



Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños¹

Graciela Bermúdez-Ornelas y Laura Hernández-Guzmán²
(Universidad Autónoma de México, México)

(Recibido 3 de septiembre 2007/ Received September 3, 2007)
(Aceptado 18 de abril 2008 / Accepted April 18, 2008)

RESUMEN. Este estudio se propuso explorar el efecto del tratamiento de una sesión conductual de la fobia específica, diseñado por Öst, sobre las conductas de acercamiento y manipulación de las arañas por parte de niños con diagnóstico de fobia específica y su ansiedad, según la percepción de sus padres, una semana, tres y seis meses después del tratamiento. El estudio cuasiexperimental empleó un diseño de serie temporal interrumpida simple. Se aplicó la intervención en forma individual a 10 niños, entre 7 y 12 años, diagnosticados con fobia específica a las arañas. Se evaluó, antes, una semana después del tratamiento, tres y seis meses después, la respuesta de aproximación de los niños a las arañas y su ansiedad/depresión de acuerdo con el informe de sus padres. Se observaron mejoras estadística y clínicamente significativas después del tratamiento y tres meses después en todos los niños. La mejoría se mantuvo a los seis meses después del tratamiento para seis de los siete niños que terminaron el estudio. Los hallazgos se discuten a la luz de su relevancia clínica. Se repiten los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento de una sesión en niños latinoamericanos.

PALABRAS CLAVE. Fobia específica. Arañas. Tratamiento cognitivo-conductual. Estudio cuasi-experimental.

¹ Esta investigación se realizó gracias al financiamiento del proyecto PAPIIT IN305207. Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México.

² Correspondencia: Av. Universidad 3004, Edificio D. Laboratorio I. Col. Copilco-Universidad. C.P. 04510 Distrito Federal. (México). E-mail: lher@servidor.unam.mx

ABSTRACT. The aim of the present study was to explore the effect of the one session behavioral treatment of specific phobia, proposed by Öst on: a) approach and manipulation behaviors of children diagnosed with specific phobia, and b) their anxiety, according to their parents' perception, one week, three and six months after treatment. The quasi-experimental study used an interrupted time series design. Treatment was individually applied to 10 children, 6 to 12 years of age, diagnosed with specific phobia to spiders. Pre, post, 3 and 6 months after treatment measurements of children's behavioral approximations to spiders, and their depression/anxiety as reported by their parents, were conducted. Clinical and statistically significant improvement was observed at post-test and 3 months later in all children. Improvement was maintained after 6 months for 6 of the 7 children who completed the study. Results of previous studies on the efficacy of the one session behavioral treatment were replicated in Latin American children.

KEYWORDS. Specific phobia. Spiders. Cognitive-behavioral treatment. Quasi-experimental study.

En el curso de su desarrollo, los niños experimentan miedos, siendo su mayoría transitorios, de intensidad leve y específicos de la edad. Los miedos infantiles se consideran respuestas normales del organismo que permiten el afrontamiento. No obstante, cuando persisten suelen convertirse en una fobia específica (Fong y Garralda, 2006; Öst, 1987). El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) define la fobia específica como un miedo persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación claramente discernible de una situación u objeto específico. Esta clasificación diagnóstica distingue cuatro tipos de fobias y una categoría residual: animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional y otros tipos.

La prevalencia de las fobias específicas en los niños es de 5% en población general y 15% en población clínica (Silverman y Moreno, 2005). La fobia a los animales es la más común (Iancu *et al.*, 2007; Medina-Mora *et al.*, 2003; Muris, Merckelbach, Mayer y Prins, 2000). Particularmente, en población infantil, la fobia a las arañas es la más frecuente (Muris *et al.*, 2000; Ollendick, King y Frary, 1989). Aunque las fobias específicas se inician aproximadamente a los 7 años (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez, 2002; Fong y Garralda, 2006; Medina-Mora *et al.*, 2003), pueden aparecer en cualquier momento de la vida (American Psychiatric Association, 2002). Este trastorno sin tratamiento tiende a ser crónico (Sosa y Capafóns, 1995) e interfiere con el funcionamiento cotidiano del individuo que lo padece (Shearer, 2007).

El tratamiento de las fobias específicas ha variado dependiendo del enfoque psicológico del que se trate. No obstante, la investigación sobre tratamientos validados empíricamente ha señalado a la terapia cognitivo-conductual como la más eficaz. De entre las técnicas apoyadas en datos de investigación que cumplen con los criterios de rigor metodológico (Chamove, 2007; Shearer, 2007; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; Velting, Setzer y Albano, 2004) sobresale la exposición in vivo para el tratamiento de las fobias específicas (Antony, McCabe, Leeuw, Sano y Swinson, 2001; Capafóns, 2001; Emmelkamp *et al.*, 2002; Rentz, Powers,

Smits, Cogle y Telch, 2003; Wald, 2004). El avance de esta línea de investigación ha permitido afinar los tratamientos, de tal suerte que Öst (1989b) ha logrado tratar con éxito las fobias específicas mediante la técnica de exposición en una sesión única (Öst, 1989a). Los diversos estudios realizados por Öst y sus colaboradores revelan que entre el 74% y 95% de pacientes adultos mejora después del tratamiento de una sesión, y esta mejoría se ha verificado un año después del tratamiento (Öst, 1997). Este autor ha tratado con éxito la fobia a las arañas en pacientes adultos (Hellström y Öst, 1995; Öst, Salkovskis y Hellström, 1991). Para que un tratamiento se considere validado empíricamente, basado en datos de investigación y recomendable para diversas poblaciones, un equipo de investigadores, distinto al que hubiese demostrado originalmente su eficacia, debe encontrar resultados similares (Hamilton y Dobson, 2001). Dos equipos de investigadores independientes han repetido los resultados de Öst en niños que padecían fobia específica, uno dirigido por Muris (Muris, Merckelbach, Holdrinet y Sijenaar, 1998; Muris, Merckelbach, van Haaften y Mayer, 1997) y el otro por Ollendick (King, Ollendick, Murphy y Muris, 2000; Ollendick y King, 1998).

Esta línea de investigación exige estudios realizados por otros equipos independientes que corroboren la validez y generalidad del tratamiento de una sesión de las fobias específicas, aplicado a diversas poblaciones y circunstancias vitales. En el presente estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2007; Ramos-Alvarez, Valdés-Conroy y Catena, 2006), un grupo independiente de investigadores mexicanos, lo sometió a prueba para el tratamiento de niños con fobia específica a las arañas. Se espera, como resultado de un tratamiento dirigido a la reducción de la fobia específica a las arañas, que los niños se acerquen al animal y lo manipulen, asimismo que este efecto se refleje en la ansiedad general de los niños, de acuerdo con la valoración de sus padres, y que los cambios se mantengan con el paso del tiempo. El objetivo, por consiguiente, fue investigar el efecto del tratamiento de una sesión conductual de la fobia específica, diseñado por Öst, sobre: a) las conductas de acercamiento y manipulación de las arañas por parte de niños con diagnóstico de fobia específica, y b) su ansiedad, según la percepción de sus padres, una semana, tres y seis meses después del tratamiento.

Método

Participantes

De 180 niños de dos colegios públicos de zonas marginadas de la Ciudad de México, se seleccionaron intencionalmente 22 que puntuaron más alto que el punto de corte de la escala de *Ansiedad/depresión* del *Children Behavior Check List (CBCL/6-18)* (Achenbach y Rescorla, 2001). Los 22 niños respondieron posteriormente al Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) y se sometieron a una entrevista diagnóstica semiestructurada. También se entrevistó a sus padres. Esta información fue la base para establecer el diagnóstico, corroborado posteriormente por un paidopsiquiatra. Diez niños cumplieron con el criterio diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV-TR de la fobia específica a las arañas. Las entrevistas revelaron que los niños sufrían del trastorno desde hacía 1-7 años. Participaron en el estudio, 6 niñas (entre 7 y 11 años de edad) y 4 varones (entre 8 y 12 años). No fue posible evaluar a tres de los niños en el segundo

seguimiento, por lo que no terminaron el estudio. Los padres firmaron una carta en la que manifestaban su libre consentimiento a participar, después de conocer el propósito del estudio y de la confidencialidad de los resultados.

Instrumentos

- Hojas de lectura óptica, lápices, gomas para borrar, guantes, tarjetas de cartón, fotografías de arañas, una caja de cartón, recipientes de vidrio transparente y arañas vivas. Se tuvo especial cuidado de no hacer daño a los animales y que los niños aprendieran a protegerlos.
- *Children Behavior Check List, CBCL/6-18* (Achenbach y Rescorla, 2001). Instrumento de banda ancha compuesto por 118 ítems que pregunta a los padres sobre los síntomas internalizados y externalizados del niño. Su fiabilidad de consistencia interna es de 0,96 (Hernández-Guzmán, 2005). Sus reactivos calificados desde 0 (*nunca*) hasta 2 (*siempre*) se agrupan en 9 factores: *Ansioso/deprimido, Aislado/deprimido, Quejas somáticas, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Problemas de atención, Conducta de violar reglas, Conducta agresiva y Otros problemas*. Los análisis del presente estudio se basaron solamente en el factor *Ansioso/deprimido* (alfa de Cronbach = 0,78) compuesto por 13 reactivos que alcanza una calificación total posible de 26 puntos. Este factor mide ansiedad, pero toma en cuenta los datos que muestran que la ansiedad infantil comparte síntomas con la depresión (Curry, March, y Hervey, 2004). Una calificación de 8 puntos o menos significa que el niño se comporta normalmente.
- Instrumento Diagnóstico de Fobia Específica (IDFE) (Bermúdez-Ornelas, 2003). Presenta un alfa de Cronbach de 0,93 y está compuesto por 52 ítems distribuidos en 9 factores: *Fobia escolar, Fobia animal, Fobia a la oscuridad, Fobia situacional, Fobia al daño físico, Fobia al peligro y a la muerte, Fobia ambiental, Fobia médica y Fobia a la crítica*. El niño valora su grado de ansiedad en una escala de 3 puntos desde 0 (*nada*) hasta 2 (*mucho*). A mayor puntuación mayor ansiedad. El punto de corte es de 90 puntos.
- Prueba de Aproximación Conductual (PAC) de la fobia específica (McCabe, Anthony y Ollendick, 2006; Ollendick, 2004) diseñada para evaluar conductualmente la interacción con el estímulo fóbico. Consta de una secuencia de 28 actividades que implican el acercamiento gradual al objeto fóbico. Al niño se le informa del propósito de la PAC y se le explica que desempeñará las actividades en una situación controlada. Se otorga un punto por cada actividad realizada. A mayor puntuación mayor interacción con el estímulo fóbico. La PAC para la fobia a las arañas considera que el niño ha logrado vencer eficazmente su fobia, cuando cumple satisfactoriamente con el 50% de las actividades (McCabe *et al.*, 2006; Ollendick, 2004; Öst, 1989a, 1997), equivalente a 14 puntos. No obstante, aún cuando el niño alcance este criterio, se continúa con la prueba hasta completar las 28 actividades o cuando el niño decida suspenderla. En el presente estudio, dos observadores independientes registraron las actividades de los niños, alcanzando una fiabilidad entre observadores de 92,85%.

- Entrevista a Niños con Fobia Específica (Ollendick, 2004). Entrevista semiestructurada que explora aspectos relacionados con la fobia, el tiempo que la ha padecido, la forma en que interfiere con la vida diaria del niño y de la familia, y reacciones relacionadas con la fobia del niño (por ejemplo, «¿Desde hace cuánto tiempo tienes miedo a las arañas?»).
- Entrevista a Padres de Niños con Fobia Específica (Ollendick, 2004). Entrevista semiestructurada compuesta por 12 preguntas que exploran aspectos relacionados con la fobia de sus hijos, como el inicio de la fobia, el tiempo con ella, las consecuencias para la vida diaria y algunas reacciones ante la fobia de su hijo (por ejemplo, «¿Cómo afecta la fobia de su hijo al desempeño de sus actividades cotidianas?»).

Diseño experimental

Se empleó un diseño cuasi experimental de serie temporal interrumpida simple (Montero y León, 2007). Se examinó el efecto del tratamiento de una sesión para la fobia específica (variable independiente) en 10 réplicas directas (Sidman, 1960) sobre la aproximación conductual por parte de los niños a las arañas y la ansiedad medida por el *CBCL*, de acuerdo con sus padres (variables dependientes).

Procedimiento

- Pre-evaluación. Se aplicó la PAC a los participantes.
- Tratamiento. El tratamiento de una sesión para la fobia específica, basado en el manual elaborado por Öst y Ollendick (1999), se aplicó individualmente a los 10 niños con fobia específica a las arañas una semana después de la evaluación inicial. Los 10 participantes se sometieron al tratamiento en el curso de dos semanas. Al inicio de la sesión se aplicó la PAC. Posteriormente, durante la misma sesión se implementó el tratamiento de una sesión de las fobias específicas, basado en el modelamiento y la exposición gradual al estímulo fóbico (Öst, 1989b). El tratamiento consta de ensayos sucesivos, cuyos objetivos son: a) observar la fotografía de una araña, b) observar a la araña viva dentro de un recipiente de vidrio transparente, c) sacarla del recipiente, d) tocarla con algún objeto, e) tocarla con la mano, f) permitirle que camine sobre la mano, g) tomarla con las manos y, finalmente, h) liberarla o adoptarla como mascota. El niño realiza 28 actividades en total para ir alcanzando los diversos objetivos de forma controlada. La interacción con la araña ocurre gradualmente, se inicia con la situación de interacción menos fóbica y termina con la más fóbica. La sesión de tratamiento se da por terminada cuando el niño decide suspender o bien cuando ha realizado todas las actividades. Se repite cada actividad cuantas veces sea necesario, hasta que el participante logre desempeñarla por sí mismo, sin ayuda del terapeuta o de algún instrumento como guantes, tarjetas o lápices. La sesión tiene una duración aproximada de tres horas y ocurre en presencia de dos terapeutas.
- Post-evaluación y seguimientos. Una semana, tres y seis meses después de la sesión de tratamiento se aplicó la PAC a los niños; sus padres cumplimentaron

el *CBCL/6-18*. Los datos se analizaron individual y grupalmente. En la evaluación del segundo seguimiento, seis meses después del tratamiento, tres de los niños habían cambiado de escuela (dos niñas y un varón).

Resultados

Aproximaciones conductuales

La Tabla 1 presenta en la parte superior el número de actividades de la PAC realizadas por los siete niños que terminaron el estudio. Antes del tratamiento, los niños cumplieron con tres o menos de las 28 actividades, una semana después desempeñaron 19 o más, el 100% de los niños logró una puntuación superior al punto de corte de 14 puntos, que es el criterio de normalidad. En el primer seguimiento, tres meses después, se mantuvo el mismo resultado: los niños cumplieron con 19 o más actividades. Las puntuaciones a los seis meses fueron similares, excepto en un caso. Fue el caso de un niño, quien había cumplido con una actividad antes del tratamiento y 21 una semana después. Sin embargo, tres meses después, desempeñó 19 y seis meses después, 13. En la parte inferior de la Tabla se aprecia el número de actividades de la PAC logradas por tres niños que no fueron evaluados a los seis meses. De las 28 actividades, antes del tratamiento cada niño realizó tres, una semana después 22 o más y, a los tres meses, 25 o más.

TABLA 1. Puntuaciones obtenidas en la Prueba de Aproximación Conductual (PAC).

<i>Identificación</i>	<i>Evaluación</i>			
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
Niña 1	3	27	27	28
Niña 2	2	25	27	27
Niña 3	2	22	25	28
Niña 4	2	23	25	26
Niño 1	1	21	19	13
Niño 2	3	25	28	28
Niño 3	2	19	22	22
Niña 5	3	28	28	
Niña 6	3	23	25	
Niño 4	3	22	25	

Nota. El punto de corte para la Prueba de Aproximación Conductual es 14.

El análisis grupal de las puntuaciones obtenidas en la PAC, antes, una semana, tres y seis meses después del tratamiento, mediante la prueba no paramétrica de Friedman, reveló diferencias significativas ($\chi^2_{(3)} = 16,40, p < 0,00$) para los siete casos a los que fue posible evaluar seis meses después del tratamiento. Posteriormente, se computó la Prueba de Wilcoxon; las comparaciones entre las puntuaciones antes del tratamiento ($M = 2,14$) y una semana ($M = 23,14, p < 0,01$), tres meses ($M = 24,71, p < 0,01$) y seis meses

después ($M = 24,57$, $p < 0,01$) mostraron diferencias significativas. Este análisis se repitió, añadiendo a los tres niños que abandonaron antes del último seguimiento (a los seis meses). Es decir, incluyó las puntuaciones en la PAC de los 10 niños, en la pre-evaluación, una semana y tres meses después del tratamiento. La prueba de Friedman arrojó diferencias significativas ($\chi^2_{(2)} = 17,68$, $p < 0,000$). Asimismo, la prueba de Wilcoxon mostró cambios significativos del pre ($M = 2,40$) al post ($M = 23,50$, $p < 0,005$) y al primer seguimiento, tres meses después ($M = 25,10$, $p < 0,00$).

Ansiedad

Las calificaciones en el factor *Ansioso/deprimido* del *CBCL/6-18*, antes, una semana, tres y seis meses después, se presentan en la parte superior de la Tabla 2, para los siete niños que terminaron el estudio. Antes del tratamiento, sus calificaciones fluctuaron entre 8 y 14 puntos, una semana después los 7 participantes obtuvieron una calificación de 7 puntos o menos. Tres y seis meses después del tratamiento las calificaciones eran 6 o menos. Las calificaciones en el factor *Ansioso/deprimido* del *CBCL/6-18* de los tres niños que no completaron el estudio se presentan en la parte inferior de la tabla. Antes del tratamiento, los tres niños calificaron entre 9 y 15 puntos, una semana después del tratamiento, sólo una niña obtuvo una calificación inferior a 8. No obstante, tres meses después, las calificaciones habían disminuido, en los tres casos, a 7 puntos o menos.

TABLA 2. Calificaciones obtenidas en el factor ansioso/depresivo del *CBCL/6-18*.

<i>Identificación</i>	<i>Evaluación</i>			
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>3 meses</i>	<i>6 meses</i>
Niña 1	14	5	2	0
Niña 2	12	4	2	1
Niña 3	10	7	3	3
Niña 4	16	7	4	3
Niño 1	8	6	6	6
Niño 2	10	3	3	0
Niño 3	9	2	2	2
Niña 5	12	8	2	
Niña 6	9	2	1	
Niño 4	15	9	7	

Nota. El punto de corte para el factor *Ansioso/deprimido* del *CBCL 6/18* es 8.

El análisis grupal del factor *Ansiedad/depresión* del *CBCL/6-18* se efectuó mediante un ANOVA de un factor con medidas repetidas, para los siete casos evaluados a los seis meses ($F_{(3,18)} = 31,01$, $p < 0,00$). Las comparaciones entre el pre ($M = 11,28$) y el post una semana después ($M = 4,85$, $p < 0,00$), el primer seguimiento a los tres meses ($M = 3,14$, $p < 0,00$) y el segundo seguimiento a los seis meses ($M = 2,14$, $p < 0,00$) mostraron diferencias significativas. Al añadir en el análisis los datos de los tres niños

que sólo participaron hasta los tres meses, se obtuvo una $F_{(2, 18)} = 54,27, p < 0,00$. Resultaron significativos los cambios entre la pre-evaluación ($M = 11,30$) y la post-evaluación una semana después ($M = 5,30, p < 0,00$) y el primer seguimiento a los tres meses ($M = 3,20, p < 0,00$).

Discusión

El propósito del presente estudio fue investigar el efecto del tratamiento de una sesión conductual en niños con diagnóstico de fobia específica a las arañas sobre sus conductas de acercamiento al estímulo fóbico y su ansiedad general, una semana, tres y seis meses después del tratamiento. Los resultados sugieren que el tratamiento fue eficaz. En todos los casos, se observó la desaparición de la reacción fóbica a las arañas y la disminución del nivel de ansiedad una semana después de terminado el tratamiento. Además, tres y seis meses después, estos cambios se mantenían, o bien se observaba una mejoría aún mayor, excepto en el caso de un niño. Después del tratamiento, los participantes se ubicaron y permanecieron en el mismo nivel de funcionamiento que los niños normales. En una o más de las evaluaciones posteriores al tratamiento, el 50% de los niños alcanzó el máximo posible de conductas de acercamiento y manipulación del estímulo fóbico, es decir, liberar a la araña o llevársela como mascota. Al igual que en otros estudios (Ollendick y King, 1998; Öst, Ferebee y Furmark, 1997; Öst, Svenson, Hellström y Lindwall, 2001), la mayoría de los niños mostró una mejoría gradual conforme transcurría el tiempo después de terminado el tratamiento. Se ha sugerido que las contingencias sociales naturales son responsables de esta tendencia a mejorar (Hernández-Guzmán, González y López, 2002). Al parecer, algunos niños reciben atención de sus pares y de su familia al dominar las situaciones anteriormente temidas. En este estudio, algunos niños informaron que, después del tratamiento, manipulaban arañas frente a sus padres y otras personas para demostrar que habían superado su fobia. Asimismo, el reforzamiento intrínseco, asociado con la competencia del niño en el afrontamiento del estímulo fóbico, podría explicar la tendencia a mejorar con el paso del tiempo.

Es común encontrar arañas en las casas de lámina y cartón, en las que habitan los niños habitantes de zonas marginadas participantes en el presente estudio. Por consiguiente, estos niños contienden prácticamente a diario con la presencia de arácnidos en sus moradas, lo que suele interferir con su funcionamiento cotidiano. Al término del estudio, seis de los siete niños mostraron comportamientos típicos de niños normales sin fobia a las arañas. Lo mismo ocurrió con los tres niños restantes, tres meses después del tratamiento. Algunos de los participantes habían informado que, antes del tratamiento, no podían dormir si sus padres no verificaban la ausencia de arañas. Un niño refirió que antes del tratamiento era objeto de burla por parte de sus compañeros. Este problema desapareció después del tratamiento.

Solamente un niño mostró un retroceso en su respuesta de aproximación a las arañas, seis meses después. Si bien, antes del tratamiento no logró observar a la araña, la tocó con su dedo una semana y tres meses después. No obstante, después de seis meses, este niño aceptó solamente tocarla con una tarjeta (13 puntos en la PAC), pero evitó tocarla con el dedo. Aunque esto no representa la aversión mostrada antes del

tratamiento, sí obtuvo una puntuación inferior al punto de corte (14 actividades de acercamiento). Informó que su madre se ponía muy nerviosa cuando él intentaba mostrarle sus logros manipulando las arañas. En estudios futuros habrá que investigar si el tratamiento es más eficaz si se incluye también a los padres fóbicos.

No sólo se apreció un cambio importante después del tratamiento en la conducta de los niños, sus padres también lo notaron en el nivel de ansiedad. De acuerdo con sus padres, después del tratamiento la ansiedad de los participantes se redujo al nivel de normalidad y este cambio se mantuvo a los tres y seis meses. Las dos medidas que utilizó este estudio provienen de dos fuentes diferentes, la conducta observada en los niños y la respuesta de los padres al *CBCL*. Hubo mejoría en ambas variables simultáneamente después de la aplicación del tratamiento. Es decir, el efecto se repitió en ambas variables dependientes, lo que añade solidez a los resultados.

Por otra parte, de acuerdo con los análisis estadísticos, las puntuaciones, tanto en la PAC, como en el *CBCL*, correspondientes a las tres evaluaciones posteriores al tratamiento, se distanciaron significativamente de las puntuaciones anteriores al tratamiento. No obstante, los métodos tradicionales para determinar la eficacia de los tratamientos han sido objeto de críticas, pues han descansado en la inferencia mediante análisis estadísticos, basados en el promedio de los cambios observados. Las pruebas estadísticas no ofrecen información acerca de los beneficios o retrocesos individuales observados en los participantes. Surge de ahí la importancia de contar con un criterio de mejoría de los pacientes individuales. Kendall y Norton-Ford (1982), así como Nietzel y Trull (1988), han coincidido en definir la relevancia clínica como el funcionamiento de la persona dentro de los niveles de normalidad al término del tratamiento. Una de las aportaciones del presente estudio fue mostrar cambios clínicamente relevantes en ambas medidas, para todos menos uno de los niños intervenidos. La relevancia clínica conlleva precisamente ese criterio de funcionamiento normal en los contextos en los que se desenvuelven el niño y su familia. En este estudio se cumplió en los diez casos, tres meses después del tratamiento, y en seis de siete casos evaluados a los seis meses.

La investigación sobre la eficacia del tratamiento de los trastornos psicológicos ha cobrado gran interés en décadas recientes, debido a que es importante asegurar la calidad de los tratamientos que se recomiendan. Son diversos los criterios que se han empleado para establecer si un tratamiento es eficaz. Cuando se trabaja con el diseño de caso único, como ocurrió en el presente estudio, la validez externa depende de la réplica sistemática en diversos individuos (Hayes, 1981). De acuerdo con Hamilton y Dobson (2001), para demostrar la eficacia del tratamiento, en el caso de los estudios con diseño de caso único, es necesario llevar a cabo al menos nueve réplicas, emplear un manual de tratamiento e identificar a los participantes con el trastorno mediante un sistema de diagnóstico como el DSM. El presente estudio cumplió con tales requisitos. El efecto del tratamiento se repitió en todos los casos y en ambas variables dependientes, y con el paso del tiempo se mantuvo el cambio, con excepción de un caso.

La presente investigación replica en niños mexicanos los resultados de estudios anteriores (Ollendick y King, 1998; Öst, *et al.*, 1997; Öst, *et al.*, 2001), lo que aumenta la generalidad del tratamiento de una sesión de las fobias específicas entre culturas. Una contribución importante del presente estudio es el empleo de la observación directa del

comportamiento ante el estímulo fóbico que, a diferencia del autoinforme, permite verificar directamente la desaparición de la fobia en presencia del estímulo. Un problema de las medidas de autoinforme es la deseabilidad social, es decir, quienes autoinforman suelen presentar respuestas socialmente aceptables. Además, los instrumentos de autoinforme no proporcionan información acerca de las habilidades y la calidad del desempeño de la persona al interactuar con el estímulo fóbico. La observación directa resuelve estos problemas.

A modo de crítica, debemos considerar que la ausencia de un grupo de comparación impone restricciones a las conclusiones de este estudio. La inclusión de niños no expuestos al tratamiento permitiría descartar explicaciones de los resultados que atribuyen la responsabilidad del cambio observado a otros factores relacionados con el mero paso del tiempo. Sin embargo, las edades de los niños fluctuaban entre los 8 y 12 años, y las entrevistas a los padres y a los niños revelaron que todos llevaban entre 1 y 7 años padeciendo el trastorno, cesando el problema únicamente después del tratamiento. También es importante subrayar que a la adición de un grupo de niños sin tratamiento subyacen consideraciones éticas importantes, pues se debe prestar atención psicológica inmediata a una persona que la requiera.

Se ha sugerido que la aplicación de la prueba antes del tratamiento influye en los resultados del estudio. En el presente estudio, sin embargo, cuando los niños se sometieron a la PAC antes del tratamiento, ninguno de ellos avanzó más allá de la cuarta actividad. Por lo tanto, no conocieron las actividades subsiguientes. Además, es difícil suponer que los cambios observados en el informe de los padres se deban a la exposición de los niños a la prueba.

Por otra parte, dado que no fue posible valorar a tres de los niños en el segundo seguimiento, queda abierta la posibilidad de que el cambio en esos niños no se observara a los seis meses, como ocurrió al niño que mostró un retroceso en ese momento. Estudios futuros, ante la deserción de algunos participantes, deberían examinar el efecto del tratamiento en más réplicas. El presente estudio incluyó solamente a niños de población general, se sugiere someter a prueba la eficacia del tratamiento de una sesión para la fobia específica en pacientes clínicos. Para ello será necesario emplear otros diseños que gozan de mayor aceptación, como el ensayo clínico aleatorio.

La conducción de investigaciones que sometan a prueba la eficacia de los tratamientos redundará en una mejor atención de las personas que padecen trastornos psicológicos. El tratamiento de una sesión de las fobias específicas, propuesto por Öst, es un procedimiento de fácil aplicación y breve, cuya eficacia se observa aún meses después.

Referencias

- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: ASEBA.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

- Antony, M.M., McCabe, R.E., Leeuw, I., Sano, N. y Swinson, R.P. (2001). Effect of distraction and coping style on in vivo exposure for specific phobia of spiders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1137-1150.
- Bermúdez-Ornelas, G. (2003). *Evaluación y categorización de la fobia específica en niños y adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.
- Capafóns, B.J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Caraveo-Anduaga, J.J., Colmenares-Bermúdez, E. y Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44, 492-498.
- Chamove, A.S. (2007). Therapy toy for spider phobics. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 533-536.
- Curry, J.F., March, J.S. y Hervey, A.S. (2004). Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders. En T.H. Ollendick y J.S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 116-140). Nueva York: Oxford University Press.
- Emmelkamp, P.M.G., Krijn, M., Hulsbosch, A.M., de Vries, S., Schuemie, M.J. y Van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Fong, G. y Garralda, E. (2006). Anxiety disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry*, 4, 77-81.
- Hamilton, K. y Dobson, K. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Hayes, S.C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 193-211.
- Hellström, K. y Öst, L. G. (1995). One-session therapist directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959-965.
- Hernández-Guzmán, L. (2005). *Lista de Conductas de Achenbach: Validez y confiabilidad. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002 Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., González, S. y López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 471-483.
- Iancu, I., Levin, J., Dannon, P., Poreh, A., Ben Yehuda, Y. y Kotler, N. (2007). Prevalence of self-reported specific phobia symptoms in an Israeli sample of young conscripts. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 762-769.
- Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1982). *Clinical psychology: Scientific and professional dimensions*. Nueva York: Wiley.
- King, N.J., Ollendick, T.H., Murphy, G.C. y Muris, P. (2000). Animal phobias in children: Aetiology, assessment and treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 11-21.
- McCabe, R. E. Anthony, M.M. y Ollendick, T.H. (2006). Evaluación de las fobias específicas. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de evaluación de los trastornos de ansiedad* (pp. 427-445). Madrid: Pirámide.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.

- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. y Sijnsenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. y Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 217-228.
- Muris, P., Merckelbach, H., van Haften, H. y Mayer, B. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider phobic children. *British Journal of Psychiatry*, 171, 82-86.
- Nietzel, M.T. y Trull, T.J. (1988). Meta-analytic approaches to social comparisons: A method for measuring clinical significance. *Behavioral Assessment*, 10, 159-169.
- Ollendick, T.H. (2004, noviembre). *Terapia cognitivo-conductual de fobias y ansiedades en niños y adolescentes*. Taller efectuado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, México, D.F. (México).
- Ollendick, T.H. y King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child and Psychology*, 27, 156-167.
- Ollendick, T.H., King, N.J. y Frary, R.B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generality across gender, age and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19-26.
- Öst, L.G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L.G. (1989a). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
- Öst, L.G. (1989b). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L.G. (1997). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Stockholm University: Department of Psychology.
- Öst, L.G., Ferebee, I. y Furmark, T. (1997). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 721-732.
- Öst, L.G. y Ollendick, T.H. (1999). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Stockholm University: Department of Psychology.
- Öst, L.G., Salkovskis, P.M. y Hellström, K. (1991). One-session therapist-directed exposure vs self exposure en the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Öst, L.G., Svenson, L., Hellström, K. y Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Ramos-Alvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 772-787.
- Rentz, T.O., Powers, M.B., Smits, J.A.J., Cougle, J.R. y Telch, M.J. (2003). Active-imaginal exposure: Examination of a new behavioral treatment for cynophobia (dog phobia). *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1337-1353.
- Shearer, S.L. (2007). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34, 475-504.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Nueva York: Basic Books.
- Silverman, W. K. y Moreno, J. (2005). Specific Phobia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 819-843.

- Sosa, C.C.D. y Capafóns, B.J.I. (1995). Fobia específica. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1. Fundamentos conceptuales: Trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 257-284). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Velting, O.N., Setzer, N.J. y Albano, A.M. (2004). Update on and advances in assessment and Cognitive-Behavioral Treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.
- Wald, J. (2004). Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behavior Therapy*, 35, 621-635.