

MÓDULO II

Evaluación

Síntomas

Hay un marcado miedo o ansiedad con respecto a un objeto o situación específica, a menudo incluyendo las siguientes características:

- El objeto o situación específica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediato.
- Los niños pueden expresar el miedo o la ansiedad llorando, haciendo rabietas, congelándose o aferrándose.
- El objeto o situación fóbica se evita de forma activa y persistente durante 6 meses o más.
- El miedo o la ansiedad que se experimenta es desproporcionado con respecto al peligro real que plantea el objeto o situación específico.
- Es evidente una angustia o deterioro clínico notable en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Los síntomas no se pueden explicar por otro trastorno psiquiátrico, como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de ansiedad por separación o el trastorno de ansiedad social.

Los signos/síntomas más comunes que se pueden ver en la fobia específica son:

- Sensación de náuseas, mareos o desmayos.
- Dificultad para respirar, opresión en el pecho o latidos cardíacos rápidos.
- El miedo o la ansiedad fuera de proporción al peligro real que plantea el objeto o situación específica.
- Las modalidades comunes de tratamiento incluyen:
 - Desensibilización sistemática.
 - Inundaciones.
 - Medicamentos como betabloqueantes y benzodiazepinas.
- El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y suelen durar 6 meses o más.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causan una angustia o discapacidad clínicamente significativa en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas relevantes del funcionamiento.

La evaluación psicológica se realiza a través de una evaluación psiquiátrica detallada y una historia psicosocial elaborada, con el objetivo de determinar la cronicidad de la sintomatología y obtener una comprensión integral de la situación del paciente. Esta evaluación incluye una entrevista clínica exhaustiva, el uso de cuestionarios y escalas psicométricas, la observación directa del paciente y una evaluación detallada de su historia médica, psiquiátrica y psicosocial. Este proceso permite obtener una imagen completa y precisa de la situación del paciente, lo que facilita la elaboración de un diagnóstico preciso y la planificación de un tratamiento adecuado.

Así, en la evaluación clínica es importante obtener información sobre diversos aspectos, como las situaciones temidas y evitadas, las conductas problemáticas de tipo cognitivo, motor, autónomo y emocional, las condiciones que agravan o reducen el problema, las variables situacionales y personales que mantienen las conductas problemáticas, la interferencia del problema en la vida diaria del individuo, la historia y fluctuaciones del problema, los intentos previos de superar el problema y los resultados obtenidos, la motivación, expectativas de tratamiento y objetivos del cliente, los recursos y limitaciones del cliente, y otros problemas que pueda presentar el cliente. Es recomendable también entrevistar a personas significativas, especialmente en el caso de niños, para obtener información adicional relevante.

Herramientas de evaluación

En general, al igual que con otros trastornos, durante la entrevista clínica es fundamental recopilar información sobre los siguientes aspectos:

- Situaciones que generan miedo y que la persona evita.
- Comportamientos problemáticos de tipo cognitivo (por ejemplo, pensamientos o imágenes de peligro), motor (por ejemplo, evitación, conductas defensivas), autonómico (por ejemplo, palpitaciones) y emocional (por ejemplo, miedo), incluyendo su intensidad, frecuencia y duración.
- Factores que agravan o reducen el problema (por ejemplo, movimientos bruscos del animal, tipo de avión). Antony, Craske y Barlow (1995) proporcionan listas de variables y situaciones que afectan al miedo en diversos tipos de fobias: a la sangre, inyecciones, médicos, intervenciones dentales, lugares cerrados, animales, alturas, conducir, volar en avión, tormentas y agua.
- Variables situacionales (por ejemplo, adaptación de la familia a los comportamientos problemáticos) y personales (por ejemplo, sensibilidad al asco, problemas de oído interno en una persona con fobia a las alturas) que mantienen los comportamientos problemáticos e interrelación entre estas últimas.

- Impacto del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales de la persona.
- Historia y cambios en el problema con el tiempo.
- Intentos previos para superar el problema y resultados obtenidos.
- Motivación, expectativas de tratamiento y resultados, y objetivos del cliente.
- Recursos y limitaciones del paciente.
- Otros problemas que el consultante pueda presentar.

Además, una vez obtenido el correspondiente permiso, es importante entrevistar también a personas significativas, ya que pueden proporcionar información relevante que el paciente no menciona. Esto es especialmente importante en el caso de los niños.

Sumado a lo anterior, y aunque conviene recordar que se aconseja llevar a cabo una evaluación multimétodo, veamos algunas herramientas útiles:

Escala de Severidad de Fobia Específica (*Specific Phobia Severity Scale, SPSS*):

Descripción: La SPSS es un cuestionario autoadministrado que evalúa la severidad de las fobias específicas. Está diseñado para medir el grado de miedo, evitación y perturbación asociados con la fobia específica.

Número de ítems: La SPSS consta de 12 ítems que evalúan el miedo, la evitación y el impacto funcional de la fobia específica.

Puntuación: Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 indica ninguna molestia y 4 indica una molestia severa. La puntuación total oscila entre 0 y 48.

Cuestionario de Fobia Específica (*Specific Phobia Questionnaire, SPQ*):

Descripción: El SPQ es un cuestionario autoadministrado que evalúa la presencia y severidad de fobias específicas en adultos.

Número de ítems: El SPQ consta de 42 ítems que evalúan la presencia y la gravedad de las fobias específicas en tres subescalas: animal, sangre-inyección-daño, y situacional.

Puntuación: Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 indica ninguna molestia y 4 indica una molestia extrema. La puntuación total oscila entre 0 y 168.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI):

Descripción: El BAI es un cuestionario autoadministrado diseñado para medir la gravedad de la ansiedad en adultos y adolescentes.

Número de ítems: El BAI consta de 21 ítems que evalúan los síntomas de ansiedad como temor, sensación de muerte inminente, palpitaciones, etc.

Puntuación: Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, donde 0 indica "nada" y 3 indica "severamente". La puntuación total oscila entre 0 y 63.

Escala Visual Analógica (Visual Analogic Scale, VAS):

Descripción: La VAS es una herramienta de autoevaluación que mide la intensidad de un síntoma, en este caso, la ansiedad asociada con la fobia específica.

Número de ítems: La VAS consta de una línea horizontal de 100 mm, donde el sujeto marca su nivel de ansiedad, siendo 0 mm "ninguna ansiedad" y 100 mm "máxima ansiedad imaginable".

Puntuación: La puntuación se mide en milímetros desde el extremo 0 mm hasta la marca realizada por el sujeto.

Por supuesto, hay muchas más que incluso están enfocadas a diferentes tipos de fobia específica. Veamos, ahora, un ejemplo de autorregistro. Una herramienta que permite recopilar información en el entorno natural sobre las situaciones fóbicas y los pensamientos, emociones y comportamientos asociados. Esta información resulta invaluable para planificar el tratamiento, ya que facilita la identificación de situaciones desencadenantes, sensaciones físicas y pensamientos para la jerarquía de exposición y el cambio cognitivo. Veamos un ejemplo:

Tabla 1. Ejemplo de autorregistro para fobias específicas de un paciente.

Fecha y situación desencadenante	¿Qué emociones he experimentado 0-10?	¿Qué sensaciones he experimentado?	¿Qué pensamientos o imágenes han pasado por mi cabeza?	¿Qué he temido que pudiera pasar?	¿Qué he hecho para tranquilizarme?
25/06 Extracción de sangre	Asco (7)	Miedo	Es repugnante. No sé si volveré a ser capaz.	Nausas, mareo	Irme

En esta primera tabla proporcionada se registra una situación específica que ocurrió el 25 de junio, la cual fue una extracción de sangre. El individuo experimentó una intensa sensación de asco, calificada con un nivel de 7 en una escala del 0 al 10, así como sentimientos de miedo, náuseas y mareo. Reporta que los pensamientos que pasaron por su cabeza incluyeron la idea de que la situación era repugnante y la duda sobre si sería capaz de tolerarla nuevamente en el futuro. Aunque no se especifica qué temía que pudiera pasar ni qué acciones tomó para tranquilizarse durante la experiencia, este registro detallado permite identificar las emociones, sensaciones y pensamientos asociados con la situación desencadenante, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente.

Tabla 2. Otro ejemplo de autorregistro diferente para fobias específicas de un paciente.

Situación	Pensamiento y emoción	Pensamiento alternativo
<i>Voy a tomar el coche con mi hermano de acompañante.</i>	<i>P: Hace mucho tiempo que no conduzco por autovía, no sé si voy a ser capaz de aguantar todo el trayecto.</i> <i>E: Ansiedad, miedo...</i>	<i>He conducido muchas veces por autovía y nunca he tenido problemas.</i> <i>Voy a ser capaz de lograrlo. Ya he avanzado mucho.</i>
<i>Por la tarde preparando las clases de inglés del próximo día.</i>	<i>P: No sé si podré volver a conducir con la misma seguridad de antes.</i> <i>E: Un poco de tristeza, inseguridad...</i>	<i>He conseguido todas las cosas que me he propuesto.</i> <i>Si antes lo hacía por qué no voy a poder hacerlo otra vez.</i>
<i>Por la noche, en la cama.</i>	<i>P: ¿Y si vuelvo a perder el control? ¿Y si es otro conductor el que provoca un accidente? Todos los días no hay accidentes de tráfico.</i> <i>E: Ansiedad, miedo...</i>	<i>No tiene por qué volver a pasarme. He demostrado con años de carnet que soy una buena conductora.</i> <i>Incluso en aquella ocasión logré evitar el accidente.</i> <i>Lo normal es que no ocurran accidentes de tráfico.</i>

En la segunda tabla se presenta una situación específica, el pensamiento y la emoción asociada a esa situación, así como un pensamiento alternativo que ayuda a contrarrestar el pensamiento inicial negativo. En cada fila se describe una situación diferente relacionada con la conducción y se detallan los pensamientos y emociones asociados a ella. A continuación, se proporciona un pensamiento alternativo más racional y positivo que ayuda a la persona a enfrentar y superar su ansiedad o miedo relacionado con la conducción. Esta tabla refiere a uno de los casos titulado Alicia que veremos en la sección de ejercicios cuando hayamos terminado el curso.

Detallemos el autorregistro en sí, no sin antes mencionar que algunos pacientes pueden temer que el autorregistro aumente sus miedos. Aunque esto puede ocurrir inicialmente, es crucial explicar al paciente que este efecto es temporal y que la ansiedad disminuirá si continúa con el autorregistro. De hecho, el autorregistro puede conceptualizarse como una forma de exposición. Bien, prosigamos. Para asegurarnos de que el autorregistro se complete de manera efectiva, es importante proporcionar al paciente algunas instrucciones claras y específicas:

- **Explicación detallada:** Antes de comenzar a utilizar el autorregistro, es importante explicar al paciente en qué consiste y por qué es útil. Debes asegurarte de que entienda que el objetivo del autorregistro es ayudarlo a identificar patrones en sus pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con su fobia.
- **Formato claro y sencillo:** Asegúrate de que el formato del autorregistro sea claro y fácil de entender. Debe incluir campos para la fecha y hora, la situación desencadenante, las emociones experimentadas, las sensaciones físicas, los pensamientos o imágenes, los temores anticipados y las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- **Registro regular:** Recomienda al paciente que complete el autorregistro de manera regular, idealmente justo después de experimentar una situación que desencadene su fobia. Esto garantizará que la información recopilada sea precisa y relevante.
- **Ser honesto y detallado:** Anima al paciente a ser honesto y detallado al completar el autorregistro. Debe incluir todos los pensamientos, emociones y comportamientos que experimenta, incluso si le parecen insignificantes.
- **Identificar patrones:** Ayuda al paciente a revisar regularmente sus autorregistros para identificar patrones y desencadenantes comunes. Esto puede ayudarlo a entender mejor su fobia y a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.
- **No juzgar:** Asegúrale al paciente que no estás evaluando sus pensamientos o emociones, sino que estás ahí para ayudarlo a comprender mejor su fobia y a encontrar formas de manejarla.

Sumado a lo anterior, la observación en las fobias específicas es una herramienta importante para entender y evaluar el comportamiento del individuo frente a los estímulos temidos. A través de la observación directa o de la autoevaluación en situaciones controladas, los terapeutas pueden recopilar datos objetivos sobre la ansiedad experimentada, la reacción fisiológica y el nivel de exposición tolerado por el individuo. Esto proporciona información valiosa para diseñar estrategias de intervención adecuadas, como la exposición gradual, que es fundamental en el tratamiento de las fobias específicas.

Sin embargo, la observación en situaciones naturales puede ser poco factible en la práctica clínica debido a limitaciones económicas y logísticas, lo que limita la aplicación de esta técnica en entornos reales fuera del consultorio. Además, algunos métodos de observación, como las escalas de valoración del perfil conductual, pueden requerir entrenamiento específico y ser poco prácticos en la clínica. Por lo tanto, aunque la observación es una herramienta útil, es importante considerar estas limitaciones al diseñar intervenciones para tratar las fobias específicas. Aun así, veamos algunos datos de esto:

- **Dificultades de la observación en situaciones naturales:** Aunque la observación directa en situaciones naturales es teóricamente posible, en la práctica clínica suele ser poco factible debido a restricciones económicas.
- **Alternativas para la observación:** Acompañar al cliente a situaciones temidas y observar su comportamiento a distancia es una alternativa viable. Un familiar o amigo también puede actuar como observador, registrando la frecuencia de las conductas temidas. Por ejemplo, los padres de un niño con fobia a la oscuridad podrían llevar un registro del número de noches que duerme solo y sin luz.
- **Escala de Valoración del Perfil Conductual de Melamed (*Melamed Behavioral Rating Scale, 1996*):** Utilizada en entornos dentales, esta escala registra la ocurrencia de 27 conductas en intervalos de 3 minutos. Sin embargo, este tipo de escalas requieren entrenamiento y pueden ser poco prácticas en la clínica.
- **Test de evitación o aproximación conductual (*Behavioral Avoidance or Approach Tests*):** Se realizan en entornos controlados y permiten medir diferentes aspectos de la fobia específica, como la distancia al estímulo temido, el tiempo de exposición, la intensidad del estímulo o el número de actividades realizadas gradualmente más difíciles.

Por ejemplo:

- Para la fobia a las alturas, hay que pedir que suba por una escalera exterior y se detenga un cierto tiempo en cada peldaño.
- Para la fobia a la oscuridad, se puede exponer a la persona a condiciones de iluminación cada vez más débiles durante un período de tiempo específico.
- Para la fobia a los perros, realizar diversas actividades relacionadas con los perros, como acariciarlos, pasearlos o alimentarlos.
- Para la fobia a los ruidos, exponer a la persona a ruidos cada vez más intensos a distancias progresivamente más cortas.

- **Autoevaluación de la ansiedad** (*Self-Assessment of Anxiety*): Durante estos test, los pacientes suelen evaluar la ansiedad experimentada utilizando escalas de 0 a 10 o termómetros de colores. También se pueden utilizar escalas de valoración por parte del terapeuta o de jueces externos.
- **Ejemplo de evaluación de la conducta de desmayo**: Por ejemplo, durante la exposición de una persona con fobia a la sangre a un vídeo de una operación quirúrgica, se puede evaluar su conducta de desmayo utilizando una escala del 0 al 4, donde 4 significa que el consultante se desmaya y no responde cuando se le habla, y 0 significa ausencia de reacciones.
- **Evaluación del comportamiento de los padres en niños**: Después de completar el test de aproximación conductual, se puede pedir al niño que lo repita en presencia de sus padres, lo que proporciona información valiosa sobre el comportamiento de los padres y cómo este puede influir en la fobia del menor.
- **Método de evaluación del miedo a volar de Capafons et al.** (*Method for Evaluating Fear of Flying, 1997*): Implica la exposición del cliente a un vídeo que simula un viaje en avión, mientras se registran medidas fisiológicas como el ritmo cardíaco y la temperatura dermal. Este método puede ser efectivo, pero requiere tiempo y una sesión previa de habituación, y su sensibilidad a los efectos del tratamiento no está clara.
- **Adaptación de los métodos a avances recientes en fobias específicas**: Es importante adaptar estos métodos de evaluación y tratamiento para garantizar su eficacia y relevancia clínica, teniendo en cuenta los avances más recientes en el campo de las fobias específicas.