



UNIVERSITAT DE BARCELONA



**Facultat de Psicologia.**  
**Departament de Personalitat, Avaluació**  
**i Tractament Psicològics.**

# FOBIAS ESPECÍFICAS

**Arturo Bados López**

**20 de noviembre de 2005**

## ÍNDICE

NATURALEZA.....	2
EDAD DE COMIENZO Y CURSO.....	5
FRECUENCIA.....	6
PROBLEMAS ASOCIADOS.....	7
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO.....	8
EVALUACIÓN.....	12
Entrevista.....	12
Cuestionarios y autoinformes.....	13
Cuestionarios generales de miedos.....	13
Cuestionarios específicos de miedos.....	15
Autoinformes referidos al miedo justo antes o durante una situación temida.....	19
Cuestionarios de interferencia o discapacidad.....	20
Autorregistros.....	21
Observación.....	21
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	22
Exposición en vivo.....	29
Complementos de la exposición en vivo.....	38
Tratamiento en una sola sesión.....	43
Casos especiales de tratamiento.....	44
La fobia a volar en avión.....	45
La fobia a la sangre/inyecciones/heridas.....	47
Claustrofobia.....	49
Fobia a las alturas.....	49
Fobia a conducir.....	50
Fobia a atragantarse y/o vomitar.....	50
TRATAMIENTO MÉDICO.....	50
PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO.....	51
LAS PESADILLAS Y LAS AVERSIONES.....	53

Pesadillas .....	53
Aversiones .....	55
TABLAS .....	55
REFERENCIAS .....	64

## NATURALEZA

De acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994/1995) en las fobias específicas se da un **miedo intenso y persistente que es excesivo o irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicos**: animales, lugares cerrados, alturas, oscuridad, tormentas, vuelos, ver sangre, recibir inyecciones (intravenosas, musculares), intervenciones médicas (dentales, p.ej.), tragar alimentos sólidos, conducir un coche, aguas profundas. Conviene matizar que en la fobia a la sangre suelen aparecer náuseas y desvanecimiento y no siempre se da el miedo. Como consecuencia de la exposición al estímulo fóbico, se produce una **respuesta inmediata de ansiedad** que puede llegar incluso a ataque de pánico; en los niños la ansiedad puede manifestarse mediante lloros, rabietas, inmovilidad o aferrarse a otra persona. Los adultos, pero no necesariamente los niños, reconocen **que su miedo es excesivo o irracional**.

Las situaciones fóbicas son **evitadas** o se soportan con ansiedad o malestar intensos. La evitación, anticipación ansiosa o malestar en las situaciones fóbicas **interfieren** marcadamente en la rutina normal de la persona o en sus actividades laborales, académicas o sociales, o existe un malestar intenso por tener la fobia. Si la persona es menor de 18 años, la duración del problema debe ser de al menos **6 meses**. Finalmente, la ansiedad/pánico o evitación asociados a las situaciones temidas **no deben poder ser explicados mejor por otros trastornos mentales** tales como trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., miedo a la suciedad en alguien con obsesiones de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento muy estresante), trastorno de ansiedad por separación (p.ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p.ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de pánico con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de pánico.

**El criterio de que la persona debe reconocer que su miedo es excesivo o irracional ha sido puesto en entredicho.** Este criterio fue pensado para distinguir las fobias de los miedos delirantes. Sin embargo, hay un número significativo de personas que cumplen el resto de criterios para la fobia específica, pero que tienen poca conciencia de lo excesivo de sus miedos, aunque sus creencias no alcanzan el grado de delirio (Antony y Barlow, 2002).

En comparación al DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) requieren la presencia de síntomas de ansiedad (de la misma lista de 14 síntomas citada para el pánico) que se hayan manifestado en algún momento desde el inicio del trastorno. Además, la CIE-10 especifica que los síntomas de ansiedad deben limitarse a la situación temida o a la contemplación de la misma. Entre las posibles situaciones fóbicas la CIE-10 incluye (Organización Mundial de la Salud, 1992, 1994/2000) tener que utilizar urinarios públicos y hacer exámenes.

El DSM-IV distingue los siguientes **tipos de fobias específicas** (American Psychiatric Association, 1994/1995):

- **Animal.** El miedo es causado por uno o más tipos de animales. Los animales más temidos son las serpientes, arañas, insectos, gatos, ratas, ratones y pájaros (Antony y Barlow,

1997).

- **Ambiente natural.** El miedo es provocado por situaciones naturales: tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad.
- **Sangre/inyecciones/heridas (SIH).** El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas, por recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasoras, por la realización de un análisis de sangre y/o ver o hablar de intervenciones quirúrgicas. También se han incluido en este apartado el miedo a los hospitales, ambientes médicos y dentales, instrumental médico y olores de medicinas, aunque no está claro si constituyen una subtipología. Estos fóbicos no temen la visión de su sangre menstrual o la manipulación de carnes rojas.
- **Situacional.** El miedo es inducido por situaciones específicas tales como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.
- **Otro tipo.** El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos. Se incluyen situaciones que pueden conducir al atagantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad (cáncer, SIDA); la fobia a los espacios (miedo a caerse si no se está cerca de paredes o de medios de sujeción); y los miedos de los niños a los ruidos fuertes y a las personas disfrazadas.

**No está clara ni la utilidad ni la validez de esta clasificación**, especialmente por lo que se refiere a las categorías de ambiente natural, situacional y otro tipo. Además, no siempre es fácil asignar una fobia a uno u otro tipo (¿es la fobia a los puentes una fobia situacional o una fobia a las alturas?, ¿es la fobia a los dentistas un ejemplo de fobia a la SIH o una fobia del tipo residual?). Por otra parte, Lipsitz y cols. (2002) se han preguntado hasta qué punto son homogéneas las fobias pertenecientes a un tipo dado. Es posible que el DSM-IV presente como similares dentro de cada tipo fobias (p.ej., alturas y tormentas, arañas y perros, espacios cerrados y conducir) que son distintas una de otra. Finalmente, podría ser más informativo decir simplemente a qué se tiene fobia que referirse al tipo general a que pertenece (Antony y Barlow, 2002).

Tener una fobia específica de un determinado tipo (p.ej., fobia a los gatos) aumenta la probabilidad de tener otra fobia del mismo tipo (p.ej., fobia a los perros). Además, según el estudio de Hofmann, Lehman y Barlow (1997), **tener una fobia específica del tipo que sea también aumenta la probabilidad de tener miedos (no necesariamente fóbicos) de uno o más de los otros tipos.** Sin embargo, a diferencia de los fóbicos sociales, es raro que los fóbicos específicos teman situaciones de todos los tipos.

El DSM-IV distingue la **fobia a contraer enfermedades** de la **hipocondría**. Los hipocondríacos están preocupados por tener o estar padeciendo una enfermedad (o incluso están convencidos de que la tienen), mientras que los fóbicos citados temen exponerse a una enfermedad o contraerla (p.ej., SIDA, herpes, cáncer), pero no creen que la tengan. Marks (1987/1991) considera a la **fobia a la enfermedad** como una forma focal de hipocondría. Dicha fobia implica el miedo infundado a una enfermedad, la búsqueda repetida de consejo y tranquilización médica y la evitación de situaciones que pueden conducir a pensar en la enfermedad o contraerla. En cambio, cuando los miedos implican sensaciones corporales múltiples y una diversidad de enfermedades, Marks habla de hipocondría.

**La categoría diagnóstica de fobia específica incluye un gran número de fobias, las cuales no comparten necesariamente las mismas características clínicas;** de hecho se han hecho distinciones entre diversas fobias específicas en cuanto a edad y tipo de comienzo, predominancia por sexos, patrón de respuesta fisiológica, experiencia emocional subjetiva, aprensión sobre los

síntomas físicos o sobre aspectos externos de la situación, presencia de ataques de pánico inesperados, antecedentes familiares, curso y tipo de tratamiento indicado (Lipsitz y cols., 2002; Menzies, 1996; Merckelbach y cols., 1996; Sosa y Capafons, 1995). Se considera que la mayoría de las fobias específicas **derivan de miedos básicos** propios de la evolución filogenética de la especie humana tales como el miedo a los animales y el miedo al daño físico. Los **tipos más frecuentes de mayor a menor** son: situacional, ambiente natural, SIH, animal. La tabla 1 presenta los miedos más comunes en la infancia y adolescencia.

Los fóbicos específicos pueden temer un **posible daño** (accidente aéreo, mordedura, choque de automóviles, ahogarse), pero también pueden estar preocupados por **perder el control, hacer el ridículo, marearse, desmayarse o tener un ataque de pánico** con las consiguientes consecuencias anticipadas en este último caso: quedar azorado ante los demás, lastimarse al huir, volverse loco o tener un ataque cardíaco. El **miedo a las sensaciones físicas** experimentadas parece más frecuente en la claustrofobia, en la fobia a las alturas y en la fobia a la SIH; en contraste con el trastorno de pánico, este miedo sólo aparece cuando se está en las situaciones temidas. Los **ataques de pánico inesperados** son más frecuentes en las personas con fobias situacionales (especialmente, claustrofobia) que en aquellas con fobias no situacionales.

- Los **fóbicos a los animales** temen especialmente a los movimientos de cierto tipo o tipos de animales (perros, pájaros, serpientes, arañas, gatos, insectos voladores), sobretudo si son repentinos; también temen en los animales su apariencia física, los sonidos que emiten y sus propiedades táctiles. Curiosamente, muchos no creen que el animal les hará daño, sino que piensan que se aterrorizarán, perderán el control, harán el ridículo, se harán daño al intentar escapar o tendrán, incluso, un ataque cardíaco. En el caso de animales pequeños (roedores, insectos, arañas, serpientes) aparece tanto una reacción de miedo (al centrarse en un peligro percibido) como una sensación de asco o repugnancia. Aunque los datos son discordantes, la primera reacción parece ser la que predomina.
- En las fobias del tipo **ambiente natural** los pacientes temen sobretudo sufrir un daño (Lipsitz y cols., 2002). Las personas con fobia a las alturas pueden temer también el mareo.
- Los **fóbicos a la sangre** pueden temer el desmayo, perder el control, tener un ataque de pánico, el azoramiento o ridículo y un posible daño. Es también común la aprensión sobre las sensaciones físicas experimentadas (mareo, náuseas) y la sensación de asco o repugnancia; esta emoción parece ser más dominante que la de miedo. Los fóbicos a la sangre se caracterizan por una susceptibilidad específica al asco (centrada en sus estímulos fóbicos), aunque por el momento sólo hay un apoyo parcial a que se caractericen también por una susceptibilidad generalizada al asco (centrada en estímulos no relacionados con la fobia tales como ciertos animales, alimentos podridos, productos corporales, olores) (Koch y cols., 2002). Por otra parte, como se explica más adelante, Page (1994) ha distinguido tres tipos de fobias a la sangre según se caractericen por la respuesta de miedo, desmayo o ambas.
- Los **fóbicos dentales** temen en especial la aguja de inyección y el taladro, y responden tensando los músculos más que con náuseas. La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor. La fobia dental suele estar asociada a la fobia a la SIH y no son raros los casos de desmayo. No es tampoco rara, aunque no es exclusiva de la fobia dental, la **hipersensibilidad al reflejo de ahogo**, la cual aparece sobretudo en varones. El ahogo se produce al introducir objetos en la boca o presionar en la garganta, lo que impide la intervención médica. En casos graves, los estímulos que provocan el ahogo se amplían: oír, oler o pensar sobre el dentista o estímulos relacionados, lavarse los dientes, abrocharse el cuello de la camisa, llevar cuellos altos, ser tocado en la boca o en la cara.

- Las **fobias situacionales** pueden presentarse tanto solas como formando parte del cuadro agorafóbico y algunos las han considerado, especialmente a la claustrofobia, como una forma moderada de este último trastorno. Los **claustrofóbicos** pueden presentar no sólo miedo a asfixiarse (por insuficiencia de aire, por bloqueo del acceso de aire o por una disfunción psicofisiológica) o a la restricción (no poder moverse, no poder salir de un sitio), sino también a volverse locos, perder el control o tener un ataque de pánico.
- Los **fóbicos a conducir** pueden informar miedo a tener un accidente, quedar heridos, quedar atrapados en un atasco, atropellar a alguien, ser objeto del enfado o crítica de otros conductores, tener un ataque de pánico o un infarto o desmayarse (Antony y Barlow, 1997).
- Los **fóbicos a volar en avión** pueden temer uno o más de los siguientes aspectos: posibilidad de accidente (y, por tanto, de daño y muerte), estar encerrado en un sitio pequeño, inestabilidad del avión (y sensaciones molestas asociadas), altura, no tener el control, perder el control (gritar, volverse loco, desmayarse, sufrir un infarto), tener un ataque de pánico y "montar un número" en público.
- En las **fobias esfintéricas** Marks (1987/1991) ha distinguido dos tipos de problemas. Algunas personas sienten miedo o le es imposible orinar y/o defecar cuando hay otras personas cerca o hay alguien esperando fuera o creen que alguien puede acudir; esto es considerado por la mayoría no una fobia específica sino un tipo de fobia social, aunque esta situación temida parece no estar relacionada con otras situaciones temidas en la fobia social. Otros fóbicos tienen que orinar y/o defecar con excesiva frecuencia fuera de casa y evitan los lugares en los que no sea fácil ir al lavabo por temor a mojarse o ensuciarse encima. Las fobias sobre la micción son más frecuentes que sobre la defecación.

Por lo que respecta a la **activación autónoma** al encontrarse en la situación temida, la emoción de **miedo** está asociada a una activación del sistema nervioso simpático: taquicardia, palpitaciones, aumento de la presión sanguínea, respiración acelerada, sudoración, menor actividad gastrointestinal. En contraste, la emoción de **asco** está asociada a activación parasimpática: desaceleración cardiovascular, disminución de la temperatura de la piel, boca seca, náuseas, dolor o malestar en el estómago e incluso mareo.

En la fobia a la SIH son frecuentes el **mareo**, el **sudor**, la **palidez**, las **náuseas** (sin vómitos) y el **desvanecimiento**. A diferencia de las otras fobias, el patrón fisiológico de respuesta que se da en la fobia a la SIH es muy distinto. En concreto, en las otras fobias se produce un incremento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco ante el estímulo temido. En cambio en la fobia a la SIH se produce una **respuesta difásica** en la que el citado incremento es seguido en breve (de segundos a cuatro minutos) por una rápida caída de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco (30-45 pulsaciones por minuto), lo cual puede conducir al **desmayo** caso de seguir en la situación fóbica sin hacer nada al respecto. No todos los fóbicos a la SIH presentan la respuesta difásica.

## EDAD DE COMIENZO Y CURSO

La edad de inicio es de 7-9 años para la fobia a los **animales** (Lipsitz y cols., 2002; Öst, 1987, 1992a), 8 para la fobia a las **inyecciones** (Öst, 1992a), 9 para la fobia a la **sangre** (Lipsitz y cols., 2002; Öst, 1987, 1992a), 12 para la fobia **dental** (Öst, 1987, 1992a), 12-13,5 para la fobia a las **alturas** (Lipsitz y cols., 2002; Marks, 1987/1991) (sin embargo, Hofmann, Lehman y Barlow, 1997, hallaron una edad media de inicio de 23 años para las fobias de tipo ambiente natural en las

que predominaron los fóbicos a las alturas), 20 para la **claustrofobia** (Öst, 1987, 1992a) –y en general para las fobias de tipo situacional (Antony y Barlow, 1997; Lipsitz y cols., 2002)–, y 24,5 para la fobia a **conducir** (Lipsitz y cols., 2002).

En el estudio de Lipsitz y cols. (2002) el 90% de las fobias a animales, el 84% de las fobias a la sangre/inyecciones y el 67% de las fobias de tipo ambiente natural (alturas) **empezaron en la infancia** ( $\leq 12$  años) en comparación a sólo el 18% de las fobias de tipo situacional (conducir, ascensores, espacios cerrados). Otros han señalado que las fobias de tipo situacional suelen tener una edad de comienzo bimodal con una elevación en la infancia y otra en la mitad de los 20 años.

La cosa se complica si se distingue la edad del comienzo del miedo/evitación y la edad de comienzo de la fobia (cuando el miedo/evitación empezaron a causar malestar o deterioro significativos) tal como han hecho Antony, Brown y Barlow (1997). Con muestras muy pequeñas, estos autores descubrieron las siguientes **edades de comienzo del miedo y la fobia** en las siguientes fobias: animales (11 y 20), sangre/inyecciones (8 y 14,5), conducir (25,5 y 32) y alturas (20,5 y 34). En promedio, pasaron 9 años entre el comienzo del miedo y el de la fobia.

Aunque se había afirmado que los miedos fóbicos pueden remitir sin tratamiento en la infancia y la adolescencia, la tendencia general no parece ser esta; no obstante, en los varones suele haber una importante disminución de las fobias en la adolescencia (Sandín, 1997). En los adultos, el trastorno tiende a ser crónico a no ser que se reciba tratamiento; en concreto, la **remisión espontánea** en la vida adulta se calcula en alrededor del 20% (American Psychiatric Association, 1994/1995). Cuanto mayor es el número de fobias específicas o miedos específicos acompañando a estas, menor es la probabilidad de recuperación (Curtis y cols., 1998).

Las fobias específicas representan sólo alrededor del **15% de los trastornos fóbicos vistos en la clínica** (Echeburúa, 1993b). La mayoría de los pacientes no buscan ayuda y entre los que lo hacen las fobias más frecuentes por las que consultan son: claustrofobia, SIH, intervenciones dentales y animales (Barlow, 1988); en niños y adolescentes, las fobias más frecuentes por las que consultan son la oscuridad, la escuela y los perros (Sandín y Chorot, 1995b). Los fóbicos específicos que buscan tratamiento difieren de los que no lo hacen en que es más probable que presenten múltiples fobias y ataques de pánico asociados a las mismas (Merckelbach y cols., 1996).

## FRECUENCIA

Los datos existentes son muy dispares. En un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 8.098 personas, el *National Comorbidity Survey*, la **prevalencia mensual, anual y vital de las fobias específicas fue 5,5%, 9% y 11%** respectivamente (2,3%, 4,4% y 6,7% en varones y 8,7%, 13,2% y 15,7% en mujeres respectivamente) (Kessler y cols., 1994; Magee y cols., 1996). **Prevalencias más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos** (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). La prevalencia **anual** de las fobias específicas fue **3,5%** (1,9% en varones y 5,0% en mujeres) y la **vital, 7,7%** (4,9% en varones y 10,3% en mujeres).

Empleando un cuestionario, Fredrikson y cols. (1996) han obtenido las siguientes prevalencias vitales por tipo de fobia: dentistas, 2,1%; inyecciones, 1,6%; daño/heridas, 3,3%; tormentas, 2,1%; animales, 7,9%; alturas, 7,5%; espacios cerrados, 4%; volar, 2,6%; oscuridad, 2,3%. Los datos sobre prevalencia vital obtenidos mediante entrevista en el *National Comorbidity Survey* (Curtis y cols., 1998) son los siguientes: sangre/inyecciones/dentistas, 4,5%; tormentas, 2,9%; animales, 5,7%; alturas, 5,3%; espacios cerrados, 4,2%; volar, 3,5%; agua, 3,4%. Las cifras son

bastante menores en adolescentes, alrededor del 1% (Essau, Conradt y Petermann, 2000).

Bienvenu y Eaton (1998) hallaron una prevalencia vital de la fobia a la sangre/inyecciones/dentistas del 3,5%. La prevalencia vital fue del 0,8% para el miedo a la sangre, del 1,6% para el miedo a las inyecciones y del 2,7% para el miedo a los dentistas.

En niños, la prevalencia ha solido ir del 2,5 al 9% (Bragado y cols., 1996), aunque hay trabajos que han encontrado cifras más altas. En un estudio con adolescentes de 12 a 17 años y criterios DSM-IV, la prevalencia vital fue del 3,5% (2,4% en varones y 4,2% en mujeres) (Essau, Conradt y Petermann, 2000).

La mayoría de los fóbicos específicos son **mujeres**: el 70% en la prevalencia vital, el 75% en la prevalencia anual y el 78% en la prevalencia mensual; en general, tres mujeres por cada hombre (Kessler y cols., 1994; Magee y cols., 1996). Por fobias concretas, el 75-90% en los tipos animal, situacional y ambiente natural (un 55-70% en la fobia a las alturas). El 55-70% en el tipo SIH (American Psychiatric Association, 1994/1995). Sin embargo, Fredrikson y cols. (1996) no hallaron diferencias entre sexos en estos dos últimos tipos de fobias ni en la fobia a volar o a los dentistas. La fobia a los animales es la más frecuente entre las mujeres y la fobia a las alturas, entre los hombres (Curtis y cols., 1998).

La prevalencia de las fobias específicas no parece variar según que el entorno sea urbano o rural (Antony y Barlow, 2002).

En un estudio se ha visto que en comparación con los familiares de primer grado de personas sin trastornos, hay un mayor riesgo de fobias específicas a lo largo de la vida en los **familiares de primer grado** de los fóbicos específicos que buscan tratamiento (9% contra 31%) (véase Hettima, Neale y Kendler, 2001).

## PROBLEMAS ASOCIADOS

A diferencia de otras fobias y trastornos de ansiedad, los problemas psicopatológicos (p.ej., ansiedad generalizada, depresión) asociados con las fobias específicas, consideradas como diagnóstico principal, son menos frecuentes. Brown y cols. (2001) hallaron que de 110 pacientes con fobia específica (principalmente de tipo situacional), sólo el 34% presentaron algún trastorno comórbido actual del Eje I. El **33%, 27% y 10%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional actual** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 56%, 45% y 36% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron otras fobias específicas (15%), fobia social (9%), trastorno de pánico con agorafobia (5%) y trastorno de ansiedad generalizada (5%; 7% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo). Sólo un 3% y un 4% de los pacientes presentaron depresión mayor y distimia, respectivamente. Las fobias específicas (principalmente de tipo situacional, que son las que suelen comenzar más tarde) tendieron a preceder a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones de la fobia social (que tendieron a aparecer antes) y el trastorno de ansiedad generalizada (con igual probabilidad de precederlas y seguirlas).

Es probable que la comorbilidad sea más elevada en los fóbicos específicos que presentan fobias situacionales que en los que presentan otro tipo de fobias (animal, SIH) (Brown y cols., 2001). Por otra parte, cuanto mayor es el número de miedos específicos que un fóbico específico tiene, mayor es la probabilidad de que presente uno o más del resto de trastornos de ansiedad (Curtis y cols., 1998). En niños, la fobia específica se asocia frecuentemente con trastorno de ansiedad por separación y con el antiguo trastorno de hiperansiedad (Sandín, 1997).

## GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

Ha sido frecuente la propuesta de tres modos, no excluyentes, en que las fobias específicas pueden ser adquiridas: condicionamiento clásico, aprendizaje vicario y transmisión de información. La importancia de estos modos varía según las fobias consideradas y la investigación empírica de calidad es escasa hasta el momento (Bados, 1998; Barlow, 1988, 2002; Beck y Clark, 1997; Merckelbach y cols., 1996; Rachman, 1990, 1991; Sandín, 1995). En primer lugar, aunque probablemente lo menos frecuente en muchas fobias si nos atenemos a los informes retrospectivos de los pacientes (véase, p.ej., Lipsitz y cols., 2002), una persona ha podido tener una o más **experiencias negativas directas** con estímulos que tienen una alta probabilidad de convertirse en fóbicos. La gravedad y frecuencia de estas experiencias negativas (accidente de coche, mordedura de animal, atragantamiento con un hueso, largo encierro en un ascensor, desmayo o casi desmayo ante la sangre, etc.), el menor número de experiencias seguras previas con los estímulos potencialmente fóbicos (menor inhibición latente) y una exposición poco frecuente a la situación tras la experiencia negativa son variables importantes en el desarrollo de la fobia específica.

No todos los estímulos tienen la misma probabilidad de adquirir propiedades fóbicas. Esto puede explicarse por **preparación biológica**: se adquiere más fácilmente el miedo a los estímulos que han representado filogenéticamente una amenaza a la supervivencia de la especie; esta amenaza puede ser por ataque o por contagio de enfermedad (esto último incluiría a aquellos animales como las arañas, cucarachas, ratas o ratones que, además del posible miedo, provocan repugnancia). Los problemas y limitaciones de la teoría de la preparación biológica de las fobias han sido expuestos detalladamente por Fernández y Luciano (1992). Por ejemplo, si no se especifica claramente cuál es la base biológica de la preparación, este concepto resulta circular, ya que se infiere de aquello que pretende explicar (selectividad de las situaciones temidas). Una alternativa es considerar que la selectividad de las situaciones fóbicas puede explicarse, al menos en parte, mediante factores ontogenéticos tales como variables socioculturales (connotaciones negativas que tienen ciertos estímulos), experiencias pasadas de las personas con las situaciones fóbicas y expectativas y creencias sobre covariaciones entre acontecimientos.

La teoría de la preparación requiere que el estímulo potencialmente fóbico se asocie al menos una vez con una experiencia aversiva, directa o indirecta. Además, la adquisición del miedo será más fácil si la situación preparada se combina con el tipo de experiencia que cuadra con las expectativas de peligro en dicha situación (lo que se denomina **pertenencia**). Así, es más fácil coger miedo a los espacios cerrados si la experiencia aversiva es falta de respiración en lugar de náusea. Similarmente, es más fácil que se desarrolle un miedo a las alturas si uno sufre una caída desde un lugar alto que si experimenta dificultades para respirar en un sitio alto (Craske, Antony y Barlow, 1997).

En contraste con la teoría de la preparación biológica, la **explicación no asociativa** de Menzies y Clarke (1995a) mantiene que, dados ciertos procesos madurativos y experiencias normales de desarrollo, existen muchos estímulos evolutivamente prepotentes que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto (vicario, transmisión de información). La respuesta de miedo se debilita cuando hay exposiciones repetidas y no traumáticas a las situaciones temidas (habitación). Por otra parte, las fobias pueden volver a surgir (deshabitación) tras la ocurrencia de acontecimientos estresantes intensos no específicos o ciertos trastornos fisiológicos. La explicación no asociativa no descarta que haya miedos que puedan ser adquiridos asociativamente, tal como ocurre, por ejemplo, con los miedos de objetos o situaciones evolutivamente neutrales (p.ej., los dentistas). En un estudio prospectivo, Poulton y cols. (1998) encontraron una ausencia de relación entre una historia de caídas graves (con resultado de lesiones) antes de los 9 años y la existencia de miedo o



fobia a las alturas a la edad de 11 o 18 años. Una crítica de la teoría no asociativa puede verse en Merckelbach y cols. (1996).

El segundo modo de adquisición implica que las experiencias negativas pueden ser **vicarias**, es decir, la persona puede haber visto a otros, en vivo o filmados, tener experiencias negativas o mostrar miedo en las situaciones potencialmente fóbicas. Cuanto mayores son el miedo y/o las consecuencias aversivas observadas y más significativos son los otros, mayor es la probabilidad de adquirir el miedo. Un tercer modo es la **transmisión de información amenazante**, tal como los avisos de los padres sobre lo peligrosos que son ciertos animales o la información en la prensa de accidentes aéreos o enfermedades; este es el modo menos potente de cara a la adquisición de una fobia. **Los tres modos de adquisición interactúan entre sí** y es más probable que se genere un miedo intenso o una fobia cuando se combinan dos o más de ellos; por ejemplo, una experiencia negativa directa puede tener más impacto si existen experiencias significativas previas de aprendizaje observacional y/o de transmisión de información amenazante. Un fenómeno relacionado con esto es lo que ha sido llamado inflación o reevaluación del estímulo incondicional (Davey, de Jong y Tallis, 1993). Así, tras un accidente leve de coche, puede generarse un miedo ligero a conducir; pero si posteriormente un amigo muere en un accidente grave, esto aumentará la aversividad del valor del estímulo incondicional almacenado en la memoria e incrementará el miedo a conducir.

Barlow (1988, 2002) ha propuesto una vía de adquisición que implica un **proceso de asociación errónea** o condicionamiento supersticioso a partir de la experiencia de falsas alarmas: se experimenta pánico, ansiedad o sensaciones somáticas similares a las de ansiedad en ciertas situaciones no peligrosas que, muy especialmente si están predisuestas biológica o socialmente a ser temidas, pasan a suscitar miedo o alarma aprendida; pero la alarma inicial ha sido provocada por acontecimientos estresantes –tales como conflictos familiares, maritales o laborales– que la persona no ha sabido o podido manejar o por otros factores (problemas médicos, cambios hormonales, hipoglucemia, fármacos/drogas). Algunos autores (Forsyth y Eiffert, 1996), pero no otros (Menzies y Clarke, 1995a) consideran este proceso como un ejemplo de condicionamiento clásico; los primeros arguyen que lo fundamental en este no es la asociación de un estímulo neutro con un estímulo incondicional doloroso o traumático, sino la asociación del estímulo neutro con una respuesta corporal intensa negativamente valorada. Estas dos formas diferentes de entender el condicionamiento clásico explican por qué el porcentaje de pacientes que reconocen una experiencia traumática directa en el origen de sus fobias varía tanto según los estudios.

Las fobias específicas podrían aparecer en personas sin condiciones predisponentes si las experiencias negativas (ya sean directamente experimentadas, observadas y/o transmitidas) o las reacciones de alarma son particularmente extremas. Sin embargo, se cree que, por lo general, se requiere además la **interacción de dichas experiencias o reacciones de alarma con otras condiciones** (vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica), de modo que la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos y desarrolla una **aprensión o expectativa ansiosa** a encontrarse con la situación fóbica y a experimentar las respuestas condicionadas de miedo. Esta aprensión ansiosa implica un procesamiento defectuoso de la información (p.ej., sobrestimación de las consecuencias aversivas, inferencia de peligro a partir de síntomas de ansiedad) junto con un gran afecto negativo. La respuesta de la persona está asimismo moderada por factores como las **habilidades de afrontamiento** y el **apoyo social**, de forma que estos influirán en el posible surgimiento de la fobia y/o en su mantenimiento o superación.

La **vulnerabilidad biológica** consiste en una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Ciertas personas pueden tener un **sistema nervioso autónomo lábil** o inestable y esta podría ser la principal carga genética o congénita de las fobias específicas, ya que, por lo general, los familiares afectados tienden a compartir la vulnerabilidad ansiosa, pero no el tipo de fobia o estímulo temido; una excepción a esto último es la fobia a la sangre. Los grandes

porcentajes de gemelos monocigóticos no concordantes en el tipo de fobia específica estudiada (78-84%) y de familiares de primer grado no afectados (70%) encontrados en estudios con fóbicos específicos muestran la fuerte influencia de los factores no genéticos. De todos modos, conviene tener en cuenta los datos de Kendler, Karkowski y Prescott (1999) con 854 pares de gemelas. Estos datos indican una **heredabilidad** total del 59%, 47% y 46% para la fobia a la SIH, fobias animales y fobias situacionales respectivamente; el resto de la influencia vendría explicado por factores ambientales específicos para cada individuo; los factores ambientales familiares (compartidos) tendrían poco peso.

En cuanto a la **vulnerabilidad psicológica**, puede definirse como la sensación de que las situaciones amenazantes y/o las reacciones a las mismas son impredecibles y/o incontrolables basada en la experiencia pasada. Posibles factores de vulnerabilidad serían: ausencia de una historia de experiencias previas de control en las situaciones temidas o de experiencias previas no aversivas con los estímulos potencialmente fóbicos (inhibición latente), experiencia, observación o información negativa previa sobre los estímulos temidos, estilo educativo sobreprotector por parte de los padres [el cual puede interactuar con factores temperamentales del niño (Rapee, 1997)], sucesos traumáticos en la infancia (p.ej., maltrato físico, abuso sexual), ciertos rasgos de personalidad (dependiente, límite), abuso/dependencia de alcohol actual o reciente, historia de trastornos psiquiátricos y sucesos estresantes o acontecimientos vitales negativos previos a la experiencia negativa, especialmente si son muy adversos (muerte de un familiar querido, enfermedad grave).

Otra variable señalada por Sandín (1997) es la **susceptibilidad a la ansiedad** (miedo a los síntomas de la ansiedad basado en creencias de que estos síntomas tienen consecuencias nocivas tales como enfermedad física o mental, pérdida de control, azoramiento o ansiedad adicional). Los datos son contradictorios sobre que la susceptibilidad a la ansiedad sea mayor en los fóbicos específicos que en sujetos controles no ansiosos (Antony y Barlow, 2002). También hay resultados discordantes sobre si la susceptibilidad a la ansiedad es mayor en las fobias específicas situacionales y en la fobia a las alturas que en las otras fobias específicas, aunque cuando se han hallado diferencias, han ido en esta dirección (Antony y Barlow, 2002).

En el caso de los fóbicos a la sangre y, en menor extensión, los fóbicos a los animales “repugnantes” otro factor de vulnerabilidad sería la **susceptibilidad al asco**, medida mediante autoinformes (véase, p.ej., Haidt, McCauley y Rozin, 1994) o a través de la disposición a comer ciertos alimentos “contaminados” por contacto con estímulos repugnantes. Esta susceptibilidad al asco, en cuya transmisión pueden estar implicados factores genéticos y de modelado familiar (Davey, Forster y Mayhew, 1993), puede mediar las conductas de evitación o rechazo a través del miedo a la infección o contaminación (Sawchuk y cols., 2000). La susceptibilidad al asco puede ser **específica** (centrada en los estímulos fóbicos), pero también **generalizada** (centrada en otros estímulos no relacionados con la fobia); por el momento sólo hay un apoyo parcial para esta última en el caso de la fobia a la SIH (Koch y cols., 2002) mientras que no parece darse en los fóbicos a las arañas (Antony y Barlow, 2002).

Algunos autores (Woody y Teachman, citado en Koch y cols., 2002) han sugerido que el **miedo y el asco se intensifican mutuamente** y ambos favorecen la evitación. **Sin embargo**, Thorpe y Salkovskis (1998) concluyen a partir de sus datos que no parece que la susceptibilidad generalizada al asco juegue un papel importante en la génesis y mantenimiento de las fobias específicas. Según estos autores, lo que ocurre simplemente es que cuando los estímulos normalmente asociados con el asco se convierten en estímulos fóbicos, la respuesta de asco se intensifica. Esta conclusión ha sido puesta en tela de juicio por de Jong y cols. (2000).

Los factores explicados hasta aquí pueden explicar la adquisición de la **expectativa ansiosa** o ansiedad anticipatoria (expectativas de peligro y ansiedad, activación somática anticipatoria, afec-

to negativo), la cual implica una sobrestimación de la probabilidad y aversividad de aquello que se teme e incluso distorsiones perceptivas (p.ej., sobrestimación del grado de movimiento de un animal) (Antony y Barlow, 2002). Esta expectativa ansiosa junto con la **percepción de carencia de recursos** para afrontar la situación y el miedo, facilitan la **evitación** de las situaciones temidas. La conducta de evitación es **reforzada negativamente**, ya que previene la ansiedad e impide la supesta ocurrencia de consecuencias aversivas (accidente aéreo, mordedura, choque de automóviles, ahogarse, caerse, perder el control, tener un ataque de pánico, desmayarse). El precio que se paga es el mantenimiento de las expectativas de peligro y el no poder realizar determinadas actividades. Por otra parte, la fobia puede ser también **reforzada positivamente** (atención, cuidados, satisfacción de las necesidades de dependencia) y esto contribuir igualmente al mantenimiento de la misma. El miedo y la evitación de las situaciones temidas son socialmente mucho más admitidos en las mujeres que en los hombres, lo que podría explicar, junto a factores biológicos como los hormonales, la mayor proporción de aquellas entre los fóbicos.

Si las situaciones temidas no se pueden evitar, es posible que aparezca un sesgo atencional o **hipervigilancia hacia los estímulos temidos**, que puede facilitar el escape del peligro; sin embargo, los datos son contradictorios respecto a la existencia de este sesgo (Antony y Barlow, 2002). Es posible que la atención inicial ante los estímulos amenazantes se vea contrarrestada en una segunda fase por un intento consciente de evitar cognitivamente dichos estímulos, especialmente cuando estos son físicamente inevitables. Por otra parte, el encuentro con la situación temida incrementa las expectativas de peligro/ansiedad y la activación autónoma, con lo que se produce un **aumento de la ansiedad**. Esto facilita la aparición de **conductas defensivas** dentro de la situación (p.ej., agarrar fuertemente el volante al conducir, no mirar hacia abajo en sitios altos, distraerse), el escape de la misma o, incluso, la inmovilidad tónica.

El **nivel de ansiedad experimentado en la situación dependerá de** las características del estímulo fóbico (p.ej., si un perro está suelto o atado, si un avión es grande o pequeño), del grado en que el escape del mismo esté impedido, de la presencia de señales de seguridad (personas de confianza, p.ej.) y de otros factores como el estado de ánimo de la persona (el humor deprimido suele agravar las fobias). Pueden producirse ataques de pánico caso de no poder escapar. Las conductas defensivas y el escape producen un alivio temporal de la ansiedad, pero contribuyen a mantener la fobia.

Conviene tener en cuenta que las expectativas **de peligro pueden ser conscientes o no**. Las personas pueden responder a sus estímulos fóbicos incluso estos no son percibidos conscientemente. Cuando a las personas se les presentan sus estímulos fóbicos de forma enmascarada o durante un tiempo tan corto que no pueden llegar a captarlos conscientemente, reaccionan con mayor sudoración o taquicardia que cuando se les presentan estímulos neutros. En cuanto a los **sesgos de memoria**, no parece haber un sesgo explícito de memoria hacia los estímulos temidos (evaluado mediante tareas de reconocimiento), pero sí un **sesgo implícito** (evaluado según el número de segmentos de palabras que se completan con palabras amenazantes previamente vistas).

Al igual que las **conductas de evitación, las conductas defensivas** (incluido el escape) **ayudan a mantener las expectativas de peligro**. Ambos tipos de conductas impiden la disconfirmación de las interpretaciones de amenaza ya que por una parte previenen el procesamiento de las amenazas percibidas y por otra la persona cree que ha evitado las consecuencias temidas gracias a las conductas pertinentes (“no tengo un accidente porque agarro fuertemente el volante”). También ayudan a mantener las expectativas de peligro ciertos **errores cognitivos**: atribuir erróneamente a la suerte que no haya ocurrido nada o pasar por alto la información contraria a lo que uno cree.

**Nuevos episodios de ocurrencia de consecuencias aversivas en la situación temida o la observación o conocimiento de las mismas en otros** ayudan a mantener las conductas fóbicas.

También puede contribuir a esto último la ocurrencia de eventos estresantes en la vida de la persona. Finalmente, la fobia tiene una serie de **consecuencias negativas**, tales como la interferencia en el funcionamiento laboral, académico, familiar, social o de ocio de la persona, o en la salud física de esta en el caso de la fobia a la SIH (se evitan análisis o cuidados médicos necesarios) o de la fobia a atragantarse (se ingieren sólo ciertos alimentos o se evita tomar medicación oral). Estas consecuencias negativas pueden conducir a la búsqueda de ayuda para reducir o eliminar el problema. La figura 1 proporciona una representación esquemática de un modelo explicativo del mantenimiento de las fobias específicas.

## EVALUACIÓN

La finalidad de este apartado es la de ofrecer algunos ejemplos de instrumentos útiles de evaluación clasificados en cuatro métodos básicos: entrevista, cuestionarios/autoinformes, autorregistros y observación. No se mencionarán las ventajas y desventajas de estos métodos y el modo de aplicarlos, ya que estas cuestiones se suponen conocidas. De todos modos, conviene recordar que se aconseja llevar a cabo una evaluación multimétodo. Antony, Orsillo y Roemer (2001) y Muñoz y cols. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas; también Bados (1998) y Méndez y Macià (1994) citan cuestionarios para fobias específicas. A continuación se exponen los instrumentos más importantes. Para las entrevistas diagnósticas, cuestionarios y sistemas de observación presentados, existen datos que avalan su fiabilidad y validez.

### ENTREVISTA

Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico. Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión.

Una adaptación de esta entrevista para niños y adolescentes es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C)** de Silverman y cols. (1996, citado en Sandín, 1997). La **Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes** de Angold y cols. (1995, citado en Sandín, 1997) permite evaluar todos los trastornos psicopatológicos. Otras entrevistas estructuradas para niños, que al igual que las dos anteriores incluyen versiones para padres, son comentadas por Sandín (1997). Un ejemplo adicional de entrevista estructurada para miedos infantiles es la **Entrevista sobre Miedos, Estrategias y Respuestas de los Hijos** (Pelechano, 1981). Otro ejemplo de entrevista esquemática para problemas infantiles (no sólo miedos) puede verse en King, Hamilton y Ollendick (1988). Rubio, Cabezuelo y Castellano (1996) presentan una entrevista sobre el miedo a volar, que puede emplearse también como cuestionario.

En general, y al igual que con otros trastornos, con la entrevista clínica debe obtenerse información sobre los siguientes **aspectos**:

- Situaciones temidas y evitadas.

- Conductas problemáticas a nivel cognitivo (p.ej., expectativas de peligro), motor (p.ej., evitación, conductas defensivas), autónomo (p.ej., palpitaciones) y emocional (p.ej., miedo), incluyendo su intensidad, frecuencia y/o duración.
- Condiciones que agravan o reducen el problema (p.ej., movimientos bruscos del animal, tipo de aviación).
- Variables situacionales y personales que mantienen las conductas problemáticas, incluida aquí la interrelación entre estas últimas.
- Interferencia del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales de la persona.
- Historia y fluctuaciones del problema.
- Intentos realizados para superar el problema y resultados logrados.
- Motivación, expectativas (de tratamiento y de resultados) y objetivos del cliente.
- Recursos y limitaciones del cliente.
- Otros problemas que pueda presentar el cliente.

## CUESTIONARIOS Y AUTOINFORMES

De entre los siguientes cuestionarios es frecuente emplear un inventario general de miedos, un cuestionario dirigido a la fobia específica del cliente y el termómetro de miedo. Otros cuestionarios particularmente útiles son el Inventario de Conductas-Objetivo, la Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas y el Cuestionario de Interferencia.

### Cuestionarios generales de miedos

**Inventario de Reconocimiento de Miedos III** (*Fear Survey Schedule III, FSS-III*; Wolpe y Lang, 1977). Consiste de una lista de 108 estímulos (objetos, animales o situaciones) potencialmente ansiógenos; existen diversas versiones que oscilan entre los 52 y los 122 ítems. El cliente debe valorar el grado de perturbación que le produce cada uno de ellos empleando una escala de 1 (en absoluto) a 5 (muchísimo). Este cuestionario no evalúa sólo miedos presentes en personas con fobias específicas, sino también otros. Se han identificado cinco factores en diversos países del mundo: miedos sociales, miedos agorafóbicos, miedo a la muerte/heridas físico/enfermedad/sangre/procedimientos quirúrgicos, miedo a animales inofensivos y miedo a escenas sexuales/agresivas; otro factor menos frecuente ha sido eventos naturales (agua, ruido, oscuridad). La versión de 52 ítems de este cuestionario puede verse en Arrindell y cols. (2003), la de 66, en Arrindell y cols. (1991); la de 72, en Comeche, Díaz y Vallejo (1995); la de 89, en Wolpe (1973/1977); y la de 122, en Méndez y Macià (1994). Existe también una versión de 51 ítems, el **FSS-II** de Geer (1965, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001) valorados de 0 a 6 según el grado de miedo que producen; puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Corocoran y Fischer (2000).

**Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños** (*Fear Survey Schedule for Children-Revised, FSSC-R*; Ollendick, 1983, citado en Muris y Ollendick, 2002). Consta de 80 elementos en los que el niño (7-16 años) debe valorar según una escala de 1 a 3 (nada, algo, mucho) el miedo que le da cada uno. Se han identificado cinco factores: miedo al peligro y a la muerte, miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido, miedo a animales y miedos médicos (Muris y Ollendick, 2002; Sandín y Chorot, 1998). Una adaptación española puede consultarse en Sandín (1997) y el original en King, Ollendick y Tonge (1995).

Un problema con este y otros inventarios de miedos para niños es que algunos ítems – especialmente los de la escala miedo al peligro y a la muerte (p.ej., “no ser capaz de respirar”, “ser atropellado por un coche o un camión”, “caer de un sitio alto”, “ataques mediante bombas o ser invadido”, “fuego o resultar quemado”)– **pueden reflejar no miedos actuales que los niños ex-**

**perimentan de modo regular, sino el miedo que experimentarían caso de que se produjesen.** Muris y cols. (2002) hallaron que los cinco miedos antes citados: a) fueron calificados con una intensidad muy alta en el FSSC-R y al menos un tercio de los niños los calificaron con la puntuación máxima, b) fueron mucho menos comunes cuando se pidió a los niños que apuntaran en una hoja las cosas que temían, y c) según un diario completado al final de la semana, tuvieron una baja probabilidad de ocurrencia en la vida diaria y fueron de corta duración y baja intensidad.

**Inventario de Exploración de Miedos para Niños - II** (*Fear Survey Schedule for Children - II, FSSC-II*; Burnham y Gullone, 1997). Consta de 75 elementos que el niño (7-18 años) debe valorar de 1 (no infunde miedo) a 3 (infunde mucho miedo). Incluye miedos más actuales (p.ej., SIDA, guerra nuclear) que el cuestionario de FSSC-R, del cual es una revisión. Se han identificado cinco factores: miedo al peligro y a la muerte, miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido, miedo a animales y miedos médicos y escolares.

**Inventario de Exploración de Miedos para Niños-Hawai** (*Fear Survey Schedule for Children-Hawai, FSSC-HI*; Shore y Rapport, 1998). Es también una revisión del FSSC-R en la que se han incorporado 14 nuevos ítems con miedos más actuales (p.ej., secuestro, violación, drogas, bandas), se han eliminado 9 ítems, se han redactado de nuevo otros 20 y se han combinado dos en uno. Los 84 ítems finales son valorados de 1 a 3 según el miedo que producen. En población hawaiana de diversas etnias se han encontrado 7 factores, pero en una muestra de 551 adolescentes belgas se ha hallado un buen ajuste tanto de una estructura factorial de 5 factores como de una de 7, pero distinta de la de Shore y Rapport. La estructura de 5 factores replica muy de cerca la del FSSC-R, aunque el último factor es miedos médicos y situacionales. En la de 7 ítems el factor miedo al fracaso y a la crítica se descompone en tres factores (miedo al castigo por figuras de autoridad, miedo de desempeñarse mal en la escuela y miedo a la evaluación negativa en situaciones sociales).

**Inventario de Miedos** (Pelechano, 1984, citado en Méndez, 1999, y Méndez y Macià, 1994). Es un cuestionario en el que padres y/o profesores informan sobre la intensidad de los miedos de niños de 4-9 años, aunque se ha aplicado hasta los 14 años. Consta de 100 ítems en la versión revisada y la escala es nada/algo/mucho (se puntúa de 0 a 2). Factores que pueden derivarse son: animales, fenómenos naturales, daño físico y enfermedades, muerte, situaciones sociales, lugares cerrados y miedos diversos. Puede consultarse, además de en su fuente original, en Méndez y Macià (1994) y Méndez (1999).

**Inventario de Miedos** (Sosa y cols., 1993, citado en Méndez, 1999). Consta de 74 ítems (más uno abierto) valorados de 0 a 2 (nada/algo/mucho) por niños de 9 a 15 años. Se distinguen diez tipos de miedos: a) muerte, b) autoridad, c) soledad-fantasía, d) animales, e) desconocido, f) evaluación del rendimiento, g) separarse de los padres, h) contacto físico, i) fenómenos naturales, y j) médicos. Se obtiene una puntuación de miedos físicos (suma de *a, c, d, i, j*), otra de miedos sociales (suma de *b, e, f, g*) y una puntuación total a partir de la suma de las otras dos. El miedo al contacto físico no contribuye a ninguna puntuación.

**Escalas de Respuesta ante Estímulos Fóbicos** (*Phobic Stimuli Response Scales, PSRS*; Cutshall y Watson, 2004). Evalúa la respuesta de miedo ante una diversidad de situaciones. Consta de 46 ítems valorados de 1 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Presenta cinco subescalas moderadamente correlacionadas: sangre-inyecciones (10 ítems), daño corporal (8 ítems; incluye también miedo a la enfermedad/muerte y miedo al ambiente natural), social (11 ítems), animal (8 ítems) y confinamiento físico (9 ítems). El instrumento no ha sido estudiado en población clínica. Los ítems abreviados pueden consultarse en el artículo original.

**Escala de Ansiedad Infantil de Spence** (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*; Spence, 1998). Consta de 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales preten-

den evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Treinta y ocho ítems hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad y 6 son ítems positivos de relleno para reducir el sesgo de respuesta negativo; no cuentan para la puntuación total. Aparte de esta, pueden calcularse seis subpuntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. Las seis subpuntuaciones son ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems; corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems).

**Cuestionario para Trastornos Emocionales Infantiles Relacionados con la Ansiedad – Revisado** (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised, SCARED-R*; Muris y cols., 1999, 2001). Consta de 66 ítems que valoran de 0 a 2 la frecuencia de diversos síntomas de ansiedad. Aparte de una puntuación total, se obtienen puntuaciones en 9 subescalas: trastorno de ansiedad generalizada (13 ítems), trastorno de ansiedad por separación (12 ítems), fobia social (4 ítems), trastorno de pánico (13 ítems), trastorno obsesivo-compulsivo (9 ítems), fobia específica (tipo animal, 3 ítems), fobia específica (tipo sangre-inyección-daño, 7 ítems) y fobia específica (tipo situacional-ambiental, 3 ítems).

**Cuestionario de Miedos** (*Fear Questionnaire, FQ*; Marks y Mathews, 1979). Es un cuestionario de 22 ítems que proporciona cuatro medidas: 1) Nivel de evitación (0-8) respecto a la fobia o miedo principal del cliente descrito con sus propias palabras. 2) Puntuación total del nivel de evitación (0-8) de 15 situaciones, las cuales se dividen en tres subescalas de cinco ítems cada una: agorafobia, fobia social y fobia a la SIH. Así pues, hay tres puntuaciones parciales y una global. 3) Escala de Ansiedad-Depresión; cinco ítems en los que el cliente valora su nivel de preocupación (0-8) respecto a cinco problemas no fóbicos comunes en los pacientes fóbicos. 4) Medida global de los síntomas fóbicos; el cliente valora (0-8) el grado de perturbación/incapacitación producido por todos los síntomas fóbicos o miedos en general. Además de los 22 ítems descritos, presenta dos más de tipo abierto: uno para otras situaciones evitadas y otro para otros sentimientos en la escala de Ansiedad-Depresión. El cuestionario puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995), en Mathews, Gelder y Johnston (1981/1985) y en Méndez y Macià (1994).

## Cuestionarios específicos de miedos

**Inventario de Conductas-Objetivo.** Se trata de un cuestionario individualizado en el que el cliente especifica cinco conductas que le gustaría realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana. Para cada conducta se califica su grado de dificultad (1-10), la medida en que se evita (1-6) y el miedo que produce (1-6). Es posible que alguna de estas calificaciones sea redundante. Puede consultarse en Echeburúa (1995).

**Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas.** Se han utilizado jerarquías de 10 ó 15 ítems –que deben estar específicamente definidos– y escalas de puntuación de 0-8, 0-10 ó 0-100 para valorar la ansiedad producida por cada situación y el grado en que se evita la misma. Es importante que los ítems elaborados sean representativos de las diferentes situaciones temidas por el cliente, sean pertinentes para este y cubran los diferentes niveles de ansiedad. Al igual que el Cuestionario de Conductas-Objetivo, este es útil de cara a la planificación del tratamiento.

**Cuestionario de Claustrofobia** (*Claustrophobia Questionnaire, CLQ*; Radomsky y cols., 2001). Es un cuestionario de 26 ítems valorados de 0 (nada ansioso) a 4 (extremadamente ansioso). Evalúa dos tipos de miedos claustrofóbicos: miedo a la restricción de movimientos y miedo a ahogarse. Puede ser útil en diversas áreas: claustrofobia, miedo a volar, accidentes de coche, procedimientos médicos que impliquen inmovilización (p.ej., resonancia magnética). El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Cuestionario de Situaciones Claustrofóbicas** (*Claustrophobia Situations Questionnaire; CSQ*; Febraro y Clum, 1995). Mide la ansiedad y evitación relacionadas con situaciones claustrofóbicas específicas. Consta de 42 ítems y la persona valora de 1 a 5 tanto el grado de ansiedad como el de evitación asociado con cada situación. El paciente puede añadir además otras situaciones. Hay dos subescalas de ansiedad (miedo al entrapamiento, con 19 ítems, y miedo al confinamiento físico, con 16 ítems) y dos de evitación (evitación de lugares atestados, con 17 ítems, y evitación del confinamiento físico, con 15 ítems). No hay datos sobre validez. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Cuestionario de Cogniciones Claustrofóbicas** (*Claustrophobia General Cognitions Questionnaire; CGCQ*; Febraro y Clum, 1995). Evalúa las cogniciones asociadas a situaciones claustrofóbicas. La persona comienza escribiendo algunas situaciones en las que experimenta claustrofobia. Luego, califica de 1 a 5 cuán probablemente ocurriría cada una de 26 consecuencias temidas. El paciente puede añadir además otras cogniciones. Se han identificado tres subescalas: miedo a perder el control (9 ítems), miedo a ahogarse (8 ítems) y miedo a la imposibilidad de escapar (8 ítems). No hay datos sobre validez. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Cuestionario de Acrofobia** (*Acrophobia Questionnaire, AQ*; Cohen, 1977, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Consta de 40 ítems dirigidos a evaluar la ansiedad y la evitación referidas a 20 situaciones diferentes relacionadas con las alturas. Cada una de estas situaciones es valorada primero de 0 a 6 según la ansiedad que produce y después de 0 a 2 según el grado en que se evita. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Escala de Miedo a Volar** (EMV; Sosa y cols., 1995). Se aconseja pasarla junto con la Escala de Expectativas de Peligro y Ansiedad para el Miedo a Volar. Consta de 20 ítems sobre situaciones relacionadas con volar en avión y que la persona debe valorar por medio de una escala de cinco puntos según el grado de ansiedad que le producen. Presenta tres subescalas de 4, 8 y 9 ítems respectivamente: miedo antes de volar, miedo durante el vuelo y miedo a volar sin autoimplicación (referido a situaciones relacionadas con volar, pero sin que la persona participe como viajero; p.ej., ver un avión en vuelo). Los ítems y valores normativos pueden consultarse en la fuente original.

**Escala de Expectativas de Peligro y Ansiedad para el Miedo a Volar** (EPAV; Sosa y cols., 1995). Consta de 19 ítems distribuidos en dos subescalas. La primera (escala de expectativas de peligro) evalúa la posibilidad de sufrir un daño físico al volar. Tiene nueve ítems referidos a posibles percances que pueden pasarle al avión y la persona debe valorar por medio de una escala de cuatro puntos con qué frecuencia le aparecen este tipo de pensamientos de peligro cuando está dentro del aparato. La segunda (escala de expectativas de ansiedad) evalúa las expectativas que se tienen de experimentar síntomas físicos relacionados con la ansiedad. Tiene 10 ítems que la persona debe valorar por medio de una escala de cinco puntos según la probabilidad que cree tener de experimentar los síntomas descritos. Los ítems y valores normativos pueden consultarse en la fuente original.

**Cuestionario de Situaciones de Miedo a Volar** (*Flight Anxiety Situations Questionnaire, FASQ*; Van Gerwen y cols., 1999). Se aconseja pasarlo con el Cuestionario de la Modalidad de Miedo a Volar. Consta de 32 situaciones relacionadas con el hecho de volar y que la persona valora de 1 a 5 (luego se recodifica de 0 a 4) según la ansiedad que le producen. Tiene tres subescalas: ansiedad anticipatoria, ansiedad durante el vuelo y miedo generalizado a volar (producido al ver u oír aviones o leer o escuchar cosas sobre los mismos).

**Cuestionario de la Modalidad de Miedo a Volar** (*Flight Anxiety Modality Questionnaire,*



*FAMQ*; Van Gerwen y cols., 1999) Se aconseja pasarlo con el Cuestionario de Situaciones de Miedo a Volar. Consta de 18 ítems que la persona valora de 1 a 5 (luego se recodifica de 0 a 4) según la intensidad de sus pensamientos de peligro y de sus reacciones fisiológicas de ansiedad durante un vuelo. Tiene dos subescalas: modalidad somática y modalidad cognitiva.

**Cuestionario de Miedo a Volar - II** (Bornas y cols., 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** (*Driving and Riding Avoidance Scale, DRAS*; Stewart y St. Peter, 2004). Consta de 20 ítems valorados de 0 a 3 según la frecuencia con que se evitan determinadas situaciones relativas a conducir y viajar en coche. Se han identificado cuatro factores: evitación del tráfico y de las carreteras concurridas (7 ítems), evitación del mal tiempo y la oscuridad (5 ítems), evitación de viajar en coche (7 ítems) y evitación general (7 ítems); algunos ítems cargan en más de un factor. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

**Cuestionario de Miedo a los Accidentes** (*Accident Fear Questionnaire, AFQ*; Kuch, Cox y Direnfeld, 1995). Sus 10 primeros ítems, con un formato SÍ-NO, exploran la experiencia del accidente (p.ej., si se perdió el conocimiento) y las reacciones de ansiedad que han permanecido tras el mismo (p.ej., miedo antes de viajar, expectativa de accidente). Los 10 últimos ítems evalúan en que grado se evitan (0-8) ciertas situaciones (conducir, coger un autobús, etc.). El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Cuestionario de Mutilación** (*Mutilation Questionnaire, MQ*; Klerman y cols., 1974, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Consta de 30 ítems que se contestan verdadero-falso y mide en teoría miedo/asco a la SIH o a la mutilación. Se han identificado dos factores (asco a la sangre/heridas/mutilación y miedo al daño corporal) o cuatro factores: asco a la sangre/heridas/mutilación, aversión a los procedimientos médicos, miedo a los objetos cortantes y miedo a las inyecciones y extracciones de sangre. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Inventario de Miedos al Hospital** (Melamed y Siegel, 1975, citado en Méndez, 1999). Consta de 25 ítems, la mayoría relacionados con miedos médicos y otros de relleno. Cada ítem es valorado de 1 a 5 según el grado de miedo que suscita. Puede consultarse en Méndez (1999).

**Cuestionario de Miedos Médicos** (*Medical Fear Survey, MFS*; Kleinknecht, Thorndike y Walls, 1996; Kleinknecht y cols., 1999). En su versión final consta de 50 ítems valorados de 0 a 4 según el grado en que se experimenta miedo a situaciones de tipo médico tales como dar sangre, ver heridas, agujas hipodérmicas, ver operaciones o mutilaciones, etc. Tiene cinco factores de 10 ítems cada uno: miedo a los cuerpos mutilados, miedo a la sangre, miedo a las inyecciones hipodérmicas y extracciones de sangre, miedo a los objetos cortantes y miedo a los exámenes médicos y síntomas físicos. Una limitación de este inventario es que no incluye ítems de asco o repugnancia. Tampoco ha sido validado por el momento en muestras clínicas. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Corcoran y Fischer (2000).

**Cuestionario de Evitación Médica** (*Medical Avoidance Survey, MAS*; Kleinknecht, Thorndike y Walls, 1996). Contiene 21 ítems valorados de 1 a 5 de acuerdo con la extensión en que se evita el tratamiento médico debido al miedo a diversos procedimientos u otras razones. Los tres factores identificados son evitación debida al miedo a que se encuentre una enfermedad grave, al miedo a recibir inyecciones o extracciones de sangre y a razones económicas o logísticas. El instrumento puede consultarse en Corcoran y Fischer (2000).

**Escala de Síntomas ante Sangre-Inyecciones** (*Blood-Injection Symptom Scale, BISS*; Page y cols., 1997). Pretende medir los síntomas producidos por situaciones de sangre e inyecciones. El cliente contesta si ha experimentado o no cada uno de 17 síntomas físicos durante una de sus peores experiencias de sangre/inyecciones. Se han establecido tres factores: debilidad/sensación de desmayo, ansiedad y tensión; los dos últimos pueden combinarse en una subescala de miedo. La consistencia interna de las escalas de ansiedad y tensión es algo baja. Además las medias de ansiedad, tensión y miedo fueron más elevadas en estudiantes universitarios que en personas con miedo a la sangre o a las inyecciones. Puede consultarse en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en [www.psy.uwa.edu.au/user/andrew/biss.htm](http://www.psy.uwa.edu.au/user/andrew/biss.htm) En esta misma dirección puede verse también la **Escala Estado de Síntomas ante Sangre-Inyecciones** (*State Blood-Injection Symptom Scale, SBISS*). Consta de 28 ítems que evalúan las reacciones inmediatas producidas por situaciones de sangre, heridas o inyecciones. Cada reacción es valorada en una escala de intensidad de 0 (nada en absoluto) a 4 (muy intensamente). Se han establecido tres factores: debilidad/desmayo, ansiedad y tensión.

**Inventario Multidimensional de la Fobia a la Sangre/Heridas** (*Multidimensional Blood/Injury Phobia Inventory, MBPI*; Wenzel y Holt, 2003). Evalúa cinco tipos de respuestas (miedo, evitación, preocupación, asco, desmayo) en cuatro contextos diferentes (inyecciones, sangre, heridas, hospitales) y con dos focos diferentes (sí mismo y otros; p.ej., ver la propia sangre o la de otros). Consta de 40 ítems valorados de 0 a 4 según el grado en que la persona los considera típicos de ella. Se han identificado seis factores: inyecciones (6 ítems), hospitales (6 ítems), desmayo (6 ítems), sangre-sí mismo (4 ítems), heridas (4 ítems), sangre/heridas-otros (4 ítems). No ha sido validado aún en muestras clínicas. Los ítems pueden consultarse en la fuente original.

**Inventario de Miedo Dental** (*Dental Fear Survey, DFS*; Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Consta de 20 ítems relacionados con la evitación de citas con el dentista, reacciones físicas tenidas durante el trabajo dental y miedo suscitado por diversos aspectos de la situación dental (p.ej., estar en la sala de espera, ver la aguja anestésica, oír el taladro). Los dos ítems de cita y los cinco de reacciones somáticas se valoran de 1 a 5 según la frecuencia con que ocurren; el resto, también de 1 a 5 según el miedo que producen. Se han identificado tres factores: a) estímulos dentales específicos (vista y sonido del taladro); b) respuesta fisiológica al tratamiento dental (taquicardia, náusea); y c) anticipación ansiosa del tratamiento dental (concertar una cita). El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Corcoran y Fischer (2000).

**Inventario de Ansiedad Dental** (*Dental Anxiety Inventory, DAI*; Stouhard, Mellenberg y Hoogstraten, 1993). Evalúa la gravedad de la ansiedad dental. La persona debe valorar de 1 a 5 en qué medida es aplicable a ella cada una de 36 afirmaciones relacionadas con ir al dentista. Existe una versión breve de nueve ítems (SDAI) que puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001). El DAI puede consultarse en esta última referencia y en Stouhard, Hoogstraten y Mellenberg, 1995).

**Cuestionario de Cogniciones Dentales** (*Dental Cognitions Questionnaire, DCQ*; de Jongh y cols., 1995). Evalúa la frecuencia y grado de creencia en 38 cogniciones negativas relacionadas con el tratamiento dental. El cuestionario tiene dos partes. En la primera, se enumeran 14 pensamientos sobre los dentistas (“los dentistas no son comprensivos”) o sobre uno mismo (“no puedo aguantar el dolor”) y la persona valora en qué medida de 0 a 100 cree en cada uno de ellos y si ocurren o no cuando se sabe que se recibirá pronto un tratamiento dental. En la segunda parte se listan 24 pensamientos negativos que pueden tenerse durante el tratamiento dental (“me tocarán el nervio”) y que se valoran igual que en la parte anterior. El cuestionario parece ser unifactorial. Los ítems pueden consultarse en inglés en la fuente original y el instrumento completo en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

**Escala Multicomponente de Fobia al SIDA** (*Multicomponent AIDS Phobia Scale, MAPS*; Harrell y Wright, 1998). Consta de 20 ítems calificados de 1 a 6 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Se han puesto de manifiesto dos factores: miedo a infectarse y miedo/evitación de otros con SIDA o seropositivos. La fiabilidad test-retest es sólo moderada, la escala no ha sido validada con muestras clínicas y la estructura factorial sólo explica el 30% de la varianza y no ha sido replicada con la versión definitiva de la prueba.

Otros cuestionarios específicos son:

- **Cuestionario de Exploración de Miedos Dentales para Niños** (*Dental Fear Survey Schedule for Children, DFSSC*; Milgrom y cols., 1994, citado en Sandín, 1997).
- **Cuestionario sobre Serpientes** (*Snake Questionnaire; SNAQ*; Klorman y cols., 1974, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).
- Cuestionario de Fobia a las **Arañas** (*Spider Phobia Questionnaire, SPQ*; Watts y Sharrock, 1984; aparecen los ítems), Cuestionario de Fobia a las Arañas para Niños (*Spider Phobia Questionnaire for Children, SPQC*; Kindt, Brosschot y Muris, 1996).

Cuestionario sobre las Arañas (*Spider Questionnaire; SPQ*; Klorman y cols., 1974, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001), Cuestionario de Miedo a las Arañas (*Fear of Spiders Questionnaire, FSQ*; Szymansky y O'Donohue, 1995), Cuestionario de Creencias en la Fobia a las Arañas (*Spider Phobia Beliefs Questionnaire, SBQ*; Arntz y cols., 1993, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Estos tres últimos instrumentos pueden consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

- **Escala de Homofobia** (*Homophobia Scale, HS*; Wrigt, Adams y Bernat, 1999). Evalúa los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de la homofobia, esto es, las reacciones negativas hacia la homosexualidad y las personas homosexuales. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

## **Autoinformes referidos al miedo justo antes o durante una situación temida**

Otros **autoinformes más situacionales** y menos retrospectivos evalúan distintos aspectos del miedo que el cliente experimenta justo antes y/o durante la situación temida, ya sea en la vida real o en un test conductual. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- **Termómetro de Miedo** (*Fear Thermometer, FT*; Walk, 1956). Se trata de una escala de 0 a 10 ó de 1 a 10 en la que el primer número indica ausencia de miedo y el último, un miedo extremo; una versión ha sido la escala de unidades subjetivas de ansiedad o perturbación (USAs), la cual va de 0 a 100. Con niños, pueden emplearse escalas numéricas de tres o cinco valores o, en vez de números, líneas horizontales o verticales para marcar en ellas, diagramas de barras de tamaño creciente, una escala de grises, un termómetro dibujado con varios niveles diferenciados por color o caras que expresan desde ausencia a miedo a miedo máximo (King, Hamilton y Ollendick, 1988; King, Ollendick y Tonge, 1995; véase Méndez, 1999, para ejemplos de estos y otros tipos de *miedómetros*). El termómetro de miedo, en cualquiera de sus versiones, ha sido frecuentemente empleado en uno o más momentos a lo largo de los tests de evitación o aproximación conductual para evaluar ansiedad media y/o máxima. La persona necesita ser entrenada en el uso del mismo, pidiéndole que piense en situaciones específicas y personalmente relevantes que

correspondan a ciertos puntos de la escala; por ejemplo, 25, 50, 75 y 100 en la escala de USAs.

- **Cuestionario de Percepción Autónoma** (Mandler, Mandler y Uviller, 1958). En su versión adaptada es una medida situacional de 21 ítems que mide el grado en que se experimentan reacciones corporales. Puede consultarse en Bados (1992).
- **Diferencial de Ansiedad** (*Anxiety Differential*, AD; Husek y Alexander, 1963). A través de 18 ítems valorados en una escala gráfica de 7 puntos, pretende evaluar el miedo situacional de una manera menos directa y supuestamente menos susceptible a la falsificación que otras medidas. Una adaptación del mismo puede consultarse en Bados (1992).
- **Inventario de Estado de Ansiedad** (*State-Trait Anxiety Inventory*, A-State, STAI-S; Spielberger y cols., 1983). Los 20 ítems de la forma Estado pueden emplearse para preguntar al cliente cómo se ha sentido en una situación determinada; para ello emplea una escala de intensidad de 1 (nada) a 4 (mucho). Este cuestionario no considera explícitamente los aspectos somáticos y conductuales de la ansiedad. El instrumento ha sido publicado por TEA en su versión de 1970 (con escalas que van de 0 a 3) y puede consultarse también en Echeburúa y cols. (1995). Existe una versión para niños (Spielberger, 1973, citado en Echeburúa, 1993b) también publicada por esta editorial.
- **Técnica de Listado de Pensamientos** (Cacioppo y Petty, 1981). La persona tiene que enumerar durante unos pocos minutos los pensamientos que ha tenido justo antes, durante y después de la situación temida y valorar ciertos aspectos de los mismos tales como su frecuencia, creencia en ellos y si los considera positivos, negativos o neutrales.

## Cuestionarios de interferencia o discapacidad

Estos cuestionarios podrían estar midiendo no sólo la discapacidad producida por el trastorno de interés, sino también por otros trastornos presentados por los clientes.

**Cuestionario de Discapacidad de Sheehan** (*Sheehan Disability Inventory*, SDI; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996, citado en Bobes y cols., 1998). Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10, excepto el último que lo es de 0 a 100. Los tres primeros evalúan respectivamente la disfunción producida por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas. El cuarto valora el estrés percibido (las dificultades en la vida producidas por eventos estresantes y problemas personales), y el quinto, el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas significativas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes y cols. (1998, 2002).

**Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz** (Liebowitz, 1987, citado en Bobes y cols., 1998). Es el instrumento más complejo. Sus 11 ítems, valorados de 0 a 3, evalúan el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones: beber con moderación, evitar medicamentos no prescritos, estar de buen humor, avanzar en los estudios, mantener un trabajo, tener buenas relaciones con la familia, tener relaciones románticas/íntimas satisfactorias, tener amigos y conocidos, dedicarse a aficiones, cuidado de personas y de la casa, y desear vivir y no pensar en el suicidio. El paciente debe contestar cada ítem en referencia primero a las dos últimas semanas y segundo a lo largo de la vida o la vez que peor estuvo. Puede consultarse en Bobes y cols. (1998).

**Cuestionario de Interferencia.** Pueden emplearse diversas escalas (0-5, 0-8, 0-10, etc.) en las que la persona valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la

interferencia en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de este cuestionario pueden verse en Bados (2000), Botella y Ballester (1997) y Echeburúa (1995). Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) presentan datos normativos para su Escala de Inadaptación, en la cual la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan a su vida en general como a áreas más concretas (trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). El punto de corte que maximiza la sensibilidad y especificidad es 12 para la escala en su conjunto y 2 (correspondiente a la respuesta “poco”) para los ítems individuales.

## AUTORREGISTROS

Han sido poco empleados en el campo de las fobias específicas. Sin embargo, permiten recoger información en el medio natural sobre las conductas de interés, sus antecedentes y consecuentes. Un ejemplo para un niño con fobia a los perros puede verse en King, Hamilton y Ollendick (1988). Incluye fecha y hora, lugar, personas presentes, evento precedente, conducta motora y emocional, pensamientos y acciones/eventos posteriores. Podría añadirse duración de la situación y nivel de ansiedad durante la misma. Craske y Tsao (1999) indican también diversos aspectos que pueden registrarse.

Algunos pacientes **temen que el autorregistro pueda aumentar sus miedos**. Aunque esto puede ocurrir inicialmente, hay que explicar al paciente que el efecto es temporal y que la ansiedad se reducirá si se continúa con el autorregistro. De hecho, este puede conceptualizarse como una forma de exposición.

## OBSERVACIÓN

Aunque la observación en **situaciones naturales** es teóricamente posible, suele ser poco o nada factible en la práctica clínica debido a motivos económicos. Aparte estos, no hay ningún inconveniente en que el terapeuta acompañe al cliente a alguna de las situaciones temidas y observe a distancia. Una alternativa es que un familiar o amigo hagan de observador; por ejemplo, los padres de un niño con fobia a la oscuridad podrían registrar el número de noches que duerme solo y sin luz. Un ejemplo de observación objetiva en situaciones naturales (dentista) es la Escala de Valoración del Perfil Conductual de Melamed (citado en Aartman y cols., 1996). Consta de 27 conductas cuya ocurrencia es registrada por un observador externo en intervalos de 3 minutos. Cuatro de los ítems reflejan la conducta del niño al separarse de la madre (p.ej., llora), 21, la conducta del niño durante la intervención dental (p.ej., rehúsa abrir la boca) y 2, conductas del dentista (p.ej., usa restricción física). Cada conducta es ponderada por un factor según el grado de perturbación que implica. Un problema con este tipo de escalas es que requieren entrenamiento y son poco prácticas en la clínica. Otras escalas más sencillas, son las de valoración por jueces (no de observación objetiva) que evalúan ansiedad dental o, más exactamente, cooperación por parte del niño; son también comentadas por Aartman y cols. (1996), aunque su valoración de las existentes es más bien negativa.

Ortigosa y Méndez (1997, citado en Méndez, 1999) han elaborado la **Escala de Observación de Conductas de Ansiedad durante la Hospitalización**. Los padres deben marcar la posible aparición de 17 conductas autónomas o motoras (sudoración, llanto, quejas, agresión, etc.) en tres momentos diferentes: ingreso, antes del quirófano y alta. Puede consultarse en Méndez (1999).

Los **tests de evitación o aproximación conductual** a la situación o estímulo temido implican una observación en situaciones artificiales, por lo general. Se puede medir la distancia (al animal

temido, al sitio más alto que se es capaz de subir o al lugar más lejos que se llega en coche), el tiempo que se permanece en la situación temida (lugar cerrado, oscuridad, sitio alto, visión de una película de operaciones), la intensidad tolerada del estímulo temido (nivel de ruido, velocidad de un ventilador en la fobia al viento) o el número de actividades gradualmente más difíciles que se es capaz de hacer total (se dan dos puntos) o parcialmente (se da un punto). Esta última opción permite combinar diversas variables tales como la intensidad de la luz, el tiempo de exposición y el lugar en el caso de fóbicos a la oscuridad; la distancia, el tipo de carretera y las condiciones meteorológicas en los fóbicos a conducir; o el tipo de instrumento y el tipo y grado de estimulación en los fóbicos dentales (Méndez y Macià, 1994).

A un fóbico a las alturas se le puede pedir que suba por una escalera exterior y que se detenga un cierto tiempo en cada peldaño. A un fóbico a la oscuridad que esté dos minutos bajo condiciones de iluminación cada vez más débiles. A un fóbico a los perros que, durante un tiempo especificado, permanezca cerca de uno o más perros, los mire, los acaricie, los pasee de la correa, les rasque la barriga, les dé de comer, se encierre con ellos, etc. (puede haber tranquilamente 10-15 ítems). A un fóbico a los ruidos que escuche ruidos cada vez más intensos, cada uno de ellos a distancias progresivamente más cortas.

Durante el test de aproximación conductual pueden emplearse escalas de valoración por jueces (o por el terapeuta). Así, durante la visión por parte de un fóbico a la sangre de un vídeo de una operación quirúrgica puede calificarse de 0 a 4 la conducta de desmayo, donde 4 = el paciente se desmaya y no responde cuando se le habla; 3 = estar a punto de desmayarse; 2 = reacciones moderadas; 1 = reacciones ligeras; 0 = ausencia de reacciones (Öst, Fellenius y Sterner, 1991).

Capafons y cols. (1997) han presentado un método de evaluación del miedo a volar que podría convertirse en un tipo de **observación bajo situaciones análogas**. En su versión original, el cliente comienza contestando un cuestionario de ansiedad situacional que evalúa mediante pares de adjetivos cuatro aspectos referidos a la situación en la que uno se encuentra: dificultad, cooperación, ansiedad y motivación. Después se obtienen medidas fisiológicas (ritmo cardíaco y temperatura dermal) mientras el cliente ve un vídeo de 30 minutos en el que aparecen todas las situaciones relevantes de un viaje en avión. Finalmente, se vuelve a pasar el cuestionario referido esta vez al vídeo visto. Medidas que podrían añadirse son, por ejemplo, la calificación por parte del cliente de la ansiedad (0-8) que le producen ciertas situaciones vistas en el vídeo y la valoración por parte de un calificador de la ansiedad observada en cada una de esas situaciones. Limitaciones de este método de evaluación son que requiere tiempo, que necesita una sesión previa de habituación de cara a la obtención de los registros psicofisiológicos y que su sensibilidad a los efectos del tratamiento no está clara.

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

De las revisiones realizadas por Antony y Barlow (1997, 2002), Barlow, Raffa y Cohen (2002), Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992), Marks (1987/1991), Rachman (1990) y Sosa y Capafons (2003) pueden extraerse las siguientes conclusiones. Los **tratamientos más investigados y eficaces** para las fobias específicas son la **exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas y el modelado participante** (una combinación de modelado y EV). La EV es más eficaz que el no tratamiento y el placebo y que otras intervenciones como la relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva y el modelado en vivo (Antony y Barlow, 2002; Mendez y cols., 2003; Menzies y Clarke, 1995b) o diversas técnicas de exposición en la imaginación, aunque como se verá luego, puede tener que ser complementada con otros procedimientos en algunos casos. Se ha hallado que la exposición es **eficaz para** la fobia a animales, alturas, lugares cerrados, volar, sangre, inyecciones, intervenciones dentales, agua, tormentas y relámpagos, globos y atragantamiento.

El **modelado participante** es también un tratamiento eficaz para las fobias específicas y mejor que el no tratamiento, la atención placebo, el modelado en vivo y el modelado simbólico, al menos a medio plazo (Götestam, 2002; Méndez y cols., 2003). El procedimiento incluye EV y, en general, el modelado no parece potenciar a esta última. Sin embargo, el modelado es conveniente cuando hay que enseñar habilidades y, al menos en niños, puede contribuir a que se mantengan mejor los resultados conseguidos según el estudio de Menzies y Clarke (1993).

**La EV reduce el miedo, la conducta de evitación, la valencia afectiva negativa del estímulo fóbico y, al menos con fóbicos a las arañas, la emoción de asco.** Con fóbicos a las arañas se ha observado que el asco producido por los estímulos temidos disminuye, aunque menos rápidamente que el miedo, mientras que la susceptibilidad generalizada al asco no se ve afectada (Antony y Barlow, 2002; Koch y cols., 2004; Smits, Telch y Randall, 2002). En personas con miedo extremo o fobia a las arañas, la susceptibilidad al asco, ya sea específica al estímulo temido o generalizada, no interfiere con los efectos de reducción del miedo conseguidos con la exposición (Merckelbach y cols., 1993, citado en Antony y Barlow, 2002; Smits, Telch y Randall, 2002).

En fóbicos a las arañas, **los efectos de la EV** (combinada con modelado) sobre el miedo, el asco y la valencia afectiva del estímulo **no se han visto potenciados** ni a corto ni a medio plazo (1 año) **por la adición de un componente dirigido explícitamente al asco.** Este componente se aplicó durante los últimos 30 minutos de una sesión de 3 horas de EV y consistió en poner en contacto a las arañas con alimentos apetitosos, comer estos alimentos y otros alimentos favoritos y escuchar la música preferida (De Jong y cols., 2000).

Todavía **no está claro por qué la exposición es eficaz.** Entre las explicaciones propuestas, las cuales no son necesariamente incompatibles, se encuentran las siguientes: a) **Extinción** de las respuestas condicionadas de ansiedad al presentarse repetidamente los estímulos temidos sin ir seguidos de consecuencias aversivas. Según parece, no se borran las asociaciones originales, sino que se aprenden nuevas asociaciones inhibitorias (estímulo temido-ausencia de consecuencias) en los contextos en que se realiza la exposición. b) **Habitación** de la activación fisiológica tras la presentación repetida del estímulo temido. c) **Endurecimiento** (disminución de la transmisión noradrenérgica en el cerebro). d) Aumento de las expectativas de **autoeficacia** (confianza en la propia habilidad para afrontar algo). e) Aumento de las **expectativas de mejora**. f) Disminución de las **cogniciones negativas** o interpretaciones amenazantes. g) **Procesamiento emocional**, el cual combina los conceptos de habitación y cambio cognitivo y hace referencia a los cambios en las representaciones centrales emocionales que controlan las respuestas conductuales y fisiológicas (Antony y Barlow, 1997; Barlow, 1988; Edelman, 1992). Barlow (1988, cap. 8) presenta una exposición detallada de las distintas explicaciones y sus respectivas limitaciones.

El **modelado simbólico** o filmado puede ser beneficioso en la preparación para las intervenciones médicas, junto con información y, quizá, relajación y distracción. Sin embargo, el modelado simbólico resulta ineficaz con pacientes veteranos e incluso puede tener un efecto de sensibilización en estos, tal como se ha observado en niños (Edelman, 1992).

En un estudio con fóbicos adultos a las arañas reclutados a través de diarios, la **exposición vicaria (modelado simbólico)** asistida por ordenador ha sido más eficaz que la relajación placebo y prácticamente igual a la EV; esta fue superior en medidas de test conductual en el postratamiento, pero no en el seguimiento a los 3 meses o a los 33 meses (de media). En cambio, con niños, la EV fue superior a la lista de espera y también a la exposición vicaria; el grupo de exposición vicaria mejoró, pero no se diferenció de la lista de espera debido, quizá, a una falta de potencia estadística (Dewis y cols., 2001). En otro estudio con adultos fóbicos a las arañas en el que los tratamientos fueron aplicados en una sola sesión, la EV fue más eficaz que la exposición vicaria asistida por ordenador; esta no difirió de la lista de espera. Similarmente, Götestam (2002) halló con fóbicos adultos a las arañas y con el tratamiento aplicado en una sola sesión, que la EV (combina-

da con modelado por parte del terapeuta en caso necesario) produjo o tendió a producir mejores resultados en el seguimiento (6 y 12 meses) que el modelado en vivo y el modelado simbólico.

La **exposición imaginal**, la **desensibilización sistemática** y la **desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares** también han resultado eficaces para las fobias específicas, aunque menos que la EV o el modelado participante. Los procedimientos imaginales necesitan ser complementados con práctica en la vida real para evitar problemas de generalización; además, no se está seguro de lo que en realidad imagina el cliente y algunos clientes son incapaces de imaginar claramente las escenas o de implicarse en ellas. **Por contra, las técnicas en imaginación pueden ser útiles cuando:** a) se quiere trabajar con cualquier tipo de situación, incluidos eventos internos como pensar que uno va a perder el control, desmayarse o contraer cierta enfermedad; b) el miedo a las consecuencias temidas no es activado suficientemente por la EV o no se reduce como consecuencia de la misma, aunque sea activado; c) el cliente tiene una ansiedad muy alta y no se atreve, de entrada, con la EV; y d) las fobias implican situaciones en que es difícil, impracticable o antieconómico trabajar en vivo (tormentas, vuelos en avión, viajes frecuentes lejos de casa, trabajos dentales con un odontólogo que no tiene mucho tiempo, monstruos).

Una alternativa a la exposición imaginal es la exposición mediante ayudas audiovisuales o mediante **realidad virtual** (Carlin, Hoffman y Weighorst, 1997; Glantz y cols., 1996; Glantz, Rizzo y Graap, 2003; Krijn y cols., 2004). Esta última permite, por medio de ordenadores y un casco o gafas especiales o un ambiente virtual automático computerizado, crear estímulos y situaciones que simulan una amplia variedad de experiencias reales de un modo vívido y presencial al tiempo que se logra que lo que el cliente ve y oye (entorno virtual) sea influido por lo que hace; en ocasiones se añaden también estímulos táctiles. De este modo, suscita emociones similares a las experimentadas en las situaciones reales. Krijn y cols. (2004) describen las dos principales técnicas para sumergir a los pacientes en el entorno virtual: casco montado en la cabeza (un solo usuario) y ambiente virtual automático computerizado (multiusuario).

**Ventajas** de la exposición mediante realidad virtual (ERV) son: es más aceptable para muchos clientes que la EV, pueden controlarse a voluntad los estímulos que se presentan al paciente y la graduación de los mismos, permite trabajar en un entorno seguro sin que el paciente corra riesgos, puede repetirse y prolongarse tanto como se quiera y puede ser un eficaz complemento de la EV o una alternativa a esta, especialmente cuando la EV es difícil de realizar (piénsese en las fobias a ciertos animales, tormentas o volar). Además, los escenarios virtuales pueden emplearse como tests conductuales. Entre sus **limitaciones** pueden citarse las siguientes: es cara, algunos pacientes tienen dificultades para implicarse en el contexto virtual, puede producir mareos durante la misma o efectos posteriores tales como dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, problemas al caminar y perturbaciones perceptivo-motoras; además, puede ser un peligro para personas con trastornos cardíacos o epilepsia.

Hay unos pocos estudios controlados en los que la ERV ha sido superior al no tratamiento o a otras intervenciones (Krijn y cols., 2004):

- **Fobia a las alturas.** En estudiantes con miedo a las alturas, la ERV –combinada en algunos casos con EV– ha sido más eficaz que el no tratamiento (Rothbaum y cols., 1995, citado en Glantz, Rizzo y Graap, 2003). También con pacientes, la ERV ha sido superior a la lista de espera (Krijn y cols., 2004, citado en Krijn y cols., 2004). Por otra parte, Emmelkamp y cols. (2002) hallaron con pacientes acrofóbicos que la **ERV (de bajo coste) y la EV fueron igualmente eficaces** en medidas de autoinforme y en un test conductual, y que los resultados se mantuvieron a los 6 meses; en ningún caso se dijo a los pacientes que practicaran entre sesiones.



- **Fobia a volar.** La ERV ha sido más eficaz que el no tratamiento (Botella y cols., 2004; Rothbaum y cols., 2000, 2002) y las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 1 año de duración. Por otra parte, Rothbaum y cols. (2000, 2002) compararon la **ERV y la EV** (a estímulos pre-vuelo, estar en un avión parado e imaginar despegues, aterrizajes y vuelo); ambas fueron combinadas con estrategias de afrontamiento (respiración, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento). Los dos tratamientos fueron superiores a la lista de espera e **igualmente eficaces** en cuestionarios, en tomar un vuelo y en la ansiedad experimentada durante el mismo. Las mejoras se mantuvieron en un seguimiento a los 6 meses. En un seguimiento al año, ambos tratamientos siguieron siendo igualmente eficaces, aunque muchos más pacientes en la condición de ERV tomaron alcohol o fármacos a la hora de hacer un vuelo (73% contra 30%). Dos limitaciones de los estudios de Rothbaum son su baja potencia estadística y que la EV no incluyó volar.

En el estudio de Wiederhold, Gevirtz y Spira (2001) la ERV combinada con relajación fue **más eficaz que la desensibilización sistemática** con fóbicos a volar. También con fóbicos a volar, Muhlberger, Wiedemann y Pauli (2003) compararon en una sola sesión a) tratamiento cognitivo más ERV con simulación del movimiento, b) tratamiento cognitivo más ERV sin simulación del movimiento, y c) tratamiento cognitivo. Los dos primeros grupos no difirieron entre sí, pero fueron superiores al último en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses.

El estudio de Maltby y cols. (2002) contrasta con los anteriores. Con fóbicos a volar (65% fóbicos específicos y 35% agorafóbicos) incapaces de tomar un avión, estos autores hallaron que la **ERV** –apoyada por relajación breve y autoinstrucciones– fue superior a un grupo **placebo** de atención (información sobre la seguridad y mecánica del vuelo, comentar los propios miedos en el grupo) en el postratamiento en medidas de autoinforme, pero no en el porcentaje de personas que se atrevieron a volar. Además, en el seguimiento a los 6 meses sólo se encontraron diferencias en una de cinco medidas.

- **Fobia a las arañas.** La ERV ha sido más eficaz que el no tratamiento, en un cuestionario, en un test conductual y en calificación por un evaluador (García-Palacios y cols., 2002).
- **Claustrofobia.** En personas con miedos claustrofóbicos, la ERV ha sido más eficaz que el no tratamiento (Botella y cols., 2000). Sin embargo, este estudio empleó un diseño de línea base múltiple con cuatro participantes y en dos hubo falta de estabilidad de la gravedad de los síntomas antes del tratamiento.
- **Fobia a conducir.** Utilizando un diseño de línea base múltiple con cinco pacientes, Wald (2004) halló reducciones sintomáticas moderadas en tres pacientes, pero la frecuencia de conducir no aumentó en ningún participante. Estos resultados sugieren que la ERV por sí sola tiene una eficacia limitada en la fobia a conducir, aunque se requieren más estudios.

La **ERV debe ser distinguida de otras formas de tratamiento en que se emplean ordenadores** (Krijn y cols., 2004): a) Exposición vicaria asistida por ordenador: el paciente dirige a un modelo en la pantalla para que se exponga a las situaciones temidas. b) Exposición a imágenes y sonidos de las situaciones temidas presentados por ordenador. c) Terapia aplicada a través de internet sin contacto directo con el terapeuta.

Bornas y cols. (2001, citado en Bornas y cols., 2002 y Tortella-Feliu y Fullana, 2001) compararon **exposición asistida por ordenador** con un programa multicomponente que incluía además información aeronáutica y relajación; hubo también un grupo de lista de espera. En un cuestionario de miedo a volar y en el porcentaje de personas que se atrevieron a volar, los dos tratamientos

fueron mejores que la lista de espera y el primero, superior también al segundo; esta superioridad de la exposición asistida por ordenador sobre el tratamiento multicomponente se dio también en el seguimiento al año. Por lo que se refiere a la **utilidad clínica**, en dos estudios conducidos en España y Alemania en condiciones naturales y por terapeutas con poca experiencia clínica, la exposición asistida por ordenador produjo resultados comparables a los de los estudios controlados. El 90% de los pacientes mejoraron significativamente y el 60% fueron considerados recuperados según un cuestionario de miedo a volar (Bornas y cols., 2002).

La **combinación de exposición con estrategias de afrontamiento** ha sido poco estudiada. Capafons y cols. (1999) llevaron a cabo una investigación controlada de una intervención multicomponente para fóbicos a volar en avión que podían viajar en avión si no había más remedio. El tratamiento aplicado incluyó técnicas de afrontamiento (respiración, relajación), exposición imaginal y EV a los preliminares de vuelo apoyada por relajación breve y detención del pensamiento. Todas las personas tratadas fueron capaces de tomar un vuelo contra ninguna del grupo control. Además, el grupo tratado fue significativamente superior en medidas de miedo a volar, pensamientos catastrofistas y ansiedad fisiológica subjetiva. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los 6 meses. Si este tratamiento es superior o no a la EV es algo que está por dilucidar.

En otro estudio Capafons, Sosa y Prieto (2004) compararon tres tratamientos: a) exposición graduada (básicamente imaginal) apoyada por relajación y detención del pensamiento, b) biorrealimentación de la tasa cardíaca y EMG en ausencia del estímulo fóbico y en presencia de este por medio de diapositivas y narraciones, y c) entrenamiento en reatribución y solución de problemas para el miedo a volar, incluyendo exposición. Los tres programas fueron más eficaces que la lista de espera en medidas de autoinforme, mientras que el primero y el último lo fueron también en medidas fisiológicas. No hubo diferencias entre los tres tratamientos.

Se sabe muy poco sobre si el entrenamiento en estrategias de afrontamiento aumenta o no la eficacia de la EV. De todos modos, su empleo **puede reducir el número de rechazos y abandonos del tratamiento, y disminuir el tiempo necesario de exposición**. Por el momento, los datos son contradictorios sobre que la EV sea potenciada por la relajación (Antony y Barlow, 2002).

Las **técnicas cognitivas** no parecen potenciar la EV en la mayoría de las fobias específicas con las posibles excepciones de la claustrofobia y la fobia a las alturas (Kamphuis y Telch, 2000; Marks, 1987/1991; Marshall, 1985; Sloan y Telch, 2002). En el estudio de Craske y cols. (1995) la exposición a las sensaciones temidas (exposición interoceptiva) y la reestructuración cognitiva no potenciaron a la EV en el tratamiento de las fobias a animales, pero sí en el de la claustrofobia; de todos modos, este efecto desapareció a las 4 semanas. Tortella-Feliu y Fullana (2001) han revisado los estudios controlados sobre el tratamiento del miedo a volar y han concluido que la exposición es un elemento fundamental, pero que el posible papel potenciador de la información aeronáutica y de las técnicas cognitivas aún está por investigar.

Para la claustrofobia, cinco sesiones de reestructuración cognitiva con poca EV han resultado igual de eficaces en el postratamiento y en el seguimiento a 1 año que una o cinco sesiones de EV; todos los procedimientos fueron superiores a la lista de espera (Öst, Alm y cols., 2001). Una sesión de reestructuración cognitiva también se ha mostrado más útil que la información sobre el tratamiento dental para reducir la ansiedad dental y preparar para la intervención odontológica (de Jongh y cols., 1995).

La **tensión aplicada** es una técnica descrita por Öst y Sterner (1987) y especialmente pensada para el tratamiento de la fobia a la SIH teniendo en cuenta el característico patrón fisiológico de respuesta difásica que se da en la misma. En un estudio controlado la tensión aplicada fue igual de eficaz (aunque más eficiente) que la relajación aplicada y que una combinación de ambas. En otro estudio (Öst, Fellenius y Sterner, 1991), la tensión aplicada y la tensión sin aplicación fueron al-

tamente eficaces en el postratamiento (90% y 80% de pacientes recuperados respectivamente) y en el seguimiento a 1 año (100% y 90%) y más eficaces que la EV (40% y 50% en post y seguimiento). En este estudio la **tensión sin aplicación** no tuvo exposición a los estímulos de sangre/heridas ni durante las sesiones ni fuera de estas. El contenido de las sesiones fue practicar la tensión muscular para mejorar la habilidad de incrementar la presión sanguínea a voluntad. La meta fue aumentar la presión sanguínea sistólica en 10, 15, 20 y 25 mmHg durante las sesiones 2-5 respectivamente. La única aplicación de la técnica de tensión fue provocar una caída ortostática de la presión sanguínea (poniéndose súbitamente de pie) y aplicar la tensión para compensar esta disminución de la presión. Esto se hizo dos veces durante las sesiones 3-5.

En un estudio posterior con pacientes más graves, Hellström, Fellenius y Öst (1996) hallaron que una sesión intensiva de tensión aplicada o de tensión sin aplicación fueron tan eficaces como cinco sesiones de tensión aplicada, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a 1 año, aunque en este caso hubo un programa de AEV durante el seguimiento y los resultados fueron mucho mejores para los que siguieron este programa. Los porcentajes de clientes recuperados en el seguimiento (60%) fueron más bajos que en el estudio anterior. La conclusión de los autores es que el tratamiento a elegir en la fobia a la sangre implica una sesión de tensión aplicada o de tensión sin aplicación completada con un programa de mantenimiento de AEV. En resumen, la tensión aplicada es un tratamiento eficaz para la fobia a la sangre según los resultados obtenidos por el mismo grupo de investigación.

Un nuevo tratamiento ha sido investigado por Wells y cols. (2003) en fóbicos a animales. Las **técnicas de libertad emocional** consisten en que una persona golpee suavemente en una serie de puntos al final de cada uno de los 12 meridianos tradicionales de acupuntura mientras se repite una frase (p.ej., “este miedo a las ratas”) cada vez que toca uno de los puntos. Esto se hace 5-7 veces y es precedido por una frase de autoaceptación (“aunque tengo este miedo a las ratas, me acepto completamente) combinada con el frotamiento de un punto reflejo en la parte alta del pecho. Toda esta secuencia se repite hasta que todos los aspectos del problema (p.ej., movimiento de la rata, su cola) que producen miedo son abordados y la ansiedad que origina baja a 2 o menos sobre 10. En el estudio de Wells y cols. (2003) una sola sesión de 30 minutos de técnicas de libertad emocional fue más eficaz que una sola sesión de respiración controlada en un test conductual (que no implicaba tocar al animal) y en tres autoinformes. Las mejoras se mantuvieron en general en un seguimiento a los 6 meses, aunque sólo se hallaron diferencias entre ambos tratamientos en el test conductual y hubo una gran mortalidad experimental (40%).

**En el caso de niños y adolescentes**, y de acuerdo a las revisiones realizadas por Orgilés y cols. (2002) y Méndez y cols. (2003), los procedimientos más eficaces son aquellos basados en la exposición en vivo: a) modelado participante, empleado principalmente en muestras análogas con fobias a animales, b) exposición en vivo, empleada sobretudo con muestras clínicas y fobias de distintos tipos (animales, ambientales, dentales), y c) programas que combinan la exposición con otros procedimientos como, por ejemplo, técnicas cognitivas o actividades lúdicas; estos programas han sido aplicados a muestras de ambos tipos y sobretudo con fobia a la oscuridad. Otras técnicas, como la desensibilización imaginal, el modelado simbólico o en vivo y las técnicas cognitivas son más eficaces que el no tratamiento, pero menos que las anteriores. La técnica de las escenificaciones emotivas (véase más abajo) es un tratamiento probablemente eficaz, ya que aunque ha resultado superior al no tratamiento y a la atención placebo, sus buenos resultados han sido obtenidos sólo por un equipo de investigación.

Una revisión de los estudios publicados indica que, de acuerdo con los criterios de cada autor, el **84% (amplitud: 78-90%) de los fóbicos específicos tratados mejoran de un modo clínicamente significativo**, lo cual concuerda con los datos pasados de Öst (1989a) (75-85%). Con el tratamiento conductual se consiguen reducciones notables y clínicamente significativas en medidas de ansiedad, evitación y cogniciones negativas, aunque cuando existen varias fobias, se da

poca generalización a aquellas que no han sido tratadas. Los **tamaños del efecto** pre-post en las medidas fóbicas específicas han oscilado entre 1,42 y 2,06 para los distintos tratamientos aplicados (Ruhmland y Margraf, 2001). En el caso de niños y adolescentes (Orgilés y cols, 2002), y para los distintos tratamientos aplicados, los tamaños del efecto pre-post fueron de 0'97, 0'60 y 0'47 en medidas de fobias específicas, ansiedad y depresión respectivamente; en comparación a grupos control (lista de espera o placebo), estos tamaños de efectos se reducen a algo menos de la mitad.

Alrededor del **8%** de los clientes **abandonan** la intervención una vez iniciada. De acuerdo con los criterios de cada autor, el porcentaje de clientes tratados que pueden considerarse **moderadamente o muy recuperados** (es decir, que alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables) es del **68%** (amplitud: 50-86% por lo general) para las fobias a animales, inyecciones, sangre, intervenciones dentales, alturas, sitios cerrados y volar en avión. El porcentaje de pacientes **muy recuperados** es del **63%** si se consideran sólo los estudios que han empleado criterios más estrictos (mejora fiable y alcanzar valor normativo en el 100% de tres variables). Y dicho porcentaje se incrementa hasta el 76% si se tienen en cuenta únicamente los estudios realizados en una sola sesión.

Las ganancias logradas **suelen mantenerse** con el paso del tiempo en seguimientos de hasta 4 años, aunque lo usual es que estos hayan durado unos 6 meses. Los pacientes no suelen recibir tratamiento adicional durante el periodo de seguimiento. Sin embargo, las **conclusiones sobre el mantenimiento** de los resultados se ven **limitadas** por varios factores: a) Pérdida de pacientes del postratamiento al seguimiento sin que esto sea tenido en cuenta muchas veces en el análisis. Además, los pacientes perdidos pueden ser en muchos casos los que menos han mejorado. c) Realización de seguimientos limitados a un momento en el tiempo en vez de ser longitudinales; los resultados obtenidos en un momento dado pueden no ser representativos de un periodo más amplio de tiempo, ya que las respuestas fóbicas pueden variar en función de cambios situacionales o de la ocurrencia de estrés.

El porcentaje de **recaídas es bajo (4%)**, si bien esto último ha sido calculado con muy pocos estudios (Öst, 1989a, 1989b) y Antony y Barlow (2002) han señalado que es frecuente que ocurra un cierto retorno del miedo. En un estudio en que 28 fóbicos específicos recibieron desensibilización sistemática, combinada con placebo o imipramina, o psicoterapia de apoyo más imipramina (Lipsitz y cols., 1999), 75% mejoraron bastante o mucho (39% se recuperaron y 36% mejoraron, pero siguieron presentando síntomas). En un seguimiento realizado a los 12 años de media, el 45% de los pacientes recuperados y el 80% de los mejorados, pero sintomáticos informaron de un deterioro significativo o de un acusado malestar respecto a su fobia tratada en algún momento del seguimiento. Haría falta saber hasta qué punto son aplicables estos resultados a la EV.

En cuanto a variables **predictoras** de los resultados del tratamiento, prácticamente no hay investigación al respecto y la que hay no ha permitido identificar predictores estables, al menos en fóbicos a los animales, a la sangre y a las inyecciones (Hellström y Öst, 1996). Fullana y Tortella-Feliu (2001) hallaron que el miedo a la inestabilidad y el miedo a las alturas estuvieron asociados con un peor resultado en el postratamiento en fóbicos a volar. La gravedad del miedo a volar en el postratamiento fue el mejor predictor del miedo a volar en el seguimiento al año. En personas con ansiedad dental extrema, variables predictoras de peores resultados han sido el control pobre de la atención, una mayor ansiedad dental y una mayor somatización en el SCL-90-R (Eli, Baht y Blacher 2004). En el caso de niños y adolescentes, Orgilés y cols. (2002) hallaron en su metaanálisis que la respuesta al tratamiento fue mejor en los más jóvenes, en el sexo femenino, en casos sin problemas asociados y en fobias de aparición reciente.

Según Antony y Barlow (2002), las **variables que han predicho el retorno del miedo, aunque no de modo consistente** son: distracción durante la exposición, reducción relativamente rápida o relativamente lenta del miedo durante la exposición, depresión, ritmo cardíaco inicial ele-

vado, exposición masiva (en comparación a la progresivamente espaciada), poca variación de los estímulos fóbicos y una tendencia a asociar en exceso los estímulos temidos con los resultados aversivos. En un estudio y de modo extraño, fue más probable que experimentaron un retorno del miedo las personas que habían reducido completamente este tras la exposición que las personas que sólo lo habían reducido en un 50%.

Las fobias específicas suelen ser **más fáciles de tratar** que la agorafobia y las fobias sociales, pero puede haber **excepciones**, como la claustrofobia y la fobia a conducir. Turner y cols. (1995) llevaron a cabo un estudio sobre la **duración de la terapia conductual y cognitivo-conductual en la práctica clínica real**. El tratamiento de las fobias específicas requirió de media **13 horas** (11 horas para la fobia a la sangre) a lo largo de unos **3 meses**; la duración fue menor que en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (46 h, 3-12 meses), fobia social (29 h, 3-6 meses), trastorno de pánico con/sin agorafobia (27 h, 3-6 meses) y trastorno de ansiedad generalizada (23 h; 3-6 meses).

Las fobias a los animales, a la sangre y a las inyecciones parecen requerir menos sesiones que la fobia a las alturas y las fobias situacionales (Craske, Antony y Barlow, 1997). Por otra parte, tal como se explicará más adelante, es posible conseguir resultados notables o muy buenos hasta en **una sola sesión** con ciertas fobias específicas y dadas determinadas condiciones.

## EXPOSICIÓN EN VIVO

A continuación se presentan unas **guías útiles para la EV**, aunque los estudios controlados con muestras clínicas son relativamente escasos; muchas investigaciones se han llevado a cabo con población análoga. Un manual de tratamiento para las fobias específicas más comunes puede verse en Craske, Antony y Barlow (1997). Andrews y cols. (2003) presentan unas guías para el terapeuta y un manual para el paciente que incluye, además de exposición, relajación y reestructuración cognitiva. También puede encontrarse información útil en Bados (1998) y Sosa y Capafóns (2005). Las pautas para el tratamiento en una sola sesión son diferentes en algún aspecto, tal como es explicado en otra parte de este tema. Suponiendo que el cliente sigue practicando por su cuenta, para algunas fobias bastará con una sola sesión de tratamiento y para la mayoría será suficiente con 1-5 sesiones. Estas suelen durar de 1 a 3 horas según el número de fobias, nivel de graduación de las tareas de exposición, reacciones del paciente, etc. Como se vio antes, en la clínica real el tratamiento dura 11-13 horas. Las guías son las siguientes:

- Llegar a un **acuerdo** con el cliente sobre la **conceptualización del trastorno** (p.ej., naturaleza de la ansiedad, papel de las conductas de evitación y defensivas) y el **tratamiento** a aplicar, el cual debe ser justificado y descrito. Se presenta la exposición como un programa sistemático y estructurado que requiere un esfuerzo continuado y que implica tolerar cierta cantidad de ansiedad y malestar. (Para un ejemplo de cómo hacer esto, véase Scholing, Emmelkamp y van Oppen, 1996, pág. 149.) Debe avisarse al cliente que la exposición será gradual, que la velocidad de avance se decidirá en función de sus circunstancias y progresos, que no se verá obligado a hacer cosas que no desee y que las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles (sin embargo, no es necesario mencionar situaciones muy atemorizantes de exposición). Asimismo, si se va a enseñar alguna estrategia de afrontamiento, conviene señalar al paciente que esto le permitirá manejar más fácilmente las situaciones a las que se exponga.
- La exposición puede ser **más o menos graduada**; puede comenzar por situaciones poco, relativamente o muy temidas y puede proceder con menores o mayores saltos en el nivel de ansiedad de una situación a otra. El nivel de graduación elegido depende de lo que el

cliente esté dispuesto a tolerar, del tiempo disponible y de la velocidad de habituación. **Un enfoque poco graduado** conduce a una **menor aceptación** y a un mayor número de **abandonos**, y parece menos indicado con niños y con aquellas personas que presentan **problemas médicos importantes** (hipertensión, angina de pecho, enfermedad coronaria, arritmias, asma, enfisema, úlcera péptica, colitis, trastornos metabólicos u hormonales, epilepsia) o se encuentran embarazadas. Por otra parte, si la exposición es demasiado graduada, el progreso será muy lento y el cliente se puede desanimar. Una buena pauta es **proceder en la graduación tan rápidamente como el cliente pueda tolerar** sin abrumarle con ansiedad o pánico inmanejables.

Conviene tener al comienzo del tratamiento una idea de las situaciones que se trabajarán; teniendo esto en cuenta, la **jerarquía** de exposición puede elaborarse entera ya desde el principio o **por partes** conforme avanza la intervención. Esto último puede ser preferible por varias razones: a) es probable que una jerarquía completa inicial tenga que ser modificada más adelante, b) puede ser muy difícil para un cliente elaborar el extremo amenazante de la jerarquía, y c) que el terapeuta haga mención al principio de ciertos pasos finales puede conducir al rechazo del tratamiento o a pensar en los *cosas terribles* que vendrán en vez de concentrarse en el tratamiento. La mayoría de las jerarquías constan de 10 a 20 pasos.


- Los pasos deben ser **específicos**. Además, deben incluirse todas aquellas situaciones temidas/evitadas o una muestra **representativa** de las mismas y lo preferible, por razones motivacionales, es que sean **pertinentes y significativas** para el cliente; es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida o que es probable que encuentre o tema encontrar (siempre que no sean realmente peligrosas). De todos modos, puede haber situaciones que el cliente rechace porque dice que no las va a querer hacer en su vida diaria, pero que pueden ser muy útiles para provocar las sensaciones y pensamientos temidos y aprender a manejarlos.

Antony y Barlow (1997) aconsejan que los pacientes lleguen a hacer en la situación fóbica más que lo que la mayoría de la gente sin miedo estaría dispuesta a hacer (**sobreaprendizaje**), a condición de que no sea peligroso; por ejemplo, sostener una serpiente inofensiva con las manos o permanecer largo tiempo encerrado en un armario pequeño. Se supone que de este modo se experimentará menos miedo en situaciones menos extremas de la vida diaria y que se reduce la probabilidad de recaída, aunque esto no ha sido demostrado hasta el momento.

A la hora de elaborar los pasos, hay que tener claros los **factores que influyen en el miedo/evitación** del cliente. Por ejemplo, el tamaño, los ruidos y movimientos del avión, el tiempo atmosférico, la compañía, la duración del viaje y el lugar del asiento en el caso de la fobia a volar; la raza, tamaño y libertad de movimientos del animal, la distancia a este y la compañía de otra persona en el caso de las fobias a animales; la velocidad, oscuridad, densidad del tráfico, climatología y tipo de carretera en la fobia a conducir.

- La exposición debe llevarse a cabo en una **diversidad de lugares y contextos y con diversos estímulos temidos** (p.ej., distintos perros o lugares cerrados, diferentes enfermedades que extraen sangre, diversas carreteras). Esto facilita la generalización y previene el retorno del miedo (Antony y Barlow, 2002).
- Es normal y útil experimentar **ansiedad durante la práctica** y no hay que desanimarse por ello. Se está aprendiendo a manejar la ansiedad y las situaciones temidas en lugar de evitarlas, así que lo raro sería no experimentar malestar. Sin embargo, la ansiedad no debe alcanzar un nivel tal que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de

miedo o con la actuación, lo cual puede ocurrir especialmente si la persona se concentra en sus pensamientos atemorizantes o intenta eliminar la ansiedad a toda costa. **Si la ansiedad comienza a ser excesiva**, pueden emplearse las estrategias de afrontamiento aprendidas para reducirla o mantenerla manejable. **El fin es** manejar la ansiedad, no eliminarla.

- El paciente puede recordarse también que los **episodios de ansiedad tienen una duración limitada**, incluso aunque no haga nada para controlarla, debido a procesos automáticos tales como la habituación, la fatiga, los mecanismos homeostáticos autolimitadores de la hiperventilación y de otras respuestas fisiológicas, y el darse cuenta después de un rato de que las consecuencias temidas no ocurren.
- Si se experimenta **ansiedad anticipatoria** en un grado suficiente como para evitar la práctica,  en utilizarse las estrategias de afrontamiento para reducir la ansiedad y poder iniciar la actividad de exposición.
- Durante la EV, el cliente no debe pasar por alto las sensaciones de ansiedad (lo que no significa estar continuamente pendiente de ellas) ni retirar su atención de las exigencias que conlleva la actividad que está practicando. El cliente tiene que ser capaz de **reconocer los síntomas de ansiedad, pero en vez de rumiar sobre ellos** y asociarlos a pensamientos catastróficos, debe aceptarlos o aplicar sus **estrategias de afrontamiento**; además, debe concentrarse en la actividad a la que se está exponiendo. De todos modos, el empleo de estrategias distractoras puede no ser perjudicial siempre que se haga de forma ocasional o en las primeras fases del tratamiento para manejar la ansiedad intensa o el pánico.

Los resultados de los estudios sobre los **efectos de la distracción son contradictorios** (véase Rodríguez y Craske, 1993), aunque el retorno del miedo podría verse favorecido por el empleo de estrategias distractoras (Kamphuis y Telch, 2000). Telch y cols. (2004) hallaron con estudiantes muy claustrofóbicos que **no es la distracción per se la que interfiere con la reducción de miedo, sino el grado en que la tarea distractora reduce los recursos atencionales disponibles para el procesamiento cognitivo** durante la exposición. En su estudio, centrarse en palabras e imágenes no amenazantes durante la EV no tuvo un efecto nocivo, pero sí lo tuvo una tarea de discriminación de tonos a través de auriculares. Por otra parte, sus datos sugieren que los efectos perjudiciales de la distracción extensa se deben no a una amortiguación de la activación del miedo, sino a una atenuación de la habituación entre sesiones.

Por otro lado, Oliver y Page (2003) hallaron con estudiantes con miedo a la sangre/inyecciones, que en comparación con la exposición focalizada, en la que se conversaba descriptivamente sobre el estímulo temido, el empleo de la **distracción parcial** (conversar sobre temas no relacionados con el estímulo temido mientras se mantiene la atención visual en este) facilitó la reducción de la ansiedad intra- e intersesiones y aumentó el control percibido sobre la ansiedad al mes de seguimiento. Johnstone y Page (2004) llevaron a cabo un estudio posterior con universitarios fóbicos a las arañas que recibieron una compensación por su participación. En comparación con la exposición focalizada, la exposición con distracción parcial dio lugar a una mayor reducción del miedo subjetivo intra y entre sesiones, una mayor autoeficacia y control percibido y una ejecución de un mayor número de pasos en un test conductual; los resultados se mantuvieron en general en el seguimiento al mes. Habría que replicar estos resultados con pacientes fóbicos, con tratamientos más largos y con diversos tipos de estímulos temidos.

Los efectos de la distracción **pueden depender de variables como** mayor o menor

consistencia en su empleo, fase del tratamiento en que se aplica (al principio puede ser útil con el fin de reducir una ansiedad muy intensa), foco de la distracción (no atender a los estímulos externos, a las sensaciones físicas o a las cogniciones negativas), intensidad de la distracción (una atención moderada a los síntomas somáticos y pensamientos negativos puede facilitar el afrontamiento y control de estos, mientras que una atención excesiva puede perturbar este control y una atención mínima reduce el procesamiento emocional), intensidad del miedo (cuanto mayor es este, más útil es la distracción) y estilo de afrontamiento del cliente (búsqueda o evitación de información amenazante).

Con relación a estos **estilos de afrontamiento**, Muris y cols. (1993) hallaron en fóbicos a las arañas que, en comparación con los evitadores, los buscadores mejoraron menos con la EV y recayeron más. Esto podría ser debido a que estos clientes alcanzan un nivel extremo de ansiedad al interactuar su estilo de afrontamiento con la petición de que atiendan a los estímulos fóbicos durante una exposición prolongada; esta ansiedad extrema interferiría con el procesamiento de la información. Si esto es así, posibles soluciones a investigar son pedir a estos clientes que se distraigan de vez en cuando durante la exposición, emplear exposiciones mucho más graduales y/o enseñarles a reestructurar sus interpretaciones amenazantes. Sin embargo, con fóbicos a las arañas, Antony y cols. (2001) no hallaron que los resultados de la EV se vieran afectados por el empleo o no de distracción, el estilo de afrontamiento de los sujetos o la interacción de ambos factores. Johnstone y Page (2004) tampoco hallaron interacción entre los estilos de afrontamiento y el tipo de exposición (focalizada o con distracción). Sin embargo, en comparación a los sujetos bajos en estilo de evitación, los muy evitadores redujeron menos su ansiedad, particularmente bajo la condición de exposición focalizada.

- **Si en una situación un cliente no experimenta ansiedad**, debe cambiar las condiciones de la situación o buscar una nueva situación, de modo que sí ocurra algo de ansiedad. Practicar sin sentir ansiedad no suele ser útil, es mejor sentir algo de ansiedad y aprender a hacerle frente.
- Puesto que, por lo general, una exposición funciona mejor cuando se aplica de forma continua o **prolongada** que cuando se aplica en breves periodos con interrupciones (Marshall, 1985), el cliente debe intentar **permanecer en la situación** hasta que ocurra una reducción sustancial de la ansiedad subjetiva, desaparezca el posible deseo de escapar y no haya signos manifiestos de malestar; puede incluirse asimismo el permanecer un mínimo de tiempo en la situación temida, aunque la ansiedad ya se haya reducido. Una reducción sustancial de la ansiedad puede significar: a) una reducción de al menos dos puntos en una escala de 0 a 8 y un valor absoluto de cuatro o menos; b) una reducción de la ansiedad (inicial o máxima) hasta por lo menos la mitad; o c) una reducción de la ansiedad hasta que sea nula o leve (2 o menos en una escala 0-8). Una prolongación de la exposición bastante más allá de que la ansiedad haya desaparecido no parece muy útil (Marshall, 1985). Si el paciente es acompañado por alguien, puede añadirse como criterio de terminación que el observador no perciba signos manifiestos de ansiedad, ya que este criterio ha estado asociado a mayores beneficios en un estudio (véase Antony y Barlow, 1997).

Cuando las **situaciones tienen una duración limitada** (subir en un ascensor, p.ej.) y esta resulta insuficiente para que la ansiedad se reduzca, la solución radica en **ir repitiendo la exposición** a dichas situaciones, preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto posible (p.ej., en el mismo día o al día siguiente). **Cuando no pueden utilizarse sesiones largas o frecuentemente repetidas de EV** –ya sea porque la situación no lo permite (p.ej., extraerse sangre) o por motivos atribuibles al paciente–, la solución radica en establecer una **jerarquía de situaciones temidas en función de logros progresivos**



en la ejecución e independientemente de la mayor o menor reducción del nivel de ansiedad. Por ejemplo, un fóbico a la sangre se extrae cada vez más cantidad o un fóbico a conducir recorre distancias progresivamente más largas; se incrementan gradualmente las exigencias conforme se van logrando los objetivos propuestos. Esta opción puede combinarse con el escape controlado, en caso necesario.

- Se recomienda que, siempre que sea posible, la exposición prolongada se lleve a cabo sin escapar de la situación. Sin embargo, permitir la posibilidad de un **escape temporal** (con retorno a la situación lo más pronto que se pueda) cuando la ansiedad es excesiva y no funcionen las ayudas o estrategias pertinentes, puede aumentar el grado de control del cliente, tal como se ha comprobado con agorafóbicos. Si un cliente abandona una situación antes de que la ansiedad haya disminuido lo suficiente, lo que debe hacer es tranquilizarse y volver a la situación temida lo más pronto que pueda.
- Una pauta habitual es que cada paso de la jerarquía debe repetirse más de una vez, en el mismo o distinto día, hasta conseguir **dos prácticas consecutivas** en las que la **ansiedad haya sido mínima** (p.ej., 2 o menos en la escala 0-8) o se haya conseguido **reducir rápidamente**. Luego, puede empezarse con el siguiente paso un poco más difícil. Otra opción digna de investigar es no centrarse en una ansiedad mínima como criterio, sino en la **confianza del cliente para afrontar** el siguiente paso. Lo importante en este último caso es no la habituación de la ansiedad, sino la adquisición de un sentido de control. No se sabe cuál de estas dos opciones es más eficaz.

Se ha investigado si debe repetirse un paso de la jerarquía hasta que no produzca más que un nivel de ansiedad mínimo o bien si sería suficiente con una menor reducción de la ansiedad. Yucksel y cols. (1984) no hallaron diferencias entre la exposición rápida (se pasaba al siguiente ítem cuando la ansiedad había disminuido 2 puntos en una escala de 0-8) y la exposición lenta (la reducción debía ser de 4 puntos). Según estos resultados, no sería necesario esperar a que se produzca una habituación máxima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al siguiente. En cambio, en un estudio sobre inundación con fóbicos a las alturas, Marshall (1985) halló que la exposición a una situación hasta la desaparición de la ansiedad fue más eficaz que la exposición hasta que el miedo comenzaba justo a reducirse o que la exposición hasta que el miedo se reducía en un 75%. La cuestión abordada en estos estudios es importante y merece ser más investigada.

**Muchos clientes se contentan con haber manejado bien una situación una sola vez** y piensan que no hay necesidad de repetirla. Sin embargo, es frecuente que en la base de esto haya un miedo a cómo puedan ir las cosas la próxima vez, por lo que conviene que sigan practicando la situación. Si realmente no tienen miedo, no pasará nada por repetir, pero lo habitual es que se requieran exposiciones repetidas a la misma situación para que la ansiedad disminuya.

- El avance en los pasos de exposición implica **ir eliminando más o menos gradualmente las conductas defensivas** tales como practicar sólo con ciertos perros, acudir a ponerse inyecciones sólo con determinada enfermera, llevar encima algún objeto que dé confianza durante las tormentas, mantenerse cerca de personas que inspiran confianza, conducir siempre por el carril de la derecha o cuando hay poco tráfico, toser o beber agua al tragar alimentos sólidos, no mirar abajo en un sitio alto, dejar la puerta entreabierto en un sitio cerrado, distraerse, etc. Hay datos con estudiantes muy claustrofóbicos y con estudiantes con fobia a las arañas de que la exposición más el empleo de **conductas defensivas** dirigidas a prevenir las supuestas amenazas interfiere en la habituación entre sesiones y, aunque es superior a grupos de lista de espera y placebo, da lugar a peores resultados que la exposición o la exposición combinada con centrarse en las amenazas para reevaluarlas

(Powers, Smits y Telch, 2004; Rentz y cols., 2003; Sloan y Telch., 2002). Es muy importante **ir preguntando al cliente** para comprobar si utiliza o no estas conductas defensivas e incluso introducir un apartado al respecto en el autorregistro. Si las conductas defensivas no se abandonan, los resultados son peores y aumenta la probabilidad de recaída.

Por otra parte, conviene señalar que si bien las **estrategias de afrontamiento** pueden resultar **útiles cuando** se emplean para reducir una ansiedad que es molesta y favorecer las actividades de exposición, también **pueden convertirse en algunos casos en conductas defensivas**. Esto ocurre cuando se utilizan para intentar eliminar o controlar a toda costa la ansiedad porque si no se controla, se cree que ocurrirán las consecuencias temidas. En este caso, los pacientes deben llegar lo más pronto que puedan a realizar la EV sin emplear las estrategias para comprobar que no se cumplen las expectativas negativas.

- En la práctica clínica suele ser normal la asignación de actividades diarias de AEV ya sea por sí solas o combinadas con sesiones espaciadas o concentradas de EV en las que el terapeuta acompaña al paciente. Los tres casos representan ejemplos de **(auto)exposición masiva**. Sin embargo, no está claro que esta exposición tan frecuente sea necesaria. El estudio de Chambless (1990) indica que el espaciamiento de las sesiones de EV (asistidas por el terapeuta y sin AEV), dentro de los límites estudiados (**diarias, semanales**), **no parece ser importante**, ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses, al menos cuando se combina la EV con estrategias de afrontamiento (respiración, controlada, detención del pensamiento, focalización de la atención en el ambiente presente e intención paradójica). Por otra parte, como se comenta más adelante, el grupo de Öst ha comprobado que, al menos con ciertas fobias específicas, una exposición masiva en una sola sesión funciona tan bien en el postratamiento y en el seguimiento como cinco sesiones de exposición espaciada.

Lo usual en la práctica clínica es que, independientemente de la frecuencia de veces que el terapeuta acompañe al cliente durante la EV, se acuerden **actividades diarias de AEV**, con un día de descanso a la semana. Los **pacientes que más y mejor cumplen con estas tienden a mejorar más** (Park y cols., 2001); de todos modos, los clientes **suelen practicar en promedio unos 3-4 días a la semana**, aunque se les pida que lo hagan diariamente. Por otra parte, se ha señalado que si la EV es administrada en un corto periodo de tiempo (2-3 semanas), parecen producirse un mayor número de abandonos del tratamiento y un mayor porcentaje de recaídas que cuando la administración se alarga durante más tiempo. Esto no ha sido confirmado, al menos cuando la EV se combina con estrategias de afrontamiento (Chambless, 1990); sin embargo, algunos pacientes no quisieron participar de entrada en el tratamiento de exposición intensiva.

Conviene citar aquí dos estudios con muestras análogas. Rowe y Craske (1998) comprobaron que con clientes análogos con miedo a las arañas, la exposición masiva (4 ensayos de 7 minutos en el mismo día) fue más eficaz que la **progresivamente espaciada** (4 ensayos en los días 1, 2, 4 y 8) en el postratamiento; sin embargo, a diferencia de esta última, la primera se caracterizó por un retorno del miedo en el seguimiento a 1 mes ante la araña de prueba y en el postratamiento (pero no en el seguimiento) ante una araña nueva. Según los autores, la exposición masiva es útil a corto plazo, pero limita la retención a medio y largo plazo y la generalización de lo aprendido. En cambio, trabajando con clientes análogos con miedo a las alturas, Lang y Craske (2000) no hallaron diferencias entre la exposición progresivamente espaciada (4 ensayos de 50 minutos en los días 1, 2, 4 y 8) y la exposición masiva (los 4 ensayos en el mismo día) en el seguimiento a 1 mes; los autores atribuyen esto a que el seguimiento fue corto en comparación con la mayor duración del tratamiento.

- Algunos clínicos aconsejan que, **si es posible, el cliente practique solo (AEV)**. En casos de situaciones difíciles o bloqueos, el terapeuta o un compañero (familiar, amigo) puede acompañarle alguna o algunas veces para inducir experiencias de éxito mediante las ayudas oportunas (subtareas, apoyo físico, graduación del tiempo de exposición, modelado, eliminación de conductas defensivas; véase Williams, Turner y Peer, 1985); finalmente, el cliente debe completar por lo menos dos prácticas él solo en la misma situación. De todos modos, **al menos en las fobias a animales y a las alturas, la exposición asistida por el terapeuta es más eficaz que la AEV** (Antony y Barlow, 1997; Williams, Turner y Peer, 1985). También es posible que encontrarse con el terapeuta justo antes y/o después de la AEV sea más eficaz y prevenga más los abandonos que no hacerlo.

Desde un punto de vista clínico, se aconseja que el **terapeuta acompañe y ayude al cliente durante la EV** cuando: a) no se atreva a comenzar la AEV, b) se quede bloqueado en un momento dado del tratamiento o c) cumpla regularmente con la AEV, pero su ansiedad no se reduzca; en este caso, el cliente puede estar haciendo algo inadecuadamente o empleando conductas defensivas y el terapeuta darse cuenta de ello y resolverlo. También es aconsejable que el terapeuta o una persona significativa acompañe a los niños durante las primeras sesiones de exposición. Caso de emplear exposición asistida por terapeuta (o compañero), esta debe combinarse paralela y/o posteriormente con la AEV para evitar la dependencia, favorecer las expectativas de autoeficacia y reducir el riesgo de recaída. Si es necesario, la presencia del terapeuta puede desvanecerse gradualmente mediante el empleo de llamadas telefónicas.

Incluso se han desarrollado **programas de ordenador que permiten reducir el tiempo de contacto directo con el cliente**. Por ejemplo, el ordenador se encarga de tareas más rutinarias como justificar el tratamiento, ayudar a identificar los antecedentes del miedo, ayudar a elaborar objetivos y dar retroalimentación sobre el progreso. El terapeuta, en sesiones muy breves que totalizan 1,5-2 horas, supervisa cómo le ha ido al cliente durante la AEV. Este tipo de programas puede ser tan eficaz como la AEV guiada totalmente por el terapeuta (6-7 horas) y más que la autorrelajación, aunque el número de abandonos puede ser mayor (Kenwright, Liness y Marks, 2001; Marks y cols., 2004). Estos estudios se han realizado mezclando distintos tipos de fobias; además, haría falta investigar qué pasaría si la intervención fuera más larga. En general, el **tratamiento autoadministrado** puede funcionar bien si el paciente está motivado y se lo aplica en la clínica (lo que implica quedar con alguien ante quien se es responsable), pero no así si lo hace en su medio; en este último caso los resultados son bastante peores que cuando hay una cierta participación por parte del terapeuta (Newman y cols., 2003).

Un paso más allá en la reducción del papel del terapeuta lo constituyen los **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (cintas de vídeo y magnetofónicas, programas de ordenador) y en algunos contactos telefónicos o postales con el terapeuta. Los programas de autoayuda con mínimo o nulo contacto directo con el terapeuta y poco contacto telefónico (2-3 horas en total) se han mostrado **relativamente eficaces** y son especialmente útiles si el trastorno no es muy grave y los clientes no pueden acceder a un tratamiento formal con un terapeuta por razones geográficas o económicas. También pueden ser beneficiosos con algunos pacientes con problemas graves que no se atreven a acudir a la consulta. Sin embargo, existen discrepancias sobre si los resultados son similares o inferiores a cuando el terapeuta ayuda al cliente durante la EV (aunque sea sólo en una o dos sesiones) y/o supervisa directamente (o, quizá, por teléfono) la marcha del tratamiento. Además, con los programas de autoayuda puede aumentar el número de personas que no aceptan o abandonan el tratamiento. Finalmente, los datos de Febbraro y cols. (1999) con pacientes con trastorno de pánico y la revisión de Newman y cols. (2003) antes citada indican que **no parecen funcionar los programas de au-**

**toayuda puros** sin ninguna guía presencial o no presencial (teléfono, correo) por parte del terapeuta.

Para aquellos pacientes que no pueden recibir tratamiento especializado por motivos geográficos o económicos, sería conveniente estudiar si una alternativa más eficaz a los programas de autoayuda descritos sería la realización de las sesiones de **tratamiento por vía telefónica o por internet**.

- Aparte del terapeuta, puede contarse con la **colaboración de otras personas significativas** en la aplicación del tratamiento global, lo cual es especialmente importante en el caso de los niños. Estas personas pueden, además de proporcionar información, ayudar en la exposición, servir de modelos, reforzar los progresos y evitar comportamientos que contribuyen a mantener el problema (p.ej., la sobreatención a las conductas fóbicas, la sobreprotección). Naturalmente, no deben presentar la misma fobia que el paciente y han de ser capaces de tolerar el malestar que el cliente mostrará durante la exposición.

**En las exposiciones en que el cliente sea asistido por un compañero este deberá** servir como modelo, animar al cliente a comportarse con naturalidad (con las menos conductas defensivas posibles), alentarle a centrar su atención en la actividad a la que se está exponiendo, no hablar continuamente sobre cómo se siente, tranquilizarle en caso de que experimente una gran ansiedad (en vez de mostrar signos de preocupación o irritación), recordarle el empleo de estrategias de afrontamiento, reconfortarle mediante contacto físico, permitirle abandonar temporalmente la situación si experimenta una ansiedad excesiva, animarle a seguir adelante y elogiarle por sus progresos. Para que el compañero desarrolle bien esta labor, necesita comprender y compartir la conceptualización del problema y la justificación del tratamiento y, además, **ser entrenado**. No basta con dar instrucciones escritas, y mucho menos verbales, a estas personas, sino que deben ser cuidadosamente entrenadas (añadiendo modelado, ensayos, retroalimentación) y reforzadas por su colaboración. Lo ideal es que estas personas observen alguna exposición asistida por el terapeuta y reciban el apoyo y la retroalimentación necesarios por parte de este durante una o más sesiones de exposición.

- Las actividades de **AEV** son una parte fundamental de la EV, pero resultan más amenazantes que aquellas realizadas con compañía. Las actividades de AEV deben ser acordadas con los clientes (en vez de ser simplemente asignadas), lo que implica que estos deben tener clara su justificación. Hay que **acordar en detalle** en qué consistirán las actividades (lugar, personas implicadas, conductas a realizar, cuándo se llevarán a cabo) y **preguntar por posibles dificultades** previstas en la ejecución de las mismas de cara a buscar posibles soluciones. Especialmente al comienzo del tratamiento puede ser conveniente pedir a los clientes que anoten lo que tienen que hacer y que lo describan para comprobar que no haya malentendidos. Por otra parte, y especialmente conforme avanza el tratamiento, hay que favorecer la máxima **iniciativa** por parte del cliente en la elección de las situaciones a practicar.
- Para revisar las actividades de EV, conviene que el cliente complete, al menos para algunas situaciones, un **autorregistro** en el que consten, por ejemplo: a) fecha y actividad de exposición, b) duración, c) compañía, d) ansiedad durante y al final de la exposición (0-100), e) acciones realizadas para manejar la ansiedad (incluyendo posibles conductas defensivas) y f) satisfacción con la propia actuación (0-100), conclusiones extraídas y, si es el caso, acciones a emprender. Las experiencias de EV son **discutidas** al comienzo de la siguiente sesión, **individualmente** con el terapeuta **o en grupo**, y el paciente recibe la retroalimentación y reforzamiento correspondientes.

- Es importante **comentar con el paciente las conclusiones que va extrayendo** de sus actividades de exposición. De hecho, estas pueden plantearse no sólo con el fin de lograr la habituación de la ansiedad, sino como un modo de **someter a prueba las predicciones** acerca de las consecuencias temidas. Así, antes de cada exposición, el paciente predice las consecuencias negativas que ocurrirán y su gravedad; tras la exposición, anota las consecuencias realmente ocurridas y su gravedad, compara estos resultados con los predichos y extrae una conclusión.
- Antes de cada práctica, el cliente debe pensar en los **beneficios** que le supondrá el poder realizarla. Asimismo, debe  **fijarse en el progreso** que va consiguiendo, por pequeño que sea, y **elogiarse y recompensarse** por sus avances. El cliente **no debe menospreciar los logros conseguidos**, aunque estos sean lentos o pequeños. Conviene insistir en que, al menos inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida *a pesar* del miedo. Por otra parte, hay que avisar al cliente de que el **progreso no será lineal**. Aunque se irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos.
- La práctica gradual hace improbable la ocurrencia de los **ataques de pánico**; sin embargo, estos pueden ocurrir, especialmente si se hacen interpretaciones catastróficas. Varias cosas son importantes aquí y el cliente puede llevarlas apuntadas en una **tarjeta** para leerlas en los momentos de mayor ansiedad, cuando resulta difícil pensar con claridad:
  - # En primer lugar, **no hay que alimentar las sensaciones desagradables con pensamientos atemorizantes**. Las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés; no son, en absoluto, perjudiciales ni peligrosas, solamente desagradables. Hay que afrontar estas sensaciones para reducir las, pero hay que aceptar las sensaciones restantes como algo natural, aunque desagradable. En cambio, **intentar controlar las sensaciones a toda costa incrementa la tensión** y ayuda a que las sensaciones se mantengan o incluso aumenten. Uno debe recordarse que las sensaciones y el miedo irán disminuyendo si no se centra en los pensamientos atemorizantes y que se sentirá muy satisfecho al conseguir manejar la situación.
  - # En segundo lugar, si se tiene un ataque de pánico, hay que **procurar, si es posible, permanecer en la situación** hasta que disminuya. Pueden utilizarse en caso necesario las estrategias de afrontamiento (respiración, reatribución de los síntomas, autoinstrucciones e incluso distracción). Una vez que el ataque haya pasado, conviene seguir practicando un rato, lo cual hará que aumente la confianza en uno mismo.
  - # **Si a un cliente le resulta imposible permanecer en la situación** hasta que el ataque de pánico desaparezca, puede intentar alejarse lo menos posible, tranquilizarse (con los propios recursos o con las estrategias de afrontamiento enseñadas), pensar en lo que ha llevado al escape y en qué puede hacer al respecto, y volver a la situación, preferiblemente a continuación o, si no, lo más pronto que pueda (p.ej., en el mismo día o al día siguiente). Si la situación abandonada era más difícil de lo esperado, puede comenzar por una algo más fácil.
  - # Finalmente, una vez terminada la experiencia, debe pensarse en **lo que se ha aprendido** de la misma.
- En cuanto a la **relación terapéutica**, es útil que el terapeuta muestre cordialidad, empatía, respeto y confianza en sí mismo, y proporcione un clima de confianza. El terapeuta debe ser firme, pero no autoritario, en la conducción del tratamiento acordado, aunque este resulte difícil como en el caso de la exposición prolongada en vivo. Por último, el tera-

peuta debe alentar la independencia del cliente para que este sepa desenvolverse por su cuenta y mantener la mejora.

- Aunque la EV puede tener ciertos efectos independientemente de las **expectativas terapéuticas** de mejora, su efectividad se ve aumentada por las instrucciones tendentes a inducir dichas expectativas. Sin embargo, conviene tener en cuenta que es muy probable que expectativas muy positivas, pero poco realistas, sean contraproducentes.
- Algunos clientes están tomando medicación para su problema (p.ej., benzodiacepinas). En estos casos, conviene plantearles el **abandono gradual de la medicación** una vez que hayan aprendido a manejar la ansiedad y las situaciones temidas y tengan más confianza en sí mismos. Por ejemplo, puede reducir la dosis en las próximas exposiciones, luego llevar el fármaco encima sin tomarlo y, finalmente, exponerse sin medicación.
- **El progreso no será lineal.** Aunque se irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo que se logró ayer, puede parecer imposible hoy y se puede perder parte de lo que se había ganado. Sin embargo, esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es seguir practicando, con lo que el terreno perdido se recupera con rapidez. Posibles **causas** para los altibajos y contratiempos son elegir una actividad de exposición demasiado difícil, periodos de estrés (laboral, familiar, conyugal), acontecimientos vitales negativos (p.ej., muerte de un ser querido, enfermedad grave, cese de una relación, accidentes), dejar de exponerse a las situaciones temidas o hacerlo con poca frecuencia, volver a sentir dudas a la hora de entrar en las situaciones temidas, sentirse *aliviado* cuando se cancelan o posponen las situaciones temidas, desarreglos hormonales, consumo de drogas, reacciones producidas por fármacos, etc.

## COMPLEMENTOS DE LA EXPOSICIÓN EN VIVO

Aunque la **EV** es también más eficaz que otras intervenciones como la relajación o la reestructuración cognitiva (Menzies y Clarke, 1995b), requerirá ser **complementada frecuentemente** con uno o más de los siguientes procedimientos (Bados, 1998) (de todos modos, conviene no dar más apoyo del conveniente ni menos de lo necesario; no siempre más es mejor):

- **Provisión o búsqueda de información y corrección de creencias erróneas.** Por ejemplo, en el caso de los animales, las intervenciones médicas, el vuelo en avión, las tormentas y la claustrofobia. Así, un paciente con esta última fobia puede creer que el aire en un ascensor no durará más allá de 15 minutos, mientras que un fóbico a volar puede interpretar erróneamente ciertos ruidos o movimientos como señal de que el avión está fallando o se va a estrellar. En el caso de las intervenciones médicas, ser informado con precisión de lo que pasará y no pasará y de lo que se tiene que hacer es también útil.
- Entrenamiento en **habilidades para manejar el objeto o situación temido.** Por ejemplo, en el caso del miedo a los animales (cómo acariciar a un gato, cómo coger un pájaro o una rata de laboratorio), a conducir un coche (habilidades de conducción) o al agua (saber nadar).
- Entrenamiento en **estrategias para manejar el miedo o los síntomas.** Esto es especialmente importante cuando las reacciones somáticas interfieren con el manejo de la situación temida (p.ej., desmayo al ver sangre, temblor de piernas o parálisis al estar en un sitio alto, náusea o tensión en la garganta al comer, temblor al conducir). Conviene enseñar alguna estrategia para afrontar las reacciones de miedo y avisar a los pacientes que se irán reduciendo con la EV. Un ejemplo de estrategia es la **tensión aplicada** para contrarrestar

la disminución de tensión arterial en la fobia a la sangre; otras técnicas son imaginar algo que produzca enfado o rabia y tumbarse o bajar la cabeza hasta las rodillas (para que la sangre llegue a la misma).

Otras posibles estrategias que pueden emplearse son la respiración controlada, la relajación aplicada, las **autoinstrucciones** (un ejemplo para niños con miedos a intervenciones quirúrgicas puede verse en Méndez, 1999), la reestructuración cognitiva y la exposición interoceptiva. La **reestructuración cognitiva** parece potenciar los efectos de la EV en la claustrofobia y la fobia a las alturas; además, puede ser beneficiosa cuando, a pesar de la exposición, persisten errores como la sobrestimación de la probabilidad de consecuencias aversivas y la catastrofización (exageración del impacto negativo de un suceso). La **exposición interoceptiva** podría ser útil en determinadas fobias (claustrofobia, alturas, conducir, atragantarse), aunque se carece por el momento de estudios controlados.

La **relajación aplicada** y la **respiración controlada** pueden ser útiles cuando en el patrón fóbico de respuesta predomina el componente fisiológico. Otras estrategias especialmente útiles con **niños** son la **comida, la risa, el juego, el enfado y la presencia de personas en quienes confían**. Así, a un niño con fobia a la oscuridad que cree que en el fondo del armario se esconden monstruos se le puede pedir en oscuridad total que imagine al monstruo y cuando diga que ya lo ve, se le dice que lo imagine con una narizota gorda como un tomate, con una sonrisa enorme como la de un payaso, etc. Seguidamente, el terapeuta pregunta si parece un monstruo de chiste. Tras la respuesta afirmativa, se pide al niño que imagine escenas de **risa** con el monstruo tales como que le caiga encima un cubo de agua, que se siente sin darse cuenta sobre un huevo crudo, etc. (Méndez y Macià, 1988).

Otro caso puede ser el de un niño de 5 años con un miedo terrible de Drácula tras haber visto una película sobre el mismo, que tenía terribles pesadillas y que se negaba a dormir solo. Se le dijo que era mejor estar enfadado con Drácula que tenerle miedo. Para conseguir esto, se le pidió que hiciera un dibujo de Drácula y que mostrara su **enfado** verbalmente (lo cual fue modelado por el terapeuta) y rompiendo y tirando el dibujo. Esto se repitió varias veces hasta que el niño comenzó a divertirse. Otras estrategias que se le enseñaron para manejar el miedo nada más que este empezara fueron encender la luz, ir a la nevera a comer algo, encender la radio de la mesilla y mirar su cuento favorito. El tratamiento incluyó además la prohibición de dormir con los padres y la alabanza y recompensa monetaria por dormir solo (Kellerman, 1980, citado en Bragado, 1994).

- **Prevención de respuesta.** Un ejemplo es impedir la búsqueda repetida de consejo y tranquilización de parte de médicos y familiares en el caso de la fobia a la enfermedad, ya que dicha tranquilización produce un alivio sólo temporal de la ansiedad e impide aprender a tolerar la idea de que todos podemos caer enfermos y morir. Esto requiere una preparación de médicos y familiares. Estos últimos necesitan ser entrenados para proporcionar respuestas estándar ("ya sabes que el psicólogo nos dijo que no podemos responder a este tipo de preguntas") y recibir un apoyo por parte del terapeuta, ya que negar el consuelo a una persona querida es algo doloroso, aunque se haga por su bien (Logsdail y cols., 1991). La pauta de impedir las conductas defensivas durante la exposición es también un ejemplo de prevención de respuesta; así en la fobia a atragantarse se pide al paciente que no tosa, escupa o beba agua durante las comidas.
- **Modelado.** El modelado participante, una combinación de modelado y EV, se ha mostrado especialmente útil en las fobias de tipo animal y de tipo ambiente natural. En pacientes noveles, el modelado simbólico o filmado puede ser beneficioso en la preparación para

las intervenciones médicas, junto con información y, quizá, relajación y distracción.

El **modelado participante** incluye el modelado manifiesto más la participación o práctica de cada paso de la jerarquía por parte del cliente. En cada paso de la jerarquía el terapeuta u otro/s modelo/s ejemplifican repetida o prolongadamente la actividad pertinente, explican, si es necesario, cómo realizar la actividad y dan información sobre los objetos o situaciones temidas. Después de modelar una tarea, el terapeuta pide al cliente que la ejecute y le proporciona reforzamiento social por sus progresos y retroalimentación correctiva. Si el cliente tiene dificultades o no se atreve a realizar la tarea, se le proporcionan diversas ayudas. Por ejemplo, en el caso de una fobia animal podrían citarse: aliento verbal, actuación conjunta con el terapeuta, apoyo físico de este, limitación de los movimientos del objeto temido, medios de protección (guantes), disminución del tiempo requerido en la tarea, aumento de la distancia al objeto temido, volver a modelar la actividad amenazadora, empleo de modelos múltiples, utilización de animales más pequeños o más tranquilos, compañía de seres queridos o animales domésticos. Estas ayudas se retiran hasta que el cliente es capaz de realizar la tarea con relativa tranquilidad y por sí solo (práctica autodirigida); por tanto el terapeuta no debe estar presente. La práctica autodirigida debe realizarse en una diversidad de contextos para favorecer la generalización.

- **Contexto lúdico** de la aplicación de la técnica de exposición en el caso de niños pequeños. La técnica de las **escenificaciones emotivas**, desarrollada por Méndez y Macià (1988), combina el modelado en vivo, la exposición gradual en vivo y el reforzamiento positivo en un contexto lúdico; los componentes importantes parecen ser la EV, el reforzamiento positivo (economía de fichas) y el juego (Orgilés, Méndez y Rosa, 2003). Esta técnica parece especialmente adecuada para niños pequeños (3-8 años). Con estos, hay investigaciones controladas de su eficacia en el postratamiento y en el seguimiento a los 6-12 meses con fobias a la oscuridad y a los ruidos intensos y estudios no controlados con otros tipos de fobias (animales, inyecciones y fogones encendidos). También ha sido más eficaz que la lista de espera cuando ha sido aplicada mediante entrenamiento de padres (Méndez, Orgilés y Espada, 2004; Orgilés, Méndez y Rosa, 2003; Orgilés, Méndez y Espada, 2005). Según el metaanálisis de Méndez, Orgilés y Rosa (2005), es la técnica más eficaz en el tratamiento de la fobia a la oscuridad en la infancia. Una descripción de la técnica puede consultarse en la **tabla 2**. Méndez (1999) describe también diversos juegos para llevar a cabo la exposición en la fobia a la oscuridad.
- **Reforzamiento** de las conductas de exposición a las situaciones temidas. Este reforzamiento no debe ser solamente social en el caso de niños pequeños, sino que puede consistir además en actividades preferidas y/o reforzadores materiales. Orgilés, Méndez y Espada (2005) han comprobado, por ejemplo, que el programa de escenificaciones emotivas es más eficaz cuando incluye un componente de reforzamiento positivo (economía de fichas) que cuando no.
- **Posibilidad de controlar el estímulo temido**. En la fobia dental puede ser de ayuda que el cliente tenga la posibilidad de detener el taladro mediante señales previamente acordadas o apretando un interruptor. Al principio, el paciente suele detener el taladro algunas veces, pero después es raro que lo haga. De todos modos, en fóbicos a animales no se ha demostrado que el control por parte del paciente sobre la distancia al animal o el tiempo de exposición facilite la reducción del miedo (Antony y Barlow, 2002).
- **Reforzamiento diferencial de tasas bajas**. En el caso de los fóbicos esfintéricos que tienen que orinar o defecar frecuentemente fuera de casa, se les pide que se abstengan de hacerlo durante periodos progresivamente más largos al tiempo que se fomenta la exposición a lugares donde no es fácil acudir a un lavabo.



Dadas las guías anteriores, el tratamiento de las fobias específicas es uno de los menos complicados de llevar a cabo. Sin embargo, conviene hacer dos advertencias. En primer lugar, es más engañosamente simple de lo que parece, especialmente para terapeutas noveles. En segundo lugar, aunque las guías mencionadas son suficientes para la mayoría de los casos, no siempre será así como demuestra el siguiente caso tomado de Emmelkamp, Bouman y Scholing 1992).

Una mujer de 42 años, casada hace 15 y sin niños, presenta desde hace años una fobia a tragar. Desde hace 6 meses sólo come alimentos fluidos, principalmente gachas de cereales y yogur, lo que le ha provocado una pérdida sustancial de peso; además, debido a su problema, no puede comer con otra gente, salvo su marido, ni fuera de casa. También presenta problemas de hiperventilación que mantienen una influencia recíproca con el miedo a tragar: bajo estrés, la paciente hiperventila y coge bocanadas de aire, lo que le conduce a una inmovilidad total de los músculos pectorales; intenta relajarse tragando saliva, pero al hacer esto toma cantidades extra de aire, lo cual resulta en ataques de tos y sensaciones de opresión intensa. La mujer también informa de problemas de baja asertividad en su trabajo de secretaria/coordinadora y de problemas maritales. Aunque la falta de asertividad parece ser el problema principal, la fobia a tragar ha llegado a ser funcionalmente autónoma. De acuerdo con la paciente, se decide comenzar por este último problema. El tratamiento consiste en EV (comer alimentos problemáticos en orden de dificultad), prevención de respuesta (no toser, escupir o beber agua durante las comidas) y terapia cognitiva centrada en el miedo a atragantarse.

La paciente comienza haciendo autoexposición, pero tras unas pocas sesiones la exposición se lleva a cabo en presencia del terapeuta en casa de la paciente por dos motivos: para introducir el comer delante de otros y para poder aplicar la prevención de respuesta más efectivamente. Tras ocho sesiones, puede comer todo tipo de panes, simples o rellenos, y comidas calientes si las toma lentamente; las espinacas y otros alimentos de la parte alta de la jerarquía siguen siendo problemáticos. A partir de la duodécima sesión, come sin el terapeuta, pero delante de otras personas. Al discutir las tareas para casa, queda claro que hay una relación entre el nivel general de estrés ocasionado por sus problemas laborales y maritales y los problemas para tragar. Así que el tratamiento empieza a dirigirse gradualmente hacia las fuentes de estrés y se centra totalmente en estas tras cuatro sesiones más. Los problemas de falta de asertividad y maritales son tratados a lo largo de quince sesiones mediante terapia cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Al final, se constata la desaparición del miedo a tragar y una mejora sustancial de la asertividad.

Este caso puede ser comparado con el presentado por Bados y Genís (1988), un hombre cuya fobia a volar, surgida a los 9 meses del fallecimiento de su esposa en accidente, fue superada con éxito mediante desensibilización de autocontrol (exposición imaginal de afrontamiento por medio de relajación y autoinstrucciones) y EV a pesar de la presencia de otros problemas aparecidos a raíz de la muerte de su mujer: insomnio, necesidad imperiosa de encontrar otra pareja, gran alteración emocional ante conflictos entre personas que él conocía, ansiedad al estar solo y necesidad de encontrar siempre a alguien para realizar cualquier tipo de actividad. Sin embargo, en este caso, estos problemas no parecían estar ligados a la fobia a volar y habían desaparecido o se habían reducido en gran medida al final del tratamiento. A esto pudo contribuir el paso del tiempo, los recursos personales del paciente, la aplicación (informada por el cliente) en esas otras situaciones problemáticas de las estrategias de afrontamiento aprendidas y el aumento de confianza en sí mismo al verse capaz de hacer frente a la fobia a volar.

Se aconseja elaborar el programa de intervención teniendo en cuenta el análisis funcional de los problemas fóbicos, otros problemas asociados que puedan estar presentes y las características individuales de cada cliente. Sin embargo, no siempre un **tratamiento individualizado** es más eficaz. Schulte y cols. (1992) hallaron que un tratamiento estandarizado (aunque con ciertas adap-

taciones individuales) fue o tendió a ser más eficaz que un tratamiento totalmente individualizado en el postratamiento (quizá por un mayor empleo de la EV), aunque no en los seguimientos a los 6 y 24 meses; sin embargo, esto último pudo ser debido a que entre los pacientes perdidos en el seguimiento había una amplia representación de los que menos habían logrado en el tratamiento. Así pues, el exceso de flexibilidad y adaptación puede ser innecesario e incluso perjudicial. Sin embargo, conviene tener en cuenta que en el grupo de tratamiento individualizado los terapeutas, a la hora de la verdad y curiosamente, no eligieron las técnicas en función de las variables mantenedoras del trastorno (véase Schulte, 1997, pág. 240); es posible que si lo hubieran hecho así, los resultados hubieran sido mejores, aunque esto sigue siendo una hipótesis que está por demostrar.

Por otra parte, los estudios realizados al respecto no dejan claro que **adaptar el tratamiento** (exposición, relajación, terapia cognitiva) **al perfil de respuesta** del cliente (motor, autónomo, cognitivo) dé mejores resultados que no hacerlo y esto es así tanto en fóbicos específicos como en fóbicos sociales y agorafóbicos. Esto puede ser debido tanto a razones metodológicas como al hecho de que la EV tiene un amplio impacto en los tres sistemas de respuesta. De todos modos, en caso necesario se aconseja complementar la EV con un procedimiento dirigido al sistema de respuesta dominante del cliente (Menzies, 1996; Menzies y Clarke, 1995b).

Dado el estado de la cuestión respecto a la individualización del tratamiento, Schulte (1996) ha propuesto un **modelo en que la estandarización y la individualización del tratamiento se complementan**. Se comienza haciendo un diagnóstico clínico y si existe un modelo explicativo y de tratamiento para el trastorno identificado, se aplica sin necesidad de desarrollar hipótesis para cada caso; si no existe diagnóstico clínico o modelo explicativo y de tratamiento, habrá que identificar en cada caso las variables a modificar y los factores mantenedores. Volviendo ahora al primer caso, la individualización entra en juego a dos niveles: a) para concretar las reglas generales existentes en una intervención específica para una persona particular (incluidas aquí las modificaciones oportunas caso de que el modelo general no funcione), y b) para promover aquellas conductas del paciente (motivación, cooperación, autorrevelación) y condiciones de la relación terapéutica que son necesarias para llevar a cabo la intervención. Aunque el modelo de Schulte puede no ser aceptado por muchos terapeutas conductuales, es una cuestión empírica, y no sólo filosófica, decidir hacia dónde se inclinan las pruebas. Además, la respuesta a esta cuestión es de una enorme trascendencia para la práctica clínica.

Un último punto importante respecto al tratamiento es la **preparación para posibles recaídas**, aunque estas son raras. Se incluye aquí: a) recordatorio de los problemas, tratamiento y resultados logrados; b) énfasis en seguir practicando la exposición a nuevas situaciones y otras posibles estrategias aprendidas; c) presentación de la ansiedad como una reacción normal y esperable; d) distinción entre contratiempo, recaída parcial y recaída total; e) identificación de los factores que pueden facilitar un aumento del miedo y una posible recaída (acontecimientos vitales estresantes, encuentro con una situación temida mucho más difícil que las practicadas durante el tratamiento, nuevas experiencias negativas con el estímulo temido, largos periodos sin exposición al estímulo temido); f) recuperar la exposición sistemática (junto con las posibles estrategias de afrontamiento acompañantes) cuando se presenten estos factores; g) compromiso público del cliente con una o más personas significativas para seguir practicando; h) contrato entre terapeuta y cliente por el que este se compromete a seguir practicando durante los próximos 6 meses y a enviar los correspondientes autorregistros al terapeuta cada 2-4 semanas; al recibirlos, el terapeuta se pone en contacto telefónico con el cliente para hablar sobre cómo van las cosas. Para una descripción completa de este programa de mantenimiento, véase Öst (1989a).

Estudios detallados de **casos** pueden verse en Alario (1993, cap. 6; hematófobia), Bados y Coronas (2005; fobia a la sangre/inyecciones/heridas), Bados y Genís (1988; fobia a volar), Aubuchon (1993), Bados y Guardia (1983; fobias a animales), Borda, Báez y Echeburúa (1993; hematófobia), Chorpita, Vitali y Barlow (1997, fobia a atragantarse), Elisen y Silverman (1991,

fobia a los movimientos intestinales), Goldberg y Weisenger (1992, fobia a los periódicos), Herberos, López y Olivares (1991; fobia a las cucarachas), Hersen y Last (1985/1993, caps. 2, fobia a conducir; y 17, miedo dental), López (1996, fobia a la oscuridad), Méndez y Macià (1990; fobia a la oscuridad), Orejudo y Froján (1996, fobia a conducir), Öst (1992b, fobia a atragantarse), Steels y Gilboy (1995, fobia a los espacios) y Vonk y Thyer (1995; fobia a la penetración vaginal).

## TRATAMIENTO EN UNA SOLA SESIÓN

Öst (1989b) ha propuesto un tratamiento para la mayoría de las fobias específicas que puede llevarse a cabo en **una sola sesión de hasta 3 horas**. Los resultados han sido buenos tanto en el postratamiento como en seguimientos al año y al cabo de varios años ( $M = 4$ ); en el tratamiento de la fobia a volar, el mantenimiento de los resultados no es tan bueno, al menos para aquellas personas a las que su trabajo no les exige volar. Las **fobias para las que ha sido probado** el tratamiento son: animales, sangre, inyecciones, volar y claustrofobia; existen también estudios no controlados con tormentas y comer alimentos sólidos. **Otras fobias** que podrían ser **adecuadas** son alturas, ascensores y oscuridad. Una posible excepción es la fobia a conducir.

Los estudios han sido conducidos con adultos, pero ya existe uno con **niños y adolescentes** de 7 a 17 años que presentaban fobias a animales, inyecciones, lugares cerrados y otras. El grupo que recibió una sesión de tratamiento y el que la recibió con un progenitor presente mejoraron por igual y más que un grupo de lista de espera. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento al año (Öst, Svensson y cols., 2001).

En dos estudios controlados con **fóbicos a las inyecciones** y con **claustrofóbicos**, el tratamiento intensivo en una sola sesión fue **igual de eficaz que cinco sesiones de 1 hora** de EV, tanto en el postratamiento como en seguimientos a 1 año (véase, p.ej., Öst, Alm y cols., 2001). Los mismos resultados se obtuvieron con **fóbicos a la sangre** al comparar una y cinco sesiones de tensión aplicada, aunque en este caso hubo un programa de AEV durante el seguimiento y los resultados fueron mucho mejores para los que siguieron este programa; además este estudio puede tener problemas de potencia estadística y en el postratamiento hubo un mayor porcentaje de clientes clínicamente mejorados en el grupo con cinco sesiones (Hellström, Fellenius y Öst, 1996). Con **fóbicos a volar**, una sesión de EV y reestructuración cognitiva fue tan eficaz como cinco sesiones; sólo hubo dos vuelos reales en ambos casos, aunque en el segundo también hubo exposición al despegue y aterrizaje de aviones y a un simulador de vuelo (Öst, Brandberg y Alm, 1997).

Con **fóbicos a las arañas**, una sesión de EV ha resultado más eficaz que la autoexposición en casa (Hellström y Öst, 1995). Por otra parte, Koch, Spates y Himle (2004) no hallaron que la adición de técnicas cognitivas (autoinstrucciones, discusión verbal) potenciara la EV en una sesión, aunque el tratamiento combinado fue mejor aceptado; sólo cerca de la mitad de los sujetos fueron verdaderos fóbicos a las arañas (un poco más de la mitad no cumplían el criterio de interferencia) y además los participantes fueron universitarios que recibieron créditos académicos por su participación.

Para el tratamiento en una sola sesión, los **pacientes deben cumplir las siguientes características**: presentar una fobia monosintomática no conectada con otros problemas, estar lo suficientemente motivados como para tolerar un posible alto grado de ansiedad durante largo tiempo, no obtener ninguna consecuencia positiva de su fobia y que no haya ninguna consecuencia negativa predecible si la fobia es superada. A continuación se describe el procedimiento general a seguir, aunque en el caso de la fobia a volar hay variantes que se explican en el apartado correspondiente.

Se informa a los pacientes que si los objetivos no se consiguen en una única sesión, **pueden**

**dedicarse más sesiones.** La **meta del tratamiento que se comparte con el paciente** es llegar a manejar las situaciones temidas de un modo normal, sin ansiedad excesiva. Sin embargo, debido a lo breve e intensivo del tratamiento, el terapeuta persigue un sobreaprendizaje, un **ir más allá de la meta anterior**. Por ejemplo, conseguir que un fóbico a las inyecciones reciba un gran número de estas y varios pinchazos en vena o que un fóbico a las arañas tenga a un par de estas en sus manos durante un rato. **Esta segunda meta no se comparte con el paciente al principio** del tratamiento, ya que esto conduce al rechazo del mismo o a pensar en las *cosas horribles* que están por venir en vez de concentrarse en los pasos graduales del tratamiento.

El tratamiento consiste en **EV combinada, cuando es preciso, con modelado**. La exposición es prolongada (hasta que la ansiedad se reduce), sin escape y procede gradualmente a través de mayores aproximaciones al estímulo fóbico. La sesión termina cuando la ansiedad se reduce un 50% de su valor más alto o desaparece. El **modelado** sigue las pautas del modelado participante. El terapeuta demuestra cómo se interactúa con el objeto fóbico, el paciente toca al terapeuta mientras ambos tocan el objeto fóbico (si es el caso), de modo que el contacto con este último es cada vez mayor. Posteriormente, el paciente practica con la simple ayuda de las instrucciones y presencia del terapeuta, hasta que finalmente es capaz de practicar por sí mismo sin la presencia del terapeuta.

El **tratamiento debe justificarse ante el paciente** explicándole que va a permitirle aprender a través de una exposición controlada a las situaciones temidas que la ansiedad se reduce gradualmente con el paso del tiempo y que las consecuencias temidas no ocurren. Además, se informa que el tratamiento en una sesión debe verse como un comienzo y que posteriormente el paciente debe seguir exponiéndose por su cuenta a las situaciones temidas para mantener o aumentar los efectos de la terapia.

El tratamiento es presentado como una **colaboración entre terapeuta y paciente**. Además, se informa a este que **no se hará nada en el tratamiento sin describírselo primero, modelarlo, si es preciso, y obtener su permiso para que ejecute la tarea propuesta**. También conviene informar que la experiencia de un alto nivel de ansiedad durante el tratamiento no es una meta en sí misma y que, por lo general, el grado de ansiedad experimentado será menor que el esperado.

La **duración del tratamiento** suele llevar como máximo una mañana o tarde (unas 3 horas). El tiempo medio es de unas 2 horas (amplitud habitual: de 45 minutos a 3 horas). Sin embargo, según Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992), lo habitual es necesitar más de una sesión, especialmente en las fobias a las tormentas, ruidos, SIH y tragar.

Debido a que durante la sesión los pacientes hacen muchas cosas que nunca antes habían realizado, algunos de ellos llegan a experimentar posteriormente el tratamiento como algo irreal, como un sueño. Para luchar contra esto, **se graban las sesiones** como norma (esto no se hace en la fobia a volar) y se ofrece a los pacientes la oportunidad de volver a la consulta 1-2 semanas más tarde y ver ellos solos las partes que quieran de la grabación.

Terminada la sesión, se discute la necesidad no sólo de no escapar o evitar las situaciones fóbicas, sino de aprovechar todas aquellas oportunidades de que se disponga o se puedan crear de cara a seguir practicando y aumentar la confianza en uno mismo para manejar los estímulos fóbicos. Para ello, se manda a los pacientes **tareas de buscar y afrontar las situaciones fóbicas**. Por ejemplo, un fóbico a las inyecciones tendría que recibir 2-3 inyecciones placebo por semana y un fóbico a la sangre hacerse donante regular de sangre.

## CASOS ESPECIALES DE TRATAMIENTO

Se presentarán aquí alguna información y pautas útiles para el tratamiento de determinadas fobias: volar en avión, SIH, claustrofobia, alturas, conducir, atragantarse y/o vomitar.

## La fobia a volar en avión

Según datos americanos, un 10% de la gente presenta un miedo intenso a volar y evita hacerlo, mientras que cerca de un 15% vuela con considerable malestar (Rubio, Cabezuelo y Castellano, 1996); los fóbicos a volar pueden representar el 2,6-3,5% de la población (Curtis y cols., 1998; Fredrikson y cols., 1996). Las **estrategias más utilizadas por los fóbicos** a volar son a) evitar el avión, b) tomar grandes dosis de tranquilizantes o alcohol antes de coger el avión, c) hablar mucho, incluso con desconocidos, d) no decir una palabra hasta aterrizar, y e) fumar continuamente y/o beber alcohol a bordo (Echeburúa, 1993b). Es importante tener en cuenta que en la fobia a volar puede haber distintos **aspectos temidos**, variables según los pacientes: posibilidad de accidente (y, por tanto, de daño y muerte), estar encerrado en un sitio pequeño, inestabilidad del avión (y sensaciones molestas asociadas), altura, no tener el control, perder el control (gritar, volverse loco, desmayarse, sufrir un infarto), tener un ataque de pánico y "montar un número" en público. En relación con esto, Van Gerwen y cols. (1997) describen cuatro tipos de fóbicos a volar y las implicaciones que esto puede tener de cara al tratamiento.

La **exposición sistemática en vivo es poco factible** en la fobia a volar, tanto por aspectos económicos como por la dificultad en graduar bien las situaciones, algunas de las cuales dependen de factores no controlables por el terapeuta (inclemencia del tiempo, turbulencias, tipo de pilotaje). Por eso se recurre inicialmente a la **desensibilización sistemática** o a la **exposición imaginal**, con o sin **estrategias** de afrontamiento (relajación, respiración), seguida de cierta **EV** y complementada con **información** básica sobre el funcionamiento de los aviones. Este tipo de programas reduce significativamente el miedo a volar; además, el 80-90% de los clientes toman el avión en el postratamiento, aunque este dato es engañoso, ya que algunos estudios no especifican cuántos lo evitaban. Los resultados tienden a mantenerse en los pocos seguimientos que se han hecho.

Varias compañías aéreas ofrecen tratamientos similares al descrito, a los que se añade el empleo de simuladores de vuelo; el tratamiento es aplicado con la ayuda de psicólogos y pilotos en grupos de 6-12 participantes. El **programa** consta de varios componentes (Bados, 1998):

- **Información.** Se busca aumentar el conocimiento de los aviones y de la mecánica de vuelo para evitar que ciertas malinterpretaciones continúen manteniendo el miedo. Por ejemplo, identificación de los distintos ruidos: saber que ciertos ruidos, movimientos y balanceos son normales ayuda a controlar la ansiedad. Igualmente, se proporcionan datos estadísticos que demuestran que volar en aviones comerciales es uno de los medios de transporte más seguros. También se visita un avión para que los clientes conozcan los detalles técnicos del mismo.
- **Exposición en la imaginación.** Se trata de imaginar diversas situaciones (camino del aeropuerto, despegando, volando con buen y mal tiempo, aterrizando, etc.) a veces con ayuda de **efectos sonoros y/o visuales**; actualmente, se está estudiando también la ERV, aunque la tecnología necesaria es cara por el momento. En ocasiones se emplean técnicas de **respiración y relajación** como estrategias de afrontamiento. En la **tabla 3** puede verse una jerarquía para una fobia a volar, la descripción detallada de una de las escenas y ejemplos de autodeclaraciones de afrontamiento elaboradas por el paciente.
- **Simulador de vuelo.** Los clientes tienen la oportunidad de *viajar* en un avión simulado que reproduce los distintos ruidos, balanceos, oscilaciones y vicisitudes que pueden ocurrir en un vuelo. El simulador de vuelo puede ser complementado o sustituido por técnicas de realidad virtual. Hay estudios controlados y de caso que demuestran que este com-

ponente no es necesario, aunque está por ver si, en general, aumenta la eficacia del programa.

- **Exposición en vivo.** Los clientes realizan un viaje largo acompañados de los pilotos instructores y psicólogo.

Rubio, Cabezuelo y Castellano (1996) han desarrollado un programa para el miedo a volar en avión y que puede ser aplicado en grupo o individualmente o autoadministrado a lo largo de ocho sesiones (véase la **tabla 4**). Los resultados conseguidos con este programa en un estudio no controlado con universitarios voluntarios han sido satisfactorios. Sería interesante llevar a cabo una investigación controlada con pacientes clínicos y estudiar además la importancia de los distintos componentes (información aeronáutica, desensibilización sistemática, vuelo real). Tortella-Feliu y Fullana (2001) concluyeron en su revisión de estudios controlados sobre el tratamiento del miedo a volar que la exposición es un elemento fundamental, pero que el posible papel potenciador de la información aeronáutica y de las técnicas cognitivas aún está por investigar.

Capafons y cols. (1999) hallaron que un tratamiento que combinó exposición (exposición imaginal y EV a los preliminares de vuelo apoyada por relajación breve y detención del pensamiento) y estrategias de afrontamiento (respiración, relajación) fue más eficaz que el no tratamiento a corto y medio plazo.

Otros abordajes son el empleo de la **realidad virtual y la exposición asistida por ordenador**, ya comentadas en la revisión inicial. Por otra parte, Öst, Brandberg y Alm (1997) han comprobado con fóbicos a volar que **una sesión de EV y reestructuración cognitiva** fue tan eficaz como cinco sesiones. Aparte de la correspondiente reducción de ansiedad, el 86% de los clientes se atrevieron a volar en el postratamiento, tras un mínimo de 2 años de no hacerlo. En el seguimiento hubo un deterioro y sólo volaron el 64% de los pacientes; de los que recayeron, a ninguno su trabajo le exigía volar. Esto y el coste económico que supone volar impide continuar con el programa de AEV aconsejado tras el tratamiento; una posible solución para estos pacientes es que una compañía aérea sufragara no sólo el tratamiento inicial, sino también 3-4 viajes durante el seguimiento.

**En el tratamiento de una sesión de unas 3 horas**, paciente y terapeuta viajan durante 30-40 minutos al aeropuerto en autobús, viaje que es aprovechado para identificar los pensamientos catastróficos del cliente sobre el volar en general y ciertas fases del vuelo en particular. Al llegar al aeropuerto, se sacan dos billetes de avión (sufragados por una compañía aérea) para un viaje de ida y vuelta a un lugar distante 45-60 minutos de vuelo. El terapeuta recuerda al paciente cada fase del viaje cuando va a llegar y los pensamientos catastróficos detectados sobre la misma. Ya en la fase, le pide al paciente que observe detenidamente lo que está sucediendo realmente. Concluida la fase, el cliente debe comparar sus pensamientos catastróficos con lo que ha sucedido realmente y calificar su creencia (0-100) en los mismos. En el viaje de vuelta en autobús, se pide al paciente que resuma sus experiencias, en especial en lo referente a lo que ha aprendido respecto a sus pensamientos catastróficos y la creencia en los mismos. Finalmente, se ayuda al cliente a planificar cómo puede seguir practicando por su cuenta para reducir el miedo a volar.

**En el tratamiento de cinco sesiones** (cuatro de 1 hora y una de 2 horas), las dos primeras sesiones son dedicadas en la consulta a la identificación de pensamientos catastróficos antes citada y a la comprobación de si existe una falta de información sobre aspectos básicos del volar tales como procedimientos de seguridad, aerodinámica, riesgos implicados, etc. Si se descubren déficits, se da la información correspondiente. La tercera sesión transcurre en el aeropuerto viendo despegar y aterrizar aviones y observando las comprobaciones de seguridad que se hacen a los aviones o cualesquiera otros procedimientos técnicos sobre los que el cliente pregunte. La cuarta sesión se dedica a un vuelo simulado en la cabina de un avión y la quinta es idéntica a la descrita

en el tratamiento de una sesión, pero sin el viaje conjunto de ida en el autobús, ya que los pensamientos ya han sido identificados.

Cuando un cliente comience a realizar viajes en avión, pueden permitirse inicialmente, en caso necesario, **conductas defensivas** como ir acompañado, escuchar música o leer. Sin embargo, hay que alentar al cliente para que dejen de usarlas tras varios vuelos.

## La fobia a la sangre/inyecciones/heridas

Un leve miedo a la sangre se da en muchos niños y adultos, pero sólo un **2-3% pueden considerarse fóbicos a la SIH**. Esta fobia es más frecuente en **mujeres** y la edad media de **inicio** es a los **9 años**. La **fobia a la SIH puede conducir** a la evitación de intervenciones médicas importantes para la salud del paciente (operaciones, transfusiones), a evitar embarazos, a dejar de lado ciertos estudios (enfermería, medicina) y a no poder visitar o atender a personas heridas, aun siendo muy significativas. La mayoría de los fóbicos a la sangre (69%) son también fóbicos a las inyecciones, pero sólo una minoría de estos últimos (31%) tienen fobia a la sangre (Öst, 1992a).

La fobia a la SIH se da en el 27-70% de los familiares de primer grado de los pacientes, un porcentaje que es superior al observado en otras fobias específicas y trastornos de ansiedad (5-31%) (Page, 1994; Öst, 1992). El porcentaje de familiares de primer grado con la misma fobia es mayor entre los fóbicos a la sangre/heridas (61%) que entre los fóbicos a las inyecciones o pinchazos en vena (29%) (Öst, 1992a). Todo esto, junto con la mayor concordancia de la fobia a la SIH entre gemelos monocigóticos que dicigóticos, sugiere la importancia de **factores genéticos**. Además, es muy probable que la tendencia a desmayarse sea más heredable que la tendencia a tener miedo.

A diferencia también de otras fobias, el patrón fisiológico de respuesta que se da en la fobia a la SIH es muy distinto. En concreto, en las otras fobias se produce un incremento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco ante el estímulo temido. En cambio en la fobia a la SIH se produce una **respuesta difásica** en la que el citado incremento es seguido en breve (de segundos a cuatro minutos) por una rápida caída de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco (30-45 pulsaciones por minuto), lo cual puede conducir al **desmayo** caso de seguir en la situación fóbica sin hacer nada al respecto. No todos los fóbicos a la SIH presentan la respuesta difásica. Por otra parte, un 5-15% de la población general se desmayan al ver sangre (Page, 1994). Conviene tener en cuenta que los fóbicos a la SIH **sólo presentan la respuesta difásica mencionada ante los estímulos de sangre**, pero no ante otros estímulos fóbicos o estresantes. Además, sólo difieren de las personas normales en el **grado**, no en el tipo de la reacción cardiovascular ante la sangre.

**Explicaciones para el desmayo** en la fobia a la SIH pueden consultarse en Page (1994). Así, por ejemplo, una activación simpática inicial ante la amenaza iría seguida rápidamente por una activación parasimpática en una situación que implica restricción física o en la que no hay respuestas alternativas eficaces a la inmovilidad. Se ha dicho que el desmayo ante la sangre (síncope vasovagal) podría ser una respuesta adaptativa desde el punto de vista evolutivo en circunstancias en las que la inmovilidad implicaría menos riesgo de daño adicional que la huida. Así, los animales heridos se quedan quietos, lo que favorece la reducción del ritmo cardíaco y de la pérdida de sangre; además, una presa inmóvil puede darse por muerta y esto ser aprovechado por la misma en un momento de descuido para huir (Marks, 1987/1991). Sin embargo, un animal inconsciente no puede huir. Como ha señalado Page (1994), es posible que la respuesta difásica no tenga ninguna ventaja adaptativa y que pueda ser incluso una reacción contraproducente gradualmente eliminada de nuestra especie a medida que los depredadores mataban a aquellos con tendencia a desmayarse.

Una **explicación alternativa** es aquella que tiene en cuenta la correlación entre fobia a la sangre y susceptibilidad al asco y relaciona a esta última con el desmayo [aunque los datos referentes a esta última relación son inconsistentes (Antony y Barlow, 2002)]. El desmayo podría ser el resultado de una actividad parasimpática aumentada, resultante de la suma de los procesos parasimpáticos que subyacen al asco y del incremento parasimpático una vez que cesa la respuesta inicial de lucha-huida mediada por el sistema simpático (Page, 1994). Este autor (véase también Sandín, 1997) ha distinguido **tres tipos de fobias a la sangre** de acuerdo a los supuestos procesos etiológicos implicados: a) la fobia a la sangre asociada con ansiedad anticipatoria, rasgo de ansiedad y susceptibilidad al daño, b) la asociada con anticipación del desmayo y susceptibilidad al asco, y c) la que combina los mecanismos anteriores. La técnica de la tensión aplicada, la cual se describe un poco más abajo, sería especialmente útil en estos dos últimos tipos. Por otra parte, es posible que una persona reaccione con emociones diferentes a estímulos diferentes de su constelación fóbica; por ejemplo, con miedo a las inyecciones y con asco a la visión de sangre.

En la fobia a la SIH son frecuentes el **mareo**, el **sudor**, la **palidez**, las **náuseas** (sin vómitos) y el **desvanecimiento**. En muestras clínicas, el 70% de los fóbicos a la sangre/heridas y el 56% de los fóbicos a las inyecciones/pinchazos en vena tienen una historia de desmayo en situaciones fóbicas (Öst, 1992a) y pueden incluso desmayarse al oír hablar de las mismas. La historia de desmayo ha sido menos frecuente (25%) en un estudio comunitario en que se identificaron fóbicos a la SIH, fuera este su diagnóstico principal o no (Bienvenu y Eaton, 1998). En contraste con los datos anteriores, las personas con otros tipos de fobias específicas (animal, claustrofobia, dentistas) no informan de desmayos en la situación fóbica (Öst, 1992a).

El miedo o la ansiedad suelen estar presentes en la fobia a la SIH, pero faltan en muchos clientes. Sin embargo, la anticipación del desmayo puede producir ansiedad. **Los clientes que se desmayan** suelen ser más ansiosos que los que no se desmayan y además muestran una mayor perturbación y disfunción en situaciones estresantes. No está claro en qué sexo aparece el desmayo con mayor frecuencia. La edad media para el primer desmayo inducido por la sangre es de 13 años (edad más temprana: 6 años) (Edelmann, 1992).

**Para prevenir el desmayo**, se han utilizado **técnicas como** tumbarse, bajar la cabeza hasta las rodillas estando sentado, inducción de tensión muscular y producción de respuestas de enfado a través de la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse con la EV a los estímulos fóbicos, aunque esta última por sí sola también se ha mostrado relativamente eficaz. Si se emplea sólo la exposición, se aconseja que en las primeras fases el paciente esté **tumbado** para que la sangre pueda llegar al cerebro y se evite el desmayo caso de ocurrir la respuesta difásica (actividad simpática seguida de respuesta vasovagal). Si, a pesar de todo, un paciente se desmaya durante la exposición, se le reanima y se sigue con la exposición lo más pronto posible. La tendencia a desmayarse va disminuyendo gradualmente, aunque los resultados suelen ser mejores con la técnica de la tensión aplicada expuesta más abajo (Bados, 1998).

**Situaciones que pueden emplearse en la exposición a la sangre/heridas** son ver fotos o películas en que salgan personas heridas, intervenciones médicas con sangre, accidentes de tráfico y transfusiones; ver tubos o bolsas de sangre o gasas ensangrentadas; visitar y/o curar a personas heridas; ver donaciones de sangre u operaciones quirúrgicas; permanecer en una sala de extracciones y ver el material y sentir los olores; dejarse hacer y hacerse los preparativos para un análisis de sangre; dejarse pinchar en el dedo con una lanceta; hacerse un análisis de sangre; donar sangre; hablar sobre estos temas. También puede emplearse exposición imaginal a situaciones que es difícil que ocurran (accidentes propios o de personas queridas, etc.). **No se aconseja el uso de la relajación**, ya que esta puede facilitar la disminución de la presión sanguínea y el desmayo subsecuente. Como mucho, la relajación podría ser útil en la primera fase de la respuesta difásica, cuando esta es larga.



La **tensión aplicada** es una técnica descrita por Öst y Sterner (1987) y especialmente pensada para el tratamiento de la fobia a la SIH teniendo en cuenta el característico patrón fisiológico de respuesta difásica que se da en la misma. La tensión aplicada suele durar unas cinco sesiones e incluye **dos componentes**: la tensión de grandes grupos musculares y la exposición a los estímulos fóbicos. Una descripción de esta técnica puede verse en la **tabla 5**.

Es conveniente **consultar con un médico** antes de comenzar la EV para asegurarse de que la ocurrencia de algún posible desmayo no sea perjudicial para el paciente. Contar con un médico también es útil para facilitar la realización de tareas de exposición, ya que puede ordenar análisis de sangre y poner inyecciones. Por otra parte, algunos pacientes tienen venas pequeñas o difíciles de localizar por lo que es más probable que sufran dolor y moretones durante las extracciones. En estos casos, conviene que informen a la enfermera de sus experiencias dolorosas previas y que de ser posible, les pinche el técnico más cualificado.

## Claustrofobia

Debido a que la claustrofobia es la fobia específica que guarda una mayor similitud con el trastorno de pánico con agorafobia, conviene **explorar la posible existencia de ataques de pánico inesperados** (fuera de las situaciones claustrofóbicas).

Las **dificultades para respirar y el miedo a asfixiarse** son fenómenos típicos en la claustrofobia. Para manejarlos, puede ser útil emplear reestructuración cognitiva y respiración controlada. La exposición interoceptiva puede ser también beneficiosa.

Aunque no es frecuente, ocasionalmente la gente queda **atrapada dentro de los ascensores**. Conviene discutir esta posibilidad con los clientes por adelantado para explorar lo que ellos creen que pasaría, reestructurarlo en caso necesario y discutir cómo se podría actuar en dicha situación. Otros clientes temen que pudiera producirse un **incendio** o un terremoto mientras se encuentran en un espacio cerrado. En estos casos es útil tanto la EV como ayudar al cliente a considerar cuál es la probabilidad real de que se produzcan dichos fenómenos.

## Fobia a las alturas

Muchos pacientes con fobia a las alturas temen las sensaciones que sienten en las situaciones temidas, tales como una **sensación de equilibrio inestable y sentir las piernas como si fueran de goma**. Hay que asegurarse de que estos problemas no tienen una causa médica, tal como problemas del oído interno; en este caso, los problemas de equilibrio aparecerían también en situaciones que no implicaran altura. Si no hay causa médica, hay que acordar con el cliente que continúe practicando a pesar de las sensaciones y asegurarle que se irán reduciendo. Ahora bien, con personas que presenten dificultades de coordinación o equilibrio (p.ej., algunas personas mayores), hay que ir con cuidado al diseñar las actividades de exposición.

Muchos pacientes sienten el **impulso a saltar desde un sitio alto**. Hay que asegurarles que este es un fenómeno normal en fóbicos a las alturas (e incluso en gente sin dicha fobia) y que es extremadamente improbable que dicho impulso se lleve a cabo (a no ser que haya una intención seria de suicidio). Otros pacientes **temen ser empujados desde lo alto** por otra persona. Este miedo es también frecuente y puede trabajarse con reestructuración cognitiva y con EV teniendo gente detrás (Craske, Antony y Barlow, 1997).

## Fobia a conducir

Es importante asegurarse de que el cliente posee las **habilidades necesarias para conducir**. Tener el carné no es suficiente, ya que muchos no han practicado después de obtenerlo o llevan años sin conducir. Si es preciso, el cliente debe volver a la autoescuela o practicar en lugares seguros con una persona de confianza.

Algunos fóbicos a conducir informan de **problemas de oído o visión** (p.ej., pobre visión nocturna) que deterioran su capacidad de conducción. Estas personas deben hacerse un reconocimiento médico para valorar la extensión e implicaciones del problema. Asimismo, otros clientes **no reaccionan con la rapidez necesaria** en ciertas situaciones, por lo que debe valorarse en qué medida esto limita su capacidad de conducción.

Muchos pacientes **temen que las sensaciones que experimentan** (dificultad para respirar, mareo, temblor, etc.) **perturben su capacidad para conducir con seguridad**; sin embargo, esto no suele ser así y hay que aconsejar a los clientes que continúen con la EV a pesar de las sensaciones. Posteriormente, puede añadirse la exposición interoceptiva. Ahora bien, cuando se sospeche que las sensaciones experimentadas puedan afectar negativamente la capacidad de conducción, conviene empezar a practicar a una velocidad baja o por calles vacías hasta que la ansiedad se reduzca (Craske, Antony y Barlow, 1997). De todos modos, incluso en momentos de una gran ansiedad los clientes conservan el control necesario para parar en un lugar seguro. Los accidentes son raros y los golpes, cuando los hay, no suelen revestir importancia.

Finalmente, no es raro que los fóbicos a conducir teman ser **objeto del enfado o crítica de otros conductores** (comentarios, toques de bocina), **con el consiguiente azoramiento**. En estos casos conviene que la EV incluya la comisión de pequeños *errores* a propósito, sin llegar a hacer nada peligroso. Por ejemplo, conducir muy despacio, aparcar mal y no arrancar enseguida al ponerse el semáforo en verde (Craske, Antony y Barlow, 1997).

## Fobia a atragantarse y/o vomitar

En estas fobias suele haber un miedo intenso a ciertas sensaciones, tales como náusea y tensión en la garganta, que le recuerdan a la persona la posibilidad de atragantarse o vomitar. Para manejar este miedo, pueden emplearse la **exposición interoceptiva** y la reestructuración cognitiva. Ejercicios útiles para inducir náuseas son emplear un depresor de la lengua, girar sobre sí mismo, ponerse collarines, llevar prendas de vestir que *oprima* el cuello (p.ej., corbata, bufanda, ropa de cuello alto) y ver vídeos de gente vomitando. Además, las personas con estas fobias tienden a evitar aquellos alimentos que creen que es probable que les lleven a atragantarse o vomitar. Debe alentarse al paciente a **comer dichos alimentos** empezando por los menos temidos; esta EV se lleva a cabo dentro y fuera de las sesiones.

## TRATAMIENTO MÉDICO

Ha sido poco investigado en las fobias específicas (Antony y Barlow, 2002; Barlow, 1988; Marks, 1987/1991; Roy-Byrne y Cowley, 2002). Los **betabloqueantes** pueden reducir la taquicardia y otros síntomas somáticos, pero menos o nada el miedo y la ansiedad. La **paroxetina** fue mejor que el placebo en un cuestionario de miedos y en ansiedad generalizada en un trabajo con 11 fóbicos. La **imipramina** no ha sido superior al placebo en un estudio. Por otra parte, se carece de trabajos sobre la eficacia a largo plazo de los fármacos en el tratamiento de las fobias específicas.

En fóbicos dentales, Thom, Sartory y Jöhren (2000) **compararon un tratamiento psicológico** con la toma de **midazolam** 30 minutos antes de la intervención dental. La terapia psicológica incluyó: a) práctica autodirigida de relajación progresiva durante 1 semana, b) una sesión de 90 minutos en la que se dio información sobre la ansiedad, se practicó relajación, exposición imaginaria a las situaciones más temidas y afrontamiento de las mismas mediante relajación, se exploraron pensamientos disfuncionales y se identificaron pensamientos reductores de ansiedad, y c) la práctica en casa durante una semana del programa de manejo de la ansiedad. En comparación a un grupo no tratado, ambos tratamientos llevaron a una menor ansiedad durante la intervención dental; sin embargo, los pacientes medicados recayeron, mientras que el grupo tratado psicológicamente siguió mejorando hasta el seguimiento a los 2 meses. El 70% de este grupo siguió con el tratamiento dental en comparación con el 20% del grupo medicado y el 10% del grupo control.

En cuanto a la **combinación de tratamiento conductual y farmacológico**, combinar **benzodiazepinas** con EV no ha potenciado los efectos de esta en dos estudios. En otro, el **diazepam** tomado antes de la EV fue de ayuda, especialmente cuando se tomó 4 horas antes en comparación a 1 hora antes; sin embargo, la mejora no correlacionó con los niveles de diazepam en suero sanguíneo. En un estudio más reciente con fóbicos a volar (Wilhelm y Roth, 1997), el **alprazolam** administrado a dosis fija 1,5 horas antes de un primer vuelo (EV) redujo la ansiedad subjetiva, aunque incrementó la activación fisiológica; en el segundo vuelo el grupo que había tomado alprazolam en el primero presentó un incremento en ansiedad y ataques de pánico, mientras que el grupo que había tomado placebo mostró una reducción en dichas medidas. De este modo, al menos bajo las condiciones en que fue administrado, el alprazolam redujo la eficacia de la exposición; no se sabe que hubiera pasado si el alprazolam hubiera sido administrado más veces.

Ressler y cols. (2004) estudiaron si la **adición de D-cicloserina** (un agonista parcial del receptor del N-metil-d-aspartato que ha facilitado la extinción del miedo en roedores) potenciaba los efectos de dos sesiones de ERV en personas con acrofobia. Este tratamiento combinado fue más eficaz que la realidad virtual y las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses.

En general, se cree que los fármacos no son de ayuda en el tratamiento de las fobias específicas y que las benzodiazepinas pueden interferir incluso con la eficacia de la exposición, especialmente si se toman a dosis altas y durante tiempo prolongado (más de 3-4 meses). De todos modos, se requieren muchos más trabajos para poder extraer conclusiones más fundamentadas.

## PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

Es necesaria una mayor investigación relativa a los fóbicos específicos en general y a diversos tipos de fobias específicas en particular. Con respecto a algunas de estas (p.ej., fobia a las tormentas, a atragantarse) no existen prácticamente estudios controlados. Es cierto que muchos fóbicos específicos no buscan tratamiento. Esto puede ser porque se las apañan bastante bien con sus limitaciones o porque desconocen que existe un tratamiento eficaz. En este último caso, convendría investigar modos eficaces de diseminar dicho tratamiento y de hacerlo aplicable lo más fácilmente posible.

Aspectos tales como la graduación, velocidad y periodicidad de la exposición, posibilidad de escape temporal, participación del terapeuta y nivel de ansiedad e implicación durante la exposición son cruciales para la puesta en práctica de esta y necesitan un mayor número de investigaciones que confirmen o modifiquen las conclusiones tentativas de que se dispone hasta el momento.

En cuanto a las **intervenciones cognitivas**, la conclusión de que parecen de escasa importancia, salvo excepciones, para el tratamiento de las fobias específicas se basa en un número muy

limitado de estudios. Se necesita establecer cuáles de ellas son útiles y para que tipo de fobias. ¿Es mejor añadir reestructuración cognitiva a la exposición que entrenamiento autoinstruccional? ¿Son más aplicables estas técnicas con la claustrofobia y la fobia a las alturas que con otras fobias? Otras cuestiones importantes a examinar, aparte de si la adición de intervenciones cognitivas produce un beneficio inmediato o no, son:

- ¿Pueden ser las técnicas cognitivas principalmente útiles para prevenir las recaídas y prolongar las ganancias terapéuticas una vez terminado el tratamiento?
- ¿Son las técnicas cognitivas más eficaces cuando se identifican y modifican las suposiciones o creencias disfuncionales que subyacen a los pensamientos negativos, en vez de centrarse únicamente en estos últimos? Así, Shafran, Booth y Rachman (1993) hallaron con clientes claustrofóbicos que ciertas cogniciones aparecieron como más importantes que otras; dejar de creer en ciertas cogniciones ("quedaré atrapado", "me ahogaré" y/o "perderé el control"), pero no en otras ("estoy en peligro", "me desmayaré"), estuvo asociado con un dejar de creer en el resto de cogniciones y con una reducción dramática de la claustrofobia.
- ¿Varían las técnicas cognitivas en eficacia según el momento en que son introducidas en la secuencia de intervención? Por ejemplo, no es lo mismo que los pacientes empleen autodeclaraciones de afrontamiento cuando aún están altamente ansiosos que después de haber conseguido una clara reducción de ansiedad a través de la exposición; en el primer caso las autodeclaraciones pueden resultar menos creíbles, más distractoras e interferir más con la extinción total de la ansiedad (Marshall, 1985).

Otros aspectos importantes que se han señalado respecto a las técnicas cognitivas son los siguientes. Una intervención cognitiva puede tener efectos muy diferentes según se aplique únicamente en la tranquilidad de la consulta o también durante las situaciones temidas; de aquí que la integración de las técnicas cognitivas con la exposición parezca una cuestión básica. Durante la exposición a las situaciones temidas surgen con más claridad las cogniciones, estas no son retrospectivas y están más *calientes*, es decir, tienen un mayor impacto emocional que cuando son recordadas retrospectivamente. Un aspecto que debe ser tenido en cuenta en investigaciones subsecuentes es que, dada la complejidad de muchas técnicas cognitivas, se requiere el empleo de terapias experimentados de cara a asegurar una prueba justa de su eficacia. Además, en lo que se refiere al entrenamiento autoinstruccional hay que asegurar no una sustitución mecánica de unos pensamientos por otros, sino el empleo de autodeclaraciones individualizadas, creíbles para los clientes y que inicialmente discrepen sólo moderadamente de las ya existentes en el repertorio de cada paciente.

La **exposición interoceptiva** (exposición a las sensaciones temidas) es una técnica que merece ser investigada en el tratamiento de la claustrofobia, un trastorno que ha sido conceptualizado por algunos como una forma leve de agorafobia. En esta última la exposición interoceptiva se considera un componente útil, aunque las pruebas hasta el momento son insuficientes. Yendo más allá, Barlow (1988) ha propuesto que la exposición interoceptiva puede ser beneficiosa para aquellas fobias específicas que se originaron tras una falsa alarma o ataque de pánico inesperado.

## LAS PESADILLAS Y LAS AVERSIONES

### PESADILLAS

Una pesadilla es un sueño de contenido amenazador para el propio cliente y que conduce al despertar. El contenido del sueño puede implicar una amenaza a la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Se habla de **trastorno por pesadillas** cuando: a) estas son repetidas, b) la persona rápidamente se orienta y se pone alerta al despertar, c) las pesadillas o la perturbación del sueño causan malestar clínicamente significativo o interferencia en áreas importantes de la vida, y d) las pesadillas no ocurren exclusivamente durante el curso de otro trastorno mental ni son debidas a drogas/fármacos ni a ningún trastorno médico (American Psychiatric Association, 1994/1995).

Las pesadillas recurrentes se parecen a las fobias específicas en que determinados estímulos provocan ansiedad y evitación sin que tenga que haber necesariamente otros problemas. Los clientes suelen evitar contar detalles de sus pesadillas, las cuales pueden estar relacionadas con experiencias estresantes o traumas ocurridos hace años (Marks, 1987/1991).

**Edad de inicio.** Las pesadillas suelen aparecer entre los 3 y 6 años. La mayoría de los niños que desarrollan un problema de pesadillas lo superan al crecer (American Psychiatric Association, 1994/1995).

**Frecuencia.** Entre el 10% y el 50% de los niños de 3-5 años tienen pesadillas lo bastante intensas como para perturbar a sus padres. Las pesadillas pueden ser un problema importante para el 6% de la población y son más frecuentes en las mujeres (razón 2-4:1). Su frecuencia está relacionada con otras perturbaciones del sueño y con el grado de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 1994/1995; Marks, 1987/1991).

Hay que distinguir las pesadillas de los **terrores nocturnos**. Las primeras suelen ocurrir en la segunda mitad de la noche durante el sueño REM, hay un recuerdo vívido del sueño, la activación autónoma es ligera, el despertar es completo y hay un recuerdo detallado de todo el suceso al despertarse por la mañana. Los terrores nocturnos ocurren normalmente durante el primer tercio de la noche durante las fases 3 y 4 del sueño no REM y suelen comenzar con un grito de pánico, no hay recuerdo de sueños o aparecen sólo imágenes sueltas sin que haya una historia hilvanada como en las pesadillas, la activación autónoma es intensa (taquicardia, sudoración, respiración agitada), el despertar es parcial y el cliente está confundido y desorientado y sólo responde parcialmente a los esfuerzos de otros por calmarle, y hay amnesia para el episodio al despertarse por la mañana (American Psychiatric Association, 1994/1995).

La exposición con o sin componentes de dominio es un **tratamiento eficaz** para las pesadillas recurrentes, aunque los estudios controlados son muy escasos (véanse, p.ej., Burgess, Gill y Marks, 1998, y los tres estudios sobre desensibilización sistemática citados en Krakow y cols., 1995). Por otra parte, cuando las pesadillas están asociadas a otros trastornos, como las fobias específicas o el trastorno por estrés postraumático (TEPT), a veces desaparecen al tratar dichos trastornos. Sin embargo, en otros casos, especialmente en el caso del TEPT, puede ser necesario tratarlas directamente.

En el tratamiento de **exposición sin escena de dominio**, el paciente imagina (e incluso verbaliza) con todo detalle la pesadilla al tiempo que intenta lograr la mayor implicación emocional posible. La escena se mantiene hasta que se produce una reducción significativa de la ansiedad. Como tarea para casa, el paciente debe seguir imaginado la pesadilla igual que ha hecho en la sesión. La pesadilla se sigue trabajando en sesiones posteriores hasta que deja de causar un males-

tar clínicamente significativo o interferencia en áreas importantes de la vida. Burgess, Gill y Marks (1998) hallaron que la exposición autoadministrada durante 4 semanas con ayuda de un manual fue más eficaz que la autorrelajación en el post y a los 6 meses en frecuencia de pesadillas y en ansiedad y depresión. La intensidad de las pesadillas no disminuyó con este tratamiento tan breve, aunque sí ha sido observada en tratamientos más largos con desensibilización sistemática. Muchos pacientes del grupo de AEV abandonaron el tratamiento.

En la **exposición con escena de dominio**, el paciente comienza imaginando la pesadilla una o más veces y termina afrontándola con una escena en la que introduce modificaciones que contrarrestan el afecto negativo y la amenaza. Veamos dos ejemplos. Un niño con pesadillas de caer al vacío puede imaginar primero que está cayendo y luego que extiende las manos, que comienza a volar y a subir. Una mujer tenía pesadillas en las que se veía matando a su madre, cuyos ojos moribundos la traspasaban de modo aterrador. Se le hizo contar en detalle tres veces seguidas la pesadilla, lo cual hizo con un llanto intenso y terminando con un grito: "¡mi condenada madre; siempre gana!". A partir de aquí se le pidió que escribiese descripciones detalladas de su pesadilla con finales en los que ella, no su madre, ganase (Marks, 1987/1991).

Krakov y cols. (1993, 1995, 1996) han estudiado el procedimiento denominado **ensayo imaginal**, el cual se aplicaba inicialmente en una sesión de 2,5 horas y posteriormente en dos sesiones de 3 horas más una sesión de 1 hora, 3 semanas más tarde. A diferencia de la exposición, no se requiere imaginar las pesadillas. Para empezar, se explica al paciente la naturaleza de las pesadillas y se le enseña a realizar ejercicios de imaginación empleando escenas agradables. A continuación se le pide que: a) **Escriba una pesadilla reciente**; en el caso del TEPT, y para minimizar el papel de la exposición, se suele pedir al paciente que elija una pesadilla que no implique una reproducción del evento traumático. b) **La cambie del modo que desee** para crear un conjunto diferente de imágenes, generalmente más positivo; este nuevo sueño tiene menos elementos negativos y más elementos positivos y de dominio que la pesadilla original (si el tratamiento es en grupo, los pacientes se cuentan sus pesadillas y las nuevas imágenes). c) **Ensaye en la imaginación la nueva versión** (nuevos sueños) durante varios minutos. Finalmente, se dice al paciente que imagine la nueva escena 5-20 minutos cada día, pero no la pesadilla original. Caso de haber distintas pesadillas, se comienza por las menos traumáticas y se aplica el procedimiento a cada una de ellas. Si hay muchas diferentes por semana, se trabaja con dos de ellas como máximo. También se alienta al cliente a imaginar escenas agradables en un momento diferente del día, especialmente si piensan que su capacidad de imaginación no es muy buena.

En comparación a la lista de espera, el procedimiento de ensayo imaginal **redujo la frecuencia de las pesadillas y aumentó la calidad del sueño**. Además, los resultados se mantuvieron en seguimientos de hasta 30 meses de duración. No se hallaron diferencias en un estudio entre el grupo que recibió instrucciones para cambiar la pesadilla del modo que quisieran y el grupo al que se le dijo que modificara el final de la misma, aunque el tamaño de la muestra no fue lo bastante grande (Krakov y cols., 1995). En otro estudio, también con muestra poco numerosa, no se constataron diferencias en frecuencia de pesadillas entre el grupo que aplicó ensayo imaginal durante 1 mes y el que simplemente registró las pesadillas durante el mismo periodo; sin embargo, el primer grupo redujo más su malestar global (Krakov y cols., 1993). El ensayo imaginal ha resultado igual de eficaz que la desensibilización en un estudio.

Krakov y cols. (2000, 2001, citado en Forbes y cols., 2003) llevaron a cabo dos estudios controlados con **mujeres con TEPT** subsecuente a agresión sexual. La terapia de ensayo imaginal fue superior al no tratamiento. Tres sesiones bastaron para reducir las pesadillas y mejorar la calidad del sueño y la sintomatología global del TEPT en los seguimientos realizados a los 3 y 6 meses. Resultados similares fueron obtenidos con 6 sesiones de 1,5 horas en el postratamiento y seguimientos a los 3 y 12 meses en un estudio no controlado con veteranos australianos del Vietnam (Forbes y cols., 2003).

## AVERSIONES

Una **aversión** es una fuerte repulsión a tocar, probar o escuchar cosas ante las cuales la mayoría de la gente es indiferente o encuentra incluso agradables. Las aversiones se parecen a las fobias específicas, pero se diferencian en que: a) producen malestar, no miedo o ansiedad, y b) se dan ante estímulos diferentes de los asociados a las fobias, obsesiones o rituales. Las aversiones **provocan** escalofríos en la espina dorsal, dentera, palidez, frío, respiración honda, erizamiento de los pelos y, a veces, náuseas (Marks, 1987/1991).

**Aversiones típicas** son tocar superficies vellosas (piel de melocotón, terciopelo, pelotas de tenis nuevas, ciertas alfombras), ante, lana, plumas, artículos de goma (botas de agua), botones nacarados, algodón en hilos o en copos, alambre; escuchar sonidos chirriantes (tiza sobre la pizarra, ruido de un cuchillo contra el plato, limar las uñas); oler o probar ciertos alimentos (cebollas, yogur, fruta, carne, alimentos grasos). Es raro que las aversiones interfieran gravemente en la vida, pero pueden llegar a impedir la realización de actividades muy deseadas (trabajos que impliquen el contacto con los estímulos que provocan aversión, contacto con juguetes de peluche, llevar ropa con botones) (Marks, 1987/1991).

En la **aversión a los alimentos** la ingestión de la comida evitada produce náuseas y, a veces, vómitos. Suele comenzar en la infancia o adolescencia y, aunque es un problema raro de ver en la clínica, en los casos extremos puede llevar a déficits nutricionales al evitar alimentos básicos. La exposición graduada es un buen tratamiento para la aversión a los alimentos.

## TABLAS

Tabla 1. Miedos más comunes en la infancia y adolescencia.

Edad	Miedos
0-6 meses	Pérdida brusca de la base de sustentación (soporte), ruidos fuertes.
7-12 meses	Personas extrañas, objetos que surgen súbita e inesperadamente.
1 año	Separación de los padres, retrete, heridas, personas extrañas.
2 años	Ruidos fuertes, animales, oscuridad, separación de los padres.
3-5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuyen: pérdida de soporte, extraños.</li> <li>- Se mantienen: ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad.</li> <li>- Aumentan: daños físico, personas disfrazadas.</li> </ul>
6-8 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuyen: ruidos fuertes, personas disfrazadas.</li> <li>- Se mantienen: separación, animales, oscuridad, daño físico.</li> <li>- Aumentan: seres imaginarios (brujas, fantasmas), tormentas, soledad, escuela.</li> </ul>
9-12 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuyen: separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad.</li> <li>- Se mantienen: animales, daño físico, tormentas.</li> <li>- Aumentan: escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales, muerte.</li> </ul>
13-18 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuyen: tormentas.</li> <li>- Se mantienen: animales, daño físico.</li> <li>- Aumentan: escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte.</li> </ul>

*Nota.* Tomado de Bragado (1994) y Méndez (1999). (\*) Uso limitado.



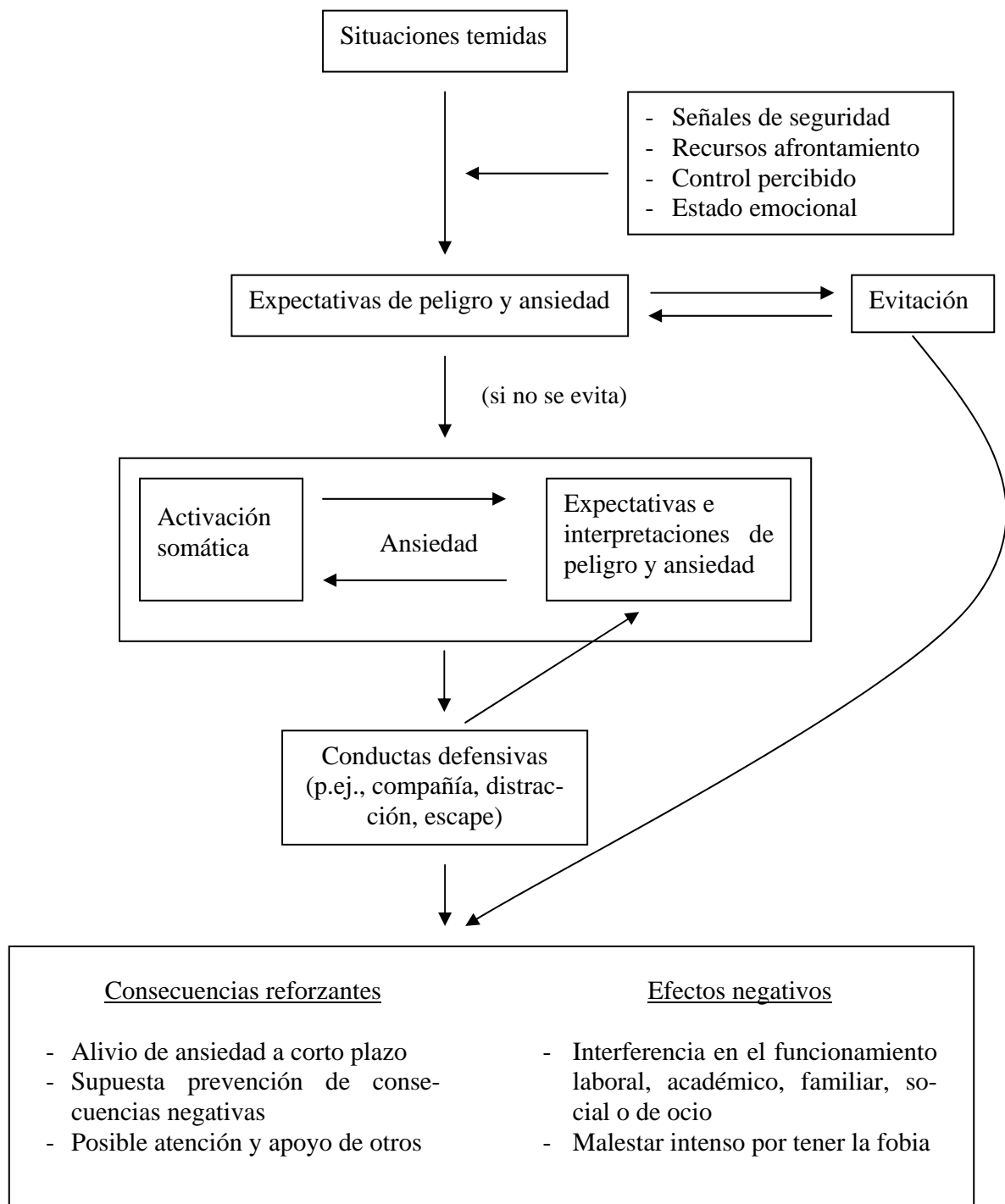


Figura 1. Modelo explicativo del mantenimiento de las fobias específicas. Tomado de Bados y Coronas (2005). (\*) Uso limitado.

Tabla 2. Técnica de las escenificaciones emotivas de Méndez y Macià (1988).

## FASE DE PREPARACIÓN

Se construye una **jerarquía de exposición** (de unos 20-30 ítems). Para ordenar los ítems, se emplea el método de comparación por pares ("¿qué te da más miedo esto o esto?") por ser aplicable con niños pequeños. [La jerarquía puede construirse por partes en vez de toda entera desde el principio.]

Se pide al **niño que elija un héroe**, alguien con el que se sienta a gusto y seguro. Asimismo, se eligen aquellos **otros personajes** que, junto con el héroe, van a representar en las escenificaciones emotivas el propio niño, el terapeuta y/u otros participantes. Posibles héroes son Supermán, Batman, Spiderman, Superratón, He-man, David el gnomo, Espinete, D'Artacan, Willy Fogg, Lasie, Lucky Luke, etc. Conviene estar al tanto de las series de dibujos animados, programas de TV, tebeos, etc., para sintonizar con el niño y evitar la elaboración de tramas disonantes.

Se **seleccionan** los reforzadores a emplear. En todos los casos se utilizan **reforzadores sociales** tales como **alabanzas** ("¡muy bien valiente!", "¡estás hecho un machote!", "¡bravo, campeón!") y otros medios de aprobación: **expresiones faciales** (sonrisas, guiños), **gestos y contacto físico** (besitos de esquimal frotándose mutuamente las puntas de la nariz, palmadas como las que se dan los jugadores de baloncesto). Es también frecuente seleccionar **reforzadores materiales** (caramelos, chicles) y/o de actividad (jugar a ciertas cosas), e incluso implantar una **economía de fichas**. En este caso pueden emplearse fichas de dos colores; las primeras, con un valor doble, se consiguen por realizar un ítem al primer intento, y las segundas, por realizarlo en intentos posteriores.

## FASE DE APLICACIÓN

La **duración** de las sesiones suele ser de 30 minutos, aunque pueden llegar a 1 hora. Pueden hacerse hasta 3-4 sesiones por semana y el **lugar** preferido es el contexto natural donde ocurre el problema.

Se explica al niño cómo se va a desarrollar la sesión. Esto implica decir qué personaje va a representar cada uno, fomentar expectativas de comportamiento valiente, anticipar que en alguna ocasión puede experimentar algo de miedo y que si esto ocurre, basta con avisar y el terapeuta pondrá fin a la situación ansiógena.

Niño, terapeuta y otros posibles participantes **comienzan a jugar** interpretando cada uno su papel de acuerdo con un **argumento inventado** al que el niño puede contribuir. El terapeuta debe procurar que la trama inventada permita la inclusión de las situaciones temidas a afrontar.

Cuando el niño está activamente implicado en el juego, se le pide que ejecute el primer ítem de la jerarquía o, en sesiones posteriores, el ítem que corresponda. Caben entonces tres posibilidades básicas:

- **El niño lleva a cabo el ítem.** Entonces, se le refuerza socialmente de inmediato e igualmente se le entregan enseguida cualesquiera otros reforzadores materiales y/o generalizados (fichas canjeables) que se hubiera decidido emplear.
- **El niño comienza el ítem, pero indica, según una señal previamente convenida, que tiene miedo.** El terapeuta pone fin a la situación fóbica y sigue actuando como se indica en la tercera posibilidad.
- **El niño se niega a realizar el ítem.** La pauta a seguir es la siguiente. **Se continúa el juego** y una vez que el niño vuelve a estar totalmente metido en su papel, el terapeuta, con aviso previo, lleva a cabo la conducta de aproximación al tiempo que explica al niño la manera correcta de proceder y la ausencia de consecuencias negativas. Este modelado se repite las veces necesarias hasta que el niño, ante la invitación del terapeuta, es capaz de realizar la conducta, aunque sea con ayuda. Tras esto, es reforzado. Si el modelado parece insuficiente, están las opciones de crear un ítem de dificultad intermedia entre el actual y el anterior o de volver a practicar el ítem anterior. Por otra parte, el modelo no tiene por qué ser el terapeuta, sino que puede ser otro niño o adulto.

(continúa)

Tabla 2. (Continuación)

Una vez hecho un ítem, se repite varias veces sin que el niño necesite ayuda ni muestre señales de miedo o conductas defensivas ni informe haber experimentado ansiedad. Conseguido esto, se pasa al siguiente ítem de la jerarquía.

Una sesión se termina siempre con un ítem superado por el niño, ítem con el que se comienza la siguiente sesión. Si por falta de tiempo se ve que el niño no va poder superar el ítem que se está trabajando, se vuelve a practicar el ítem anterior y se pone fin a la sesión.

## FASE DE CONSOLIDACIÓN

Incluye las actividades programadas para mantener y generalizar los cambios logrados. Muchas de ellas corren paralelas a las de la fase anterior.

**Sesiones de sobreaprendizaje.** Una vez superados todos los ítems de la jerarquía, se llevan a cabo dos sesiones más en las que se repite la parte superior de la jerarquía o bien aquellos ítems que habían sido más difíciles de dominar. Suelen introducirse variaciones en los argumentos a escenificar para que no decaiga la motivación.

**Colaboración de los padres.** Ya desde el comienzo, los padres son una fuente importante de colaboración en la evaluación y en el tratamiento. Se les dan instrucciones verbales y escritas para que refuercen adecuadamente al niño por sus conductas de aproximación, para que le ayuden en las actividades entre sesiones y para que modifiquen ciertas conductas que pueden mantener y/o agravar el problema del niño (intentar convencerle de que no debe tener miedo, burlarse de sus miedos, emplear las situaciones temidas como posibles castigos, favorecer las conductas de escape o evitación tal como permitir que el niño con miedo a la oscuridad duerma con sus padres, etc.). En la última sesión se instruye a los padres sobre como afianzar los progresos logrados.

**Actividades entre sesiones.** Incluyen practicar situaciones del tipo ya superado en las sesiones de tratamiento. El objetivo es aumentar las oportunidades de práctica y el que esta tenga lugar en contextos diferentes.

**Otros componentes.** Como es habitual en la clínica, el procedimiento de escenificaciones emotivas se complementa con aquellos otros que parezcan necesarios de cara a adaptarse a cada caso y problema. Así, en las fobias a animales suele darse **información** e incluso **entrenamiento en habilidades** sobre cómo tratarlos (cómo acariciar a un gato, con qué perros se puede jugar). Similarmente, en los casos en los que los miedos parezcan estar influidos por determinadas **creencias** habrá que actuar sobre estas. Méndez y Macià (1988) presentan un método interesante al respecto con un niño con fobia a la oscuridad que creía que en el fondo del armario se esconden monstruos. El método tiene dos fases consecutivas:

- En una habitación con armarios, primero iluminada y luego en penumbra, se pide al niño que imagine un monstruo y lo describa en voz alta. Inmediatamente, se le pide que abra los ojos, que atienda a lo que realmente hay en la habitación y que lo diga en voz alta (control de pensamientos fóbicos mediante respuestas incompatibles).
- En oscuridad total se pide al niño que imagine al monstruo y cuando dice que ya lo ve, se le dice que lo imagine con una narizota gorda como un tomate, con una sonrisa enorme como la de un payaso, etc. Seguidamente, el terapeuta pregunta si parece un monstruo de chiste. Tras la respuesta afirmativa, se pide al niño que imagine escenas de risa con el monstruo (que le caiga encima un cubo de agua, que se siente sin darse cuenta sobre un huevo crudo, etc).

*Nota.* Tomado de Bados (1998, págs. 213-216). (\*) Uso limitado.

Tabla 3. Jerarquía de 22 escenas para una fobia a volar, descripción de una de las escenas y ejemplos de autodeclaraciones de afrontamiento.

1. Estás en casa escuchando la música del parte meteorológico del Telediario.
2. Igual que la "1", pero escuchando realmente la música grabada en cinta.
3. Conduces un coche y ves despegar un avión.
4. Dentro de 15 días harás un viaje en avión a Madrid.
5. Ves un avión a punto de despegar.
6. Estás haciendo cola para entregar la tarjeta de embarque.
7. Faltan unos momentos para que despegue el avión.
8. El avión se dirige a la cabecera de la pista.
9. Te imaginas viendo despegar un avión y que tú vas dentro.
10. Vuelves de Madrid a Barcelona en un DC-10. El vuelo es tranquilo y sin incidencias.
11. Te avisan que tienes que volar a Canarias dentro de unas horas.
12. Miras el informe meteorológico (tiempo inestable) y piensas que mañana tendrás que hacer un viaje a Madrid.
13. Te encuentras en el avión en el momento que este despega.
14. Haces el vuelo Madrid-Barcelona. El avión se mueve un poco.
15. Te avisan para que vayas inmediatamente a Madrid. Hace muy mal tiempo.
16. Momentos antes de subir al avión, un compañero que vuelve de Madrid te comenta que ha tenido un vuelo malísimo.
17. Viajas a Madrid con mal tiempo.
18. Haces un vuelo a Madrid muy parecido al que hiciste aquella primera vez en que pasaste tanto miedo.
19. Viajas a Ibiza, vuelo que realmente tendrás que hacer dentro de pocos días acompañado de una amiga.
20. Viajas a Montevideo.
21. Haces un vuelo a Madrid. (Al mismo tiempo que imagina la escena, el cliente escucha la grabación real de los ruidos de un vuelo.)
22. Viajas a Ibiza, vuelo que realmente harás dentro de pocos días (El cliente escucha la misma cinta que en la escena "21").

*Descripción completa de la escena 17.* Te encuentras en el 727 de Iberia con destino a Madrid. Hace 5 minutos que habéis despegado y aún no se ha apagado la señal para desabrocharse los cinturones. (Pausa.) Tú vas sentado en la fila 12 y ves los movimientos del ala derecha. (Pausa.) En ese momento el comandante se presenta por el sistema de megafonía y previene que durante casi todo el vuelo tendréis que permanecer con los cinturones abrochados debido al mal tiempo que existe en ruta. (Pausa.) Tú sabes que realmente no hay peligro real, pero notas como empiezas a sentirte algo inquieto. Sientes una opresión en el estómago y observas cómo la tensión se va apoderando de tu cuerpo. Te agarras con fuerza al asiento y notas cómo tus manos se han humedecido.

*Ejemplos de autodeclaraciones de afrontamiento.* **Preparándose para volar en avión:** Siempre he sentido un poco de tensión antes de viajar. A pesar de estar algo inquieto, sé que puedo hacerlo. **Afrontando el volar en avión:** Piensa en todos los vuelos que has hecho antes sin problemas. Relaja los músculos y concéntrate en la respiración. **Afrontando momentos críticos de intenso miedo:** No te preocupes, es sólo cuestión de tiempo. Piensa en todos los vuelos movidos que has hecho antes y en ninguno has tenido problemas. **Reflexión posterior:** Aunque no haya conseguido estar completamente tranquilo, sé que me quedan otras oportunidades para quitarme por completo el miedo. La próxima vez ya tengo un punto de partida.

*Nota:* Tomado de Bados y Genís (1988, págs. 47-49). (\*) Uso limitado.

Tabla 4. Programa para el miedo a volar en avión de Rubio, Cabezuelo y Castellano (1996).

**Sesión 0 (2ª sesión de evaluación).** Desdramatización del problema. Conceptualización del problema en términos de aprendizaje. Objetivos a conseguir. Presentación del tratamiento. Contrato terapéutico.

**Sesión 1.** Relajación muscular progresiva mediante tensión-relajación de músculos. Tareas para casa: práctica diaria de la relajación.

**Sesión 2.** Revisión de las tareas para casa y de los autorregistros asociados (esto se repite en el resto de las sesiones). Información relacionada con los aviones: por qué vuelan, proceso de vuelo, turbulencias, seguridad del avión como medio de transporte, preparación del personal de vuelo, ejercicios de desentumecimiento para vuelos largos, *jet lag*; esta información se entrega por escrito al final de la sesión. Tareas para casa: práctica diaria de la relajación.

**Sesión 3.** Relajación diferencial. Explicación del modelo A-B-C de la terapia racional-emotiva. Métodos para detectar las ideas irracionales. Elaboración de ideas positivas sobre el hecho de volar. Pasos a seguir para discutir y eliminar las ideas irracionales. Jerarquización de tareas de exposición en vivo (metro o autobús en hora punta, asomarse desde un sitio alto, subir en ascensores exteriores, subir a un sitio alto, ver despegar aviones, acompañar al aeropuerto a alguien que tiene que coger un avión, subir en teleférico, hacer un vuelo corto). Tareas para casa: relajación, primer paso de la exposición en vivo, discusión y eliminación de ideas irracionales durante exposición en vivo.

**Sesión 4.** Entrenamiento en imaginación. Desensibilización sistemática con los dos primeros ítems de la jerarquía. Tareas para casa: igual que sesión 3, pero siguiente paso de la exposición en vivo.

**Sesión 5.** Desensibilización sistemática (6 ítems más). Tareas para casa: igual que sesión 4, pero sin autorregistro de relajación; se añade además la autoadministración de la desensibilización sistemática con los ítems trabajados en la sesión.

**Sesión 6.** Desensibilización sistemática (6 ítems más). Tareas para casa: Igual que sesión 5.

**Sesión 7.** Desensibilización sistemática (6 ítems más). Preparación para el vuelo real. Tareas para casa: Igual que sesión 5.

**Sesión 8.** Vuelo real.

---

*Nota.* Tomado de Bados (1998, pág. 200). (\*) Uso limitado.

Tabla 5. Técnica de la tensión aplicada de Öst y Sterner (1987).

## SESIÓN 1

**Se justifica el tratamiento.** Para ello, se describe la respuesta fisiológica difásica y se explica que al disminuir rápidamente la presión sanguínea, hay una reducción del riego sanguíneo cerebral, lo que lleva a sentirse mareado y, en muchos casos, al desmayo. Una habilidad que puede aplicarse rápida y fácilmente para contrarrestar este estado de cosas es la tensión aplicada, ya que de este modo aumenta la presión sanguínea y el riego cerebral.

Se explica que la tensión aplicada tiene dos partes: a) aprender a **tensar los grandes grupos musculares** y b) aprender a **identificar los primeros signos de la caída de presión arterial** con el fin de emplearlos como una señal para aplicar la tensión. Esto último se consigue gracias a la exposición a diversos estímulos de sangre/heridas bajo la supervisión del terapeuta.

**Se discuten con el paciente cualesquiera dudas y preguntas** que pueda tener: ¿Me desmayaré si no soy lo bastante rápido o eficiente en la aplicación de la técnica? ¿Es peligroso desmayarse? En principio no es peligroso desmayarse durante el tratamiento a no ser que uno caiga mal y se lastime. Las reacciones de mareo y sensaciones de desmayo son bienvenidas ya que permiten aplicar la técnica de tensión. Además, esta permite recuperarse mucho más rápidamente caso de haber ocurrido un desmayo.

A continuación **se enseña la técnica** de la tensión aplicada. Tras el modelado por parte del terapeuta, el paciente se sienta en un sillón y tensa los músculos de los brazos, torso y piernas durante 10-15 segundos, justo lo suficiente para sentir calor en la cara. Luego, libera la tensión hasta un nivel normal (no un nivel de relajación). Tras 20-30 segundos, se vuelve a tensar y destensar. Esto se repite 5 veces. Como tarea para casa el paciente debe hacer 5 ciclos de tensión-distensión 5 veces al día.

**Dos posibles problemas** son los siguientes: a) La aparición de dolor de cabeza debido a una tensión demasiado intensa y/o frecuente. Esto se soluciona reduciendo la intensidad y/o frecuencia de la tensión. b) Algunos pacientes dicen no saber si están tensando los músculos correctos o si los están tensando bien. Posibles soluciones son pedir al paciente que imagine que es un culturista o usar un esfigmomanómetro para que el paciente compruebe que la presión sanguínea sube y que, por tanto, está realizando bien la tensión muscular.

## SESIONES 2 y 3

Se muestran al paciente una serie de **diapositivas** (unas 30) de gente herida y mutilada con un **doble propósito**: a) Que el paciente reconozca los primeros signos de una caída de la presión sanguínea (p.ej., mareo, sudor frío en la frente, malestar estomacal, náusea). b) Proporcionar al paciente oportunidades para aplicar la tensión muscular antes de emplear esta en situaciones naturales.

Por tanto, hay que usar un material (fotos, diapositivas, vídeos) que produzca reducciones de la presión sanguínea y hay que pedir al cliente que esté atento para identificar y verbalizar los signos mencionados, y para aplicar la tensión de un modo lo suficientemente rápido y prolongado como para contrarrestar la respuesta inicial. En caso de desmayo, el paciente, una vez reanimado, debe aplicar la técnica para recuperarse más rápidamente.

(continúa)

Tabla 5. Continuación.

---

#### SESIÓN 4

El paciente es acompañado a un **centro de donantes de sangre** para que disponga de una situación natural en la que aplicar la técnica de tensión. Una enfermera le enseña el material y cómo se guarda la sangre donada. Luego el paciente observa cómo se extrae sangre a otros donantes y finalmente él mismo dona sangre. Si sus condiciones físicas le permiten ser donante habitual, se le aconseja esto para mantener los cambios logrados durante la terapia.

Puesto que el tensar ambos brazos puede impedir o dificultar la punción venosa, puede enseñarse al paciente en esta sesión cómo relajar un brazo al mismo tiempo que se tensa el otro, el torso y las piernas.

#### SESIÓN 5

El paciente es llevado al Departamento de Cirugía Torácica para que desde la sala de observación pueda **ver una operación torácica**. El objetivo es que el paciente aplique la técnica de tensión aprendida. Si se desmaya, lo cual es raro, se le reanima y se sigue con la exposición lo más pronto posible. Para ello, se pide al paciente que tense sus músculos primero estirado en el suelo, luego sentado sin mirar la operación y luego girándose poco a poco hacia la mesa de operaciones.

Se revisa el progreso conseguido hasta el momento y se llega a un acuerdo sobre un **programa de mantenimiento** durante los 6 meses siguientes. Las características fundamentales de este programa son: contrato con el terapeuta, exposición continuada a situaciones de sangre/heridas (fotos de personas heridas, programas televisivos de cirugía, hablar sobre estos temas, visitar a personas heridas, ver cómo otros donan sangre, donar sangre), autorregistros de las tareas de exposición y de las reacciones a las mismas, envío por correo de los registros al terapeuta y contactos telefónicos con este cada 2-4 semanas.

---

Nota. Tomado de Bados (1998, págs. 216-218). (\*) Uso limitado.

## REFERENCIAS

- Aartman, I.H.A., Everdingen, T. van, Hoogstraten, J. y Schuurs, A.H.B. (1996). Appraisal of behavioral measurement techniques for assessing dental anxiety and fear in children: A review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 153-171.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson. (Original de 1994.)
- Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B.O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- 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., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1089-1100.
- Antony, M.M., McCabe, R.E., Leeuw, I., Sano, N. y Swinson, R.P. (2001). Effect of distraction and coping style on in vivo exposure for specific phobia of spiders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1137-1150.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- Arrindell, W.A., Eisemann, M., Richter, J., Oei, T.P.S., Caballo, V.E., van der Ende, J., Sanavio, E., Bages, N., Feldman, L., Torres, B., Sica, C., Iwawaki, S., Edelmann, R.J., Crozier, W.R., Furnham, A. y Hudson, B.L. (2003). Phobic anxiety in 11 nations part I: Dimensional constancy of the five factor model. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 461-479.
- Arrindell, W.A., Oei, T.P.S., Evans, L. y Van der Ende, J. (1991). Agoraphobic, animal, death-injury-illness and social stimuli clusters as major elements in a four-dimensional taxonomy of self-rated fears: First-order level confirmatory evidence from an Australian sample of anxiety disorder patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 227-249.
- AuBuchon, P. G. (1993). Formulation-based treatment of a complex phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 63-71.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bados, A. (1998). Fobias específicas. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, págs. 169-218). Madrid: Dykinson.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Coronas, M. (2005). Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/heridas (pp. 47-65). En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Genís, F. (1988). Tratamiento de una fobia a volar. En D. Maciá y F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos* (pp. 40-55). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Guardia, J. (1983). Eliminación de varias fobias a animales mediante modelado participante, utilizando un diseño de línea base múltiple. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 143-160.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 301-335). Nueva York: Oxford University Press.
- 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.
- Beck, A.T. y Emery, G. (con Greenberg, R.L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Bienvenu, O.J. y Eaton, W.W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dirs.), *Fobia social* (pp. 97-140). Barcelona: Masson.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1993). Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 583-607.
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., García de la Banda, G., Fullana, M.A. y Llabrés, J. (1999). Validación factorial del Cuestionario de Miedo a Volar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 886-907.
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J., Mühlhberger, A., Pauli, P. y Barceló, F. (2002). Clinical usefulness of a simulated exposure treatment for fear of flying. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 247-262.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.



- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (Comps.). (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Baños, R.M., Villa, H., Perpiñá, C., y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Botella, C., Osmá, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 311-323.
- Bragado, M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Burgess, M., Gill, M. y Marks, I. (1998). Postal self exposure treatment of recurrent nightmares: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 257-262.
- Burnham, J.J. y Gullone, E. (1997). The Fear Survey Schedule for Children-II: A psychometric investigation with American data. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 165-173.
- Cacioppo, J.T. y Petty, R.E. (1981) Social psychological procedures for cognitive response assessment: The thought-listing technique. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.) *Cognitive assessment* (pp. 309-342). Nueva York: Guilford.
- Capafons, J.I., Alvero, P., Sosa, C.D. y López-Curbelo, M. (1999). Fobia a viajar en avión: Valoración de un programa de exposición. *Psicología Conductual*, 7, 119-135.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D., Herrero, M. y Viña, C. (1997). The assessment of fear of flying: Elaboration and validation of a videotape as an analogous situation of a flight. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 118-130.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D y Prieto, P. (2004). Comparación de tres programas terapéuticos para la fobia a viajar en avión. *Psicothema*, 16, 661-666.
- Carlin, A.S., Hoffman, H.G. y Weighorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chorpita, B. F., Vitali, A.E., Barlow, D. H. (1997). Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 307-315.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Craske, M.G. (1991). Phobic fear and panic attacks: The same emotional states triggered by different cues? *Clinical Psychology Review*, 11, 599-620.
- Craske, M.G., Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). *Mastery of your specific phobia; Therapist guide*. Albany, NY: Graywind.
- Craske, M.G., Barlow, D.H. y Meadows, E. (2000). *Mastery of your anxiety and panic – 3rd edition (MAP-3): Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Craske, M.G., Mohlman, J., Glover, D. y Valeri, S. (1995). Treatment of claustrophobias and snake/spider phobias: Fear of arousal and fear of context. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 197-203.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- 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, C. y Watson, D. (2004). The phobic stimuli response scales: a new self-report measure of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1193-1201.
- Davey, G.C.L., de Jong, P.G. y Tallis, F. (1993). UCS inflation in the aetiology of anxiety disorders: Some case histories. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 495-498.
- Davey, G.C., Forster, L. y Mayhew, G. (1993). Familial resemblances in disgust sensitivity and animal phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 41-50.
- de Jongh, A., Muris, P., Schoenmakers, N. y Horst, G. ter (1995). Negative cognitions of dental phobics: Reliability and validity of the Dental Cognitions Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 507-515.
- de Jongh, A., Muris, P., Horst, G. ter, van Zuuren, F., Schoenmakers, N. y Makkes, P. (1995). One-session cognitive treatment of dental phobia: Preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 947-954.
- de Jong, P.J., Vorage, I. y van den Hout, M.A. (2002). Counterconditioning in the treatment of spider phobia: Effects on disgust, fear and valence. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1055-1069.
- Dewis, L.M., Kirkby, K.C., Martin, F., Daniels, B.A., Gilroy, L.J. y Menzies, R.G. (2001). Computer-aided exposure versus live graded exposure for spider phobia in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 17-27.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E. (1993a). *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E. (1993b). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Echeburúa, E. (1993c). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. La Coruña: Fundación Paidea.
- Edelmann, R. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Eli, I., Baht, R. y Blacher, S. (2004). Prediction of success and failure of behavior modification as treatment for dental anxiety. *European Journal of Oral Sciences*, 112, pp. 311-315.
- Elisen, A. R., Silverman, W. K. (1991). Treatment of an adolescent with bowel movement phobia using self-control therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 45-51.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G., Krijn, M., Hulsbosch, A.M., de Vries, S., Schuemie, M.J. y van der Mast, C.A.P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Essau, C.A., Conrado, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 221-231.
- Febbraro, G.A.R. y Clum, G.A. (1995). A dimensional analysis of claustrophobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 335-351.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Fernández Parra, A. y Luciano, M.C. (1992). Limitaciones y problemas de la teoría de la preparación biológica de las fobias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 203-230.
- Forbes, D., Phelps, A.J., McHugh, A.F., Debenham, P., Hopwood, M. y Creamer, M. (2003). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 509-513.
- Forsyth, J.P. y Eiffert, G.H. (1996). Systemic alarms in fear conditioning I: A reappraisal of what is being conditioned. *Behavior Therapy*, 27, 441-462.
- Fullana, M.A. y Tortella-Feliu, M. (2001). Predictores de resultado terapéutico en el miedo a volar en avión. *Psicothema*, 13, 617-621
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H. y Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 33-39.
- García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness III, T.A. y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983-993.
- Glantz, K., Durlach, N.I., Barnett, R.C. y Aviles, W.A. (1996). Virtual reality (VR) for psychotherapy: From the physical to the social environment. *Psychotherapy*, 33, 464-473.
- Glantz, K., Rizzo, A. y Graap, K. (2003). Virtual reality for psychotherapy: Current reality and future possibilities. *Psychotherapy*, 40, 55-67.
- Goldberg, J., Weisenberg, M. (1992). The case of a newspaper phobia in a 9-year-old child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 125-131.
- Götestam, K.G. (2002). One session group treatment of spider phobia by direct or modelled exposure. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 18-24.
- Haidt, J., McCauley, C. y Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713.
- Harrell, J.P. y Wright, L.W. (1998). The development and validation of the Multicomponent AIDS Phobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 201-216.
- Hellström, K., Fellenius, J. y Öst, L-G (1996). One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 101-112.
- Hellström, K. y Öst, L-G (1995). One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959-965.
- Hellström, K. y Öst, L-G (1996). Prediction of outcome in the treatment of specific phobia. A cross validation study. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 403-411.
- Hepburn, T. y Page, A.C. (1999). Effects of images about fear and disgust upon responses to blood injury phobic stimuli. *Behavior Therapy*, 30, 63-77.
- Herreros, L., López, A.E. y Olivares, M.E. (1991). Eliminación de una fobia simple a las cucarachas mediante técnicas de exposición y autoexposición. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 9, 167-188.
- Hersen, M. y Last, C.G. (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Hofmann, S.G., Lehman, C.L. y Barlow, D.H. (1997). How specific are specific phobias? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 233-240.
- Husek, T.R. y Alexander, S. (1963) The effectiveness of anxiety differential in examination stress situations. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 309-318.
- Johnstone, K.A. y Page, A.C. (2004). Attention to phobic stimuli during exposure: The effect of distraction on anxiety reduc-

- tion, self efficacy and perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 249-275.
- Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatment for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1163-1181.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heredability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H-U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kindt, M., Brosschot, J.F. y Muris, P. (1996). Spider Phobia Questionnaire for Children (SPQ-C): A psychometric study and normative data. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 277-282.
- King, N.J., Hamilton, D.I. y Ollendick, T.H. (1988). *Children's phobias: A behavioural perspective*. Chichester: Wiley.
- King, N.J., Ollendick, T.H. y Tonge, B.J. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kleinknecht, R.A., Kleinknecht, E.E., Sawchuk, C.N., Lee, T.C. y Lohr, J. (1999). The Medical Fear Survey: Psychometric properties. *The Behavior Therapist*, 22, 109-112, 119.
- Kleinknecht, R.A., Thorndike, R.M. y Walls, M.M. (1996). Factorial dimensions and correlates of blood, injury, injection and related medical fears: Cross validation of the Medical Fear Survey. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 323-331.
- Koch, E.I., Spates, C.R. y Himle, J.A. (2004). Comparison of behavioral and cognitive-behavioral one-session exposure treatments for small animal phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1483-1504.
- Koch, M.D., O'Neill, H.K., Sawchuk, C.N. y Connolly, K. (2002). Domain-specific and generalized disgust sensitivity in blood-injection-injury phobia: The application of behavioral approach/avoidance tasks. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 511-527.
- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, Dorothy. y cols. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: With a thirty month follow up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 325- 330
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 837-843.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1996). Long term reduction of nightmares with imagery rehearsal treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 135-148
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Kuch, K., Cox, B.J. y Dorenfeld, D.M. (1995). A brief self-rating scale for PTSD after road vehicle accident. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 503-514.
- Lang, A.J. y Craske, M.G. (2000). Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1-12.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J.R., Lewinsohn, M. y Sack, W.H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
- Lipsitz, J.D., Barlow, D.H., Mannuzza, S., Hofmann, S.G. y Fyer, A.J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.
- Lipsitz, J.D., Mannuzza, S., Klein, D.F., Ross, D.C. y Fyer, A.J. (1999). Specific phobia 10-16 years after treatment. *Depression and Anxiety*, 10, 105-111.
- Logsdail, S., Lovell, K., Warwick, H. y Marks, I. (1991). Behavioural treatment of AIDS-focused phobia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 422-425.
- López, P. (1996). Entrenamiento en un caso de fobia a la oscuridad y miedo a estar solo en la cama. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 823-833.
- Macià, D. y Méndez, F.X. (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H-U., McGonagle, K.A. y Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M. Y Allen, G.J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1112-1118.
- Mandler, G., Mandler, J. y Uviller, E. (1958) Autonomic feedback: The perception of autonomic activity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 367-373.
- Marks, I.M. (1986). *Behavioral psychotherapy: Maudsley pocket book of clinical management*. Bristol: Wright.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 1: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Marshall, W.L. (1985). The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 16, 117-135.
- McGlynn, F.D. y Cornell, C.E. (1985). Simple phobia. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 23-48). Nueva York: Plenum.
- Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Cómo ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1988). Escenificaciones emotivas: Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 323-351.

- Méndez, F.X. y Macià, D. (1990). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (pp. 38-73). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy* (pp. 426-483). Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2004). Emotive performances for the phobia of the dark: A controlled essay. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 505-520.
- Méndez, F.X., Orgilés, M. y Rosa, A.I. (2005). Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: Una revisión cuantitativa. *Anales de Psicología*, 21, 73-82.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.
- Menzies, R.G. (1996). Individual response patterns and treatment matching in the phobic disorders: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 1-10.
- Menzies, R.G. y Clarke, C. (1993). A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 9-15.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1995a). The etiology of phobias: A nonassociative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23-48.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1995b). Individual response patterns, treatment matching, and the effects of behavioral and cognitive interventions for acrophobia. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 141-160.
- 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.
- Muhlberger, A., Wiedemann, G., Pauli, P. (2003). Efficacy of a one session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research*, 13, 323-336.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muris, P., de Jong, P.J., Merckelbach, H. y van Zuuren, F. (1993). Is exposure therapy outcome affected by a monitoring coping style? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 291-300.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. y Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T.H., King, N.J., Meesters, C. y van Kessel, C. (2002). What is the Revised Fear Survey Schedule for Children measuring? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1317-1326.
- Muris, P. y Ollendick, T.H. (2002). The assessment of contemporary fears in adolescents using a modified version of the Fear Survey Schedule for Children-Revised. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 567-584.
- Newman, M.G., Erickson, T., Przeworski, A. y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Oliver, N.S. y Page, A.C. (2003). Fear reduction during in vivo exposure to blood-injection stimuli: Distraction vs. attentional focus. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 13-25.
- Orejudo, S. y Froján M.X. (1996). Tratamiento de una fobia a conducir. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 463-480.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J.P. (2005). Contribución de la economía de fichas a la eficacia de las escenificaciones emotivas en el tratamiento de la fobia a la oscuridad. *Ansiedad y estrés*, 11, 7-16.
- Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A.I. (2003). Análisis de los componentes del programa de escenificaciones emotivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 561-587.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10, 481-502.
- Öst, L-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L-G. (1989a). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
- Öst, L-G. (1989b). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L-G. (1992a). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74.
- Öst, L-G. (1992b). Cognitive therapy in a case of choking phobia. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 79-84.
- Öst, L-G., Alm, T., Brandberg, M. y Breitholtz, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 167-183.
- Öst, L-G., Brandberg, M. y Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 987-996.
- Öst, L-G., Fellenius, J. y Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure *in vivo*, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561-574.
- Öst, L-G. y Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.

- Öst, L.-G., Svenson, L., Hellström, K. y Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 814-824.
- Page, A.C. (1994). Blood-injury phobia. *Clinical Psychology Review*, *14*, 443-461.
- Page, A.C., Bennet, K.S., Carter, O., Smith, J. y Woodmore, K. (1997). The Blood-Injection Symptom Scale (BISS): Assessing a structure of phobic symptoms elicited by blood and injections. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 457-464.
- Park, J.-M., Mataix-Cols, D., Marks, I.M., Ngamthipwatthana, T., Marks, M., Araya, R. y Al-Kubaisy, T. (2001). Two-year follow-up after a randomised controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobic-panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 543-548.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 56-64.
- Poulton, R., Davies, S., Menzies, R.G., Langley, J.D. y Silva, P.A. (1998). Evidence for a non-associative model of the acquisition of a fear of heights. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 537-544.
- Powers, M.B., Smits, J.A. y Telch, M.J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 448-454.
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *12*, 1-30.
- Rachman, S. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, *11*, 155-173.
- Radomsky, A.S., Rachman, S., Thordarson, D.S., McIsaac, H.K. y Teachman, B.A. (2001). The Claustrophobia Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *15*, 287-297.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*, 47-67.
- Rentz, T.O., Powers, M.B., Smits, J.A.J., Cogle, J.R. y Telch, M.J. (2003). Active imaginal exposure: Examination of a new behavioral treatment for cynophobia (dog phobia). *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1337-1353.
- Ressler, K.J., Rothbaum, B.O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zidman, A., Hodges, L. y Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1136-1144.
- Rodriguez, B.I. y Craske, M.G. (1993). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 549-558.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Anderson, P.L., Price, L. y Smith, S., (2002). Twelve-month follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 428-432.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J.H. y Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 1020-1026.
- Rowe, M.K. y Craske, M.G. (1998). Effects of an expanding-spaced vs massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 701-717.
- Roy-Byrne, P.P. y Cowley, D.S. (2002). Pharmacological treatment for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 337-365). Nueva York: Oxford University Press.
- Rubio, V.J., Cabezuelo, F.J. y Castellano, M.A. (1996). *El miedo a volar en avión. Un problema frecuente con una solución al alcance*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Effektivitaet psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstoerung: Meta Analysen auf Stoerungsebene (Efficacy of psychological treatments for specific phobia and obsessive compulsive disorder). *Verhaltenstherapie*, *11*, 14-26. Resumen recuperado el 17 de octubre de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*, 308-312.
- 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.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995a). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995b). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1998). Dimensiones de los miedos en niños: Estructura factorial del FSSC-R. *Psiquis*, *19*, 37-46.
- Sawchuk, C.N., Lohr, J.M., Tolin, D.F., Lee, T.C. y Kleinknecht, R.A. (2000). Disgust sensitivity and contamination fears in spider and blood-injection-injury phobias. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 753-762.
- Schulte, D. (1996). Tailor-made and standardized therapy: Complementary tasks in behavior therapy: A contrarian view. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *27*, 119-126.
- Schulte, D. (1997). Behavioural analysis: Does it matter? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*, 231-249.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Taylor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *14*, 67-92.
- Shafraan, R., Booth, R. y Rachman, S. (1993). The reduction of claustrophobia: II: Cognitive analyses. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 78-85.
- Sheehan, D.V. y Raj, A.B. (1991). Treatment of the difficult case with panic disorder. En J.R. Walker, G.R. Norton y C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 368-397). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Shore, G.N. y Rapport, M.D. (1998). The Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-HI) : Ethnocultural variations in children's fearfulness. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 437-461.

- Sloan, T. y Telch, M.J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: an experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 235-251.
- Smits, J.A.J., Telch, M.J. y Randall, P.K. (2002). An examination of the decline in fear and disgust during exposure-based treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1243-1253.
- Sosa, C.D. y Capafóns, J.I. (1995). Fobia específica. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 257-284). Madrid: Siglo XXI.
- Sosa, C. y Capafóns, J.I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 235-245). Madrid: Pirámide.
- Sosa, C. y Capafóns, J.I. (2005). *Tratando... fobias específicas*. Madrid: Pirámide.
- Sosa, C. y Capafóns, J.I., Viña, C.M. y Herrero, M. (1995). La evaluación del miedo a viajar en avión: Estudio psicométrico de dos instrumentos de tipo autoinforme. *Psicología Conductual*, 3, 133-158.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. y First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. y First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Steels, M. y Gilboy, C. (1995). Cognitive-behavioural treatment of space phobia: a case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 71-75.
- Stewart, A.E. y St. Peter, C.C. (2004). Driving and riding avoidance following motor vehicle crashes in a non-clinical sample: psychometric properties of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 859-879.
- Stouhard, M.E.A., Hoogstraten, G.J y Mellenberg, J. (1995). A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 589-595.
- Stouhard, M.E.A., Mellenberg, J. y Hoogstraten, G.J (1993). Assessment of dental anxiety: A facet approach. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 89-105.
- Szymansky, J. y O'Donohue, W. (1995). Fear of Spiders Questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 31-34.
- Taboada, A.M., Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4, 1-16.
- Taylor, C.B. y Arnou, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press.
- Telch, M.J., Valentiner, D.P., Ilai, D., Young, P.R., Powers, M.B. y Smits, J.A.J. (2004). Fear activation and distraction during the emotional processing of claustrophobic fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 219-232.
- Thorpe, S.J. y Salkovskis, P.M. (1998). Studies on the role of disgust in the acquisition and maintenance of specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 877-893.
- Tortella-Feliu, M. y Fullana, M.A. (2001). El tratamiento del miedo a volar en avión: una revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 547-569.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Van Gerwen, L.J., Spinhoven, P., Diekstra, R.F.W. y Van Dyck, R. (1997). People who seek help for fear of flying: Typology of flying phobics. *Behavior Therapy*, 28, 237-251.
- Van Gerwen, L.J., Spinhoven, P., Van Dyck, R. y Diekstra, R.F.W. (1999). Construction and psychometric characteristics of two self-report questionnaires for the assessment of fear of flying. *Psychological Assessment*, 11, 146-158.
- Vonk, M.E. y Thyer, B.A. (1995). Exposure therapy in the treatment of vaginal penetration phobia: A single-case evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 359-363.
- Wald, J. (2004). Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behavior Therapy*, 35, 621-635.
- Walk, R.D. (1956) Self-ratings of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 171-178.
- Warwick, H.M.C. y Marks, I.M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239-241.
- Watts, F.N. y Sharrock, R. (1984). Questionnaire dimensions of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 575-580.
- Wells, S., Polglase, K., Andrews, H.B., Carrington, P. y Baker, A.H. (2003). Evaluation of a meridian based intervention, emotional freedom techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 943-966.
- Wenzel, A. y Holt, C.S. (2003). Validation of the Multidimensional Blood/Injury Phobia Inventory: Evidence for a unitary construct. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 203-211.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Prentice-Hall. (original de 1997.)
- Wiederhold, B.K., Gevirtz, R.N. y Spira, J.L. (2001). Virtual reality exposure therapy vs. imagery desensitization therapy in the treatment of flying phobia. En G. Riva y C. Galimberti (Eds), *Towards cyberpsychology: Mind, cognition and society in the internet age*. (pp. 253-272). Amsterdam: IOS Press.
- Wilhelm, F.H. y Roth, W.T. (1997). Acute and delayed effects of alprazolam on flight phobics during exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 831-841.
- Williams, S.L., Turner, S.M. y Peer, D.F. (1985). Guided mastery and performance desensitization treatments for severe

- acrophobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 237-247.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas. (Original publicado en 1973.)
- Wolpe, J. y Lang, P. (1977). *Manual for the Fear Survey Schedule*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Wright, L.W., Adams, H.E. y Bernat, J. (1999). Development and validation of the homophobia scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 337-347.