

# FOBIA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

## 1. ¿QUÉ ES? Definición, criterios diagnósticos, curso y prevalencia

### 1.1. DEFINICIÓN

La palabra fobia deriva del término griego phobos (miedo, pavor), y se utiliza para denotar reacciones de miedo intenso acompañado de evitación inducidas por situaciones (reales o anticipadas) que objetivamente no justifican tales respuestas.

La característica central de los trastornos fóbicos es que el miedo y la evitación están asociados a estímulos más o menos específicos (objetos, personas, sensaciones, actividades...). Además, las reacciones de ansiedad y evitación no están justificadas por el peligro real de la circunstancia amenazante. La persona es completamente consciente de que su miedo y evitación (si existe) son excesivos e irracionales (Sandín y Chorot, 1995); no obstante, esta característica puede estar ausente en los niños y en personas con DI.

### 1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Temor marcado y persistente, excesivo o no razonable ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (ej. volar, alturas, animales, inyecciones, sangre). Este criterio es difícil de aplicar en personas con grandes necesidades de apoyo.

**A.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En personas con mayores necesidades de apoyo la ansiedad puede ser expresada por llantos, rabietas, quedándose inmóvil o aferrándose a otros.

**B.** La persona reconoce que el miedo es excesivo e irracional. En personas con DI este reconocimiento puede faltar.

**C.** La situación fóbica es evitada o se soporta con mucha ansiedad o estrés. Puede que no sea posible evitar estas situaciones por las personas con mayores necesidades de apoyo, cuando tienen pocas posibilidades de elección.

**D.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocado por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

**E.** En personas con DI la duración es de, al menos, 6 meses.

**F.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo un trastorno obsesivo-compulsivo (miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo evitación de ir a la escuela), fobia social (por ejemplo, evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historial de trastorno de angustia.

El DM-ID enumera los mismos tipos de fobia que el DSM IV sin establecer diferencia alguna en su manifestación, contenido, frecuencia de aparición, etc. Según el objeto del miedo o evitación en la fobia específica podemos encontrar los siguientes tipos:

- tipo animal: El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- tipo ambiental: El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- tipo sangre-inyecciones-daño: El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal (por ejemplo, descenso de la presión arterial y/o desmayos).
- tipo situacional: El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. No hay evidencia de que exista esta distribución bimodal en personas con DI.
- otros tipos: El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños y algunas personas con DI tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La distribución de frecuencias de estos subtipos en los centros asistenciales para adultos, de la más a la menos frecuente, es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño y, por último, animal. En muchos casos hay más de un subtipo de fobia específica. El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo (ej., miedo a los gatos y a las serpientes).

### 1.3. CURSO Y PREVALENCIA

La fobia específica es un trastorno cuya edad de inicio varía en función del tipo de objeto fóbico. En líneas generales suele aparecer en la infancia y en el momento de la edad adulta.

Las fobias específicas son los trastornos que producen menor grado de incapacitación o perturbación de entre todas las fobias. En muchas ocasiones no son clínicamente relevantes ya que la persona puede evitarlas fácilmente o no suele encontrarse con los estímulos elicitadores. Por tanto, no suelen interferir con las actividades habituales de la persona.

En población general, muchas de las fobias específicas que se inician en la infancia tienden a desaparecer espontáneamente. Las que persisten en la edad adulta suelen requerir tratamiento si la persona tiene que afrontar con frecuencia el estímulo fóbico.

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica. Según el DSM Iv (APA, 1995), la tasa de prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3% de la población. Otros estudios sitúan la prevalencia del trastorno durante un periodo de 6 meses entre el 2,7 y el 5,4% de la población y a lo largo de la vida de entre el 6,2 y 31 12,5%.

En población con discapacidad intelectual existen pocos datos epidemiológicos. En un estudio con niños británicos, Emerson y Hatton (2007) sitúan la tasa de prevalencia de los trastornos de ansiedad en el 11,4%, y concretamente las fobias específicas alrededor del 2%. En este trabajo se hacía una comparativa con niños sin discapacidad intelectual, grupo en el cual la prevalencia de la fobia específica era del 0,8%.

Por último, Novell, Rueda y Salvador-Carulla (2003) señalan que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en personas con discapacidad intelectual es similar a la población general, sin que se aporten datos más concretos para referirse a la fobia específica.

## **2. ¿CÓMO IDENTIFICARLO? Síntomas, signos e indicadores conductuales. Diagnóstico diferencial.**

### **2.1. SÍNTOMAS, SIGNOS E INDICADORES CONDUCTUALES.**

<b>Nivel Fisiológico</b>	
<b>Síntomas o Signos</b>	<b>Algunos Indicadores</b>
Tensión muscular.	Mostrarse rígido en sus movimientos y al tacto. Manifestaciones de dolor
Aumento de la tasa cardiaca, palpitaciones o sacudidas del corazón	Expresar que le palpita rápido o fuerte el corazón. Observación por parte de otros: expresión facial, gestos...Cambio/alteración conductual relacionada (por ejemplo, darse golpes en el pecho).
Presión en el pecho	Expresar dolor en el pecho, pej., poniéndose la mano. Observación por parte de otros: expresión facial, gestos..
Incremento de la tasa respiratoria. Sensación de ahogo.	Respirar demasiado deprisa y por la boca. Llanto. Expresión facial de angustia. Respiración entrecortada e irregular. Rigidez de las manos
Sudoración. Ráfagas de frío-calor.	Secarse la frente. Quitarse la ropa. Sudoración en las manos o la espalda. Tener la ropa empapada
Sequedad de boca.	Pedir o beber con mucha frecuencia. Labios secos
Dificultad para tragar.	Tragar repetidamente. Toser. Cogerse el cuello. Dificultad o negativa a comer.
Náuseas, molestias abdominales.	Vómitos. Mareo. Tirar la comida. Negarse a comer
Impulsos frecuentes de orinar.	Ir con frecuencia a orinar. Hacerse pis encima
Mareos, sensación de debilidad o inestabilidad física.	Caerse. Tropezarse. No querer moverse. Evitar hacer actividad física.
Agotamiento o fatiga.	Manifestación de cansancio. Oposición para hacer cosas.

	Negativa a hacer deporte. Menor participación en las actividades.
Tremores o sacudidas.	Movimientos de temblor. Tirar algo de las manos. Comprobar si tiene temblor cuando coge algo o cuando le tomas las manos
Alerta	Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas (asustadizo, sobresaltos). Tensión muscular. Movimientos forzados
Nerviosismo.	verbalización de estar nervioso. Deambulación constante. Falta de atención. Respuestas agresivas

## Nivel Cognitivo

Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Inquietud y preocupación persistente al anticipar la presencia del estímulo fóbico.	Dificultades de atención. Falta de concentración en las tareas. Problemas para permanecer sentado. Dificultades para el funcionamiento habitual. verbalizaciones recurrentes sobre la preocupación
Miedo a perder el control, a angustiarse o desmayarse.	verbalizaciones de la persona (“tengo miedo a ponerme nervioso y meter la pata”). En personas con mayores necesidades de apoyo puede no aparecer o ser muy difícil de valorar. Algunas manifestaciones pueden ser retramiento ante situaciones que evoquen el estímulo fóbico, esconderse, verbalizaciones repetitivas que anticipen la evitación del estímulo fóbico (“no, no no”, “no va, no va, no va...”), alteraciones conductuales...
Dificultad para concentrarse.	Incapacidad de permanecer en la tarea un tiempo razonable. Quedarse en blanco. Cambiar de una actividad a otra. Distractibilidad.

## Nivel Conductual

Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Inquietud motora.	Aparición o aumento de alteraciones de conducta como: respuestas agresivas, estereotipias, autolesiones y respuestas negativistas.
Respuestas de evitación o escape	Evitación a estímulos relacionados con su preocupación: correr, mirar a otro lado...

## 2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**–Trastorno De Angustia Con Agorafobia:** Hay crisis de angustia de aparición inesperada que llevan a la evitación de múltiples situaciones, no siempre claramente especificadas, provocando además una ansiedad más permanente. En la fobia específica se evitan menos situaciones, quedando claro qué provoca la ansiedad. Es decir, las crisis de angustia (si las hay) se limitan a estos estímulos o situaciones fóbicas, y la ansiedad está completamente ligada a los mismos. Sin embargo, a veces, se pueden dar los dos trastornos en un mismo individuo.

**–Fobia social:** se evitan y temen situaciones en que se está sometido a evaluación social.

**–Trastorno por estrés postraumático:** aparece con posterioridad a un acontecimiento estresante, y en relación a estímulos que recuerdan a éste.

Además, aparecen síntomas característicos como reexperimentación del acontecimiento (flashbacks).

**–Trastorno obsesivo-compulsivo:** la ansiedad está asociada al contenido de los pensamientos obsesivos (ej. contaminación o suciedad).

**–Trastorno de ansiedad por separación:** se da en niños o en personas con DI como un gran temor a separarse de personas a las que se siente ligado. Suele incluir temor a personas u acontecimientos que ponen en peligro su unidad familiar (viajes, negativa a ir a la escuela, dormir fuera de casa...). Se considera más grave, aparece a edades más tempranas y el tiempo mínimo requerido para su diagnóstico es menor.

**–Hipocondría:** se puede confundir con la fobia específica ante situaciones en las que se pueden contraer una enfermedad. Mientras que en la hipocondría hay convicción de sufrir una enfermedad con la preocupación derivada, en la fobia específica sólo se teme la posibilidad de tenerla.

**–Anorexia y bulimia nerviosa:** la evitación se limita a la comida y a estímulos relacionados y está motivada por el miedo a engordar, más que por el temor a los alimentos.

## 3. HERRAMIENTAS PARA DETECTARLO

Como ya se ha comentado en otros trastornos de ansiedad, las mejores herramientas son la observación y la entrevista a la persona con discapacidad intelectual con las adaptaciones necesarias para recoger información (apoyos visuales, etc.).

Para completar y contrastar la información es conveniente entrevistarse con las personas que le conocen bien (familiares, cuidadores, educadores, etc.). Para recoger los datos más específicos sobre las fobias, algunas preguntas podrían ser:

–Estímulo fóbico: ¿Qué objetos o situaciones causan miedo a la persona?, ¿cuándo y dónde se presenta la respuesta fóbica?

–La respuesta fóbica: ¿Qué hace, ¿qué dice, ¿qué creemos que siente, piensa o se imagina la persona en la situación o circunstancias temidas?, ¿cuál es la intensidad, frecuencia y duración de esas reacciones?, ¿describir el episodio más grave?, ¿qué pasó en el último episodio?

–Reacción de las personas de su entorno familiar y/o institucional: ¿cómo responden a la respuesta fóbica (retirando o manteniendo el estímulo fóbico, facilitando la evitación...) ?, ¿qué beneficios secundarios obtiene?

–Repertorios conductuales de la persona con DI: ¿cómo afronta las situaciones temidas?, ¿sabe relajarse?, ¿se mentaliza repitiéndose frases tranquilizadoras?

–Historial de la fobia: ¿cuándo apareció?, ¿qué acontecimientos la originaron?, ¿cuál ha sido su evolución?, ¿ha recibido tratamiento?

–Repercusiones negativas de la fobia: ¿cómo afecta a la persona?, ¿cómo influye en la familia?, ¿qué motivación presenta para un posible tratamiento?

–Interferencia del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales de la persona. En cuanto a la observación, se puede hacer en el entorno natural o en situaciones preparadas y programadas.

Para intentar saber cuánto miedo experimenta, se puede solicitar una valoración de la intensidad (si presenta habilidades suficientes), o contar con la ayuda de alguna herramienta como por ej. “termómetro de miedo”. En los casos en que la persona necesite mayores necesidades de apoyo, es necesario contar con una persona de referencia que le conozca bien para poder determinar la intensidad del miedo por medio de indicadores conductuales.

No existe ninguna escala específica y válida para personas con DI, por tanto puede ser útil recurrir a escalas realizadas para niños, adaptando el lenguaje y las situaciones a la persona con DI.

## **4. RECURSOS Y ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y FARMACOLÓGICA**

El inicio de cualquier tratamiento para las fobias específicas requiere:

→Una valoración diagnóstica precisa.

→Un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: antecedentes, factores desencadenantes, factores predisposiciones, factores de mantenimiento, soluciones intentadas, etc.

→Un conocimiento suficiente de la persona y sus circunstancias: grado de deterioro de la salud y el bienestar, incapacidad e interferencias en planes de acción o estatus significativos para la persona, recursos personales, atribución de capacidad y eficacia, rasgos destacados de la personalidad y del sistema de valores, estado emocional general, etc. En personas con DI es muy importante saber cuál era su conducta antes de la aparición del problema y diferenciar bien el que se trate de una fobia y no de una conducta aprendida para lograr un beneficio (conseguir algo deseado o evitar algo no deseado).

→La formulación del análisis funcional que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que han ido siguiendo a lo largo del tiempo.

→El establecimiento de una relación adecuada entre la persona y el profesional que les permita trabajar juntos de manera eficiente: reconocimiento mutuo, comunicación adaptada eficaz, confidencialidad, seguimiento de prescripciones, etc. En personas con DI es muy importante que la comunicación sea eficaz, proporcionando a la persona todos los apoyos que necesite, por ejemplo, comunicación aumentativa, apoyos visuales, etc. De igual manera, es importante entrevistar a la familia y las personas de referencia con el objetivo de identificar el mayor número posible de variables implicadas en el problema.

→Finalmente, en función de todo lo anterior, el establecimiento de unos objetivos evaluables y unos medios convenientemente ordenados y secuenciados. Estos últimos, los medios y su despliegue, en función de la demanda formulada por el paciente, son los que constituyen el tratamiento propiamente dicho.

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacidad que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y/o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla.

Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

\*Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico de las fobias específicas son los basados en técnicas de modificación de conducta. La intervención se basa principalmente en enfrentar progresivamente al paciente a la exposición gradual y sistemática del objeto de su temor.

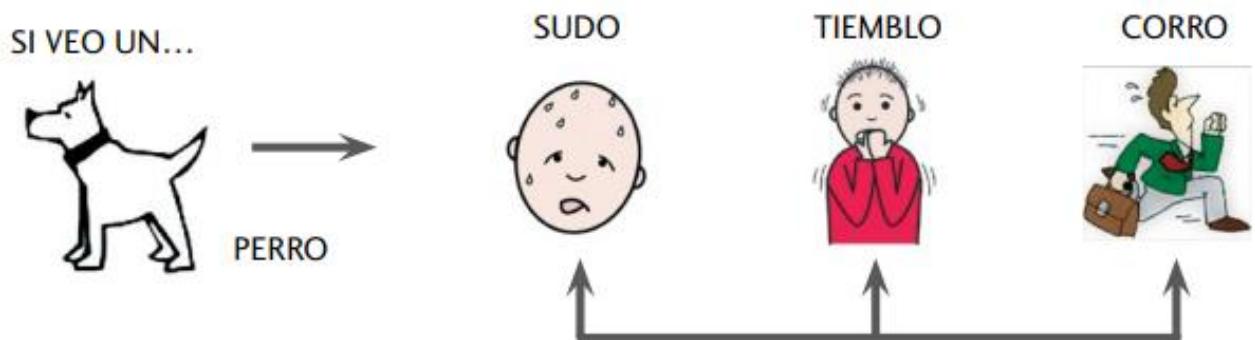
## 4.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA

Es necesario que la propia persona con DI comprenda su problema, para lo cual se pueden utilizar los siguientes procedimientos:

→ Explicación comprensible de lo que le está pasando. Ayudarse con ejemplos, viñetas, dibujos, pictogramas, grabaciones, role-playing, representaciones o escenificaciones con muñecos... El objetivo es que la persona entienda que los síntomas que manifiesta son consecuencia del miedo que siente ante una situación o un estímulo determinado y que se le puede prestar ayuda para que ese malestar desaparezca o se haga menor. Se explicará qué es el miedo, qué es la ansiedad y cómo se puede medir utilizando, por ejemplo, un termómetro<sup>1</sup> o un semáforo de ansiedad:



→ Mediante un lenguaje adaptado y otros apoyos visuales (por ejemplo, secuencias de viñetas, escenificaciones con muñecos...) se explica cómo aparece la ansiedad ante los estímulos fóbicos y qué relación hay entre los pensamientos y el comportamiento. Se hará hincapié en que las respuestas que está utilizando la persona (evitación fundamentalmente) no es adecuada para solucionar el problema. También se explicarán las técnicas que vamos a utilizar para la intervención y cuáles son los mecanismos de los que se sirven para mejorar la respuesta fóbica. Para ello se ofrece información concreta y contextualizada que ayude a la persona a comprenderla mejor. Por ejemplo:



## 4.2. Enseñanza de habilidades

### 4.2.1. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento

- Habilidades de comunicación: estas habilidades son fundamentales en cualquier tipo de intervención que se realice con personas con DI. Lo más importante es facilitar los apoyos necesarios para que la comunicación sea eficaz. De este modo la persona puede comunicar mejor qué le está pasando y cómo va sintiendo la evolución de su problema.
- De la misma forma, al adaptar nuestra forma de interactuar a un modo que pueda comprender, será más fácil la intervención. Dibujos o fichas que expliquen qué es el miedo o por qué lo sentimos, instrumentos que le ayuden a expresar el grado de ansiedad que está experimentando, etc., pueden ser de utilidad.
- Relajación: es una técnica de afrontamiento muy útil, sobre todo cuando el componente fisiológico es el predominante en el patrón fóbico de respuesta. Se elegirá el procedimiento de relajación que la persona pueda manejar con mayor destreza durante la intervención.
- Entrenamiento en habilidades para manejar el objeto o situación temidos: por ejemplo, a una persona con miedo a los perros se le puede enseñar cuál es la mejor forma de acariciarle. Para ello podremos utilizar procedimientos audiovisuales, modelado en vivo, etc.
- Otros procedimientos: otras estrategias de afrontamiento que pueden resultar útiles pueden ser el juego, la presencia de personas en quienes confía, la reducción al absurdo... Por ejemplo, si la persona tiene miedo a un gato se le puede decir que imagine situaciones cómicas en las que aparecen gatos. El modelado por parte del terapeuta puede ayudar a que la persona pueda aprender estas estrategias.

### 4.2.2. Técnicas de exposición

Siguiendo el esquema de Bados (2005) y de Capafons Bonet (2001), la exposición en sus distintas variantes son las técnicas más eficaces para intervenir en un caso de fobia específica. En función del tipo de fobia es más recomendable utilizar la exposición en imágenes, en vivo, mediante realidad virtual, etc. También son muy eficaces las técnicas de exposición combinadas con habilidades de afrontamiento, por ejemplo, la desensibilización sistemática. En cualquier caso, los criterios que utilizaremos para seleccionar un tipo de técnica u otra varían en función de las siguientes variables:

- La dificultad para recrear el contexto fóbico (por ejemplo, fobia a viajar en avión o fobia a los truenos y relámpagos). – La dificultad para manipular las variables de la exposición.
- Las reticencias de la persona a participar en una exposición en vivo.
- Si la persona tiene experiencias de pánico intenso difícilmente controlable. Siempre que podamos optaremos por la exposición en vivo. Se jerarquizarán las situaciones de exposición de menor a mayor ansiedad, teniendo en cuenta que si la exposición es muy lenta la persona se puede desanimar y si es muy rápida aumenta el riesgo de abandono. Para elaborar la jerarquía es conveniente elegir situaciones pertinentes y significativas para la persona, es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida o que es probable que encuentre. Para ello necesitaremos contar con información procedente de su entorno familiar, especialmente en el caso de personas con pocas habilidades comunicativas.

Hay que valorar también el tiempo y el número de veces que se va a presentar el estímulo fóbico teniendo en cuenta las características de la persona y cómo es su reacción. Es fundamental que sea la propia persona quien decida hasta dónde quiere llegar en cada sesión, aunque los avances sean muy pequeños. Es bueno, también que sea la propia persona quien maneje la situación, teniendo el control del mando a distancia, si se trata de una grabación, para que la pueda parar cuando lo vea necesario. Otro ejemplo puede ser el control del botón del volumen en una fobia a gritos o determinados sonidos.

Es conveniente realizar manipulaciones necesarias en el entorno (manipulaciones ecológicas) para ofrecer los apoyos necesarios para hacer frente a las situaciones temidas: profesionales especialmente pendientes de la persona, situar a ésta, cerca de una puerta o un lugar seguro, programar las actividades donde sea más frecuente que se dé la situación en un horario en el que sabemos que la persona está más tranquila...

La exposición debe llevarse a cabo en una diversidad de lugares y contextos y con diversos estímulos temidos (por ejemplo, distintos perros en caso de fobia a estos animales). Durante la misma es recomendable utilizar variantes de la técnica del modelado, por ejemplo, el modelado en vivo o el modelado participante. Es muy importante no avanzar al siguiente paso de la jerarquía hasta no haber superado el anterior.

En el caso de que la persona experimente ansiedad durante la exposición le explicaremos que es el proceso normal y que no debe desanimarse por ello. Está aprendiendo a manejar la ansiedad y que lo normal es sentirse así. El refuerzo positivo cobra un valor muy importante en estos momentos. Si el nivel de ansiedad es tan elevado que la persona debe abandonar la situación, será necesario que vuelva a exponerse a la situación anterior en la jerarquía y quizás valorar la posibilidad de exponerse a una situación intermedia antes de pasar de nuevo a la que no consiguió exponerse antes. Otra posibilidad es poner en marcha estrategias de afrontamiento que se hayan entrenado previamente, por ejemplo, la relajación.

#### **4.2.3. Desensibilización sistemática**

Combinación de técnicas de relajación con el enfrentamiento gradual a estímulos fóbicos. Se trata de ir jerarquizando la exposición al estímulo con la propia persona, de modo que ella participe en la planificación de las exposiciones. Se incluye la relajación progresiva, apoyada con pictogramas y utilizando contextos de laboratorio y naturales. Deben tenerse en cuenta las diferencias en percepción de cada persona, sobre todo de aquéllas con mayores necesidades de apoyo. De aquí se desprende también que la acción debe considerar como objetivos el control de la ansiedad por medio de estrategias adaptadas a cada individuo, y la necesidad de utilizar apoyos visuales que disminuyan la inflexibilidad mental y potencien las situaciones imaginarias de exposición al estímulo.

#### **4.2.4. Modelado**

El modelado simbólico (la persona observa una foto o un vídeo en el que alguien interactúa con el objeto fóbico), el modelado en vivo (la persona observa qué hace otra persona con el objeto o situación temidos) y el modelado participante (la propia persona se enfrenta a la situación ayudado por el modelo y recibiendo constantemente apoyo verbal, refuerzo social, etc.) son técnicas muy útiles durante la exposición en vivo ya que favorecen el aprendizaje de las conductas deseadas

### **4.3. Control de contingencias**

El refuerzo positivo puede servir como ayuda a la exposición y para ayudar a la persona a comprender lo positivo de los esfuerzos que está realizando. Se puede diseñar un programa de refuerzo que recompense las conductas de exposición. Estos refuerzos no deben ser solamente sociales, sino que pueden consistir además en reforzadores materiales, elección de actividades de su interés, etc. Los refuerzos se irán desvaneciendo a medida que la superación del miedo se constituya en un elemento reforzador de por sí.

### **4.4. Otros procedimientos de intervención**

Hasta ahora se han descrito los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento de las fobias simples. Se ha de tener en cuenta, no obstante, que estos trastornos pueden venir asociados a otros problemas, que requieren también un abordaje en el contexto de un tratamiento integrado y convenientemente articulado. El tratamiento, en rigor, no lo es de la fobia, sino de la persona que lo padece, en relación, naturalmente, con la demanda que efectúa. Por último, antes de finalizar este apartado vamos a describir algunos aspectos particulares de un tipo de fobia que se manifiesta de forma más específica: la fobia a la sangre.

#### **Fobia a la sangre**

Se trata de un tipo de fobia especial en la que el patrón fisiológico de respuesta es muy distinto al resto de las fobias. 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 sangre, inyecciones y heridas (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 en caso de seguir en la situación fóbica sin hacer nada al respecto (Bados, 2005). No todas las personas que presentan esta fobia presentan la respuesta difásica.

En la fobia a la SIH son frecuentes el mareo, el sudor, la palidez, las náuseas (sin vómitos) y el desvanecimiento. En estas personas, la anticipación del desmayo puede producir ansiedad.

Para prevenir el desmayo se han utilizado técnicas como tumbarse, bajar la cabeza hasta las rodillas estando sentado, inducción de tensión muscular o producción de respuestas de enfado a través de la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse con la exposición en vivo a los estímulos fóbicos. Si se emplea solo la exposición, se aconseja que en las primeras fases la persona esté tumbada para evitar el desmayo en caso de ocurrir la respuesta difásica. Si la persona se desmaya, se recomienda que se le reanime y continuar con la exposición lo más pronto posible. No se recomienda el uso de la relajación ya que puede facilitar la disminución de la presión sanguínea y el desmayo consecuente.

#### **El método de Tensión Aplicada.**

Es una técnica diseñada por Öst y Sterner (1987) y especialmente pensada para el tratamiento de la fobia a la SIH. Básicamente, es un procedimiento con dos partes: en la primera se enseña a tensar los grandes grupos musculares. En la segunda parte se aprenden 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. Para adquirir la habilidad de detectar las primeras y más pequeñas señales que indican la bajada de la presión sanguínea se pueden utilizar indicadores como mareo, sudor frío en la frente, malestar en el estómago, náuseas, etc. Antes de empezar a utilizar esta técnica, es conveniente consultar con un médico para asegurarse de que la ocurrencia de algún posible desmayo no sea perjudicial para la persona.

#### **4.5. Tratamiento farmacológico**

En el caso de las denominadas Fobias específicas el papel del tratamiento psicofarmacológico va a situarse en un segundo plano, tras las intervenciones psicoterapéuticas (fundamentalmente de corte cognitivo-conductual), que son más eficaces que la psicofarmacología. Se recomienda como apoyo farmacológico:

→ Benzodiacepinas: cualquiera de ellas, a dosis adecuada para cada caso. Básicamente se emplean en monodosis previa a la exposición al objeto fóbico.

→ Propanolol: también se utilizará de forma combinada con la Psicoterapia. Es útil en monodosis (20-40 mg), antes de la exposición.

Si no es posible controlar los síntomas con Psicoterapia asociada a fármacos en monodosis se utilizarán los mismos (BZD's o Propanolol), en pauta continuada.

<b>FACTORES DE VULNERABILIDAD</b>	<b>BBPP (Buenas Prácticas) PARA LA INMUNIDAD</b>
Mal manejo de las contingencias por parte de las personas de su entorno reforzando la evitación del estímulo fóbico.	Ocurrencia anterior de un episodio traumático relacionado con el objeto o situación en cuestión.
Pocas oportunidades de autodeterminación y de desarrollo de la autonomía.	Estilo educativo basado en capacidades y puntos fuertes.
Baja autoestima.	Enseñanza temprana de la expresión y comprensión de emociones
Escaso repertorio de habilidades sociales	Favorecer la autodeterminación (responsabilidades, toma de decisiones...).
Estilo cognitivo rígido.	Enseñanza previa de tolerancia a los cambios y valoración de alternativas.
Dificultades de comunicación.	Enseñanza previa de tolerancia a los cambios y valoración de alternativas.
Convivencia con personas que presentan fobias (por aprendizaje vicario)	Entorno rico en estimulación y actividades.
Fenotipos conductuales (Síndromes de Down, X frágil, Williams...).	Fomentar estilos de afrontamiento flexibles, más adaptativos.