: Pirámide, 49.
- Olatunji et al., (2012). Cuestionario de Miedos Médicos – Versión Breve (MFS-SV).
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12,1-30.
- Radomsky et al., (2001). Cuestionario de claustrofobia (CLQ).
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 113-169). Madrid: McGraw- Hill.

Sosa et al., (1995). Escala de Miedo a Volar (EMV).

Sosa, D., S., y Capafons, J., I. (2011). Fobia específica. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, J. A. Carrobbles. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.151 – 169). Madrid: Ediciones pirámides.

Sosa, M. y Capafóns, J. (2007). *Tratando fobias específicas* (2.^a ed.). Madrid: Pirámide.

Stewart y St. Peter, (2004). Escala de Evitación de Conducir y Viajar en Coche (DRAS).

Walk, (1956). Termómetro de Miedo (FT).

Wolpe y Lang, (1977). El inventario de Reconocimiento de Miedos III (FSS-III).

Wolpe, (1990). Jerarquía individualizada de situaciones temidas.