
Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional

Ángel Mondéjar García

Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica y de la Salud.
Septiembre – 2009. amondejar@uoc.edu

Resumen: la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional es un trastorno infanto-juvenil de efectos perturbadores y negativos que repercuten sobre la salud mental y emocional, el rendimiento académico y la integración social del estudiante que la padece. En este trabajo se especifican sus características clínicas. Así mismo, se incluye un caso clínico de un adolescente de 14 años que padecía de este trastorno fóbico escolar, acompañado de baja autoestima personal y dificultades de adaptación con su grupo-clase. Se le aplicó una evaluación y tratamiento de corte cognitivo-conductual que ha tenido como finalidad la superación de la fobia, y la mejora de su rendimiento académico y social. De entre todas las herramientas terapéuticas utilizadas destacan: la exposición en vivo, y el aprendizaje y utilización de mecanismos de control de la ansiedad (la relajación Jacobson y la reestructuración cognitiva). Por último, señalar que esta intervención terapéutica ha sido posible gracias a la participación coordinada y cooperante del equipo interdisciplinario.

Palabras clave: adolescencia, ansiedad académica, ansiedad ante los exámenes, fobia escolar, fobia específica situacional, fobia infantil, trastorno de ansiedad.

Title: Clinical features and treatment of academic and examination anxiety as a specific kind of situational phobia.

Summary: academic and examination anxiety as a specific situational phobia is a childhood and adolescent disorder with perturbing and negative effects. It bears an impact on mental and emotional health, academic outcomes and social integration of students suffering from it. Clinical features of such disorder are specified in this article. Moreover, we have included a clinical case of a fourteen-year old adolescent who suffered from this school phobic disorder, along with low personal self-esteem and difficulties adapting to his group-class. A cognitive-behavioural evaluation and treatment was applied to the subject with the purpose of overcoming the phobia and improving his academic and social outcomes. The therapeutic tools to be outlined among those used are in vivo exposure, as well as learning and using anxiety-control mechanisms (Jacobson relaxation and cognitive restructuring). Lastly, this therapeutic strategy has been possible thanks to the coordination and collaboration of an interdisciplinary team.

Key words: adolescence, academic anxiety, examination anxiety, school phobia, specific situational phobia, childhood phobia, anxiety disorder.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	2
2. FOBIA ESPECÍFICA	4
2.1 <i>Descripción general del trastorno</i>	4
2.2 <i>Origen y mantenimiento</i>	7
2.3 <i>Síntomas</i>	11
2.4 <i>Características asociadas</i>	12
2.5 <i>Epidemiología</i>	13
2.6 <i>Evaluación</i>	13
2.7 <i>Fisiología y anatomía</i>	15
2.8 <i>Etiología</i>	17
2.9 <i>Farmacoterapia</i>	19
2.10 <i>Intervención psicoterapéutica</i>	20
3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	22
3.1 <i>Descripción del problema</i>	22
3.2 <i>Plan de intervención terapéutico</i>	23
3.2.1 <i>Participantes</i>	23
3.2.2 <i>Hipótesis</i>	23
3.2.3 <i>Objetivos</i>	23
3.3 <i>Procedimiento</i>	26
3.3.1 <i>Evaluación</i>	26
3.3.2 <i>Técnicas terapéuticas</i>	29
3.4 <i>Programa de Intervención</i>	30
3.5 <i>Resultados de la Intervención</i>	35
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
5. BIBLIOGRAFÍA	40

1. INTRODUCCIÓN

Todos, en algún momento de nuestras vidas, hemos sentido la reacción de la ansiedad. Esta emoción surge cuando la movilizamos con nuestra mente al sentir algún peligro, amenaza, pérdida, daño, etc., sea éste real o imaginario.

Los estudiantes ante las situaciones de enseñanza-aprendizaje dentro del ámbito escolar también la sienten. El proceso educativo curricular conlleva un conjunto de responsabilidades y tareas de aprendizaje que implican un aumento de la ansiedad, que interfiere de forma positiva sobre la atención, la eficacia y el rendimiento académico, siempre que ésta no supere determinados límites.

De entre toda la población estudiantil, algunos estudiantes pueden ser más vulnerables que otros a instaurar un estado de ansiedad desadaptativa precipitado por una serie de *factores biológicos y psicológicos*. De esta manera aparecerá *el trastorno de ansiedad académica y ante los exámenes*.

La ansiedad académica, se define como la respuesta de preocupación, inquietud o miedo que emiten los niños y adolescentes ante determinados estímulos y situaciones del contexto escolar que perciben como amenazantes o que les plantean determinadas demandas que están por encima de sus recursos personales de afrontamiento (educativos, psicológicos, éticos, sociales, etc.), *requiriéndoles un esfuerzo adaptativo*.

Ejemplos de estos estímulos y situaciones podrían ser: el encontrarse ante la presencia de un profesor exigente, hallarse ante una asignatura complicada, someterse a una prueba de gimnasia, soportar la violencia o burla de un compañero de clase, enfrentarse a un examen, o pensar que se va a suspender determinada materia.

En algunas ocasiones, este tipo de experiencia ansiosa también se puede adquirir *a través de su observación* en aquellos estudiantes que la padecen y manifiestan en su conducta.

De entre todas las situaciones del ámbito escolar, *la ansiedad ante los exámenes* es uno de los trastornos más frecuentes y con más altos niveles de ansiedad. Se caracteriza por una inquietud o temor que experimentan los

alumnos antes, durante o después de un examen (escrito u oral) por miedo o preocupación a fracasar y suspenderlo.

Cuando el miedo ante el ámbito académico y los exámenes *llega a ser excesivo, desproporcionado, intenso, irracional y persistente, y al mismo tiempo es acompañado por una conducta de evitación hacia la situación o estímulo que lo provoca* (rechazo prolongado a acudir al centro escolar), y su duración sintomatológica se extiende como mínimo *durante seis meses*, entonces nos encontramos ante: *una fobia específica de tipo situacional*, clasificada según el manual del DSM-IV-TR *dentro de los trastornos de ansiedad*. También se la conoce como: *fobia escolar* (Sandín, 1997; Caballo y Simón, 2005).

En muchos casos, los niños que la padecen también experimentan un incremento en la intensidad de la ansiedad anticipatoria el día o días anteriores al enfrentamiento con las situaciones escolares, que se presentan como estímulos fóbicos. Algunos de *los síntomas físicos y emocionales que se suelen sentir ante estas circunstancias anómalas* son: el aumento en la tasa respiratoria, la náusea, la opresión o dolor en el pecho, las manos frías, el mareo, el dolor de cabeza, la desesperanza, la tristeza, etc.

Igualmente se suele *empeorar* después de pasar por alguna enfermedad infantil o período de descanso vacacional.

Este trastorno fóbico se presenta con bastante frecuencia en la población estudiantil. Es uno de *los trastornos infanto-juveniles más incapacitantes que existen* ya que genera una serie de efectos perturbadores en el individuo, entre los que se pueden destacar:

- *la perturbación en la estabilidad psíquica.*
- *la alteración del estado sentimental y emocional.*
- *la merma en la autoestima personal.*
- *la interrupción en la madurez personal.*
- *la incapacidad o limitación en los procesos de enseñanza-aprendizaje.*
- *la interferencia a la hora de hacer exámenes.*
- *la dificultad o incapacidad para la integración social.*
- *la modificación del bienestar y de la calidad de vida.*

Su acción problemática interfiere perturbando los ámbitos: *personal, educativo, familiar y social*. Durante muchos años se ha considerado leve y de escasa significancia, pero tras su investigación clínica se ha puesto de manifiesto su *grado de malestar y deterioro asociado*.

Así mismo, se ha constatado que muchos de los adolescentes que la padecen *pueden coexistirla con otros trastornos mentales*, llegándose a alcanzar *una comorbilidad del 65%* (Starcevic y Bogojevic, 1997).

Actualmente se continúa investigando este trastorno mental, a la vez que se aplican adecuados programas de intervención terapéutica y prevención bajo la orientación y supervisión de personal cualificado.

Su evaluación y tratamiento debe ser aplicado *tan pronto se aprecien los primeros síntomas en los estudiantes*. De esta manera se ayudará a que éstos salgan de la problemática en la que se encuentran inmersos, permitiendo que mejoren en el rendimiento académico y se alejen del fracaso escolar. También revertirá positivamente en la mejora de *la autoestima personal e integración social*.

Igualmente será de valiosa aportación el desarrollo de *programas preventivos* que fomenten las habilidades infantiles en recursos de afrontamiento, con la finalidad de cambiar factores ambientales de riesgo.

2. FOBIA ESPECÍFICA

2.1. Descripción general del trastorno

Una fobia es *un miedo irracional, intenso y persistente* que siente la persona ante la presencia de una situación u objeto determinado, que hacen de estímulo.

Las fobias son siempre irracionales ya que el miedo que las produce no está vinculado o asociado a un peligro real.

En la manifestación y duración de este trastorno mental pueden participar diversos factores como son: *el sexo, la edad, y la clase de reacción a la situación u objeto* (Nathan, Gorman, y Salkind, 2005). Por ejemplo, en el caso de miedo ante los exámenes tiende a situarse en la niñez.

Existen tres clases de fobias: *la agorafobia, la fobia específica y la fobia social*.

Según los criterios del *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2002), la fobia específica para su diagnóstico se clasifica dentro de *los trastornos de ansiedad*, y con el código: *F 40.2*.

Anteriormente la fobia específica se denominaba fobia simple. Con este nombre se tendía a apreciar a la fobia como un trastorno mental menos grave de lo que en realidad era. De ahí, su cambio por: *fobia específica*. Además, con

este cambio de nombre el DSM-IV-TR se equipara con la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, en su decima revisión).

El individuo que padece fobia específica *siente un miedo intenso y persistente*, y al mismo tiempo *una necesidad de evitar dicha situación concreta u objeto*, que hacen de estímulo fóbico.

Muchas personas que sufren este tipo de ansiedad llegan a considerarlo normal el padecerla. Esto es debido, a que socialmente se asume que es inevitable experimentar ansiedad ante cualquier estímulo fóbico.

Dentro de la fobia específica *existen cinco subtipos* que recogen diferentes estímulos ante los cuales se manifiesta el trastorno fóbico. Estos son:

- *Tipo animal*: como puede ser miedo a las cucarachas, a los perros, a las arañas, a las serpientes, etc.
- *Tipo ambiental*: como miedo al agua, a las tormentas, a los espacios abiertos, a los precipicios, a los seísmos, etc.
- *Tipo sangre-inyecciones-daño*: como miedo a recibir inyecciones, a la visión de sangre o heridas, etc.
- *Tipo situacional*: como el miedo ante los exámenes, a montar en los aviones, a conducir coches, a pasar por túneles, a los recintos cerrados, a subirse a los ascensores, etc.
- *Otros tipos*: como miedo a atragantarse, a vomitar, a las personas disfrazadas, a los sonidos altos, etc.

De entre todas las fobias específicas las más frecuentes son *las situacionales*, y las menos usuales el temor a los animales.

El DSM-IV-TR nos indica que: *“en los menores de 18 años, la duración de los síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo”*, para ser clasificada como: *fobia específica de tipo situacional*. Este es un dato informativo relevante para poder diagnosticar de forma adecuada este trastorno fóbico infantil.

La fobia específica como trastorno de ansiedad se puede mostrar también como *un patrón desadaptativo de respuesta ante situaciones y estímulos del ámbito escolar*. El análisis detallado de la reacción de ansiedad permite distinguir diversos patrones o tipos de respuestas como son:

- *Las cognitivas*: son las imágenes-percepciones, las valoraciones, las interpretaciones, las creencias y los pensamientos racionales o automáticos que el estudiante tiene y vincula con la situación fóbica (p.e. el pensar que no tendría que haberse presentado al examen).
- *Las psicofisiológicas*: se aprecian con el incremento importante de la activación vegetativa del alumno ante los estímulos fóbicos (p.e. las

manos sudorosas y húmedas debido al incremento en éstas de la actividad glandular sudorípara).

- *Las emocionales/sentimentales*: son el conjunto de emociones y sentimientos negativos que el alumno siente después de percibir y evaluar cognitivamente los estímulos fóbicos como una amenaza (p.e. el sentimiento negativo de culpabilidad que siente por el hecho de estar padeciendo esta alteración), y a sus respuestas corporales (cambios psicofisiológicos).
- *Las motoras*: se manifiestan cuando el comportamiento motor del niño o adolescente se orientan a interrumpir, posponer o impedir la interacción con los estímulos desencadenantes que provocan la respuesta fóbica (p.e. el negarse a hacer el examen por temor a suspenderlo, saliéndose de clase).

Una característica esencial de esta fobia específica situacional ante la ansiedad académica y los exámenes, es que el estímulo fóbico que la provoca es *un aspecto concreto del contexto escolar*, de ahí que se la conozca y diagnostique también como: *fobia escolar* (Sandín, 1997; Caballo y Simón, 2005). Es importante no confundirla con otras *causas de inasistencia escolar* como son:

- *La ansiedad por separación (TAS)*: es un trastorno de ansiedad intensa que muchos niños y adolescentes experimentan al tener que ir al colegio y separarse de sus adultos cuidadores (principalmente de la madre), o de la casa. Entre sus síntomas más destacados se encuentran: la persistencia a oponerse a ir al colegio (debe ser de cuatro semanas como mínimo), la apatía, el aislamiento de los amigos, y la tristeza. Con frecuencia este trastorno está asociado a la depresión.
- *El rechazo escolar (RE)*: es cuando los estudiantes se niegan asistir a la escuela al experimentar ansiedad intensa ante el contexto ambiental de la misma. Puede ser por miedo a la separación o algún aspecto concreto de la situación escolar en la que participa (p.e. miedo a repetir curso y alejarse de sus compañeros).
- *El abandono escolar (AE)*: se produce cuando los niños no acude a la escuela debido a que los padres lo permiten o deciden, al no dar éstos valor a la instrucción escolar. Esta problemática es propia de niveles culturales y socioeconómicos bajos y humildes.
- *El hacer novillos (HN)*: acontece cuando los estudiantes se escapan o evitan ir al centro escolar por aburrimiento o aversión. A diferencia del trastorno fóbico escolar o la ansiedad por separación, los alumnos no regresan a casa ya que se marcha con el grupo de amigos (que tampoco van al colegio). Estas conductas problemáticas se asocian con frecuencia a adolescentes que padecen trastornos de comportamiento infantil (TC). Suelen pertenecer a familias desestructuradas, que no supervisan las actividades de sus hijos, ignorando que éstos falten al colegio.

- *Por otros trastornos mentales (TM)*: los estudiantes dejan de asistir al centro escolar al padecer algún trastorno mental, entre los que se pueden destacar: la agorafobia, la ansiedad generalizada, la depresión, el estrés postraumático, la fobia social, el obsesivo-compulsivo (TOC), etc.
- *Por otros trastornos de conducta (TC)*: los alumnos rechazan acudir al centro escolar por padecer algún trastorno de comportamiento infantil. Ejemplos de estas conductas podrían ser: el déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la tartamudez, la enuresis, la encopresis, el negativismo desafiante, el mutismo selectivo, las dificultades con el rendimiento escolar, la vagancia, etc.

2.2. Origen y mantenimiento

Espada, Olivares y Méndez (2005), nos informan que el origen de las fobias específicas puede ser comprendido a través de la interacción de una serie de factores tanto *biológicos como psicológicos*. Algunos de ellos podrían ser: la falta de recursos de afrontamiento, carencia de habilidades sociales, el estilo educativo excesivamente sobreprotector, las experiencias vivenciales negativas directas o indirectas, dotación genética, etc.

A través de estos factores se puede explicar como el individuo adquiere una expectativa ansiosa ante la situación u objeto temido, que dará lugar a *una activación somática anticipatoria, expectativas e interpretaciones de ansiedad y peligro, y un estado sentimental y emocional negativo*. Al mismo tiempo desarrollará una sobreestimación de la aversividad y probabilidad ante la exposición de los estímulos fóbicos.

La conducta de evitación de las situaciones temidas acontecerá cuando se produzca un desequilibrio en el balance entre la expectativa ansiosa y la percepción de carencia de recursos para afrontar la situación y el miedo irracional.

Cuando se produce la evitación la fobia se *ve reforzada negativamente*, al aminorar o prevenir la ansiedad e impedir la presunta ocurrencia de los efectos aversivos. En determinados casos, la fobia puede *verse reforzada de forma positiva* a través del apoyo y atención de otras personas, etc.

La ansiedad aumentará en el paciente cuando las situaciones temidas, que hacen de estímulo, no se puedan evitar. Entonces se incrementarán en él las expectativas de ansiedad y peligro, y la activación somática anticipatoria. Todos estos elementos propiciarán la manifestación de *conductas defensivas*, como son: escapar de la situación, llevar objetos tranquilizadores, tomar medicación, fumar, beber agua o alcohol, etc. Estos comportamientos producirán alivio inmediato pero contribuirán al mantenimiento del trastorno.

El grado de intensidad de la ansiedad que se experimenta ante la situación temida dependerá de *diversos factores condicionantes*. Entre los más

relevantes se encuentran: las características del tipo de estímulo fóbico, la existencia de señales de seguridad, el estado emocional y sentimental de la persona, el nivel de impedimento del escape, etc.

En cuanto a *las expectativas de peligro*, éstas serán mantenidas gracias a *las conductas defensivas y de evitación*.

Así mismo es importante resaltar, que el mantenimiento de estas conductas fóbicas específicas puede ser debido a *experiencias nuevas y negativas* (directas o indirectas) con el estímulo temido, y a *acontecimientos estresantes inesperados*.

Por otra parte, la investigación clínica de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica situacional ha puesto de manifiesto una serie de *factores desencadenantes* que pueden *facilitar la aparición del trastorno*. De entre todos ellos destacan por su importancia los siguientes:

- La separación de los padres (principalmente de la madre).
- La enfermedad de los padres.
- La muerte de los padres.
- La separación de algún hermano/a.
- La sobreestimación de riesgos y peligros potenciales de los padres.
- La tendencia a evitar emociones y situaciones negativas por parte de los padres.
- La sobreprotección de los padres.
- El perfeccionismo de los padres.
- El estilo educativo de la familia.
- La dotación genética.
- El temperamento.
- La personalidad.
- El cambio de colegio o instituto.
- El cambio de nivel académico.
- El miedo a fracasar escolarmente.
- La ausencia al colegio por motivos de enfermedad o convalecencias.

- El estilo educativo del profesorado.
- El miedo a algún profesor demasiado exigente.
- El temor a amenazas con compañeros.
- El miedo a peleas con compañeros.
- El acoso escolar (bullying).
- La ansiedad social (fobia social).
- La falta de habilidades de afrontamiento, en habilidades sociales y solución de problemas.
- El estrés por otros acontecimientos especiales.
- Etc.

El modelo explicativo del origen y mantenimiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica situacional se podría explicar de forma breve de la siguiente manera:

Un alumno se encuentra ante una situación de temor. Tiene miedo de asistir al centro escolar y enfrentarse a los exámenes. Varios de sus *factores biológicos y psicológicos* han facilitado la precipitación y aparición de su estado fóbico.

De entre estos factores que le hacen *vulnerable* a la ansiedad destacan: la experiencia de estrés motivada por cambio de colegio, la separación de los padres, la carencia de recursos de afrontamiento en habilidades sociales y solución de problemas (p.e. nivel escolar deficiente).

Ha adquirido una expectativa de ansiedad ante la situación que teme. Ésta le generará un estado intenso de ansiedad en el que se manifestará:

- *Expectativas e interpretaciones de ansiedad y peligro*, que se evidenciarán a través de expresiones cognitivas como: "Voy a suspender el curso"; "Se van a reír de mí en el colegio"; "Es muy difícil", etc.
- *Una activación somática anticipatoria* (respuestas psicofisiológicas), que reflejará a través de: malestar, tensión, sequedad de boca, dolor de cabeza, etc.
- *Un estado emocional y sentimental negativo*, que se expresará a través de: inseguridad, desmotivación, fracaso, tristeza, etc.
- *Una sobreestimación aversiva* ante la exposición de los estímulos externos fóbicos.

La evitación de la situación temida acontecerá cuando se produzca un desequilibrio entre la percepción que el alumno tiene de los requerimientos que le plantea la situación temida (expectativa ansiosa) y los recursos de afrontamiento de que dispone.

Cuando se produce la conducta de evitación la fobia *se verá reforzada de forma negativa*. Esto sucede porque el alumno aminora o previene la ansiedad, impidiendo la presunta ocurrencia de los efectos aversivos. También puede verse la fobia *reforzada de forma positiva* (p.e. a través del aplazamiento de la tarea escolar y de ir al colegio, facilitado y apoyado por sus padres).

La ansiedad se incrementará en el estudiante cuando las situaciones a las que teme no se puedan evitar. Experimentará un aumento en la activación somática anticipatoria, y en las expectativas de ansiedad y peligro. Estos elementos favorecerán *la manifestación de conductas defensivas dentro de la situación*. Ejemplo de las mismas serán: evitar asistir al centro escolar, negarse a vestirse y desayunar, no presentarse al examen, ir acompañado de una persona de confianza (padres, amigos), interrumpir la tarea escolar, marcharse de clase, abandonar el examen antes de haberlo terminado, evitar ser preguntado en clase, llorar, enfadarse, comer algo, posponer el estudio, llevar objetos tranquilizadores (p.e. medalla religiosa bendecida), etc. Todas ellas producirán alivio de forma inmediata, pero *reforzarán el mantenimiento* del trastorno fóbico. Expresiones cognitivas manifestadas en estas circunstancias podrían ser: “Estoy bloqueado”; “No puedo concentrarme ni estudiar”; “No sirvo para nada”; “Voy a suspender seguro”; etc.

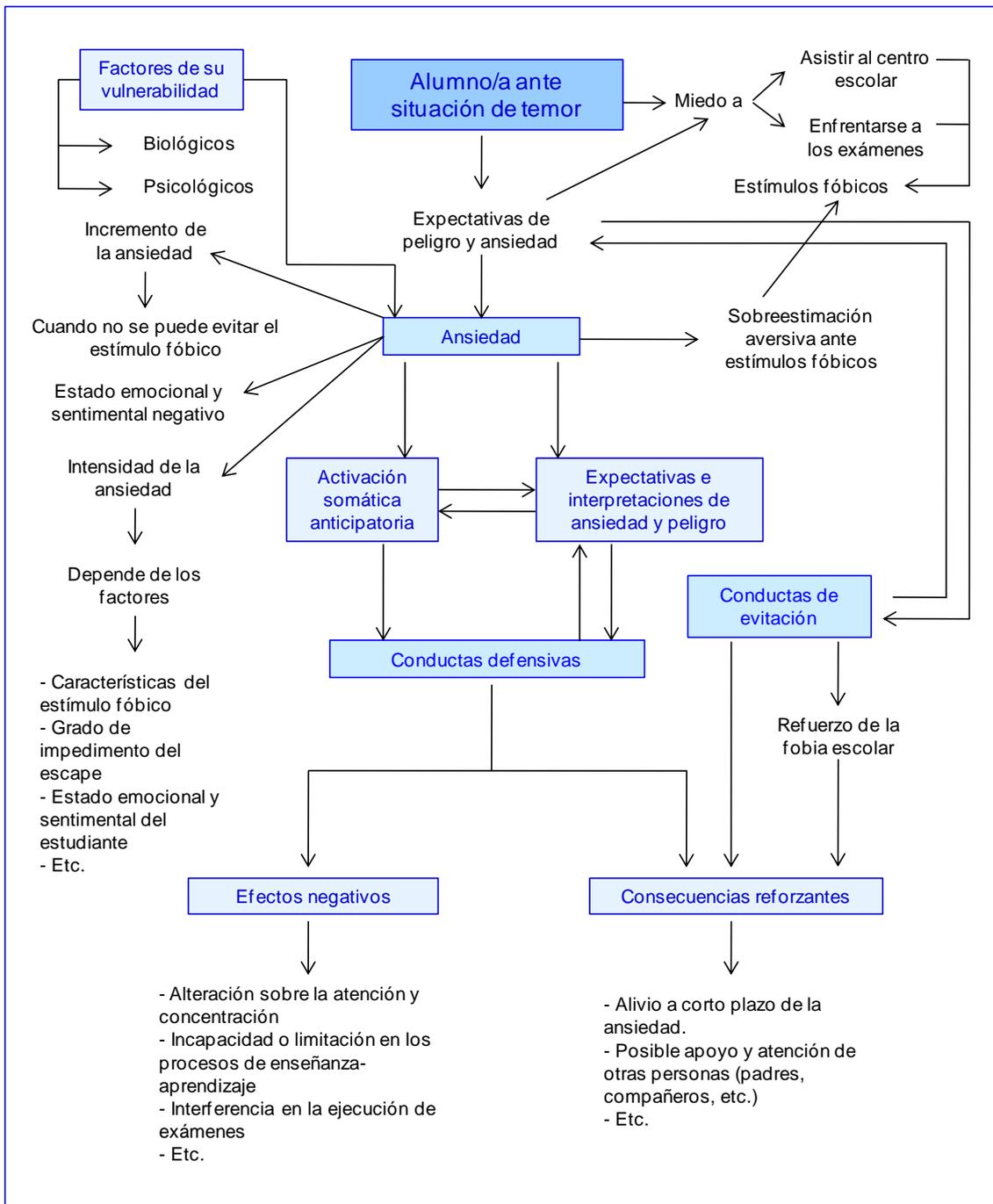
El nivel de intensidad de ansiedad que experimentará el alumno ante la situación temida, dependerá siempre de los factores siguientes: *las características del estímulo fóbico* (situación: académica, de examen, y de enseñanza aprendizaje), *el estado emocional y sentimental del estudiante*, *el grado de impedimento del escape*, etc.

La ansiedad puede también *interferir negativamente* sobre la atención y concentración del estudiante perturbando su ejecución y rendimiento escolar. Este deterioro facilitará que la respuesta de ansiedad se incremente en él.

Por otro lado, *las expectativas de peligro* serán mantenidas a través de *las conductas defensivas y de evitación*.

También es importante tener en consideración que el mantenimiento de este trastorno fóbico escolar puede ser debido a *experiencias nuevas y negativas*, directas o indirectas con el estímulo temido (p.e. situación de examen), y *acontecimientos estresantes* (p.e. cambio de colegio, fallecimiento de la madre). En la Figura 1 se proporciona una representación esquemática del modelo explicativo del origen y mantenimiento de éste trastorno.

Figura 1. Modelo explicativo del origen y mantenimiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica situacional



2.3. Síntomas

Cuando aparece la situación o el objeto que provoca la fobia, el individuo puede presentar algunas características o síntomas DSM que son de utilidad para su diagnóstico, como nos señala el manual del DSM-IV-TR, y los profesores

García-Sánchez (2002); Caballo y Simón, (2005); Nathan, Gorman, y Salkind (2005). A continuación se reseñan algunas de ellas:

- *Reacción severa y automática no voluntaria de ansiedad ante la exposición al estímulo fóbico.* Esto puede provocar una crisis de angustia situacional más o menos vinculada con una situación determinada. En los niños, la ansiedad puede traducirse en: abrazos, berrinches, inhibición y lloros.
- *Comprensión del miedo experimentado como irracional y completamente desproporcionado respecto a una posible amenaza a su bienestar o seguridad personal.* En los niños este reconocimiento del miedo irracional y excesivo puede faltar.
- *Desencadenamiento de reacciones a niveles psicofisiológicos y emocionales,* siendo las más comunes las siguientes: agobio, angustia, agotamiento, ansiedad, desarreglos menstruales, desesperanza, diarrea, impedimentos para respirar, dolor de cabeza, dificultad para conciliar o mantener el sueño, incomodidad, inquietud, impaciencia, irritabilidad, fatigabilidad fácil, malestar general, micción urgente o frecuente, miedo, molestias gastrointestinales, necesidad de rehuir la situación o alejarse del objeto, náuseas, nudo en la garganta, nerviosismo, opresión o malestar torácico, palpitaciones, pérdida del apetito, problemas digestivos, rabia, respiración entrecortada, sensación de mareo, sequedad de boca, sonrojo o rubor, sudoración, temblores en las manos, temblores en las rodillas, tensión muscular, tristeza, vómitos, etc.
- *Evitación de la situación o el objeto que provoca la fobia.* Si se soporta se experimentará un intenso malestar o ansiedad, y agotamiento.
- *Expresión a nivel cognitivo* de: pensamientos, imágenes mentales, valoraciones, interpretaciones, erróneas y negativas relacionadas con la situación fóbica.

2.4. Características asociadas

Tras detalladas investigaciones psicológicas se ha puesto en evidencia que la fobia específica *coexiste con otros trastornos mentales*, llegando a tener *una comorbilidad del 65%* (Starcevic y Bogojevic, 1997; Stein, 2005). Parece ser que *el sexo y la etnia* influyen en los patrones de comorbilidad.

De entre todos los trastornos que pueden coexistir con mayor probabilidad o frecuencia destacan: *el alcoholismo, la drogadicción, los trastornos de ansiedad (principalmente la fobia social y estrés postraumático), las manifestaciones psicósomáticas, la depresión, y el obsesivo-compulsivo (TOC)*. Éste último puede ser en ocasiones *un factor de riesgo de suicidio*.

Todos estos trastornos pueden darse en la adolescencia provocando malestar clínicamente significativo con *deterioro escolar, familiar y social*. Pero de entre

todos ellos *la depresión concomitante* se aprecia como la más grave al llevar implícita las tentativas de *suicidio*.

Un ejemplo de esta *coexistencia* entre trastornos podría ser: una alumna que padece *una fobia específica situacional* (miedo a ser dañada en los juegos del recreo), conjuntamente con *un trastorno obsesivo-compulsivo* (lavarse las manos con frecuencia, temor a que le ensucien el vestido), y *una fobia social* (miedo a ser ridiculizada públicamente).

2.5. Epidemiología

Según *estudios de prevalencia*, la fobia específica es uno de los trastornos mentales más comunes, con tasas que oscilan entre *el 4,7% y 11,3%*, (Hwu y cols., 1989; Kessler y cols., 1994; y Stein, 2005).

También se ha confirmado tras numerosos estudios *que la fobia específica es más frecuente en mujeres que en hombres*. La razón de este hecho es debido a que en las mujeres es más frecuente el modelamiento de roles, lo que permite la transmisión social de fobias y temores (Fredrikson y cols, 1996; Stein, 2005).

Así mismo, las investigaciones han puesto de manifiesto que la prevalencia anual de fobia específica en adolescentes alcanza el 3,5%, mostrándose que son más las chicas que los chicos las que cumplen o alcanzan los criterios diagnósticos. (Essau y cols., 2000; Stein, 2005).

En investigaciones con niños (entre 4 y 12 años) *la prevalencia de fobia específica fue del 17, 6%* (Muris y Merckelbach, 2000; Stein, 2005). Y entre *1 y 1,5% de la población infantil para fobia escolar* (Echeburúa, 1998; Caballo y Simón, 2005).

Por otro lado, Escalona y Tobal (1992) detectaron a través de sus investigaciones que entre *un 15 y un 20% de estudiantes presentan niveles altos de ansiedad ante los exámenes*.

2.6. Evaluación

La evaluación de los niños y adolescentes con fobia específica de tipo situacional se desarrollará teniendo en cuenta las etapas de *pretratamiento* y *postratamiento*, dentro de las cuales se utilizarán la combinación de diversos instrumentos o técnicas previamente diseñadas como son:

- *La entrevista*: a través de la cual se obtiene información del alumno, la familia (madre, padre, hermanos), el psicopedagogo escolar, los profesores de aula, los compañeros de clase, el profesor tutor, etc.
- *Los inventarios de miedo*: con estas herramientas psicométricas se darán a conocer de forma *cuantitativa* la intensidad de los síntomas del

estudiante. También permitirán percibir y evaluar los cambios que se generan a través de la acción psicoterapéutica. Los más destacados por su utilidad y reconocimiento científico son:

- *Test Anxiety Inventory (TAI)*, de Spielberger, 1980.
 - *El inventario de miedos (FI, Fear Inventory)*, de Cautela y Esonis, 1983.
 - *El inventario de miedos para niños-revisado (FSSC-R, Revised Fear Survey Schedule for Childre)*, de Ollendick, 1983.
 - *Inventario de miedos escolares (IME)*, Méndez, 1988.
 - *Cuestionario de temores ante los exámenes y clases (CTEC)*, de Cinteco, 1989.
 - *Cuestionario de ansiedad ante los exámenes (CAAE)*, de Bas, 1991.
 - *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*, de Tobal y Cano Vindel, 1994.
 - *Cuestionario de ansiedad ante exámenes (CAEX)*, Valero Aguayo, 1999.
-
- *La observación de la conducta*: se basa en la contemplación del comportamiento del alumno en su ambiente natural, facilitando el análisis de su conducta (p.e. ausencias al colegio, etc.).
 - *Los autorregistros*: a través de ellos se recogerá información estructurada de la respuesta de ansiedad en el medio natural del alumno, y de los posibles factores que la mantienen activa. Todos los datos de esta información son recopilados por el estudiante.
 - *Las escalas de estimación*: permiten cuantificar el grado de miedo que tiene el estudiante. Poseen la capacidad de ser fáciles y rápidas de aplicar, y tienen la ventaja de ser usadas en combinación con otros instrumentos de evaluación (p.e. entrevista, inventarios de miedo, etc.). Así mismo, posibilitan un análisis continuo de la intensidad del miedo ante las situaciones críticas que lo provocan.
 - *Los registros psicofisiológicos*: son técnicas de evaluación de las fobias específicas que se reservan casi siempre para el ámbito de la investigación, por motivos de viabilidad y economía. Es más fácil y cómodo mantener inmóvil a los niños y adolescentes mientras se les muestra el estímulo fóbico en el espacio del laboratorio, donde se analizarán y registrarán sus constantes psicofisiológicas a través de aparatos científicos de precisión.

Después de la depresión la fobia específica es *el segundo diagnóstico principal más frecuente* (Rudd y cols., 1993; Stein, 2005).

Los pacientes con este tipo de trastorno fóbico deben de *ser evaluados psicológica y psiquiátricamente*, no sólo para determinar sus síntomas sino también para precisar cómo influyen éstos al nivel funcional. También se analizará detenidamente si existen otros trastornos concomitantes, es decir, que coinciden (p.e. padecer problemas cardíacos o fobia social).

Asimismo, se explorará si el paciente padece de *otras fobias* clasificadas en el DSM-IV-TR.

2.7. Fisiología y anatomía

Las emociones en *función de la organización motivacional* se pueden clasificar en dos grupos destacados: *agradables y desagradables*. Las primeras están asociadas a impulsos apetitivos, mientras que las segundas lo hacen frente a reacciones defensivas.

De las reacciones defensivas se producirán los componentes emocionales y psicofisiológicos, que se asociarán a las emociones negativas de la ansiedad y del miedo (Konorski, 1967; Stein, 2005).

La ansiedad se genera por la participación de diversas estructuras del cerebro. De entre todas ellas, *la amígdala es una de las más importantes*. Es una masa de sustancia gris (en forma de almendra) que se encuentra situada en el polo rostral del lóbulo temporal. Es un componente primordial del *sistema límbico*. Comprende *tres núcleos*, los cuales están en conexión con otras partes importantes del encéfalo. Estos son: *los núcleos corticomediales, los núcleos basolaterales y el núcleo central (ACe)*.

La amígdala actúa como *un procesador emocional*. Participa activamente en *la experiencia y la expresión de las emociones*. Se ha comprobado que su núcleo central y el núcleo lateral (un componente de los núcleos basolaterales), están involucrados en *la experiencia y adquisición de la emoción negativa del miedo*.

La información sensorial (estímulo emocional) entra a la amígdala a través de diversos canales aferentes que la conducen hacia los núcleos lateral y basolateral. Una vez allí, se organizan los componentes de respuesta emocional, que saldrán proyectados a través del núcleo central a través de diversos canales eferentes, que conducirán esta información hacia la sustancia gris periacueductal, el hipotálamo lateral, el hipotálamo paraventricular y el núcleo motor dorsal del vago y núcleos ambiguos. Desde cada uno de ellos, pasará la información a través de sus vías respectivas, que darán lugar a *cuatro categorías de respuesta emocional de miedo condicionado o aprendido*. Éstas son:

- *la conducta emocional* (p.e. interrupción de la tarea escolar).

- *la respuesta simpática* (p.e. aumento de la presión arterial).
- *la respuesta endocrina* (p.e. liberación de cortisol y adrenalina).
- *la respuesta parasimpática* (p.e. padecer bradicardia).

Por su parte, el núcleo lateral de la amígdala tiene la capacidad de procesar información en paralelo desde varios canales de estímulo. Recibe información desde zonas de orden superior de la neocorteza y del hipocampo (circuito cortical lento), y desde las áreas de procesamiento sensorial de la neocorteza y el tálamo (circuito subcortical rápido). Estos dos circuitos ayudarán para hacer posible *la adquisición del miedo*. También es importante recordar que el circuito cortical está implicado en la formación de *los recuerdos explícitos*.

Penick y cols., (1994) y Stein (2005), también nos indican que la salida de la información de la amígdala se puede agrupar en dos grandes clases: *las de acción defensiva* (respuesta de lucha-huída), y *las de inmovilidad somatomotora* (freezing).

También se ha apreciado, que cuando un estímulo no condicionado (ENC) se asocia o aparea a una amenaza (estímulo condicionado, EC), en las futuras exposiciones a dicho estímulo se producirá *una respuesta intensa de sobresalto*, que será reflejo del miedo. A éste fenómeno se le conoce como: *sobresalto potenciado por el miedo*.

Otras estructuras cerebrales, como el hipocampo que se ubica en el interior del lóbulo temporal, intervienen en las respuestas defensivas, como la evitación de los estímulos temidos. También participarán en *la memoria y en la orientación espacial*.

Así mismo, se ha comprobado que la hormona CRH o CRF (hormona liberadora o factor liberador de corticotropina), es un neuropéptido *abundante en la amígdala* (Van Bockstaele, Colago, y Valentino, 1998). Ésta es liberada a través de las neuronas del núcleo central (ACe), y desde aquí se proyectarán hacia el núcleo del lecho. De esta manera cuando la amígdala se activa, activará al mismo tiempo y a largo plazo el núcleo del lecho por la acción de la hormona (CRH), causando un efecto ansiogénico duradero (Sakanaka, Shibasaki, y Lederis, 1986; Stein, 2005).

Por otra parte, la CRH también posee un efecto potenciador ansiogénico sobre *la respuesta (reflejo) de sobresalto* en los individuos. Igualmente interviene en *la respuesta de los estímulos estresantes*.

La predisposición biológica a adquirir determinados miedos (miedos preparados evolutivamente) en los seres humanos, junto con la posibilidad de la hiperactivación del sistema amigdalino (activación con rapidez ante estímulos de baja potencia), y la activación diferencial de diversas vías eferentes han facilitado *la aparición de la fobia específica*, que se manifiesta como *una activación anómala del circuito neuronal del miedo*.

Muchas son las investigaciones clínicas que con su exploración recogen entre sus datos la implicación de *este tipo de circuito del miedo en la fobia específica*. Los más contundentes provienen de los estudios realizados mediante *la técnica de tomografía por emisión de positrones (TEP)*, que a través de sus imágenes (cortes horizontales), se han podido observar la activación de los circuitos neuronales en la amígdala, el estriado, y el tálamo; así como el aumento de flujo sanguíneo en la zona de la corteza paralímbica del sistema límbico (Wik y cols., 1996; Stein, 2005).

2.8. Etiología

Rachman (1977) y Caballo y Simón, (2005), nos indican que las fobias específicas son esencialmente *reacciones adquiridas* a través de tres posibles vías como son: *el condicionamiento directo, la transmisión de información y/o el aprendizaje por observación*.

Las investigaciones han puesto de manifiesto que *las experiencias aversivas directas y/o indirectas son generadoras de las fobias específicas*.

Para dar respuesta a otros interrogantes sobre las principales variables o factores involucrados en la génesis de estos trastornos, aparecen las hipótesis de: a) *La preparatoriedad* y b) *La vulnerabilidad*.

La hipótesis de la preparatoriedad intenta dar respuesta a la pregunta: ¿por qué los individuos adquieren respuestas fóbicas o de miedo más fácilmente a unos estímulos que a otros? Según Caballo y Simón (2005), esto es debido a que: “el organismo humano está biológicamente preparado para adquirir y mantener respuestas fóbicas a los estímulos que filogenéticamente han constituido una amenaza para la supervivencia de la especie”. Estas ideas tienen su base en la teoría de preparación para la adquisición del miedo de Seligman (1971).

Por su parte, *la hipótesis de la vulnerabilidad* procura responder a la pregunta: ¿por qué determinados individuos adquieren respuestas de miedo con más facilidad que otros? Esto se debe a las características de diversos factores que están involucrados en la génesis del estado fóbico. Éstos se pueden agrupar en dos tipos de vulnerabilidad:

- *La vulnerabilidad biológica*: contiene los factores genéticos y de activación de determinados circuitos cerebrales, neurotransmisores y sistemas neurohormonales. Sobre el primero, los profesores Espada, Olivares y Méndez (2005), nos señalan que la contribución genética puede ser: *específica* (mayor heredabilidad para desarrollar determinadas fobias) y/o *no específica* (con un sistema nervioso autónomo (SNA) inestable o lábil).

Sobre el segundo, la importante activación (hiperreactividad) vegetativa, dependiente del sistema nervioso autónomo (SNA), en su rama simpática, y del sistema nervioso somático (SNS), que se reflejará en

manifestaciones psicofisiológicas como son: el aumento de la tasa cardiaca, la sudoración excesiva, el incremento del tono muscular, etc. Así mismo, se activarán otros sistemas como son: *el inmunitario, el hormonal o endocrino, etc.*

- *La vulnerabilidad psicológica*: se expresa como una sensación de *incontrolabilidad* de los estímulos y las respuestas fóbicas. Sus causas desencadenantes pueden ser: la separación materna, la falta de habilidades de afrontamiento, la sobreprotección materna o paterna, etc.

Desde las estrategias conductuales se destaca la importancia de *los procesos de aprendizaje en el origen y mantenimiento* de las fobias específicas o miedos.

En la actualidad no existe mucho material investigativo sobre los modos de adquisición de las fobias específicas en la infancia y adolescencia, y el que hay sus resultados difieren apreciablemente unos de otros.

Por otro lado, también se ha buscado dar respuesta a la pregunta: ¿por qué se produce la alteración en la activación del circuito del miedo en la fobia específica? Para ello, se han planteado dos grupos de modelos etiológicos: *el condicionamiento modificado, y los no asociativos.*

El modelo del condicionamiento modificado es parecido al aprendizaje asociativo del condicionamiento clásico, que explica la aparición de las fobias mediante este fenómeno.

Dentro de su contenido, intenta dar respuesta a la pregunta: ¿por qué en muchos pacientes no se origina ningún tipo de condicionamiento? Su respuesta explicativa es que estas personas han olvidado el acontecimiento condicionante y conservado la memoria emocional. Existen dos posibles razones para que este hecho acontezca. La primera, es que *haya un retraso madurativo en el circuito cortical*, lo que conllevará que se codifique la memoria emocional pero no la explícita (Jacobs y Nadel, 1985; Stein, 2005). La segunda, que se *esté bajo estrés*, lo que provocará la liberación de cortisol y CRH (hormona liberadora o factor liberador de corticotropina) que deteriora la función hipocámpica (Bremmer y cols. 1995; Stein, 2005), pero no estropea la función de la amígdala, incluso puede potenciarla (McGaugh y col., 1993; Stein, 2005). En ambos casos, *los recuerdos emocionales* se formarán sin que exista memoria explícita o declarativa.

Ante este modelo, Rachman y cols. (1987), nos indican que presenta algunos inconvenientes a tener en cuenta. Uno de estos podría ser el que señala Stein (2005), con las siguientes palabras: “muchos pacientes experimentan condicionamiento aversivo pero no presentan fobias, lo que sugiere que hay otros factores implicados. En cambio, hay pruebas que corroboran la existencia de modos indirectos y vicariantes de inicio de las fobias.”

Por su parte, *los modelos no asociativos* explican que determinados miedos o temores intrínsecos son beneficiosos para el desarrollo normal del individuo y

su adaptación al medio. Así mismo, postulan que las fobias específicas son el resultado o el producto de la carencia de habituación a estos miedos intrínsecos, como reseñan Menzies y Clarke (1995); y Stein (2005).

Se ha comprobado, que la *no habituación* se produce en el individuo por la carencia de una exposición segura al estímulo o por no haber aprendido adecuadamente de la experiencia práctica o vivencial.

Sobre estos modelos no asociativos Stein (2005), también señala que Kendler y cols. (2002), han estado trabajando y analizando el modo de adquisición de los miedos en gemelos. Después de varias investigaciones, sus conclusiones finales han sido que la vulnerabilidad a las fobias es en buena parte *innata*, y por lo tanto, se aleja de la compatibilidad con una teoría de condicionamiento/aprendizaje.

2.9. Farmacoterapia

En la actualidad la farmacoterapia con relación a los trastornos fóbicos se encuentra menos estudiada que la psicoterapia. Sin embargo, diversos estudios de caso muestran que la medicación farmacológica es un tratamiento eficaz, solo o en combinación de un tratamiento psicoterapéutico (Stein, 2005).

De entre los diversos fármacos que se utilizan en el tratamiento de la fobia específica en adultos se encuentran:

- *Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):* se encuentran avalados por diversos estudios investigativos (Abene y Hamilton, 1998; Benjamín y cols., 2000), que demuestran su utilidad acompañados de una psicoterapia, como también en casos donde ésta no se pueda ofrecer. Son antidepresivos, mejor tolerados y más seguros. También son eficaces en pacientes que presentan enfermedades concomitantes que también respondan a estos medicamentos.
- *Las benzodiazepinas (BZD):* son los medicamentos psicotrópicos más utilizados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Son eficaces en momentos donde hay que realizar *una intervención psicoterapéutica inmediata*. Además, estos fármacos no se han de utilizar de forma prolongada por que pueden causar en algunos pacientes riesgo de abuso y tolerancia.
- *La imipramina:* es un fármaco antidepresivo tricíclico que es capaz de elevar las concentraciones de los neurotransmisores: *noradrenalina y serotonina a nivel cerebral*, mejorando los síntomas de la depresión y otros trastornos de tipo nervioso.

En los niños y adolescentes con fobia específica situacional o fobia escolar se ha utilizado *la imipramina*. Pero, la cantidad de efectos secundarios que aporta el fármaco antidepresivo, la escasez de estudios de caso de estos trastornos

fóbicos en la infancia, y los resultados positivos del tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual aconsejan elegir este último (Caballo, Simón, 2005).

2.10. Intervención psicoterapéutica

La *psicoterapia* es la herramienta principal del tratamiento de las fobias específicas. Se puede tratar desde dos estrategias teóricas destacables: *la cognitiva y la conductual*.

En la práctica habitual terapéutica se suele combinar ambas estrategias, es lo que se conoce como: *tratamientos cognitivos-conductuales*.

Las estrategias cognitivas se centran prioritariamente en reconocer las distorsiones del pensamiento en los individuos que padecen algún tipo de ansiedad, y que de forma irracional perciben algún peligro o daño. Además, suelen percibir de forma amenazante y ansiosa los estímulos ambiguos o neutros. En el caso de la fobia específica, *el estímulo fóbico es percibido por parte del paciente siempre como peligroso* (Di Nardo y cols., 1988; Stein, 2005).

La tarea primordial de las terapias cognitivas tendrán como objetivo *corregir todas las distorsiones cognitivas o mentales latentes en el paciente*, para ello el psicoterapeuta utilizará *el razonamiento consciente*.

Shafran y cols., 1993; Stein, 2005, nos señalan que en la fobia específica, el descenso de las cogniciones negativas tiene correlación con la disminución del miedo que el paciente puede percibir. Igualmente, el regreso del miedo correlaciona con el regreso de las cogniciones o pensamientos negativos y perturbadores.

Por otro lado, *las estrategias conductuales* principalmente se basan en *corregir o desaprender un aprendizaje no adecuado*, y que perturba la conducta del individuo. Como señalan Craske y Rowe, (1997), Stein, (2005) *la terapia de exposición es la más adecuada para superar la fobia específica*, ya que tiene efectos a largo plazo. Se basa en *la exposición gradual por parte del alumno al estímulo fóbico*, hasta que desaparece el miedo como respuesta. Además, se le ayudará para que no sobrevalore el grado de amenaza.

Méndez (1999) y Caballo y Simón, (2005), nos indican *cuatro estrategias generales* que facilitan que el niño y el adolescente logren interactuar con los estímulos fóbicos:

- *Reducir la intensidad de temor que produce la situación fóbica*. Las tácticas que se utilizan en esta estrategia para disminuir el miedo son: a) *Graduar la presentación de los estímulos fóbicos*, b) *Emplear representaciones de los estímulos fóbicos*, y c) *Proporcionar un ambiente seguro y relajado*.

- *Facilitar ayudas externas al estudiante para que se aproxime al estímulo fóbico.* Se centra en el componente motor de las reacciones fóbicas. Para provocar o desencadenar la conducta de aproximación deseada, se proporciona *estímulos físicos y sociales*. Las tácticas que se emplean son: a) *Los estímulos de investigación,* y b) *Los estímulos de modelado.*
- *Proporcionar cambios internos en el estudiante para que pueda hacer frente a la situación que le genera miedo.* Para su objetivo se centrará en el control de la actividad mental (respuestas cognitivas) y de la activación vegetativa (respuestas psicofisiológicas). Las tácticas de entrenamiento que se emplean son: a) *La autoinstrucción,* y b) *La relajación progresiva, respiración e imaginación creativa.*
- *Motivar al estudiante para que repita su conducta de acercamiento.* Una vez que se ha originado la interacción con la estimulación fóbica se podrá manipular las contingencias que tendrá como finalidad principal eliminar la conducta de evitación y desarrollar la conducta de aproximación hacia el estímulo fóbico. Para ello, se utilizan las siguientes tácticas: a) *La extinción,* y b) *El refuerzo positivo.*

Otros métodos dentro del tratamiento conductual son:

- *Las técnicas del enfoque neoconductista mediacional* (desensibilización sistemática, inundación, tensión aplicada).
- *Las técnicas operantes* (práctica reforzada, aproximaciones sucesivas).
- *Los procedimientos de modelado* (modelado en vivo, modelado simbólico).

La combinación de estrategias cognitivas y conductuales para tratar la fobia específica *ha demostrado su efectividad terapéutica* (Booth y Rachman, 1992; de Jongh y cols., 1995, García-Sánchez, 2002; y Stein, 2005).

Aunque la intervención con sus técnicas terapéuticas suele dar excelentes resultados, en algunos casos particulares puede haber *resistencias*, lo que ocasionará que ésta se alargue en el tiempo. Pero no hay que desanimarse ante estas circunstancias, *con tenacidad y paciencia se alcanzarán los objetivos terapéuticos propuestos.*

Algunas veces junto con el trastorno fóbico escolar, el niño o el adolescente *puede padecer fallos de memoria, falta de atención y concentración, ansiedad generalizada o depresión.* Estas perturbaciones pueden favorecer *el fracaso escolar, y que se experimente los sentimientos negativos de: frustración, tristeza y desesperanza.* De ahí que deban de ser tenidas en cuenta, para que no se agrave más el problema que ya padece.

También es fundamental que la familia (madre, padre, etc.) esté abierta a colaborar con el psicólogo, el psicopedagogo, el equipo docente, los profesores (de tutoría, apoyo, educación especial, etc.), el grupo-clase, y el director del

centro escolar donde cursa estudios el alumno. Es importante que *se construya una red de vínculos y de confianzas entre todos ellos*. Al hacerlo se creará una situación social y escolar nueva que permitirá la fluidez y el reforzamiento positivo de *la acción terapéutica, educativa y socioafectiva*.

Por último señalar, que *actuar a tiempo sobre este trastorno fóbico* es de vital importancia. Al hacerlo ayudaremos a que el estudiante supere cuanto antes esta conducta perturbadora, permitiéndole que continúe creciendo en los espacios escolares: *educativo e integrativo*.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1. Descripción del problema

Roberto es un adolescente de 14 años que cursa segundo curso de ESO en un instituto público de educación secundaria (IES). Es un alumno nuevo en el centro. Desde que llegó ha tenido dificultades de adaptación con sus compañeros de clase. Es introvertido, sensible y algo inseguro.

Desde hace varios meses manifiesta ansiedad intensa, evita la asistencia a clase de forma intermitente quedándose en casa, no se presenta a los exámenes, y se aísla con frecuencia de sus compañeros. También suele sentir: opresión en el pecho con dificultad para respirar, náuseas, tensión muscular, dolores de cabeza, problemas digestivos, etc. Así mismo, suele expresar pensamientos negativos y perturbadores como: “Tengo miedo a suspender”, “Si asisto a clase me va a entrar angustia”, “Se van a reír de mí todos mis compañeros”, “No me puedo concentrar ante los exámenes”, etc. Actualmente lleva dos semanas continuadas sin asistir al instituto.

El profesor tutor junto con otros docentes expuso a la dirección del centro la situación perturbadora que estaba atravesando el estudiante. Reunido el equipo docente y la dirección del centro solicitan al psicopedagogo del instituto que se haga cargo del caso.

El psicopedagogo ante la sospecha de que el alumno pueda padecer una fobia específica situacional, aconseja a los padres y a la dirección del centro que sea tratado lo más prontamente posible por *un psicólogo clínico*, para poner confirmar dicha hipótesis, y de ser así, poner *las pautas terapéuticas para su tratamiento*. Pocos días después, el adolescente es llevado por sus padres a consulta psicológica.

3.2. Plan de intervención terapéutico

El plan terapéutico de intervención, que dio solución a este trastorno de comportamiento infantil, tuvo por una parte las actuaciones de: *identificar, valorar las necesidades del alumno para organizar la respuesta interventiva en los niveles: psicológicos, psicopedagógicos, y educacionales.*

Para llevar a cabo esta tarea *el psicólogo clínico* contó con la colaboración e implicación de profesionales cualificados (psicopedagogo, profesor especialista en educación especial, etc.), la dirección del centro, el equipo docente, los compañeros de clase y otras aulas, y la familia (madre, padre, hermanos, etc.).

El Plan de intervención terapéutico se desarrolló *a lo largo de diez semanas continuas, con dos seguimientos evaluativos realizados a los dos y seis meses.* Veamos cada una de sus partes de forma detallada.

3.2.1. Participantes

El Plan de intervención terapéutico fue diseñado para un formato individual. En él participó *el paciente asistido por el equipo interdisciplinario.* Hubo un vínculo de confianza entre todos ellos lo que permitió que *la intervención terapéutica fluyera sin resistencia.*

3.2.2. Hipótesis

Tres fueron las hipótesis del Plan de intervención terapéutico tenidas en cuenta:

1. Las respuestas de ansiedad ante el espacio académico y ante los exámenes que expresa el alumno, se encuentran vinculadas a carencias de recursos de afrontamiento y experiencias de estrés intensas.
2. Las respuestas de ansiedad ante los exámenes obstaculizan los procesos de atención y concentración, rendimiento escolar y competencias académicas.
3. Las respuestas de ansiedad ante las conductas de sus compañeros refuerzan el aislamiento y entorpecen la competencia social y escolar.

3.2.3. Objetivos

Era preciso que el paciente aumentase las habilidades y competencias en los niveles: *cognitivo, emocional y conductual.* Al hacerlo pudo hacer frente de forma positiva a la ansiedad que lo estaba condicionando y le impedía

enfrentarse a la asistencia escolar y pruebas examinatorias. Al mismo tiempo los cambios en su conducta hicieron posible *una mejora en su autoestima personal, rendimiento académico y relación social entre sus compañeros*. En la Tabla 1 se especifican los objetivos terapéuticos utilizados que se deseaban alcanzar.

Tabla 1. Objetivos de la intervención

Problemática	Ansiedad escolar y ante los exámenes	Déficit en habilidades sociales escolares y autoestima
Objetivo general	<ul style="list-style-type: none"> - Reanudar la asistencia escolar en el menor tiempo posible, sin sentir malestar antes de ir al Instituto, ni estando en él. - Presentarse a los exámenes sin experimentar ansiedad ni miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el aislamiento social y escolar. - Desarrollar la autoestima personal, aprendiendo a respetarse y valorarse.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir con regularidad a clase. - Suprimir el refuerzo social a las quejas y/o conductas de evitación y escape. - Disminuir la ansiedad por asistir al Instituto. - Disminuir la ansiedad por presentarse a los exámenes. - Reducir el miedo al fracaso escolar. - Conocer los componentes de la respuesta de ansiedad, los factores que la mantienen activa y sus consecuencias. - Modificar el estilo atribucional para los errores y el proceso de autocontrol, e 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la ansiedad social, generada ante la presencia de sus compañeros. - Establecer y potenciar comportamientos asertivos para aumentar la autoestima y las habilidades sociales. - Incrementar la calidad y cantidad de las relaciones sociales y/o de amistad, aumentando la confianza y cordialidad entre sus compañeros.

	<p>incrementando la observación analítica de los aspectos positivos, y reduciendo hasta su eliminación el autocastigo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Desarrollar las tareas académicas de forma adecuada.- Reducir la intensidad y frecuencia de las respuestas fisiológicas que genera la ansiedad.- Mejorar la calidad del tiempo que pasa en el Instituto, ampliando la interacción social y escolar.- Aprender habilidades para afrontar la ansiedad en el espacio escolar.- Aprender habilidades en técnicas de estudio y realización de pruebas de exámenes.- Incrementar la tolerancia a las sensaciones corporales de ansiedad.- Aprender habilidades de programación de tiempos y tareas escolares.- Modificar las cogniciones inadecuadas y perturbadoras, como son los sentimientos de aislamiento y fracaso.- Suprimir conductas de escape, evitación y búsqueda de protección.	
--	---	--

3.3. Procedimiento

3.3.1. Evaluación

En la primera semana del *Plan de intervención terapéutico* se evaluó el caso. La evaluación se desarrolló teniendo en cuenta mediciones de pretratamiento (pretest) y postratamiento (postest), y se contó con la combinación de las siguientes herramientas evaluativas:

- *La entrevista*: a través de ella se obtuvo valiosa y detallada información sobre la problemática del alumno, reconociendo sus componentes en los diversos sistemas de respuesta (*cognitivas, psicofisiológicas, emocionales/sentimentales, y conductuales*), ante la ansiedad académica y los exámenes. De esta manera se pudieron apreciar las situaciones que percibía como relevantes (amenaza, peligro), las estrategias que utilizaba en el afrontamiento, y las consecuencias que éstas producían (ver tabla 2 y 3).
 - También se recogieron datos sobre cronología y evolución del trastorno, y de los intentos terapéuticos que se realizaron para solucionar el caso, con sus resultados.
 - Así mismo, se mantuvieron entrevistas por separado entre los padres del alumno, el profesor tutor y el psicopedagogo del instituto.
- *Los autoinformes*: se emplearon para cuantificar la magnitud de los síntomas del alumno y valorar el cambio que se producía con la acción de la intervención. Los autoinformes que se han utilizado este caso son:
 - *Inventario de miedos escolares (IME)*, de Méndez, 1988.
 - *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*, de Tobal y Cano Vindel, 1994.
 - *La escala de reserva social (SRS)*, de Jones y Russell, 1982.
 - *El test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)*, de Hernández.
 - *El test de matrices progresivas de inteligencia (RAVEN)*, de Raven.
- *Los autorregistros*: son técnicas prácticas y accesibles que han servido para evaluar y recabar información sobre los componentes de la respuesta de ansiedad, y sus posibles factores de mantenimiento o conservación.

A través de esta herramienta el alumno, dentro de su entorno natural, recopilaba información estructurada con relación a las situaciones escolares temidas ante las cuales respondía con ansiedad. También se ha obtenido información sobre los componentes de su respuesta, su intensidad y duración, y las consecuencias derivadas.

- *La observación conductual:* utilizando esta herramienta se ha podido observar de forma directa la conducta del alumno en las diversas situaciones ambientales en las que se ha manifestado.

También han sido de utilidad para completar la evaluación del caso los registros de asistencia, ausencia y puntualidad al aula cumplimentados por el profesor tutor y por el propio paciente.

Tabla 2. *Respuesta de la ansiedad académica*

<p>Respuestas cognitivas (lo que piensa)</p>	<p>Respuestas psicofisiológicas y emocionales/sentimentales (lo que siente)</p>	<p>Respuestas conductuales (lo que hace)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - “Si asisto a clase me va a entrar angustia”. - “Este curso es muy complicado para mí”. - “Voy a hacer el ridículo delante de mis compañeros”. - “Tengo miedo a suspender todas las asignaturas”. - “No conozco a nadie en el Instituto”. - “Los profesores se van a reír de mí”. - “No tengo buena base para empezar en este centro”. - “Mis padres se van a enfadar conmigo si suspendo y me van a castigar sin salir”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del ritmo cardiaco. - Sensación de mareo. - Náuseas. - Opresión en el pecho con dificultad para respirar. - Sudoración. - Estrés. - Ansiedad. - Sequedad de boca. - Nudo en la garganta. - Tensión muscular. - Dolores de cabeza. - Problemas digestivos. - Insomnio. - Tristeza. - Miedo. - Agotamiento. - Palidez. - Pesimismo. - Inseguridad. - Culpabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar ir al instituto. - Se niega a desayunar. - Se enfada al tener que ir al instituto. - Maltrata la cartera y los libros. - Interrumpe las tareas en clase distrayéndose con ensueños. - Se refugia en la música, los videojuegos e Internet. - Se rasca la cara con asiduidad. - Evita el participar en clase y ser preguntado. - Se aísla en clase. - Postpone el inicio de las tareas y de los estudios. - No cuida el material de estudio (suele rayarlo).

Tabla 3. *Respuesta de la ansiedad ante los exámenes*

Situación	Respuestas cognitivas (lo que piensa)	Respuestas psicofisiológicas y emocionales/sentimentales (lo que siente)	Respuestas conductuales (lo que hace)
Antes de los exámenes	<ul style="list-style-type: none"> - “Voy a suspender como siempre”. - “Si no apruebo me castigarán sin salir”. - “No me va a dar tiempo a estudiar todas las lecciones”. - “Para que estudiar, si el profesor pone lo que quiere”. - “No me puedo concentrar”. - “Para que estudiar si me voy a quedar en blanco”. - “No sirvo, no puedo, es demasiado para mí”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión muscular. - Nerviosismo. - Estrés. - Ansiedad. - Irritabilidad. - Agobio. - Incomodidad. - Tristeza. - Problemas digestivos. - Inquietud. - Cansancio. - Insomnio. - Impaciencia. - Miedo. - Cólera. - Palidez. - Taquicardia. - Insatisfacción. - Desilusión. 	<ul style="list-style-type: none"> - No presentar se ante los exámenes. - Interrumpir o posponer el estudio para más tarde. - Estudiar las lecciones sin interés. - Hacerse herramientas para copiarse en el examen. - Romper los apuntes o los libros. - Llorar.
Durante los exámenes	<ul style="list-style-type: none"> - “Esto es muy complicado”. - “No me acuerdo casi de nada”. - “Voy a suspender seguro”. - “No puedo concentrarme”. - “Tengo la mente 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del ritmo cardiaco. - Tensión muscular. - Náuseas. - Temblores en las manos y las rodillas. - Miedo. - Ansiedad. - Sofocación. - Sudoración. - Opresión en el pecho. - Malestar general. 	<ul style="list-style-type: none"> - Morderse las uñas. - Interrumpir el examen y entregarlo casi en blanco. - Morderse los labios. - Contestar sin sentido a las preguntas del examen.

	<p>bloqueada”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me ha vuelto a pasar lo mismo”. - “Se me ha olvidado lo más importante”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sequedad en la boca. - Taquicardia. - Desilusión. - Insatisfacción. - Estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Copiarse con las herramientas confeccionadas previamente. - Responder apresuradamente el examen. - Copiarse de los compañeros de clase. - Hacer tachaduras en el examen, y empezarlo nuevamente.
<p>Después de los exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “He perdido el tiempo haciendo el examen”. - “No sirvo para nada, soy un desastre”. - “El profesor ha puesto el examen muy difícil”. - “No voy a aprobar esta asignatura”. - “No quiero estudiar más”. - “No voy a examinarme nunca más”. - “No paso más por este agobio”. - “No debo seguir adelante”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Estrés. - Ansiedad. - Agotamiento. - Desesperanza. - Ira. - Baja autoestima. - Inseguridad. - Pesimismo. - Palidez. - Taquicardia. - Desilusión. - Insatisfacción. - Culpabilidad. - Frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social. - Refugio en el alcohol y el tabaco. - Llanto. - Negación a comer de forma equilibrada. - Se refugia en la música, los videojuegos e Internet.

3.3.2. Técnicas terapéuticas

Varias han sido las técnicas terapéuticas empleadas dentro del programa de intervención con la finalidad de modificar la conducta al alumno (ver Tabla 5).

De entre todas ellas destaca por su importancia: *la exposición de la fobia en vivo y el entrenamiento en habilidades sociales.*

Tabla 5. Técnicas terapéuticas empleadas

Problemática	Ansiedad escolar y ante los exámenes	Déficit en habilidades sociales escolares y autoestima
Técnicas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición o inundación en vivo. - Entrenamiento en relajación de Jacobson y autoinstrucciones. - Control estimular: plan de estudios. - Modificación del espacio o contexto escolar. - Contrato terapéutico. - Visualización creativa. - Técnicas de distracción. - Aprendizaje en técnicas de estudio y estrategias para enfrentarse a los exámenes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programación de actividades agradables y motivantes de carácter social. - Entrenamiento en recursos de afrontamiento en habilidades sociales. - Entrenamiento en contingencias y solución de problemas. - Técnicas de desarrollo de la autoestima, para aprender a respetarse y valorarse.

3.4. Programa de Intervención

Analizada la información de *los autoinformes* (pretest) se constató que el paciente expresaba niveles elevados de ansiedad en relación a su asistencia al Instituto, ante los exámenes y a la interacción social con sus compañeros. También se apreció una valoración negativa de su propia imagen (baja autoestima personal). La valoración intelectual la hizo dentro de los límites de la normalidad.

A continuación se integró toda la información obtenida a través de la evaluación, y se estableció una línea de base retrospectiva, realizándose a continuación un atento análisis funcional (ver Tabla 4).

Tabla 4. Variables de mantenimiento y repercusiones negativas del problema

Variables de mantenimiento	Repercusiones negativas
- Estímulos antecedentes (E)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Situaciones anticipatorias:</i> vestirse, desayunar, salir de casa, enfrentarse a los compañeros, coger el autobús, etc. - <i>Situaciones sociales adversas:</i> burlas, amenazas, marginación, etc. - <i>Contexto escolar:</i> cambio de centro escolar, clase, recreo, pasillos, etc.
- Variables organísmicas (O)	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en habilidades sociales y de solución de problemas. - Baja autoestima personal, etc.
- Conductas problema (R)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cognitivas:</i> pensamientos negativos sobre él, y su competencia escolar y social, etc. - <i>Psicofisiológicas:</i> presión en el pecho, sudor, taquicardias, náuseas, vómitos, cefalea, etc. - <i>Emocionales/sentimentales:</i> culpabilidad, desilusión, inseguridad, insatisfacción, pesimismo, miedo, tristeza, cólera, frustración, infelicidad. - <i>Motoras:</i> conductas de evitación activa (p.e. quejas) y pasiva (p.e. negarse a desayunar, a vestir), etc.
- Consecuencias (C)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Refuerzo social en forma de atención familiar:</i> madre, abuela. - <i>Contingencias positivas de la inasistencia:</i> jugar con videojuegos, ver la TV, conectarse a Internet, escuchar música, levantarse tarde, etc. - <i>Refuerzo negativo por la evitación de la ansiedad.</i> - <i>Refuerzo negativo por evitar realizar:</i> las tareas escolares, madrugar, asistir al centro, etc.
- Repercusiones negativas (N)	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos íntimos de ineficacia. - Desvalorización de sí mismo. - Rechazo a continuar estudiando. - Retraso en el nivel académico.

	<ul style="list-style-type: none">- Agravamiento y cronificación del aislamiento social.- Reproches familiares.- Interferencia en las actividades de ocio o tiempo libre.- Malestar intenso por tener el trastorno fóbico.- etc.
--	--

Así mismo, se percibió que su sintomatología ansiosa llevaba manifestándose más de ocho meses. Valorada toda esta información y teniendo en cuenta las recomendaciones diagnósticas del DSM-IV-TR, se diagnosticó al paciente de: *ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional, acompañada de déficit en habilidades sociales escolares y autoestima.*

A continuación se levantó su *Historia Clínica* conteniendo los siguientes apartados informativos: 1) Los datos de identificación personal, 2) Los datos de identificación del psicólogo, 3) El motivo de la consulta, 4) La situación familiar y sociocultural, 5) La historia del problema y tratamientos anteriores, 6) La sintomatología (Cognitiva, Psicofisiológica, Emocional/Sentimental, Conductual, Motivacional), 7) Las áreas evaluadas y resultados obtenidos, 8) El diagnóstico, 9) El tratamiento y/o recomendaciones, y 10) El genograma.

Después se *informó al paciente y a sus padres del trastorno que padecía.* Al mismo tiempo, se negoció un contrato terapéutico en el que el paciente se comprometía a continuar el tratamiento diseñado para él, asistir a las sesiones terapéuticas y a realizar las tareas que se le encomienden para casa. También se indicó a los padres *la importancia de su colaboración y apoyo en la acción terapéutica.*

Días después el psicólogo clínico se puso en contacto con el director del instituto, profesor tutor y el psicopedagogo para informarles del diagnóstico y plan de tratamiento a seguir con el paciente, solicitando su participación junto con el profesor especialista en educación especial y compañeros del grupo -clase. Todos se brindaron y colaboraron de *forma positiva, dando soporte emocional.* De esta manera se *formó una red social terapéutica y educativa.*

En las entrevistas se comprobó que el paciente estaba abierto a colaborar, y se acordó con él *la recuperación de las tareas escolares atrasadas* que debía realizar en casa. Para este fin se le puso un profesor de apoyo.

También se constató que los padres administraban las consecuencias de manera no contingente a la conducta expresada por el adolescente. Por ejemplo, un día el padre castigó a su hijo no comprándole un ordenador portátil que deseaba, el motivo fue que éste dejó de arreglar diariamente su habitación. Pero pasados unos días se lo compró por su cumpleaños, a pesar de que éste no había variado en nada su conducta.

Por tal motivo, se elaboró *un plan de contingencias* que tenía como finalidad extinguir las quejas del hijo y reforzar material y socialmente las conductas meta. Éstas debían ser expresadas en forma simple, realista y observable. Ejemplos de ellas fueron: estudiar en el escritorio, cumplir el horario asignado de trabajo escolar, asistir a clase unas horas determinadas, etc.

El Programa de intervención terapéutico se desarrolló en diez sesiones, de periodicidad semanal y de una hora de duración, más dos sesiones evaluatorias de seguimiento. Todo esto a lo largo de diez meses aproximadamente. En la Tabla 5 se muestran de forma detallada el contenido de la intervención.

Tabla 5. *Cronograma de la intervención terapéutica*

Período de tiempo	Actividad realizada
Semanas 1	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación del caso. b) Formalización del contrato terapéutico.
Semanas 2 - 3	<ul style="list-style-type: none"> a) Establecimiento de horario y plan de estudios. b) Recuperación de las tareas escolares atrasadas con ayuda de profesor particular. c) Programa de habilidades sociales. d) Manejo de autoinstrucciones. e) Aprendizaje y utilización de mecanismos de control de la ansiedad (relajación Jacobson y reestructuración cognitiva). f) Aprendizaje de técnicas de estudio y estrategias para enfrentarse a los exámenes. g) Entrenamiento en contingencias y solución de problemas.
Semanas 4 - 6	<ul style="list-style-type: none"> a) Incorporación a las clases. b) Exposición en vivo. c) Manejo de autoinstrucciones. d) Aprendizaje de técnicas de estudio y estrategias para enfrentarse a los exámenes. e) Afrontamiento a los exámenes. f) Programa de habilidades sociales.

	<ul style="list-style-type: none"> g) Programa de actividades extra-escolares. h) Utilización de mecanismos de control de la ansiedad (relajación Jacobson y reestructuración cognitiva). i) Contingencias por la asistencia a clase. j) Continuación del plan de estudios. k) Contingencias por el afrontamiento a los exámenes. l) Técnicas de desarrollo de la autoestima. m) Entrenamiento en contingencias y solución de problemas.
<p>Semanas 7 - 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Afrontamiento a los exámenes. b) Programa de habilidades sociales, autoestima y solución de problemas. c) Manejo de autoinstrucciones. d) Utilización de mecanismos de control de la ansiedad (relajación Jacobson y reestructuración cognitiva). e) Participación en actividades extra-escolares. f) Continuación del plan de estudios. g) Contingencias por la asistencia a clase. h) Contingencias por el afrontamiento a los exámenes. i) Técnicas de desarrollo de la autoestima. j) Evaluación del caso. k) Entrenamiento en contingencias y solución de problemas.
<p>2 Meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación de seguimiento. b) Fortalecimiento de los logros terapéuticos.
<p>6 Meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación de seguimiento. b) Fortalecimiento de los logros terapéuticos.

Todas las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento interventivo fueron necesarias, pero de entre todas ellas, la más relevante fue: *la exposición en vivo (EV)*.

Para que el paciente superara la ansiedad a las situaciones fóbicas escolares, se le explicó detenidamente *los mecanismos que hacen posible la adquisición y mantenimiento de las conductas de ansiedad*. Al mismo tiempo, se le indicó la importancia de *enfrentarse a las situaciones temidas para superar el miedo persistente, excesivo e irracional que producen*.

Después se *programó una incorporación progresiva a las clases*, durante los tres primeros días. Para ello se realizó un contrato de compromiso en el que el paciente se comprometía a asistir varias horas de clase al día.

El psicólogo acompañó al paciente al instituto el primer día para realizar *la técnica de la exposición*. También se utilizaron de apoyo *la respiración profunda y las autoinstrucciones*.

Se le enseñaron *técnicas de aprendizaje de cómo estudiar y estrategias de cómo enfrentarse a los exámenes*, indicándole que en el caso de suspender alguno de ellos lo podría recuperar. Así mismo se le *adiestró en habilidades sociales*.

En muchas de las actividades de la intervención participaron de *apoyo y soporte emocional* el psicopedagogo del centro, el profesor especialista en educación especial. También fueron de *enorme utilidad* el equipo docente y los compañeros de clase.

Por su parte, los padres *participaron desde el hogar apoyando positivamente el tratamiento terapéutico de su hijo*. Procuraron que asistiese puntualmente al instituto, durmiese de forma adecuada, desayunase todos los días, hiciese los ejercicios propuestos tanto terapéuticos como escolares, etc.

3.5. Resultados de la Intervención

La terapia fue desarrollándose hasta llegar a *su culminación con éxito, alcanzándose los objetivos terapéuticos*. El alumno ya no sentía ansiedad académica ni ante los exámenes. Asistía al instituto con agrado y se enfrenaba con seguridad a las pruebas de los exámenes. También se encontraba integrado socialmente con sus compañeros. La fobia específica de tipo situacional *había sido superada*.

Los resultados relevantes de este período interventivo y de seguimiento fueron los siguientes:

En el período de evaluación del pretest se contemplaron parámetros alterados en todos los cuestionarios que se habían utilizado (*Inventario de miedos escolares (IME)*; *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*;

La escala de reserva social (SRS); El test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMA); y El test de matrices progresivas de inteligencia (RAVEN)). A través de ellos, se observaron niveles altos de ansiedad en relación a la asistencia del estudiante al instituto, a la realización de exámenes, y a la interacción social entre sus compañeros. También se apreció una valoración negativa del alumno sobre sí mismo.

Por su parte, en el período de evaluación del posttest se apreciaron en todos los cuestionarios *una normalidad en sus parámetros*. Los niveles de ansiedad fueron bajos lo que ponía en evidencia el éxito de las herramientas terapéuticas empleadas. El estudiante manifestaba haber adquirido una serie de conductas sociales adecuadas que le permitieron integrarse en el grupo de iguales (grupo-clase), y participar en contextos de aprendizaje y de interacción normalizados.

En el Grafico 1 y 2 se aprecian las puntuaciones en las fases evaluativas de pretest y posttest del: *Inventario de miedos escolares (IME)*, con rango entre: 0 y 196; y de la *Escala de reserva social (SRS)*, con rango entre: 22 y 110. En ambas pruebas *sus puntuaciones directas decrecieron significativamente al término del tratamiento*.

Gráfico 1. Puntuaciones directas de la ansiedad académica y ante los exámenes a través del Inventario de miedos escolares (IME)

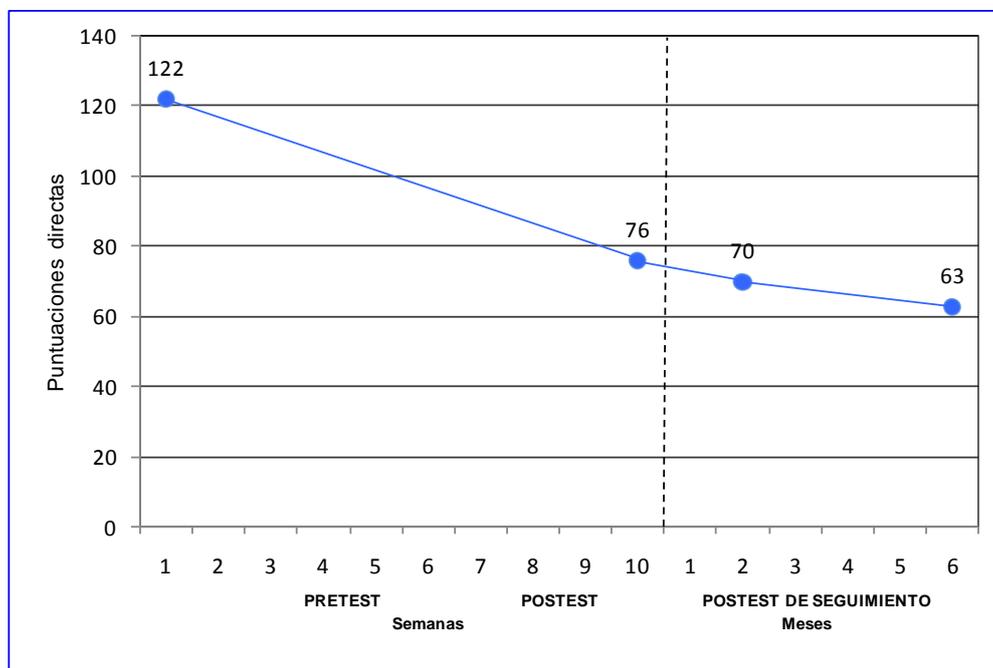
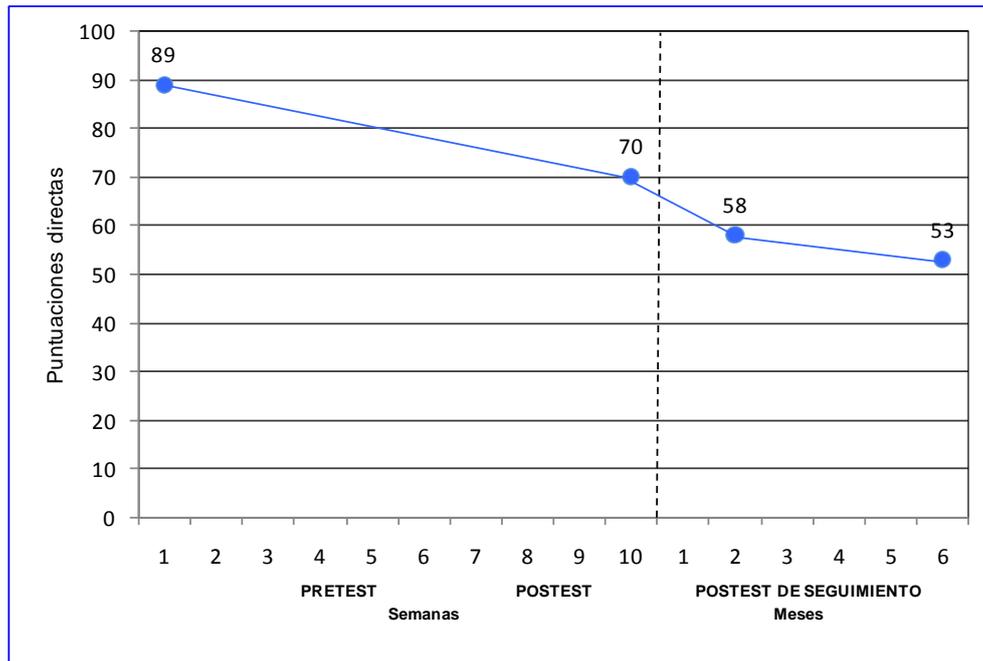


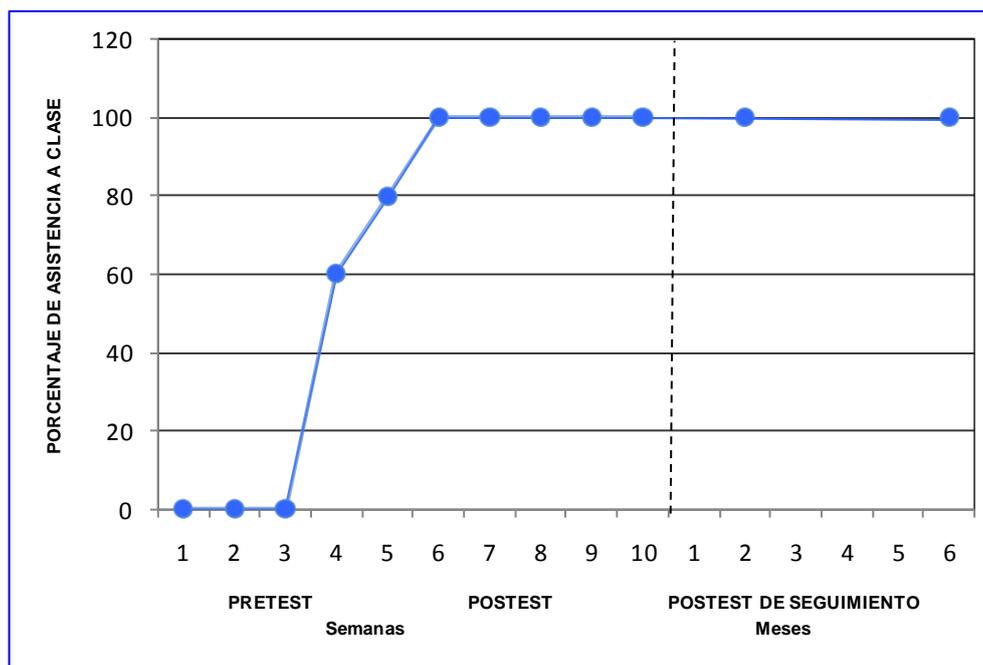
Gráfico 2. Puntuaciones directas de interacción social a través de la Escala de reserva social (SRS)



Así mismo, se utilizaron *registros de asistencia a clase* realizados por el profesor tutor y el alumno.

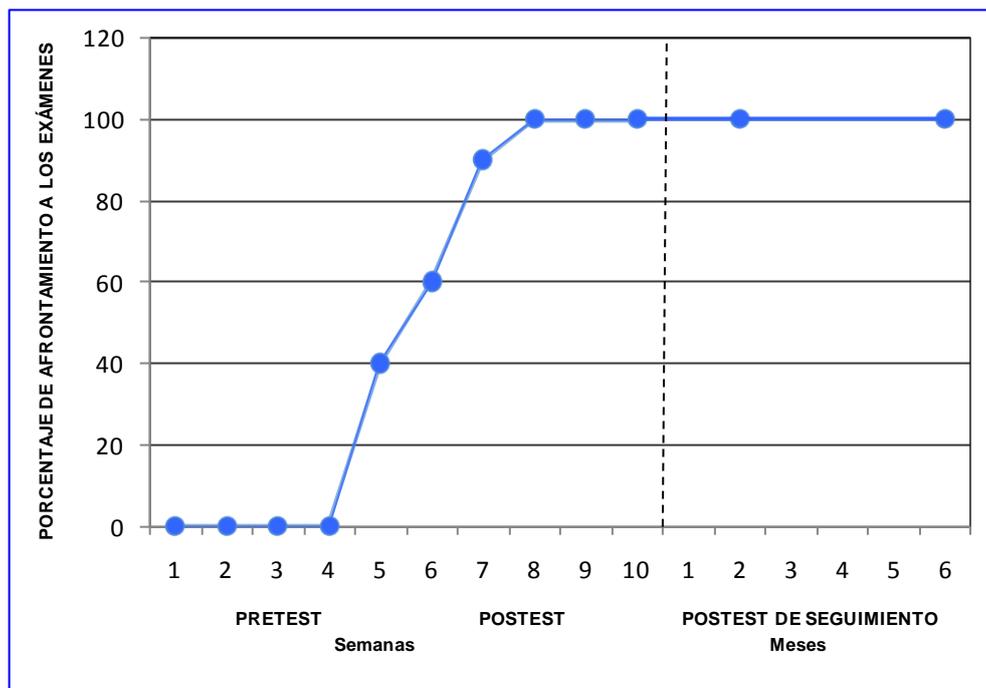
En la cuarta semana de la intervención terapéutica *el porcentaje registrado de asistencia a clase* fue del 60 %, en la quinta del 80 %, y del 100 % en sexta y demás semanas (ver Gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentajes de asistencia a clase durante el periodo de la intervención y seguimiento terapéutico



Por otro lado, el porcentaje registrado de afrontamiento con éxito a los exámenes fue del 40 % en la quinta semana, del 60 % en la sexta, del 90 % en la séptima, y del 100 % en la octava y demás semanas. A partir de aquí *no se manifestó recaída alguna* (Ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentajes de afrontamiento a los exámenes con éxito durante el periodo de la intervención y seguimiento



4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se ha podido constatar, la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional es *un trastorno infanto-juvenil incapacitante, que debe ser tratado terapéuticamente cuanto antes*. De esta manera se ayudará a que el estudiante recobre su salud mental y continúe creciendo en los espacios: *educativo e integrativo*.

Para que ésta acción interventiva sea posible se requerirá desde el centro escolar la ayuda indispensable del psicopedagogo, que a través del proceso de valoración determinará si el alumno padece el trastorno fóbico. De ser así, lo derivará *al psicólogo clínico* para que confirme el diagnóstico y aplique la terapéutica más adecuada.

Tanto *las técnicas cognitivas como las conductuales* se han apreciado eficaces en el tratamiento de las fobias específicas en la infancia y adolescencia (Caballo y Simón, 2005; García-Sánchez, 2002; y Stein, 2005).

La intervención terapéutica se *planteará siempre desde la vertiente interdisciplinaria*, dentro de la cual tendrán una participación destacada: el psicopedagogo, el profesor docente, el profesor tutor, el profesor de apoyo, el grupo-clase, y la familia. Todos ellos deberán colaborar coordinada y confiadamente.

También será importante *trabajar con la familia* (madre, padre, familiares) del alumno, *dándoles apoyo y asesoramiento psicopedagógico y psicológico*. Se les enseñará y motivará a que mantengan un estilo educativo no sobreprotector, y *que apoyen todo el desarrollo de la acción interventiva*.

De especial importancia será, que el centro escolar disponga de *programas de prevención e intervención* con el objetivo de controlar y reducir la ansiedad ante los exámenes, y mejorar el rendimiento académico. De esta manera los alumnos se verán favorecidos positivamente al aprender técnicas en: *habilidades de afrontamiento, relajación, pensamiento tenaz, autoestima personal, etc.* Como consecuencia de todo ello, se beneficiarán los ámbitos: educativo, familiar, y social.

Por último, para *investigaciones futuras* sobre este tipo de fobia específica situacional sería interesante tener en cuenta las siguientes cuestiones significativas:

- *Comprobar si ésta se encuentra relacionada con los trastornos de agorafobia, angustia y estrés infantil.*
- *Ampliar la información que se tiene sobre la misma desde la vertiente neurobiológica.*
- *Concretar los modos de adquisición de ésta en las etapas evolutivas de la infancia y adolescencia.*
- *Verificar si los psicofármacos (p.e. imipramina), en el caso de fobia infantil con depresión asociada aumentan de forma significativa la efectividad de la terapia cognitivo-conductual.*
- *Buscar las características y repercusiones de este trastorno fóbico dentro del ámbito estudiantil universitario (fobia universitaria).*
- *Investigar qué relación tiene éste trastorno mental con relación al temperamento del individuo que la padece.*
- *Averiguar la utilidad de las nuevas tecnologías (ordenadores en la práctica clínica) para la terapia de la fobia escolar.*
- *Examinar este trastorno infantil y su relación neuroendocrina (alteración de determinadas hormonas).*
- *Esclarecer si el sexo y la etnia pueden influir realmente en los patrones de comorbilidad en este trastorno fóbico.*

- *Conocer la relación que pueda existir entre el tipo de trastorno de la personalidad y la fobia específica.*
- *Investigar el porcentaje de recaídas del trastorno fóbico escolar después de su tratamiento.*

5. BIBLIOGRAFÍA

Abene, M.V., y Hamilton, J.D. (1998). Resolution of fear of flying with fluoxetine treatment. *J Anxiety Disord*, 12, pp. 599 - 603.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Barris, J., y Batle, S. (2008). Terapia de conducta para la fobia escolar: estudio de un caso. *Heiapsicología*, Recuperado: 2 Febrero, 2009. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12 caso terapia conducta fobia escolar.pdf>

Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2002). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Benjamín, J., Ben, Zion, I, Z., Karbofsky, E., et al. (2000). Double-blind placebo-controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. *Psychopharmacology (Berl)*, 149, pp. 194 - 196.

Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Bremner, J.D., Krystal, J.H., Southwick, S.M., et al. (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *J Trauma Stress*, 8, pp. 527 – 553.

Booth, R., y Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia, *I. Behav Res Ther*, 30, pp. 207 - 221.

Buela-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, J.C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores.

Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2005). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Castanyer, O. (2007). *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cleghorn, P. (2003). *Cómo desarrollar la autoestima*. Barcelona: Robinbook.

Craske, M.G., y Rowe, M.K. (1997). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias, in *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment*. Edited by Davey GC. New York, Wiley, pp. 247 - 280.

de Jongh, A., Muris, P., ter Horst, G, et al., (1995). One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behav Res Ther*, 33, pp. 947 - 954.

Dennis, G. (2004). *Principios de Neuropsicología Humana*. Madrid: McGraw-Hill.

Di Nardo, P.A., Guzy, L.T., Bak, R.M. (1988). Anxiety response patterns and etiological factors in dog-fearful and non-fearful subjects. *Behav Res Ther*, 26, pp. 245 - 252.

Doron, R. y Parot, F. (1998). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Akal.

Echeburúa, E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Escalona, A., Miguel-Tobal, J.J. (1992). Ansiedad y rendimiento. En J.J. Miguel-Tobal (ed.). *Cognición, emoción y salud*. Facultad de Psicología. UCM: Mimeo.

Espada, J.P., y Méndez, F.X. (2002). Terapia de conducta para la fobia escolar: estudio de un caso. *Acción psicológica*, 1, pp. 81 - 85. Recuperado: 5 Febrero, 2009. Disponible en: http://www.uned.es/psicologia/accion_psicol/periodico/n1_vol1/7.pdf

Espada, J.P., Olivares, J., y Méndez, F.X. (2005). *Terapia Psicológica. Casos prácticos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Essau, CA., Conradt, J., Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *J Clin Child Psychol*, 29, pp. 221- 231.

Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H., et al. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Ther*, 34, pp. 33 - 39.

García-Sánchez, J.N. (2002). *Aplicaciones de intervención psicopedagógica*. Madrid: Ediciones Pirámide.

García-Sánchez, J.N. (2008). *Intervención psicopedagógica de los trastornos del desarrollo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Gaja, R. (2004). *Bienestar, autoestima y felicidad*. Barcelona: Random House Mondadori.

Gil, F., y León, J.M^a. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.

Hewitt, J. (2006). *Relajación*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Hwu, H., Yeh, E.K., y Chang, L.Y. (1989) Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand*, 79, pp. 136 -147.

Jacobs, W.J., y Nadel, L. (1985). Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychol Rev*, 92, pp. 512 - 531.

Kendler, K.S., Myers, J., Prescott, C.A. (2002). The etiology of phobias: an evaluation of the stress-diathesis model. *Arch Gen Psychiatry*, 59, pp. 242 - 248.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of the DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, pp. 8 - 19.

Konorski, J. (1967). *Integrative Activity of the Brain: An Interdisciplinary Approach*. Chicago, IL, University of Chicago Press.

Labrador, F.J., Cruzado, J.A., Muñoz, M. (2003). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

McGaugh, J.L., Introini-Collison, I.B., Cahill, L.F., et al., (1993). Neuromodulatory systems and memory storage: role of the amygdala. *Behav Brain Res*, 58, pp. 81 - 90.

Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Cómo ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Menzies, R.G., y Clarke, J.C. (1995). The etiology of acrophobia and its relationship to severity and individual response patterns. *Behav Res Ther*, 33, pp. 795 - 803.

Muris, P., y Merckelbach, H. (2000). How serious are common childhood fears? II: the parent's point of view. *Behav Res Ther*, 38, pp. 813 - 818.

Nathan, P.E., Gorman, J.M., y Salkind, N.J. (2005). *Tratamiento de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Penick , E.C., Powell, B.J., Nickel, E.J., et al. (1994). Co-morbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 18, pp. 1289 - 1293.

Pérez, M., et al. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Purves. D., et. al. (2001). *Invitación a la neurociencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination, 15, pp.125 -134.

Rachman, S., Levitt, K., Lopatka, C. (1987). A simple method for distinguishing between expected and unexpected panics. *Behav Res Ther*, 25, pp. 149 - 154.

Roa, A., et al. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Cepe.

Rubio, F.D. (2004). *Manual práctico de prevención y reducción de ansiedad en los exámenes y pruebas orales*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Rudd, MD., Dahm, P.F., Rajab, M.H. (1993). Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *Am J Psychiatry*, 150, pp. 928 - 934.

Sakanaka, M., Shibasaki, T., y Lederis, K. (1986). Distribution and efferent projections of corticotropin - releasing factor - like immunoreactivity in the rat amygdaloid complex. *Brain Res*, 382, pp. 213 - 238.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Salmurri, F. (2003). *Libertad emocional. Estrategias para educar las emociones*. Barcelona: Paidós.

Seligman, M.E. (1971). Phobias and preparedness. *Behav Res Ther*, 2, pp. 307 - 320.

Servera, M. (2002). *Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Shafran, R., Booth, R., Rachman, S.J. (1993). The reduction of claustrophobia, II: cognitive analyses. *Behav Res Ther*, 31, pp. 75 - 86.

Starcevic, V. y Bogojevic, G. (1997). Comorbidity of panic disorder with agoraphobia and specific phobia: relationship with the subtypes of specific phobia. *Compr Psychiatry*, 38, pp. 315 - 320.

Stein, D.J. (2005). *Manual Clínico de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Ars Médica.

Tea Ediciones. (2009). Recuperado: 24 Marzo, 2009. Disponible en: <http://www.teaediciones.com/>

Vallejo, J., y Gastó, C. (1999). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

Van Bockstaele, E.J., Colago E.E., y Valentino R.J. (1998). Amygdaloid corticotropin-releasing factor targetlocus coeruleus dendrites: substrate for the coordination of emotional and cognitive limbs of the stress response. *J Neuroendocrinol*, 10, pp.743 - 757.

Varela, P. (2002). *Ansiosa-mente. Claves para reconocer y desafiar la ansiedad*. Madrid: La Esfera de los Libros.

Vázquez-Barquero, J.L., y Herrán, A. (2006). *Las fases tempranas de la ansiedad*. Barcelona: Masson.

Wik, G., Fredrikson.M., Fischer, H. (1996). Cerebral correlates of anticipated fear: a PET study of specific phobia. *Int J Neurosci*, 87, pp. 267 - 276.

Yuray Díaz, A. (2004). Fobia escolar. *PsicoPedagogía.com.*, Recuperado: 24 Enero, 2009. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/fobia-escolar>