

<http://www.psicologia-online.com/infantil/miedos-ansiedad-y-fobias.shtml>
MIEDOS, ANSIEDAD Y FOBIAS: DIFERENCIAS, NORMALIDAD O PATOLOGÍA

Autora: D^a Ana M^a Bastida de Miguel
Licenciada en Psicología - Máster en Psicología Clínica
Psicóloga especialista en psicoterapia por la EFPA
Postgrado en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud
Colegiada R-00478 / PAM-008

Mamá: ¡No quiero ir a la escuela, me duele mucho la cabeza, me duele mucho la tripita!...

Mamá: ¡Quiero dormir contigo, tengo miedo! ¡No apagues la luz! ¡No me dejes solo!...

Mamá: ¡A casa de los yayos no que tengo miedo! ¡No te vayas! ¡Socorro un perro, una araña!...

¡No puedo conducir! ¡No puedo comer! ¡No puedo entrar al ascensor! ¡No puedo ir al teatro!

¡No puedo salir de casa!...

Los miedos son experiencias normales en la vida de los niños, siendo más frecuentes en las niñas que en los niños.

Miedo como respuesta emocional

El miedo es una emoción normal y universal, necesaria y adaptativa que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a determinados estímulos tanto reales como imaginarios, los niños a lo largo de su desarrollo sufrirán y experimentarán numerosos miedos: a la separación, a los extraños, a los ruidos fuertes, a la oscuridad, a quedarse solos, a los animales, al colegio y así podríamos continuar con un muy largo etc. **La mayoría serán pasajeros y no representarán ningún problema**, irán apareciendo y desapareciendo en función de la edad y del desarrollo psiconeurológico. **Estos miedos, a través del aprendizaje, resultarán muy útiles en muchas ocasiones** pues les podrán ayudar a enfrentarse de forma adecuada y adaptativa a situaciones difíciles, complicadas, peligrosas o amenazantes que puedan surgir a lo largo de su vida y **su función fundamental será protegerles de posibles daños** generando emociones que formarán parte de su continua evolución y desarrollo (el niño no debe tener miedo a los toboganes por ej., pero sí debe ser prudente al bajarlos y jugar en ellos). **Por tanto no sólo será normal sino también necesario que los niños experimenten miedos específicos y concretos** ante situaciones, objetos y pensamientos que impliquen peligro o amenaza real, evitando así correr potenciales riesgos innecesarios que puedan poner en peligro su vida, su salud o su bienestar físico o psicológico, pero **sin que en ningún momento éstos sean lo suficientemente importantes como para alterar de forma significativa su vida o su desarrollo cognitivo o emocional.**

Ansiedad como respuesta psicofisiológica

La ansiedad es una respuesta psicofisiológica de alarma que surge cuando la persona necesita reaccionar ante determinadas situaciones, acontecimientos estresantes o estímulos percibidos como amenazantes, peligrosa o de incertidumbre, bien sean reales o imaginarios, internos o externos. **Al igual que el miedo también es una respuesta normal, necesaria, adaptativa e incluso positiva** pues prepara al organismo para movilizarse ante situaciones que requieran una activación neuronal superior a la requerida por otras muchas situaciones que no impliquen dificultad alguna. **Mientras dura el estado de alarma o alerta el organismo pone en marcha toda una serie de mecanismos de defensa**, tanto fisiológicos como psicológicos, con la finalidad de superar y enfrentarse a la posible amenaza y aunque durante este tiempo se incrementan los sentimientos, nada agradables, de angustia e inseguridad también **se incrementa una mayor percepción del entorno y una mayor agudeza y concentración mental** además de una mejor preparación física para facilitar que el enfrentamiento a la amenaza pueda realizarse con el mayor éxito posible e incluso podamos incrementar nuestro rendimiento siempre que la respuesta ansiógena termine en cuanto concluya el factor ansiógeno desencadenante.

Miedos considerados como normales y dependientes del desarrollo madurativo:

Edades	Miedos
0 a 1 año	Temor a estímulos extraños o violentos, ante la pérdida de apoyo, a los desconocidos, a la separación de los padres ... (se consideran programados genéticamente y de un alto valor adaptativo pues nos ayudarán a sobrevivir ante posibles amenazas o peligros)
2 a 4 años	Se inicia la evolución de los auténticos miedos infantiles , la mayoría de los miedos a los animales comienzan a desarrollarse en esta etapa y pueden perdurar hasta la edad adulta. Nos encontramos con temor a las caídas, a los animales, a los extraños, a los ruidos fuertes, a la oscuridad, a los coches, a separarse de los padres, a los cambios en el entorno, a las máscaras... (el niño puede explorar su entorno por lo que los temores van aumentando pues hay mayor probabilidad de encontrarse con situaciones de peligro, aparecen las respuestas de evitación al huir del estímulo atemorizante y correr al encuentro de los padres) (la naturaleza de los miedos y el desarrollo cognitivo también cambia por lo que los miedos van tomando un carácter más social y lo habitual es que vayan desapareciendo progresivamente a medida que el niño crece y se enfrenta a ellos)
4 a 6 años	Se mantienen los miedos de la etapa anterior pero van incrementándose los estímulos que potencialmente pueden ser capaces de generar miedo como, ruidos fuertes o extraños (en ocasiones producto de su imaginación), truenos y relámpagos, a la gente mala, a los cambios en el entorno, a las máscaras, a las

	<p>alturas, a las catástrofes, y a los seres imaginarios (monstruos y fantasmas), a las lesiones corporales, a dormir solos o quedarse solos... El desarrollo cognitivo del niño y su capacidad fantasiosa son a estas edades mayores por lo que entran en escena los estímulos imaginarios, se van añadiendo situaciones de lo más variadas y estímulos fóbicos diversos que pueden perdurar hasta la edad adulta.</p>
6 a 9 años	<p>El niño alcanza la capacidad para discriminar las representaciones internas de la realidad cognitiva. Los miedos tendrán ahora mayor realismo y serán más específicos, poco a poco irá desapareciendo el mundo fantástico y el temor a los seres imaginarios pero irán tomando mayor relevancia temores más específicos y concretos como temor a la oscuridad, al daño físico y a las heridas, a la crítica o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares y deportivas, al colegio, al fracaso escolar, a los animales, a ser observado, al aspecto físico, también se incrementan los temores transmitidos por los medios de comunicación... Poco a poco irán desapareciendo unos miedos e incrementándose otros en función de cómo hayan superado los pequeños enfrentamientos que se hayan ido presentando a lo largo de su corta vida.</p>
9 a 12 años	<p>Al igual que en la etapa anterior la realidad cognitiva va tomando mayor relevancia, comienzan a tomar conciencia de miedos concretos y específicos pero más basados en la realidad objetiva como miedo a los incendios, a los truenos y relámpagos, a los exámenes, al rendimiento académico, al fracaso escolar, a las lesiones corporales, a los accidentes, a contraer enfermedades graves, a la muerte, se incrementa el sentido del ridículo, aparece el temor a conflictos graves entre los padres (peleas, separaciones, divorcios) o al mal rendimiento escolar, se incrementa el miedo a los compañeros y en especial a los que se muestran agresivos. A estas edades suele darse un leve repunte de miedos que parecían superados.</p>
12 a 18 años	<p>En esta etapa se reducen los miedos a animales y a estímulos concretos para ir dando paso a temores relacionados con la autoestima personal (capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso personal o escolar) y a las relaciones sociales (preocupación por el rechazo o reconocimiento por parte de sus iguales, compañeros de clase...), a las críticas... En esta etapa comienza el distanciamiento familiar y la necesidad de experimentar nuevos riesgos como una forma de autoafirmarse dentro del grupo de amigos, poco a poco irán dejando atrás las etapas infantiles y tomando protagonismo el grupo de pertenencia.</p>

A partir de los 18 años	<p>Los temores irán evolucionando debido al aprendizaje, a las experiencias propias o presenciadas en personas ajenas, algunos serán necesarios y adaptativos pues nos ayudarán a estar en estado de alerta y precaución ante las distintas situaciones que puedan requerirlo y saldremos fortalecidos, otros se superarán sin dejar ninguna huella pero otros derivarán en auténticas fobias con todas las consecuencias que puedan derivarse de ello. De ahí que sea fundamental prevenir, resolver y adquirir los recursos y habilidades necesarias para poder enfrentarnos y responder satisfactoriamente al medio tanto interno como externo e impedir que un miedo que en principio es adaptativo termine derivando en una fobia que ya no es adaptativa sino patológica.</p>

Fobias como respuesta descontrolada e incapacitante

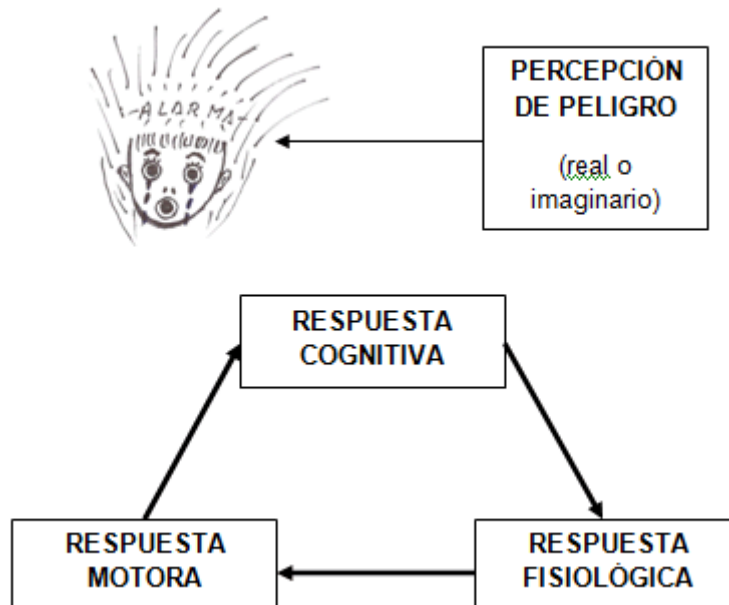
El miedo y la ansiedad dejan de ser respuestas normales, adaptativas, necesarias y positivas cuando **superan el umbral de tolerancia, no hay percepción de control, se produce una evitación continuada del estímulo aversivo, interfieren considerablemente en el funcionamiento normal y adaptativo**. Las respuestas se siguen manteniendo a pesar de la cantidad de explicaciones racionales que puedan recibir al respecto pues **el terror les incapacita para escuchar razones o tomar decisiones racionales** ante situaciones reales o imaginarias o ante objetos y animales que para la mayoría de las personas no representan ningún peligro excepto para quienes su cerebro los interpreta como terriblemente peligrosos y amenazantes. **Estas respuestas son excesivas** y vienen cargadas de un **estado de ansiedad considerable, continuo y persistente**, son **poco razonables e intensamente desproporcionadas, se prolongan en el tiempo y generan un malestar clínicamente significativo** con enorme sufrimiento, que lo sufre tanto el niño como los padres o adultos que lo cuidan, presentando un conjunto de síntomas que pueden llegar a ser incapacitantes para la persona que los padece generando todo ello un estado que escapa a los mecanismos de control.

En esta situación el miedo se convierte en fobia, donde ya no hay miedo sino pánico, y la ansiedad deja de ser positiva para pasar a ser negativa y patológica lo que la convierte en altamente dañina y perjudicial para quien la sufre además de alterar sensiblemente su capacidad para afrontar situaciones cotidianas (como dormir, estar solo o con gente, ir a la escuela, salir de casa, viajar, enfrentarse a diferentes situaciones que dependerán del objeto temido, etc. y en definitiva poder llevar una vida normal y satisfactoria).

Establecer la frontera entre miedo, ansiedad y fobia no siempre será fácil pues dependerá de factores como la edad, naturaleza del objeto o situación temida, frecuencia, intensidad, grado de incapacitación, etc.

Ante una fobia se van a presentar comportamientos de los más dispares y con gran dificultad para mantener un control racional del pensamiento, **reaccionando desde la inmovilidad absoluta hasta el ataque de pánico** donde la norma es la **gran evitación del estímulo aversivo** o con una **huida desesperada y sin control** cuando no se pueda evitar y no quede más remedio que exponerse al mismo.

Para comprender mejor qué ocurre ante una fobia **podemos analizar las manifestaciones a través de tres niveles de respuesta: el fisiológico, el motor y el cognitivo.**



Respuesta cognitiva: se refiere a todos los **pensamientos, creencias e imágenes todo ello con un gran contenido de peligro o amenaza y que derivan del temor percibido ante el estímulo fóbico.**

Estos pensamientos se producen de forma automática con total percepción de pérdida de control, gran convencimiento de que no podrá soportarse, de que ocurrirá siempre lo peor con gran anticipación de todo tipo de desastres... **La anticipación será totalmente negativa** e incluso con mucho tiempo de antelación.

En general nos encontraremos con:

- Gran cantidad de anticipaciones subjetivas relacionadas con las reacciones fisiológicas.
- Gran cantidad de creencias erróneas, negativas e irracionales respecto a la situación temida.
- Gran cansancio físico y mental
- Dificultades de atención, memorización y concentración mental.

- Percepción espacio-temporal alterada.
- Pensamientos irreales, distorsionados, muy negativos y catastrofistas.
- Sensación de irrealidad, de tristeza y gran desinterés por el entorno
- Sentimientos de fracaso e incapacidad de afrontamiento
- Miedo a morir, a asfixiarse, a sufrir un infarto, a sufrir un accidente, a perder el control...

Respuesta fisiológica: incluye todas las **manifestaciones internas** que podemos sentir cuando nos encontramos ante el estímulo fóbico, las sensaciones variarán de unas personas a otras en función del tipo de fobia, lo que para unas será fundamental para otras puede resultar irrelevante. Una persona que tenga miedo a sufrir un infarto tendrá pavor ante las palpitaciones, taquicardias, dolor en el pecho o en el brazo... mientras que una persona que tema comer en lugares que no controla, por lo que le pueda ocurrir, no soportará pequeñas molestias abdominales, sensación de atragantamiento, náuseas...

Entre las manifestaciones fisiológicas más comunes podemos encontrar las siguientes:

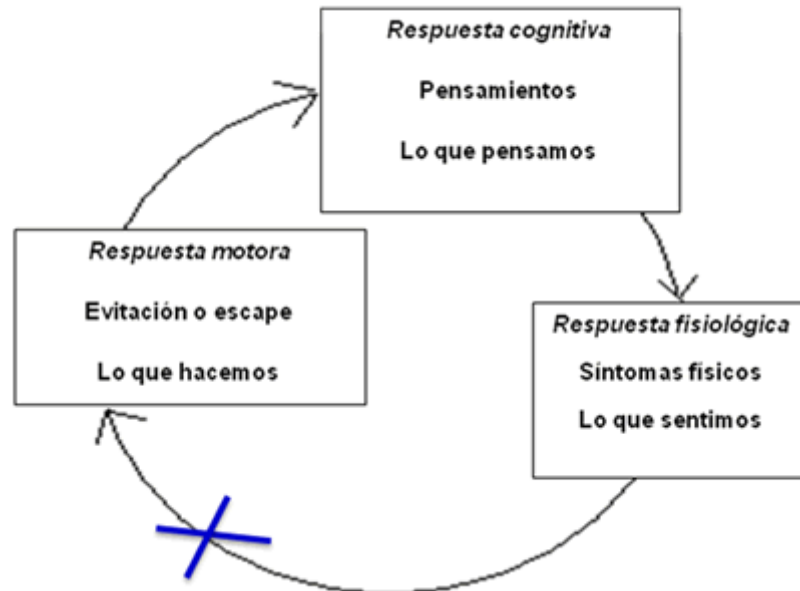
- Aceleración del ritmo cardíaco, palpitaciones
- Opresión torácica intensa, dolor o malestar en pecho
- Sensación de falta de aire, de ahogo, de atragantamiento
- Sudoración excesiva
- Sequedad de garganta y boca
- Urgencia de orinar y defecar
- Temblores, parestesias (entumecimiento de miembros o sensaciones de hormigueo)
- Dificultades para dormir
- Dolores musculares, de cabeza, abdominales...
- Acidez gástrica
- Perturbaciones digestivas (diarrea o estreñimiento, náuseas, vómitos)
- Sensación de mareo, vértigo e incluso pérdida de conocimiento...

Respuesta motora: incluye todos aquellos **comportamientos destinados a la evitación, a la huida, a la búsqueda de ayuda y seguridad, al aislamiento, a realizar cualquier cosa que les permita librarse o escapar del peligro...** Algunos acudirán a urgencias ante la mínima manifestación fisiológica, otros no saldrán de casa sin llevar con ellos ansiolíticos o los fármacos que les aporten la seguridad necesaria, otros evitarán actividades que impliquen esfuerzo físico, otros no comerán determinadas comidas, otros serán incapaces de quedarse solos, de hablar en público, de relacionarse, de montar en coche o cualquier otro medio de transporte... Cada uno evitará todo

aquello que esté en mayor o menor medida relacionado con su fobia.

En general, nos encontraremos con:

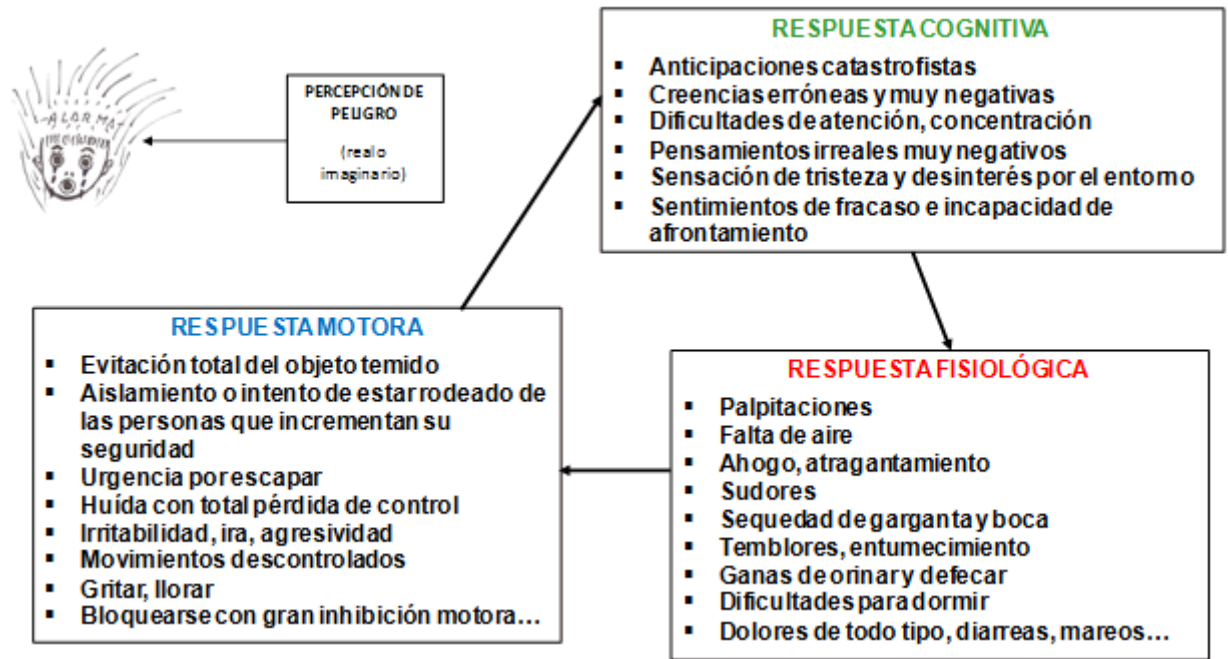
- Evitación total del objeto temido
- Aislamiento o intento de estar rodeado de las personas que incrementen la seguridad
- Urgencia por escapar, huída con total pérdida de control



- Irritabilidad, ira, agresividad, movimientos descontrolados
- Gritar, llorar, bloquearse con gran inhibición motora...

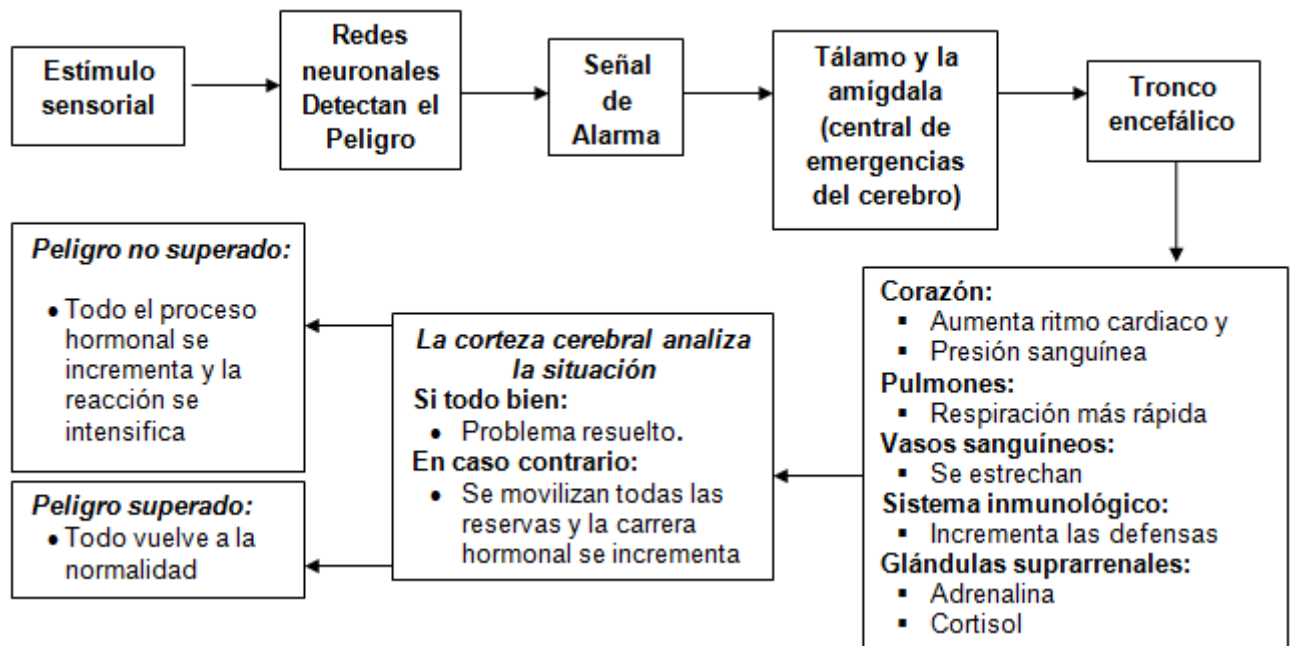
Estas tres respuestas la cognitiva, la fisiológica y la motora se van a encontrar siempre presentes e íntimamente interrelacionadas cuando se active un estado de ansiedad anormal. Por ello en cuanto modifiquemos cualquiera de ellas, automáticamente modificaremos las otras otros dos, por lo que será de vital importancia conocerlas a fondo para poder exponernos y enfrentarnos al círculo vicioso en el que se queda enganchada la persona que padece una fobia.

Veamos un ejemplo de lo que ocurre:



Además de lo comentado, **también nos encontraremos con cambios bioquímicos** como mayor secreción de adrenalina, noradrenalina, ácidos grasos, corticosteroides... y en definitiva con un sistema nervioso dispuesto a generar todo lo que sea necesario para hacer frente a las necesidades de enfrentamiento, lucha, huida o, en su caso, vuelta a la normalidad.

Debido a los impulsos sensoriales (procedentes, por ejemplo, de los ojos) las **redes neuronales detectan el peligro**, se activan y **dan la señal de "Alarma"** la cual se transmite primero al tálamo. Si el **tálamo y la amígdala** (central de emergencias del cerebro) **consideran al estímulo como peligroso**, automáticamente lanzan la alarma general y el miedo, la rabia o cualquier otra emoción salen a escena y **se extiende en décimas de segundo** por todo el organismo **a través del tronco encefálico** lo que **provoca distintos cambios fisiológicos** en el organismo que **lo preparan para afrontar el peligro** bien sea real o imaginario.



- El corazón y la respiración se aceleran, aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea.

Consiguiendo que los músculos reciban más sangre, puedan eliminar más toxinas y se facilite la huida o la defensa a la vez que mayor oxigenación.

- Los vasos sanguíneos cutáneos se estrechan para que fluya por ellos menos sangre y se beneficien sobre todo los órganos internos.
- El sistema inmunológico moviliza batallones adicionales de células defensivas para afrontar las consecuencias originadas por la situación amenazante.
- Las glándulas suprarrenales activan la liberación de adrenalina que se encarga de que el cerebro y los músculos cuenten con un aporte adicional de energía.

El cuerpo ya está listo para huir o para defenderse. Una vez superada esta primera fase de reacción la señal de "Peligro" llega a la corteza cerebral donde reside el pensamiento consciente y ahí es donde realmente se analiza la situación. Si el cerebro a través del pensamiento califica también la señal como de "peligro" (por ejemplo, una situación amenazante para nosotros) la reacción se intensifica. Y es a partir de este momento cuando comienza la carrera hormonal por el cerebro y por todo el cuerpo. La meta vuelve a estar en las glándulas suprarrenales que ahora van a segregar cortisol. Esta hormona agudiza aún más la reacción corporal y se encargará entre otras cosas, de mantener la respuesta movilizand las reservas suficientes para que el suministro de energía sea el adecuado. Más tarde, una vez pasada la percepción de peligro, será el propio cortisol quien se encargue de dar la señal de parada y de que el sistema vuelva a su situación de normalidad poniendo fin a la situación.

La función de todos estos cambios será ponernos a salvo cuando nos hallemos ante un peligro real pues además de movilizarnos para evitarlo, huir o buscar ayuda también hará que aprendamos a

evitar en el futuro aquellas situaciones similares que realmente representen un peligro. **El problema surgirá cuando la reacción de alarma se ponga en marcha descontroladamente y sin que haya un peligro real que la sustente.** En este caso **será la propia persona quien ponga en marcha todo el sistema de alarma al interpretar la situación como peligrosa** en base a unas sensaciones que experimenta o percibe como tal por el mero hecho de pensar que se encuentra ante un peligro independientemente de que éste sea real o imaginario.

Diferentes hipótesis sobre el origen de los miedos

Como vemos **los miedos son muy comunes** y en principio **aunque casi todos los niños sienten ansiedad y temor en algún momento de su vida, estos miedos son normales**, aparecen sin razones aparentes, están sujetos a un ciclo evolutivo y suelen desaparecer con el transcurso del tiempo conforme evolucionan las características cognitivas, sociales, madurativas o emocionales, exceptuando el miedo a los extraños que puede subsistir durante la vida adulta dándose con mayor intensidad en las ciudades que en los pueblos, donde casi todo el mundo se conoce y la percepción de peligro ante los extraños es de menor intensidad. **Tan sólo nos preocuparemos cuando interfieran en la vida cotidiana** y deberá ser un experto quien determine si se trata de miedos inherentes al desarrollo evolutivo o por el contrario se trata de un problema que es preciso resolver para evitar futuros problemas.

A través de numerosas investigaciones se ha puesto de manifiesto **que las niñas suelen presentar más miedos y de mayor intensidad que los niños.**

Hay **varias hipótesis al respecto** como la **biológica** según la cual **los varones estarían mejor dotados para el ataque y la defensa** mostrando menos conductas temerosas al ser constitucionalmente más fuertes.

La **sociocultural** cuya explicación vendría dada por **las diferencias determinadas por los roles sociales transmitidos a cada sexo** en función del entorno social en el que se desarrolle. Las niñas tienen mayor permisividad a la hora de exteriorizar sentimientos y emociones relacionados con situaciones temerosas. A las niñas no se les exige ser valientes ni enfrentarse a situaciones de riesgo con la misma intensidad que a los niños “A la niña temerosa se la comprende más fácilmente que al niño, se le dan muestras de cariño y comprensión cuando siente temor, al niño por el contrario se le exige ser el fuerte, el lanzado, el que se enfrenta y cuanto más valiente mayor refuerzo recibe tanto por parte de los padres como del entorno, esta actitud diferenciadora irá poco a poco conformando y modulando sus conductas de exposición y enfrentamiento al miedo.

Ahora bien cada uno en función de sus características personales o de sus propias experiencias desarrollará o no diferentes miedos que puedan derivar en fobias **pero independientemente de la programación genética para desarrollar miedos evolutivos normales** que juegan un claro factor de supervivencia, de las diferencias individuales o del sexo nos encontramos además con múltiples factores que pueden incidir en el desarrollo de las fobias como son los **patrones familiares** esta hipótesis explicaría las **fobias en base a comportamientos aprendidos por la observación de modelos** “aprendizaje por modelado” (especialmente a través de los padres o allegados). Los padres

miedosos podrían ser inintencionadamente, a través de su comportamiento y sus emociones, inductores de instaurar diferentes miedos en sus hijos “Padres miedosos transmitirán a sus hijos inseguridad y miedos”.

En otras ocasiones será consecuencia de la **experiencia directa o indirecta**, un niño o un adulto que haya sido mordido por un perro, o haya visto cómo un perro ha mordido a otra persona, es muy probable que experimente fobia a los perros e incluso por generalización extenderse a otros animales, en otras ocasiones los temores descontrolados vendrán determinados por **instrucciones verbales** procedentes del entorno como **forma de controlar el comportamiento** (que viene el coco, vendrá el hombre del saco y se te llevará, si te portas mal vendrá la bruja pirula y te llevará a su cueva...) o por los **medios de comunicación o a través de películas** que se presenten como amenazantes o terroríficas e incluso los propios dibujos animados serán causantes de generar diferentes fobias en los niños. En otras ocasiones en nuestro ánimo de brindarles protección lo haremos **sobreprotegiendo en exceso** e impidiendo que puedan enfrentarse por sí mismos a situaciones normales o complicadas que les permitan desarrollar su curiosidad intelectual, recursos y habilidades para enfrentarse a ellos o potenciar comportamientos independientes y responsables.

Otras veces serán las **experiencias vitales desagradables o traumáticas** tras presenciar malos tratos, peleas, accidentes graves, muertes de algún ser querido... lo que les impacte emocionalmente derivando en cuadros clínicos más o menos importantes.

En otras ocasiones serán **fruto de la imaginación o de la desinformación** ante determinadas enfermedades físicas, otras muchas veces seremos los propios adultos quienes utilizaremos el miedo para proteger a los niños ante potenciales situaciones reales y peligrosas (enchufes eléctricos, tráfico, animales, ir solos por la calle, contactar con desconocidos...)...

En resumen vemos que **el origen puede ser diverso y las causas multifactoriales, dependerá de cómo actuemos al respecto, de cómo los anticipemos o nos enfrentemos a los objetos temidos, de cómo resolvamos, que lo hagamos con mayor o menor premura, que adquiramos mayor o menor nº de recursos y habilidades de enfrentamiento...** el que todo se quede en nada y desaparezca sin dejar ninguna secuela e incluso podamos salir fortalecidos de ello o por el contrario se convierta en un auténtico cuadro clínico con mayor o menor complicación patológica.

Miedos más comunes en la infancia

Miedo a la separación

Es de los primeros miedos en aparecer. Se caracteriza por un intenso miedo a ser alejados de los padres, familiares o personas ligadas afectivamente a ellos, se trata de un miedo altamente adaptativo y con un gran valor de supervivencia, de hecho su presencia indica un cierto grado de madurez en el niño. **Prácticamente todos los niños cuando son pequeños lo sufren.** Su resolución no va a representar ningún problema y generalmente lo hará sin dejar ninguna huella. A la hora de resolver el problema los padres jugarán un papel importante pues padres que manifiesten gran ansiedad ante la separación de sus hijos terminarán por contagiarles. De ahí que el tipo de crianza sea fundamental

para que los niños pasen esta etapa sin sufrir mayores daños y puedan avanzar hacia una autonomía cada vez mayor.

Los recién nacidos muestran llanto o una conducta alterada cuando tienen hambre, están cansados o incómodos sin que esto implique miedo propiamente dicho pues se trata simplemente de una llamada de alerta en busca de protección y por ello una reacción altamente adaptativa pues les ayuda a sobrevivir ante posibles amenazas. Es a los 6 meses cuando los bebés comienzan a manifestar mediante llanto y gritos la ansiedad que les genera la separación de sus padres o de las personas que lo cuidan, **el temor será más específico cuando los niños comiencen a andar** y lo manifestarán corriendo hacia sus padres en cuanto perciban alejamiento de las personas que lo protegen y cuidan. El niño que padece este trastorno siente un gran malestar cuando está o piensa que puede encontrarse solo ante cualquier tipo de amenaza. La ansiedad puede llegar a ser tan grande que el niño se niegue a dormir solo, a quedarse solo, a ir al colegio... llegando incluso a presentar pesadillas nocturnas relacionadas con la separación o síntomas físicos como dolor de cabeza, de vientre, de estómago...

Lo normal es que resuelva sin problemas conforme el niño va creciendo pero en caso de no resolverse satisfactoriamente será fundamental su detección precoz que vendrá determinada por el grado de ansiedad manifestada, dado que se ha podido comprobar su estrecha relación con la fobia escolar en niños y con la agorafobia en adultos.

Miedo a los extraños

Es un miedo innato y universal. Su aparición se da entre el primer y segundo año de edad y es el estímulo más temido entre los seis meses y los dos años.

Ante un extraño el niño responderá desviando su mirada, rompiendo a llorar o gritando y la respuesta dependerá tanto de la situación (que el niño esté solo o acompañado de los padres o cuidadores, que la situación sea más o menos conocida...) como del comportamiento del extraño (que se acerque lenta o inesperadamente, haya o no contacto físico...) o las características físicas del extraño (las mujeres causan menos temor que los varones y los niños menos que los adultos). La experiencia previa con desconocidos también jugará un papel importante, **será más fácil y representará menor temor para aquellos niños acostumbrados a relacionarse con diferentes personas que aquellos cuya relación esté más limitada a la familia.**

Tenderá a remitir conforme vayamos madurando tanto cognitiva como emocionalmente.

Miedo a la oscuridad

Suele aparecer en torno a los dos años y desaparecer generalmente hacia los nueve. Puede producir una gran ansiedad por la noche y sobre todo a la hora de acostarse, provocando un gran malestar y temor a dormir solos o quedarse a oscuras, generalmente va asociado a diferentes tipos de miedos como monstruos, brujas, ladrones, seres imaginarios ocultos que pueden aparecer en cualquier momento...

El miedo a la oscuridad, **a veces irá acompañado de trastornos del sueño** como por ejemplo pesadillas o terrores nocturnos. Ambos se producirán durante el sueño pero presentan características muy diferentes, **las pesadillas suelen aparecer entre los 3 y los seis años de edad se caracterizan por presentar un contenido cargado de gran ansiedad** que recordarán nítidamente cuando despierten una vez finalizado el sueño, sin embargo **en el caso de los terrores nocturnos el despertar será brusco, irá acompañado de gritos, lloros, ojos abiertos y gran manifestación de confusión y desorientación, sin que el niño responda a los esfuerzos de los padres para despertarlo y sin recordar nada de lo sucedido al despertar una vez finalizado el sueño, suele darse entre los cuatro y los doce años de edad** y representa una gran alarma para los padres que ven cómo el niño presenta estas manifestaciones sin que ellos puedan hacer nada para ayudarle. A diferencia de las pesadillas el niño no va a recordar nada.

Miedos escolares

El colegio es el lugar donde los niños pasan la mayor parte de su tiempo y donde vivencian gran número de experiencias tanto positivas como negativas. Afortunadamente afecta a una minoría de niños y **tiende a darse entre los 3-4 años o los 11-13 años** aunque también puede darse fuera de los estudios obligatorios. **Su comienzo en los niños suele ser repentino, mientras que en los adolescentes se va presentando de forma más gradual**, con mayor intensidad y con peor pronóstico. La fobia al colegio **viene precedida o acompañada de síntomas fisiológicos de ansiedad** (taquicardia, trastornos del sueño, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarreas, dolor de cabeza o de tripas, gran malestar...) **y con gran anticipación cognitiva de consecuencias altamente negativas** asociadas a todo lo relacionado con el colegio así como gran dependencia hacia la madre o cuidadores. **Todo ello incrementará las conductas de evitación, de incapacidad, de inhibición y de bloqueo hacia las tareas escolares con todo tipo de comportamientos ansiógenos anticipatorios.** A diferencia de lo que sucede con otros miedos, **se ha comprobado que la fobia escolar aumenta con la edad**, de ahí que si no se combate a tiempo el fracaso escolar estará garantizado, además de incrementar otros muchos miedos asociados como miedo al profesor, al fracaso escolar, a hacer el ridículo, a leer en voz alta, a cometer errores, a que se rían de ellos, a los compañeros, a las relaciones sociales... lo que va a mermar considerablemente su seguridad y su autoestima con los riesgos que todo ello conlleva.

Entre las respuestas más típicas que podemos encontrarnos serían, entre otras, las siguientes:

- Se niegan a asistir al colegio inventando mil excusas y retrasando su partida todo lo que pueden.
- Lloran, gritan y patalean cuando llega el momento de acudir al colegio y si van al colegio lloran y se agarran a su madre con fuerza para que no los deje.
- Se quejan de todo tipo de dolores de cabeza, de tripa, de piernas... con gran variedad de síntomas fisiológicos como temblores, rigidez de piernas o brazos, sudoración excesiva en las manos, náuseas, vómitos, diarrea... cuando se acerca el momento de ir al colegio pero

desaparecen si se les permite quedarse en casa. Durante el fin de semana o en vacaciones nada les duele, son felices y se encuentran estupendamente.

- Anticipan todo tipo de consecuencias negativas, lo que les predispone a dar respuestas altamente desfavorables lo que incrementa considerablemente su temor al confirmarse sus sospechas.
- Realizan una autoevaluación muy negativa de sus capacidades lo que dificulta en gran medida su aprendizaje.
- Planean todo tipo de respuestas de escape y evitación...

La respuesta fóbica, en este caso, se mantiene y persiste por el beneficio que se obtiene al evitar el objeto fóbico que en este caso será el colegio con todo lo que le acompaña: reducción de tareas escolares, mayor atención recibida, realización de actividades sustitutorias mucho más agradables, con la excusa de no encontrarse bien pueden quedarse en casa jugando, viendo la TV...

Ante estos miedos será fundamental actuar lo antes posible, antes de que pueda derivar en una fobia, para dotarles de los suficientes recursos y habilidades como para que les permitan enfrentarse a las diferentes situaciones ansiógenas que irán apareciendo a lo largo del proceso escolar y evitar así o dificultar la aparición de futuros trastornos emocionales, fracasos escolares, sociales o personales.

Miedo a los perros, gatos u otros animales

En este caso serán los animales los causantes del miedo o de la posible fobia y como causantes de los temores nos encontraremos con perros, gatos, serpientes, arañas, ratas y ratones, insectos voladores y pájaros como más frecuentes, **alcanzando el punto máximo de ansiedad cuando los animales se encuentren en movimiento**. En algunos casos será adquirido a través de la experiencia directa pero en otras muchas ocasiones será transmitido a través de los distintos modelos que hayan experimentado una ansiedad fóbica ante determinados animales. Curiosamente, muchos no creen que el animal les haga daño, pues en algunas ocasiones jamás los han visto, pero están convencidos de que se aterrorizarán, que perderán el control, que sufrirán algún percance al intentar escapar o tendrán un paro cardíaco, o no soportarán la sensación de asco o repugnancia que les pueda provocar su presencia o bien anticiparán tantos desastres que evitarán por todos los medios acercarse a ellos tanto de forma real como imaginaria.

El miedo a los animales se va a dar sobre todo en la infancia y generalmente tendrá un carácter transitorio, pero habrá ocasiones en las que derive en una auténtica fobia y se traduzca en un deterioro significativo de las actividades cotidianas (resistencia a salir a la calle por miedo a encontrarse con un perro, un gato o miedo a realizar determinadas actividades donde se pueda cruzar el animal temido...) En función del animal temido, pues por ejemplo es más difícil cruzarse con una serpiente que con un perro o con una araña, la persona experimentará mayor o menor incapacidad

para llevar a cabo una vida normal, y ello será decisivo para tomar las medidas oportunas a la hora de tomar la decisión de acudir o no a un profesional que nos ayude a superar la fobia.

Miedo a la enfermedad y al daño físico

Se trata de un miedo universal y altamente adaptativo pues representa una amenaza real a la seguridad y supervivencia del ser humano.

El miedo a las heridas y a la sangre se da en casi todos los niños aunque prevalecerá en mayor o menor medida en función de experiencias previas vividas por ellos mismos o transmitidas por familiares que presenten fobia tanto a la sangre y daño físico como a las enfermedades reales o imaginarias. Acompañando a la fobia se pueden dar síntomas como dificultades respiratorias, taquicardias, mareos e incluso desmayos... Los miedos a los médicos, dentistas (bastante común sobre todo en varones, se presenta gran hipersensibilidad al reflejo de ahogo cuando se introducen objetos en la boca o se presiona la garganta. En casos graves, el ahogo se produce con sólo oír, oler o pensar en el dentista o ante estímulos relacionados como lavarse los dientes, abrocharse el cuello de la camisa, llevar cuellos altos o cerrados en torno a la garganta, ser tocado en la boca o en los labios...), igualmente están muy extendidos los miedos a los hospitales y a las inyecciones por lo que la actitud ante ello será decisiva a la hora de establecerse o no la fobia específica o generalizada impidiendo en muchas ocasiones que se lleven a cabo controles preventivos e incluso la administración de tratamientos a determinadas enfermedades que de cogerlas a tiempo no revestirían ningún problema.

Otros tipos de miedos frecuentes

Además de los vistos hay muchos más estímulos que pueden ser desencadenantes de miedos y que posteriormente pueden derivar en fobias.

Entre los más frecuentes encontramos:

Miedos derivados de ambientes naturales como son miedos a las tormentas (truenos y relámpagos), al viento, al agua, a los ruidos intensos, a las montañas, al mar...

Miedos derivados de situaciones específicas como transportes públicos, puentes, alturas, túneles, ascensores, volar en avión o viajar en barco, coches (conducir o viajar) espacios cerrados o abiertos...

Otros tipos pueden hacer referencia a situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómitos, diarreas, incontinencia, a contraer enfermedades, a caerse si no estamos cerca de paredes o de medios cercanos de sujeción, a sufrir vértigo, a hablar en público, a sufrir accidentes, a quedar heridos, a quedar atrapados en un atasco o en lugares pequeños, a las sensaciones físicas, a perder el control, a desmayarse, a volverse loco, a tener que defecar u orinar fuera de casa...

Se ha comprobado que en general tener una fobia del tipo que sea incrementa la posibilidad de tener miedos (no necesariamente fóbicos) de uno o más de los otros miedos. Asimismo **no todas las fobias comparten las mismas características clínicas** las diferencias van a depender de la edad,

del inicio del problema, del sexo, del patrón de respuesta fisiológica, cognitiva o motora, de la experiencia subjetiva y objetiva, de la situación, de los antecedentes familiares, de la interferencia en la rutina diaria, del tiempo dedicado a planificar qué hacer para evitar el objeto fóbico, etc...

Se considera que la mayoría de las fobias derivan de miedos específicos básicos de ahí la importancia de prevenirlos y resolverlos antes de que se conviertan en miedos clínicamente significativos pues miedos no resueltos pueden derivar en futuras fobias tanto en niños como en adultos. Anteriormente se pensaba que los miedos fóbicos en la infancia y adolescencia podían remitir sin tratamiento psicoterapéutico pero la evidencia demuestra que la tendencia general no parece ser ésta y en general **podemos decir que cuanto mayor sea el número de fobias específicas o miedos específicos acompañando a éstas menor será la probabilidad de recuperación.**

Las fobias específicas, también llamadas simples o focales, representan una mínima parte de los trastornos fóbicos vistos en la clínica y esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes no buscan ayuda y cuando lo hacen es porque presentan ya unos niveles muy altos de patología lo que les incapacita considerablemente para desarrollar una vida normal, entre las consultas más frecuentes nos encontramos con:

FOBIAS ESPECÍFICAS

Son muy comunes tanto en niños como en adultos. En ambos casos se pueden superar sin mayores dificultades con tratamientos psicoterapéuticos. Los estímulos fóbicos serán situaciones u objetos concretos y específicos como animales, oscuridad, agua, alturas, ascensores, conducción, viajar en avión u otros medios de transporte, lugares cerrados o abiertos, inyecciones, comer alimentos concretos, dentistas, contagio de enfermedades, defecación o micción en lugares públicos, petardos y tracas... **Las fobias específicas suelen aparecer durante la niñez o la adolescencia, tienen tendencia a persistir en la edad adulta y si no son tratadas a tiempo pueden persistir durante décadas.** El grado de incapacidad dependerá de lo fácil que resulte a la persona que la sufre evitar la situación fóbica. **Las personas que sufren este tipo de fobias son conscientes de que su miedo es irracional y desproporcionado respecto a las situaciones reales, viene desencadenado por la presencia o por la anticipación del estímulo fóbico y lo evitan por todos los medios a su alcance.** La exposición o anticipación del estímulo fóbico provocará de forma inmediata una gran ansiedad, temen incluso al pánico que pueden llegar a experimentar y a las consecuencias negativas que puedan derivar de ello por lo que **su anticipación será continua así como su evitación, en caso de no poder evitarlo las manifestaciones ansiógenas van a ser tan considerables que aún se van a convencer en mayor grado de la necesidad de seguir evitándolo,** encontrándose continuamente en un círculo vicioso del que les resulta imposible salir.

FOBIAS SOCIALES

Al igual que las otras fobias la **fobia social se caracteriza por un temor extremo, exagerado, desproporcionado y cargado de gran ansiedad ante situaciones sociales que para la mayoría de las personas no van a representar ningún peligro real** pero que, sin embargo, para quien la padece les va a imposibilitar reaccionar con normalidad ante situaciones en las puedan ser

observados por otros, tengan que hablar o actuar en público, relacionarse con personas desconocidas, perciban que puedan ser evaluados o analizados de alguna manera,... **Son personas hipersensibles a la crítica**, con baja autoestima, con déficits en asertividad y habilidades sociales, con temor exagerado a sentirse rechazados, humillados o criticados, ellos mismos son exageradamente autocríticos, por lo que evitarán todas aquellas situaciones sociales o actuaciones en público que les puedan poner en evidencia de una forma u otra. Frecuentemente desarrollarán trastornos de ansiedad generalizada y depresión e incluso pueden llegar a las adicciones como un intento de resolver sus déficits sociales. Parece que la fobia social la sufren por igual hombres y mujeres, generalmente **suele aparecer en la adolescencia con antecedentes de timidez durante la infancia**. Puede aparecer como consecuencia de una experiencia vivenciada como estresante o humillante o bien de forma lenta debido a un continuo de situaciones en las que la persona debido a su incapacidad social las experimenta con gran carga de ansiedad. **La evolución suele ser crónica con tendencia a empeorar y persistir durante toda la vida** si no es tratada eficazmente mediante psicoterapia. Generalmente los afectados no suelen buscar ayuda, quizá porque consideran que es algo inmodificable e inherente a su carácter y cuando lo hacen es por motivos personales, laborales o sociales graves que les impiden realizar actividades necesarias para un desempeño cotidiano normal.

AGORAFOBIA

Al ser **la fobia que mayor incapacidad presenta** dado que puede llegar a encarcelar a las personas en sus propios hogares, es quizás uno de los trastornos más frecuentemente visto en consulta, sobre todo mujeres. Se trata de una patología en la que **cada vez se van evitando más y más situaciones** hasta llegar un momento en el que ya no pueden ni siquiera salir de sus propias casas. La ansiedad que experimentan con sólo pensar que puedan quedar atrapados en algún lugar o situación donde no puedan escapar o encontrar ayuda, en caso de sufrir un ataque de ansiedad o de pánico, es tan grande que les lleva a tomar todo tipo de medidas y precauciones que les imposibilita estar en aglomeraciones, hacer colas, viajar en medios de transporte, acudir a teatros, supermercados, restaurantes... Para ellos cualquier lugar puede representar un problema por lo que van generalizando a múltiples situaciones y estímulos, debido a la asociación que se va produciendo entre las sensaciones internas percibidas como altamente alarmantes y la evaluación de peligro tanto real como imaginario que se hace al respecto, de tal forma que cada vez van siendo las situaciones ansiógenas más amplias y más evitadas, lo que a su vez fortalece cada vez más el problema, llegando a extremos que ni solos ni acompañados pueden arriesgarse a salir dada la inmensa generalización que se va produciendo. **Sus anticipaciones son extremas y los trastornos que originan muy severos** de ahí que sea fundamental acudir a un profesional cualificado que les ayude a resolver un problema tan altamente incapacitante.

Tanto los miedos como las fobias y en consecuencia la ansiedad que de ello deriva, se van a superar cuando las personas dejen de evitar y se enfrenten a lo que tanto temen y puedan comprobar por sí mismas, tras múltiples exposiciones, enfrentamientos, diferentes técnicas y

adquisición de los suficientes recursos y habilidades, que las consecuencias no son tan terribles como pensaban y que para nada les sucederá aquello que tanto temían.

Existen diferentes técnicas para enfrentarse eficazmente a estos trastornos, técnicas que serán similares tanto para niños como para adultos aunque con pequeñas diferencias en el modo de aplicarlas, dependiendo de la edad o de las características del problema, por lo que será importante realizar un buen análisis funcional para que permita aportar la suficiente información de lo que realmente está ocurriendo en cada caso para, en función de ello, poder actuar de la mejor forma posible.

Entre las técnicas más empleadas y que mejores resultados están proporcionando a la hora de combatir estos problemas podemos contemplar las siguientes:

Psicoeducación: fundamental para que la persona comprenda qué es lo que está sucediendo realmente, tanto a nivel cognitivo, fisiológico como motor, qué es lo que está manteniendo el problema y por qué, qué puede hacer para controlar los tres niveles de respuesta... Se trata de aportar la máxima información relevante relacionada tanto con el estímulo fóbico como con el mantenimiento del problema utilizando para ello psicoterapias informativas, biblioterapia..., pero sobre todo un lenguaje comprensible de los distintos conceptos relacionados tanto con la adquisición como con el mantenimiento del problema.

Desensibilización sistemática: especialmente indicada para aprender a responder sin ansiedad a estímulos que provocan respuestas inadecuadas. Su objetivo es, enfrentarse a las situaciones amenazantes de forma gradual (tanto en la imaginación como en la realidad) utilizando una jerarquía de situaciones previamente establecidas, asociando todo ello con la relajación progresiva y con respiración pulmonar y diafragmática lenta hasta contrarrestar unas emociones con otras y conseguir una habituación a las situaciones amenazantes. Puede utilizarse tanto en niños como en adultos pues nos permite elicitar el miedo a voluntad y enfrentarnos de una forma graduada y controlada a los diferentes estímulos que proporcionan temor de menor a mayor grado de intensidad en base a la jerarquía de miedos establecida.

Técnicas para manejar la ansiedad que acompaña a los trastornos fóbicos: (relajación muscular progresiva, respiración diafragmática lenta, distracción, autoinstrucciones, focalización de atención...) Hay numerosas técnicas de relajación pero entre ellas destaca la "Relajación muscular progresiva de Jacobson" tanto por su sencillez de aplicación como por su alta efectividad en el tratamiento de la ansiedad. La característica fundamental es que permite generar, mediante la ausencia de tensión, respuestas incompatibles con la activación estresante de un organismo. Permite claramente discriminar señales de tensión en los distintos músculos del cuerpo mediante el aprendizaje de ejercicios sistemáticos de tensión-relajación. La relajación que se obtiene a nivel muscular genera automáticamente la relajación tanto del sistema nervioso autónomo como del sistema nervioso central, lo que a su vez potencia la relajación tanto cognitiva como emocional permitiendo ejecutar sin

dificultades determinados comportamientos que interfieran con los de huida, escape o evitación, incrementando considerablemente el éxito en futuros enfrentamientos.

Terapia de exposición tanto en vivo como a través de imágenes: provocando experimentos conductuales que permitan ir desensibilizando progresivamente al elemento fóbico y eliminando poco a poco todas las respuestas dirigidas a evitar la situación temida tanto a nivel cognitivo como fisiológico y motor. En la exposición utilizaremos las exposiciones combinadas con técnicas de relajación, autoinstrucciones... para ir generando progresivamente habituación, saciedad y desensibilización mediante la exposición tanto en vivo como en imágenes a los estímulos fóbicos. Su objetivo fundamental será provocar estados emocionales incompatibles con la ansiedad y con la reacción fóbica. La duración y los intervalos de la exposición se adecuarán en función de las respuestas que se vayan consiguiendo, incrementando ambos según se vayan superando los enfrentamientos.

Técnicas de modelado: muy útiles para resolver las fobias cuando se utilizan con fines terapéuticos pues permiten, mediante la observación, aprender de los comportamientos adaptativos realizados por otras personas para poder así modificar los suyos. Se pueden utilizar tanto con niños como con adultos, pero son los niños quienes más pueden beneficiarse de ello. La observación de modelos se puede hacer a través de dibujos, de películas, de casos reales... El niño observa a otro niño cómo se enfrenta a la situación temida, cómo se aproxima, cómo lo hace sin ansiedad e incluso cómo disfruta el modelo... A partir de ahí se le anima a llevar a cabo el comportamiento mediante relajación, exposición y enfrentamiento a la situación temida, apoyándole, animándole y motivándole en todo momento hasta que poco a poco vaya venciendo su temor.

Técnicas de escenificación emotiva: al igual que la anterior muy indicada para niños pues combina la relajación, la desensibilización sistemática, el modelo participante, las imágenes emotivas para inhibir la ansiedad (imágenes que pueden dibujar o crear ellos mismos) el juego de roles con intercambio de papeles, y algo muy importante el refuerzo positivo ante cualquier comportamiento de aproximación y enfrentamiento al objeto temido.

Terapias cognitivo-conductuales: son las terapias que mejores resultados están dando. Las terapias cognitivo-conductuales combinan procedimientos de reestructuración cognitiva, relajación-desensibilización, entrenamiento en recursos y habilidades para poder exponerse y enfrentarse a los estímulos fóbicos, resolución de problemas, autoinstrucciones, control de pensamiento... El fundamento de estas terapias consiste en alentar a las personas que padecen estos trastornos a confrontar continuamente sus creencias catastrofistas y altamente negativas con la realidad eliminando de sus repertorios las evitaciones e incrementando las exposiciones hasta conseguir una desensibilización que les permita afrontar y adaptarse a las situaciones de una forma mucho más realista, adaptativa y racional de tal forma que puedan ser capaces de discriminar claramente lo que es realmente peligroso y lo que es producto de su imaginación pero que no representa ningún peligro real.

Terapias basadas en la realidad virtual: muy útiles para realizar exposiciones tantas veces como queramos sin necesidad de tener el estímulo fóbico delante pues toda la terapia se realiza a nivel virtual.

Vamos a ver ahora algunas recomendaciones que nos pueden ser útiles:

<p>APARECE EL MIEDO. ¿QUÉ NO HACER?</p>	<p>APARECE EL MIEDO. ¿QUÉ HACER?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reírnos de las reacciones que presenta el niño. • Permitir que los demás se rían de él. • Compararle con otros niños que no presentan sus miedos. • Criticarlo o castigarle por tener miedo. • Hacer públicos sus reacciones y comportamientos ante el miedo. • Insistir con argumentos y razonamientos recordándole continuamente su miedo. • Forzarle de maneras bruscas o autoritarias a afrontar los estímulos fóbicos. • Amenazarle con el estímulo al que tiene miedo ("si no comes vendrá el hombre malo", si no haces esto o aquello te encerraré en el cuarto oscuro"...). • Protegerle en exceso evitándole cualquier estímulo amenazador o cualquier enfrentamiento al estímulo fóbico... 	<ul style="list-style-type: none"> • Actuar con la máxima tranquilidad cuando presenta la respuesta de miedo, o el "ataque de pánico". • Hablar con tonos bajos, ritmos y movimientos pausados y lo más relajadamente posible. • Dar apoyo afectivo y, siempre que sea posible, contacto físico. • Entrenar mediante juegos las reacciones correctas de enfrentamiento y animarle a jugar para comprobar sus progresos. • Dejar que se enfrente a los pequeños miedos, que se acostumbre a ellos él solo. Ej. olas del mar, oscuridad, animales, ruidos... • Felicitarle por cualquier avance en la superación de sus miedos, evitando "coletillas" del tipo: "ya era hora que" "total no era para tanto"..." • Convencerle de que no hay que avergonzarse por sentir miedo a determinadas cosas. Utilizar frases como "yo también tenía miedo a ..." "tú eres mucho más valiente que yo" • Ofrecer modelos correctos de cómo actuar. Ej.: montar en el columpio, entrar a oscuras... • Ir aproximándole al estímulo provocador del miedo de forma progresiva, poco a poco y siempre en un ambiente agradable y

Actitudes que pueden prevenir la aparición de fobias

- **Es importante poner a prueba y contrastar hasta qué punto lo que uno teme puede tener las consecuencias que uno cree.** La clave para que aparezcan los miedos se encuentra en el **bienestar inmediato que obtenemos cuando escapamos y evitamos aquello que tanto tememos.** Al evitarlo impedimos aprender a controlarlo.
- Desde la educación **es muy importante enseñar a un niño a comprobar si algo debe ser o no debe ser temido:** piscina, perros, oscuridad, estar o dormir solos... hará que luego, en la edad adulta sea mucho más sencillo enfrentarse a otros miedos: la muerte, las alturas, hablar con los demás...
- **Hacer que el niño compruebe a través de la experiencia y de manera graduada, qué pasa cuando se queda en la habitación a oscuras, o qué pasa si toca el fondo de la piscina, o qué pasa si toca un perrito...** por ejemplo, **le ayudará a percibir que lo que le rodea no debe ser temido en exceso.** Por otra parte, los miedos de los padres, la búsqueda de garantías de que no le va a pasar nada al niño, cuando se exageran demasiado, no sólo dificultará enormemente el poder reducir los miedos en el futuro sino que los ampliará.
- **A veces somos los propios padres quienes transmitimos los miedos a nuestros hijos** por el hecho de tomar demasiadas precauciones derivadas de nuestros propios temores.
- **Hay que especificar también que no todo lo que se teme debe ser superado,** al fin y al cabo el sentimiento de miedo, en un principio, es la respuesta adaptativa que da nuestra mente para favorecer la probabilidad de supervivencia.
- Dicho de otro modo, **los miedos son necesarios por ser en muchas ocasiones totalmente adaptativos. El problema es cuando nos anulan y bloquean sin que seamos capaces de avanzar o cuando nos incapacitan para llevar una vida normal, sólo entonces hay que actuar.**
- **Utilizar un estilo de educación positiva,** empleando técnicas educativas basadas en la amabilidad, en la calma y en el respeto a los niños, antes que utilizar el castigo y la amenaza. **Sobre todo, no se debe utilizar el castigo físico o la amenaza psicológica, hay otras formas mucho más eficaces de educar.**
- **Evitar asustar al niño aunque sea “de broma”,** especialmente están contraindicados los sustos en la oscuridad.

- **Estar atentos a lo que el niño ve en televisión:** no debe ver películas de miedo ni de violencia que les lleve a exagerar en su imaginación situaciones ficticias e irreales pero que ellos las asumen como reales.
- **Cuando el niño llora de noche porque tiene miedo es preferible calmarle a oscuras** y luego, si acaso, encender la luz, de modo que no asocie nunca la oscuridad con el miedo.
- **Enseñarle a solucionar las pequeñas dificultades de la vida diaria por sí mismo.** No darle las cosas hechas ni evitarle las pequeñas frustraciones con las que obligatoriamente ha de enfrentarse.
- **Enseñarle a observar, a ver y a reforzar cualquier comportamiento de valentía y de enfrentamiento** que tenga por pequeño o mínimo que inicialmente pueda parecerlos.
- **No utilizar el miedo para controlarle:** “si no, vendrá el coco, la bruja, el hombre del saco...”
- **No contarle historias o cuentos de terror,** ni resaltar especialmente o exagerar los aspectos más espantosos de los cuentos tradicionales, **aportar siempre soluciones y alternativas para resolver los problemas.**
- **Leer o hacer que lea historias en las que niños como él superan pequeños miedos o situaciones difíciles,** montar historietas divertidas sobre aquellas situaciones que le puedan dar miedo y que él aporte soluciones y narre historietas alternativas.
- **Si nosotros tenemos miedo a algo deberemos aprender a resolverlo, a mantener el control** y a intentar superar también nuestros propios temores para no transmitirlos a ellos, y poder así servir como modelos de actuación frente a los miedos de nuestros hijos.

Veamos ahora 10 reglas para enfrentarse al pánico

1. **COMENZAR POR ACEPTAR LOS MIEDOS.** El aceptar los miedos y preocupaciones es el primer paso para librarse de ellos. No debemos sentir vergüenza ni culpa por tener miedo. Si se asumen y se aceptan seremos capaces de hablarlo y racionalizarlo. El mero hecho de contar las cosas hace que automáticamente pierdan importancia.
2. **RECORDAR QUE LAS SENSACIONES NO SON MÁS QUE UNA EXAGERACIÓN DE LAS REACCIONES CORPORALES NORMALES ANTE UN PELIGRO PERCIBIDO.** No son dañinas ni peligrosas - solamente desagradables. Y sobre todo no puede ocurrir nada peor pues en todo proceso ansiógeno todo lo que sube baja.
ESPERAR Y DAR TIEMPO PARA QUE EL MIEDO POCO A POCO VAYA DISMINUYENDO. No huir de él, simplemente aceptarlo hasta que vayamos controlando la ansiedad que genera pero enfrentándonos a él. Observar algo fundamental y es que, **en**

cuanto dejemos de añadir pensamientos angustiosos el miedo comenzará a desvanecerse por sí mismo.

3. **CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS QUE SUELEN ACOMPAÑAR A ESTOS**

ESTADOS POR PENSAMIENTOS POSITIVOS. No añadir al pánico pensamientos

ansiógenos sobre lo que está ocurriendo o sobre lo que nos puede llegar a ocurrir.

Es muy importante **aprender a detener el pensamiento** cuando detectemos que nos

estamos dando autoinstrucciones negativas (“no voy a ser capaz”, “esta situación es horrible”

“no puedo” “me da mucho miedo”...). En ese momento gritar interiormente “¡ALTO!”, y

sustituir dichos mensajes por: **Pensamientos positivos** (“voy a conseguirlo”, “la situación es

difícil, pero podré con ella” “tengo miedo pero si me enfrento dejaré de tenerlo” “me voy a

enfrentar” “voy a intentarlo, seguro que puedo”...)

4. **OBSERVAR QUÉ ES LO QUE REALMENTE ESTÁ OCURRIENDO EN EL CUERPO**

AHORA MISMO, EN ESTE MOMENTO, JUSTO CUANDO ESTÁ COMENZANDO A DARSE

EL PROBLEMA para poder así controlar las respuestas de la forma más relajada posible sin

realizar anticipaciones extrañas ni catastróficas cargadas de malos augurios. También es

muy importante que **en vez de preocuparnos, hagamos algo divertido** como por ej., pensar

en algo agradable a la vez que me enfrento, hacer algo que nos guste (coger la bici, leer un

cómic, jugar...) hará que se olviden las preocupaciones. Hacer ejercicio también nos ayudará

a estar más relajados y a liberar la tensión acumulada por el miedo.

ESPERAR Y DAR TIEMPO AL MIEDO PARA QUE POCO A POCO VAYA

DISMINUYENDO. No huir de él ni evitarlo, simplemente aprender a aceptarlo hasta que poco

a poco vayamos controlándolo.

Observar algo fundamental y es que, **en cuanto dejemos de añadir pensamientos**

angustiosos el miedo comenzará a desvanecerse por sí mismo.

5. **APRENDER RECURSOS Y HABILIDADES PARA ENFRENTARNOS AL MIEDO SIENDO**

LA CLAVE LA EXPOSICIÓN, EL ENFRENTAMIENTO Y LA NO EVITACIÓN - sin evitarlo ni

huir- sino aprovechando la situación como una oportunidad para practicar, aprender, avanzar

y combatirlo. **Es muy importante aprender a respirar profundamente.** Cuando estamos

nerviosos respiramos muy rápido y superficialmente, porque solo llenamos la parte superior

de los pulmones. Podemos mejorar la respiración, haciéndola lenta y profunda. Para ello

llenamos los pulmones lentamente hasta el fondo, tomando la mayor cantidad de aire por la

nariz, y luego lo expulsamos también lentamente por la boca. Y a la vez que exhalamos el

aire, podemos pensar por ej. cómo al expulsar el aire eliminamos con él los miedos y las cosas que nos preocupan.

6. **UTILIZAR LA RELAJACIÓN COMO ELEMENTO IMPRESCINDIBLE PARA PODER ENFRENTARNOS A LAS SITUACIONES FÓBICAS**

No se puede tener miedo y estar relajados a la vez. Si aprendemos a relajarnos podremos contrarrestar las sensaciones de miedo y nos ayudará a acercarnos o a superar la situación temida. Un método muy fácil de relajar los músculos es el de concentrarse en una parte del cuerpo (por ejemplo el brazo) y apretar la mano con fuerza durante unos segundos para sentir la tensión de los músculos del brazo; en cuanto dejéis de apretar notaréis el alivio y la sensación de relajación en el brazo. Tendríais que repetirlo una o dos veces y hacer lo mismo con todas las partes del cuerpo hasta llegar a dominar la técnica.

UTILIZAR TAMBIÉN IMÁGENES MENTALES PARA IMAGINAR ESCENAS AGRADABLES A LA VEZ QUE SE VISUALIZA CÓMO DESAPARECEN LOS TEMORES O LAS PREOCUPACIONES

Si ya sabemos respirar lentamente y relajar los músculos, podemos intentar imaginar una escena agradable y que nos proporcione tranquilidad (por ej., nos vemos tumbados en una playa tranquila, notando la calidez de los rayos del sol sobre nuestro cuerpo, o estamos viajando encima de una nube, flotando en el aire, mientras el viento se lleva nuestros temores...)

7. **PENSAR SIEMPRE EN LOS PROGRESOS QUE HAYAMOS CONSEGUIDO A PESAR DE LAS DIFICULTADES.** Esto nos reforzará considerablemente y hará que nos sintamos muy orgullosos por los logros conseguidos, además de proporcionarnos cada vez mayor seguridad.

8. **AYUDARNOS CON AUTORREGISTROS** Escribiendo los temores a los que nos vayamos enfrentando, las estrategias utilizadas para vencerlos, o simplemente escribir lo que nos decimos o debemos decirnos a nosotros mismos en cuanto sintamos miedo o preocupaciones. Nos ayudará a entender mejor lo que nos pasa, qué podemos hacer y cómo podemos enfrentarnos a la hora de superar los miedos. **Esta técnica aporta muchísimas estrategias de autocontrol a todos los niveles y nos puede ayudar muchísimo a resolver múltiples problemas.**

9. **EN CUANTO NOS SINTAMOS UN POCO MEJOR, MIREMOS A NUESTRO ALREDEDOR Y PLANIFIQUEMOS EL SIGUIENTE PASO PARA SEGUIR AVANZANDO.**

Generalmente evitamos pensar en nuestros miedos, porque así nos sentimos más seguros y creemos que de esta forma nos encontraremos mejor. ¿Pero, y si hiciéramos lo contrario?

Podemos probar para ver qué ocurre y planificar los siguientes pasos para seguir avanzando e ir desensibilizando. Igual descubrimos que esos miedos ya no nos asustan tanto como creíamos, o simplemente es posible que consigamos ver la situación de una manera muy distinta a como pensábamos.

10. **CUANDO ESTEMOS PREPARADOS PARA CONTINUAR, COMENCEMOS DE NUEVO DE UNA FORMA TRANQUILA Y RELAJADA.** No hay necesidad de correr, hagámoslo poquito a poco, pasito a pasito, avanzando pero sin parar y cuanto más repitamos los pequeños progresos mucho mejor pues más afianzaremos los resultados y mejor aprenderemos a resolver los próximos retos y superar así los miedos.

Como reflexión final decir que:

- **SIEMPRE ES MEJOR PREVENIR QUE CURAR: a veces podemos evitar que se den situaciones que nos provoquen miedo.** Por ejemplo, un niño que tiene miedo a las pesadillas, no debería ver antes de acostarse películas que le puedan asustar, ni debería cenar comidas copiosas o muy fuertes e indigestas que puedan provocar malestar que pudiera dar lugar a temores condicionados o tomar bebidas con cafeína o cualquier otra sustancia excitante. **¿Para qué provocar una situación sin antes estar preparados para resolverla?**

¡Y algo muy importante!

- **Ante los miedos nunca evitar pues con la evitación el miedo crecerá, se extenderá y generalizará a otras muchas situaciones, por ello aunque genere algo de ansiedad es muchísimo mejor exponerse, enfrentarse, resolverlo y analizar las consecuencias que evitarlo. La ansiedad que pueda generar al intentar resolverlo va a ser siempre mucho menor que los problemas generados por el mantenimiento del mismo.**

Bibliografía

- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). *Fobia específica*. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- APA. (2002) "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR". Editorial Masson.
- Bados, A. (1998). *Fobias específicas*. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol 1, págs. 169-218). Madrid: Dykinson.

- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Coronas, M. (2005). *Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/heridas* (pp. 47-65). En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. y Guardia, J. (1983). *Eliminación de varias fobias a animales mediante modelado participante, utilizando un diseño de línea base múltiple*. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 143-160.
- Ballesteros, S. *Psicología General II. Un enfoque Cognitivo*. (1994). Madrid: Editorial Universitas S.A.
- Bastida de Miguel, A.Mª. *Psicoterapia aplicada a un caso de terrores nocturnos con ansiedad generalizada provocada por multitud de fobias*. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría (6conf1550204). Interpsiquis - Febrero-Marzo 2011. Psiquiatria.com
- Bastida de Miguel, A.Mª. *Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo*. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis - Febrero 2009. Psiquiatria.com y Psicología. *Revista Internacional On-line de Psicología* - ISSN 1137-8492 (Vol. 13 Nº1-Ene 2009)
- Beck, A. y Freeman, A. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós. 1995
- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología*. Vol. II. (2.002). Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Bilbao, Desclee, 1983
- Botella, C. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico*. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca. Fob Esp - 65
- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (Comps.). (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Bragado, M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). *Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años*. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2002). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.

- Capafons Bonet, J. I. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas*. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Echeburúa, E. (1993c). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Eysenck, M. W., y Derakshan, N. (1997). *Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad*. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós
- Haslam, D. (1985). *Trastornos del sueño infantil. Normas prácticas de tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Herreros, L., López, A.E. y Olivares, M.E. (1991). *Eliminación de una fobia simple a las cucarachas mediante técnicas de exposición y autoexposición*. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 9, 167-188.
- Hersen, M. y Last, C.G. (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- López, P. (1996). *Entrenamiento en un caso de fobia a la oscuridad y miedo a estar solo en la cama*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 823-833.
- Macià, D., Méndez, F. X. (1997). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de casos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Moreno Artilles, F.J., y Dámaso Pérez, M.P. (2001) *Intervención Psicológica en un caso de fobia a las alturas. // Intervención psicológica en pánico con agorafobia*. II Simposium sobre Programas cognitivos –conductuales para el tratamiento de problemas psicológicos – Granada
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 1: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Cómo ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1988). *Escenificaciones emotivas: Una técnica para las fobias infantiles*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 323-351. *Fob Esp* - 68

- Méndez, F.X. y Macià, D. (1990). *Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad*. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (pp. 38-73). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Orgilés, M. y Rosa, A.I. (2005). *Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: Una revisión cuantitativa*. *Anales de Psicología*, 21, 73-82.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez Meca, J. (2002). *Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias específicas*. *Psicología Conductual*, 10, 481- 502.
- Pelechano, V. (1984). *Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-220.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995b). *Síndromes clínicos de la ansiedad*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Smith, J. C (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Sosa, C. y Capafóns, J.I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas*. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 235-245). Madrid: Pirámide.
- Taboada, A.M., Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998). *Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo*. *Ansiedad y Estrés*, 4, 1-16.
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid. Editorial Dykinson-Psicología.
- Vallejo Pareja, M. A. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo*. *Psicothema*, 13, 419-427.