



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 2

Junio de 2019

MIEDO, FOBIAS Y SUS TRATAMIENTOS

Andrés Camilo Delgado Reyes¹ y Jessica Valeria Sánchez López²

Universidad de Manizales

Programa de Psicología

RESUMEN

Este artículo es un trabajo de investigación teórica que da cuenta de la prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel mundial y específicamente en el ámbito colombiano. Se realiza un desglose teórico que tiene como punto de partida las emociones básicas, haciéndose énfasis en la emoción del miedo, que cuando se mantiene en el tiempo sin causa aparente se traduce en un trastorno de ansiedad como la fobia específica, siendo esta el objeto de estudio del proyecto investigativo “Eficacia del uso de dispositivos de inmersión virtual en el tratamiento psicológico de fobias específicas” adelantado por el programa de Psicología de la Universidad de Manizales. Dicho estudio busca comprobar la efectividad del tratamiento tradicional versus el tratamiento por medio de la inmersión a un ambiente de realidad virtual, por lo que se exponen los tres tratamientos más utilizados para su intervención como son la desensibilización sistemática, la terapia de exposición y la realidad virtual. Encontrando que los tres procedimientos tienen evidencia contradictoria sobre su eficacia siendo necesario realizar investigaciones que amplíen las muestras de trabajo y evalúen la eficacia de la misma a lo largo del tiempo.

Palabras clave: Ansiedad, Fobia, Miedo, Realidad virtual, Terapia de conducta.

¹ Correo electrónico: acdelgado58718@umanizales.edu.co

² Correo electrónico: jsanchez@umanizales.edu.co

FEAR, FOBIAS AND ITS TREATMENTS

ABSTRACT

This article is a theoretical research work that tells the prevalence of anxiety disorders worldwide and specifically in the Colombian field. A theoretical breakdown is made starting from the basic emotions, emphasizing the emotion of fear, which when maintained over time without apparent cause translates into an anxiety disorder such as the specific phobia, which is the object of study of the research project "Efficacy of the use of virtual immersion devices in the psychological treatment of specific phobias" Advanced by the Psychology program of the University of Manizales. This study seeks the effectiveness of traditional treatment versus treatment by means of immersion in a virtual reality environment, which is why the three most used treatments for their intervention are exposed, such as systematic desensitization, exposure therapy and virtual reality. Finding that the three procedures have contradictory evidence about the fact that it is necessary to carry out investigations that expand the work samples and evaluate the effectiveness of the same over time. **Keywords:** Virtual Reality, Anxiety, Phobia, Fear, Virtual Reality, Behavior Therapy.

El interés por la prevención y promoción en salud mental ha tenido en los últimos años un creciente auge tanto en los entornos institucionalizados, como clínicas y hospitales, hasta entornos fuera de estos; lo anterior se produce debido al aumento en la prevalencia de diferentes afectaciones de la integridad mental como lo son los trastornos de ansiedad, siendo importante mencionar que en Colombia esto se hace visible en cuatro estudios publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social; en los primeros tres de estos, realizados en 1993, 1997 y 2003 se evidencia un aumento de los trastornos de ansiedad notablemente, reflejados en la siguiente tabla:

PREVALENCIAS	1993	1997	2003
Depresión	25.1	19.6	13.9
Ansiedad	9.6	15.1	19.3
Intento de suicidio	4.5	1.7	4.9

Tabla 1. Prevalencia de ansiedad, depresión e intento de suicidio en las ultimas 3 encuestas de salud mental en Colombia. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2015).

A pesar del aumento en la prevalencia que anteriormente se evidenció, es de anotar que en los tres estudios se toman muestras de tamaños diferentes y se emplean una serie de instrumentos distintos que permiten la medición, variando de uno a otro estudio; siendo un posible factor que afecte los índices de prevalencia. De este modo además de hacerse evidente la prevalencia de trastornos mentales, también se evidencia el poco acceso que tienen los colombianos al servicio de salud mental, situación que incrementa la gravedad, persistencia y costos (afectivos, económicos y sociales) tanto para la familia que posee un integrante en esta condición, como para el estado proveedor del servicio subsidiado. Resaltando la importancia de estos, ya que son las personas que acuden o tienen acceso a la consulta en salud mental, quienes pueden determinar la eficacia de los diferentes esquemas de tratamiento para las diferentes patologías en salud mental, así como conocer de manera veraz y oportuna la verdadera prevalencia de enfermedad psíquica en nuestro contexto, aspectos que se ven influenciados por la presente situación, en donde es necesario, según Urrego y Cocoma (1991) que en:

La implementación del componente de salud mental en el sistema de seguridad social en salud, se supere el enfoque curativo, en el cual se encuentran centrados los servicios de salud (p. 66).

El último estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2016), nombrado *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*, se puede evidenciar respecto a la población infantil, que en los últimos doce meses todos los trastornos evaluados (Trastornos del afecto, ansiedad y conducta) presentan una prevalencia del 4.7% en una muestra de 2.727 niños con edad de los 7 a los 11 años (Gómez-Restrepo, Aulí, Tamayo, Gil, Garzón y Casas, 2016a). Respecto a la población adolescente se toma una muestra de 1.754 adolescentes pertenecientes a cinco regiones del país donde los resultados arrojados sobre la prevalencia en esta encuesta evidencian que los trastornos de ansiedad en los últimos doce meses en el sexo masculino y femenino es de 1.9% y 5.0% respectivamente (Gómez-Restrepo, Tamayo, Bohórquez, Bautista, Rondón, Medica y Rengifo, 2016b). Finalmente, en la población adulta se encontró una

prevalencia de 1.6% (hombres) y 2,5% (mujeres) de una muestra de 10.870 sujetos entrevistados (Gómez-Restrepo, Martínez, Peñaranda, Bautista, Rondón y González, 2016c). Es a partir de estos resultados que se hace necesaria la investigación e innovación en el área de salud mental, tal como lo estipula el artículo 39 de la ley 1616 por la cual se expide la ley de salud mental en el territorio colombiano.

En el ámbito colombiano además de los estudios adelantados por el Ministerio de Protección Social también se encuentran investigaciones particulares donde se revisó la prevalencia de los trastornos de ansiedad en estudiantes universitarios (Cardona-Arias, Pérez-Restrepo, Rivera-Ocampo, Gómez-Martínez y Reyes, 2015; Arrieta, Díaz y González, 2014; Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008; Amézquita, González y Zuluaga, 2003) población desplazada (Tamayo, Rincón, De Santacruz, Bautista, Collazos y Gómez–Restrepo, 2016a; Puertas, Ríos y Valle, 2006), en alcohólicos (Ávila, Escobar y Chica, 2004), en pacientes con condiciones crónicas (Tamayo, Gómez-Restrepo, Ramírez y Rodríguez, 2016b), en población clínica del hospital San Juan de Dios de la ciudad de Manizales (Alfaro, Álvarez, Castaño, Medina, Montoya, Ortega y Valencia, 2015), pacientes diagnosticados con trastorno de déficit de atención (Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2017) y pacientes oncológicos (Moreno, Krikorian y Palacio, 2015) y, en población general (Campo-Arias y Cassiani, 2008; Londoño, Osorio y Gómez, 2009; Torres, Martínez, Sierra y Salas, 2013).

Observándose a partir de estas investigaciones, similitudes en relación a los resultados encontrados, como lo es la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el sexo femenino, contando con menor incidencia en el sexo masculino, así como el consenso en el inicio de la aparición de la sintomatología en edades tempranas que van desde los 18 a los 25/29 años; aunque es de anotar que en los diferentes trabajos se toman muestras que divergen en cuanto a su tamaño, además de la utilización de diferentes instrumentos de evaluación donde estos se seleccionan por su brevedad a la hora de ser aplicados o por la aceptación que posea por organización mundial de la salud.

Recientemente en el departamento de Caldas se desarrolló la Política Pública de Salud Mental para dicho territorio (2017) resaltando que durante el año 2016 se registraron en Caldas 21.159 consultas externas relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento teniendo el 44% en hombres y 56% en mujeres quienes consultaron en un 18% por ansiedad, un 15% por trastorno afectivo bipolar y un 9% por trastorno depresivo recurrente, evidenciando de esta forma que los trastornos de ansiedad son una realidad que impacta a la población adolescente entre los 12 y los 17 años, quienes persisten en las alteraciones del aprendizaje y la conducta, profundizando en sus alteraciones de ánimo en las que se encuentra la ansiedad, sumándose el consumo de sustancias psicoactivas, el alcoholismo, el suicidio, los trastornos del sueño y trastornos de la conducta alimentaria; alteraciones que se mantienen de los 18 a los 59 años. (Delgado, Jaramillo, Nieto, Saldarriaga, Giraldo, Sánchez, Rovira y Orozco 2017).

Complementando los estudios nacionales y que dan cuenta de la alta prevalencia de las enfermedades mentales a nivel mundial, se tiene el estudio elaborado en América Latina por Kohn, Levav, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo-anduaga, Saxena y Saraceno (2005) donde también se evidencia la prevalencia de los trastornos de ansiedad en mayor medida en el sexo femenino que en el masculino, además de hacer énfasis en la salud mental como un aspecto prioritario en los sistemas nacionales de salud pública. Igualmente, están los estudios realizados en España (Galindo, Moreno y Muñoz, 2009; Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, Alonso, 2006; Bascaran, García-portilla y Jiménez, 2005) en los que se ha expuesto que los trastornos más prevalentes después del trastorno depresivo mayor son los trastornos de ansiedad, entre ellos la fobia específica, teniendo el sexo femenino más incidencia en ambas condiciones que el sexo masculino. Respecto a México también se adelantaron una serie de estudios (Monroy, 2015; Medina, Borges, Muñoz, Blanco, Fleiz, Villatoro y Aguilar-Gaxiola, 2003; Caraveo Anduaga y Colmenares, 2000) encontrando que los trastornos de ansiedad son los más comunes, específicamente en mujeres, seguidos por los trastornos de uso de sustancias,

estos en hombres y, finalmente los trastornos del estado afectivo, donde uno de cada veinte mexicanos presentó alguna vez en su vida una condición psiquiátrica. A partir del anterior panorama la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2001) calcula que para el año 2020 las enfermedades neurológicas y mentales explicarían aproximadamente el 15% de los años perdidos por discapacidad (AVAD) del mundo, ya que para el 2002, según la OMS, Colombia contaba con una presencia alta de patología junto a Estados Unidos, donde el rango de edad más afectado se encontraba entre los 12 y los 29 años.

Adicionalmente, en un estudio que buscaba determinar la epidemiología transnacional del trastorno de ansiedad social en 28 países entre los que se encontraba Colombia, la investigación tomó 142.405 encuestados de los que 7.687 eran colombianos de la zona urbana determinándose que hay diferencias entre los países consultados en relación a la incidencia de los mismos; aspecto que se encuentra determinado según el Banco Mundial, por el nivel de ingreso. Aunque se encontraron patrones similares como el inicio en edad temprana, deterioro en múltiples dominios, correlatos sociodemográficos y comorbilidades psiquiátricas asociadas con otros trastornos de ansiedad en un 59.8% por el resto de la vida (Stein, Lim, Roest, De Jonge, Aguilar-Gaxiola, Al-Hamzawi, 2017).

Por medio de las diferentes investigaciones, estudios y políticas anteriormente descritas, se puede evidenciar la necesidad de crear propuestas de intervención que permitan tener resultados efectivos y en poco tiempo, así como la utilización de menos recursos económicos y humanos, para mejorar la calidad de vida tanto de las personas que presentan un trastorno de ansiedad, como también de las personas que acompañan su proceso. Así mismo, propiciando la detección y tratamiento temprano, a través de un trabajo en conjunto de las organizaciones públicas y privadas para disminuir la prevalencia de esta condición; por ello, se deben adelantar proyectos investigativos que permitan el intercambio de conocimiento científico en la comunidad académica y se pueda divulgar en la población general, para aumentar la cultura de higiene mental.

En tal sentido, el presente artículo pretende dar cuenta de los diferentes tratamientos que se han propuesto para los trastornos de ansiedad, especialmente

para el trastorno por fobia específica, en donde es necesario tener un abordaje teórico de cada uno de estos elementos, utilizando como método el análisis documental y reflexivo sobre los mismos. Dicho análisis se realiza en el marco del proyecto investigativo “Eficacia del uso de dispositivos de inmersión virtual en el tratamiento psicológico de fobias específicas” adelantado por la escuela de psicología de la Universidad de Manizales, el cual permite enmarcar el presente artículo desglosando diferentes categorías como lo son la emoción, ansiedad, trastornos de ansiedad, fobias específicas y tratamiento de las mismas.

Es así, como se da importancia en el presente artículo a los trastornos de ansiedad, en donde en un primer momento se debe como conocer cuál es su naturaleza y procedencia, teniendo su raíz específicamente en el campo de las emociones; campo que la psicología en general se ha dedicado a su investigación y descripción, pero por la naturaleza del fenómeno observado aún no se tiene un consenso claro sobre las mismas, encontrando varios modelos explicativos, invitando a la revisión de estas, consultando a Díaz y Flores (2001).

EMOCIÓN

Las emociones juegan un papel crucial en la condición humana, pues generan que por medio de estas el ser humano se enfrente al medio que lo rodea, ya que desde el momento de la concepción este cuenta con un repertorio de emociones que se van afinando a lo largo de su desarrollo, con el objetivo de emitir una conducta apropiada a su medio y facilitar la adaptación, por lo que según Díaz y Flores (2001) expresan:

Hay dos aproximaciones y esquemas distintos para clasificar las emociones humanas. Uno de ellos es la identificación de las variables o dimensiones fundamentales del sistema afectivo y el otro es el reconocimiento de las emociones primarias mediante el análisis de los gestos faciales universales (p. 20).

De este modo, dentro del grupo de las llamadas emociones básicas o primarias descritas por Ekman (1975,1999); Choliz (2005) y Pinel (2001, 2007) se encuentra la sorpresa, el miedo, la ira, la alegría, la tristeza y el asco. Mientras otros autores

como Plutchik (1980) postulan adicionalmente, la desconfianza y la anticipación. Es así, como al conocer cuáles son las emociones básicas, se hace indispensable conocer su finalidad, ya que estas emociones tienen funciones adaptativas, sociales o motivacionales, como lo menciona Reeve (1994), contando como mínimo con tres sistemas de respuestas, cognitivo subjetivo, conductual expresivo y fisiológico adaptativo, donde cada uno de estos sistemas de respuesta pueden llegar a adquirir un papel relevante en alguna emoción en concreto (Lang, 1968)

De esta manera, las emociones básicas son reacciones innatas al ser humano, distintas entre ellas, presentes en la mayoría de la población y cuentan con una forma estereotipada de manifestarse, por lo que las emociones se definen en términos de “su brevedad, alta intensidad, poca variabilidad de persona a persona y acompañamiento de fenómenos fisiológicos y psicológicos” (Valderrama, Castaño y Castro, 2014. p. 58) por lo que se entiende que la reacción emocional no es estática, sino que se manifiesta en una trayectoria característica en función de la presencia y/o ausencia del estímulo, así como del intervalo de tiempo que este permanezca.

Las emociones básicas son de gran importancia para explicar los trastornos de ansiedad, específicamente la emoción del miedo, siendo esta sobre la que se ha generado un cuerpo teórico e investigativo más amplio, además de un abanico de técnicas de intervención (Choliz, 2005). Anotando que la distinción entre el miedo y la ansiedad se podría resumir en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real, siendo esta reacción proporcional al estímulo; por el contrario, en la ansiedad es desproporcionado a la peligrosidad del estímulo, surgiendo así el componente patológico de los trastornos de ansiedad, estando influidos por una reacción de miedo desmedida e inapropiada; definiéndose el miedo según la Real Academia (2017) como:

La perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario; recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que desea. (s.p).

Con lo anterior, se puede observar la influencia del miedo en la respuesta conductual del sujeto dependiendo de su intensidad, donde según Mira (citado por Valderrama, Castaño, Castro, 2014) el miedo está conformado por las siguientes fases:

- a) Cautela: El sujeto está atemorizado, pero domina sus respuestas, aunque está en alarma.
- b) Angustia: En esta fase el grado de temor aumenta y se entremezclan emociones dando como resultado la desesperanza.
- c) Pánico: El sujeto no regula su conducta y se dan impulsos motores.
- d) Terror: Siendo el grado máximo de miedo, contando con parálisis motora, conservando únicamente las funciones neurovegetativas.

Es por esto que la ansiedad se expresa en términos de incertidumbre y se asocia a un evento externo o interno percibido como amenazante y su tonalidad es la del miedo, donde se experimenta una sensación desagradable, acompañada de activación del sistema nervioso autónomo, específicamente del sistema simpático, donde se evidencia taquicardia, palpitaciones más intensas y frecuentes, temblor, opresión torácica, mareo, hipertensión arterial, presentándose manifestaciones conductuales de inquietud y vigilancia, afectando esto a diferentes procesos cognitivos como la atención sostenida (concentración), la flexibilidad cognitiva, la percepción y los procesos de evocación de recuerdos, aunque también puede favorecer la consolidación si el estímulo ansiógeno es muy intenso (Valderrama, Castaño y Castro, 2014; p. 61).

Además de la activación fisiológica periférica, la ansiedad produce la activación de estructuras cerebrales subcorticales como es la amígdala, la cual se encuentra tanto anatómica como funcionalmente próxima al hipocampo, presentando importantes conexiones que dan lugar a la integración sensorial y cognitiva, por lo tanto, condiciona la respuesta de miedo o temor, siendo este el pilar en el desarrollo de las fobias y el pánico, así como la génesis de sintomatología ansiosa.

Estando la emoción de miedo regulada por conexiones bidireccionales entre la amígdala y las regiones pre-frontales (corteza orbitofrontal y corteza cingulada

anterior), y demás conexiones cerebrales que activan la secreción de diferentes neurotransmisores que regulan las reacciones de ansiedad y miedo, convirtiéndose según Segarra y Eguiluz (2013), en el objetivo terapéutico de primer orden en el abordaje farmacológico de la ansiedad.

Al tener claridades en cuanto a lo que se puede comprender y describir por miedo y ansiedad, tanto conceptual como funcionalmente, se hace a continuación mayor énfasis en la ansiedad, como medio generador para llegar a los trastornos de ansiedad, siendo este último el eje central del presente artículo.

ANSIEDAD

La ansiedad tiene características adaptativas, al motivar al individuo a exponer conductas que permitan desenvolverse de forma adecuada en su entorno, pero cuando esta reacción se vuelve crónica alterando el funcionamiento normal se le conoce como un trastorno de ansiedad (Pinel, 2007), donde dichas respuestas son consecuencia de experiencias de un aprendizaje erróneo (por mecanismos de ansiedad condicionada), a diferencia de las respuestas de miedo ante situaciones realmente peligrosas, lo cual no requiere de aprendizaje, pues esta es una emoción básica y por ende, innata (defensivo-adaptativas).

Ahora bien, Sheehan (1982), divide la ansiedad en endógena (trastorno de pánico) y exógena, donde la primera se caracteriza por ataques espontáneos de ansiedad que no se dan como respuesta a un estresor ambiental ni a la presencia de una ansiedad anticipatoria; por su parte, la ansiedad exógena se refiere a la presencia de los síntomas de ansiedad en respuesta a un estímulo observable o tangible.

Además de la división anteriormente descrita, Segarra y Eguiluz (2013), conciben la ansiedad en una doble vertiente; la primera es la ansiedad estado, refiriéndose a la cualidad de situarse ansioso en un momento determinado en respuesta a estímulos ambientales. Como segunda vertiente se encuentra la ansiedad rasgo, haciendo alusión a una personalidad ansiosa, que alude a una tendencia sostenida en el tiempo de enfrentarse a situaciones por medio de la ansiedad, siendo la presencia prolongada en el tiempo sin justificación alguna del miedo lo

que produce la ansiedad y las diferentes entidades nosológicas que a continuación se van a pasar a describir.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Clínicamente los trastornos de ansiedad vienen agrupados según el Manual de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (2014), donde se encuentran el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno inducido por medicamentos y la fobia específica, siendo esta última en donde se ahondará, ya que el presente artículo se enmarca dentro del proyecto investigativo “Eficacia del uso de dispositivos de inmersión virtual en él y tratamiento psicológico de fobias específicas” adelantado por la Escuela de Psicología de la Universidad de Manizales. Dicho estudio busca comprobar la efectividad del tratamiento tradicional versus el tratamiento por medio de la inmersión a un ambiente de realidad virtual.

Adicionalmente, se decidió tomar las fobias específicas debido a los datos arrojados en la última encuesta de salud mental en Colombia realizada en el año 2015, presentados al inicio del presente artículo, datos por medio de los cuales se puede evidenciar la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad grupo en el que se encuentra las fobias específicas y que es objeto de atención del proyecto de investigación anteriormente nombrado.

FOBIAS ESPECÍFICAS

Es importante determinar qué tipo de trastorno de ansiedad presenta un determinado paciente para poder establecer un adecuado manejo psicológico y el esquema farmacológico más pertinente en caso de ser necesario. Por lo que para establecer el diagnóstico de fobia específica se debe seguir los siguientes criterios diagnósticos según la guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM-5:

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. Ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según los criterios anteriormente expuestos y los planteamientos de Alarcán (1998), se puede definir una fobia específica como una respuesta de miedo desproporcionada, persistente e irracional de acuerdo a la naturaleza del estímulo que se presenta, ya sea físico o situacional, por lo que desencadena una incontrolable conducta de evitación y si esta conducta no se puede emitir se produce un cuadro ansioso de severidad variable. De igual manera esta manifestación ansiosa puede aparecer antes de enfrentarse al estímulo fóbico, fenómeno que se conoce como ansiedad anticipatoria que según el grado de intensidad puede interferir con las actividades diarias del sujeto y afectar su calidad de vida (Morrison, 2015) o preceder a otras dificultades psiquiátricas como la depresión y el uso abusivo de sustancias (Gonzalez-Cabrera, Leon-Mejia, Perez-Sancho y Calvete, 2017).

No se debe perder de vista que el punto de partida de los trastornos de ansiedad es la emoción básica del miedo, que le permite a los seres humanos adaptarse al medio y dar respuestas a las demandas del mismo para asegurar su supervivencia. Dicha emoción de miedo cuando se mantiene constante por un periodo de tiempo prolongado o ante situaciones no justificadas es cuando se produce las alteraciones de ansiedad y cuando dicho miedo intenso está suscrito a un objeto o situación específica estamos de frente a una específica.

Adicionalmente, las fobias específicas están clasificadas según el Manual de Criterios Diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría –APA- (2014) y Barbosa (2011), en diferentes categorías, clasificadas con base en la naturaleza del estímulo fóbico, encontrándose los siguientes especificadores: fobia animal (arañas, insectos, perros), entorno natural (alturas, tormentas de agua), sangre-inyección-herida, situacional y otras.

Sin embargo, algunos autores como Bados (2009), mencionan que “ no está clara ni la utilidad ni la validez de esta clasificación” (p. 3), haciendo énfasis principalmente en las categorías del entorno natural, situacional y otras, ya que refiere que no siempre es fácil asignar una fobia a un tipo u otro, además de esto también manifiesta que el hecho de tener una fobia de un determinado tipo aumenta la probabilidad de tener otra fobia del mismo tipo, estos argumentos de la mano con lo que expone la APA (2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico, en el cual mencionan que se encuentra dentro de lo normal que los sujetos tenga múltiples fobias específicas, donde el 75% de personas con esta le temen a más de una situación u objeto, evidenciándose esto aún más sustentado por medio de la investigación realizada por Hofmann, Lehman y Barlow (1997), en donde mencionan que contar con una fobia del tipo que sea, aumenta la probabilidad de tener miedos, no imprescindiblemente fóbicos, de uno o más de los otros tipos, es por esto que según Morrison (2015), dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica cuenta con mayor frecuencia, donde cerca del 10% de los adultos estadounidenses han padecido hasta cierto punto un trastorno de fobia específica, aunque el autor resalta que no todos estos individuos cumplirían los criterios diagnósticos del DSM-5, debido a que la relevancia de los temores expresados son muy difíciles de clasificar.

Es de esta manera como se puede evidenciar las diferentes críticas que se han realizado a la clasificación de estas fobias específicas, poniendo a juicio su utilidad y objetivo, tanto en la evaluación como en el tratamiento de estas, considerando que, al contar con cualquiera de estas, la probabilidad de generar la fobia hacia otro estímulo o clasificación como previamente se explicó, es muy alta.

Además de esto también se evidencia que respecto a los diferentes tipos de fobias específicas las que más tienen incidencia según Guimarães (2015), son las de entorno ambiental, situacional y animal, siendo la zoofobia la que más presencia reporta en investigaciones realizadas por Iancu, Levin, Dannon, Poreh, Yehuda, Ben y Kotler (2007), Medina, Borges, Muñoz, Blanco, Fleiz, Villatoro y Aguilar-Gaxiola (2003), y Muris y Merckelbach, (2000). Además en el estudio de Guimarães, Neto, Vilar, Almeida, Femoseli y Albuquerque (2015), se comprueban los resultados de Barbosa, Presser y Noll, (2006), siendo importante anotar que en el primer estudio citado respecto al tiempo durante el cual persiste el temor se ha observado que el 18.4% de los entrevistados respondió que hace más de 20 años presentaba la fobia, donde el inicio según Morrison (2015), suele darse en el periodo de la infancia en promedio antes de los 7 años o en la adolescencia, tendiendo las fobias a animales a comenzar en edad temprana; algunas inician después de un evento traumático como ser mordido o agredido por un animal específico, siendo una situación que causa temor aquella con mayor probabilidad de coincidir con otro trastorno como la depresión o el consumo de sustancias psicoactivas, aspecto en el que las mujeres rebasan a los hombres en una proporción 2:1 (Medina et al., 2003; Fong y Garralda, 2006; Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002). Sin embargo, se ha documentado la media para la edad de inicio según el tipo de fobia (sangre, alturas, claustrofobia, conducir), por lo que se invita a consultar el trabajo de Bados (2009) para profundizar más sobre el tema. En torno a la etiología de las conductas fóbicas, Rachman (1977), ha propuesto tres fuentes de origen para las mismas, permitiendo que el estudio de la adquisición de las fobias se centre en esas tres categorías; encontrándose en primer lugar las experiencias aversivas directas, en segundo lugar, experiencias vicarias, en tercer lugar, la transmisión de la información donde en las últimas dos categorías, se producen miedos menos intensos, así como una mayor afectación del canal cognitivo de respuesta. Por su parte en la primera fuente de origen es más intensa la conducta de evitación, igual que la respuesta autonómica, cambiando así según el mecanismo de adquisición la orientación terapéutica que se deba seguir en el tratamiento de la fobia teniendo claridad que la etiología no

puede inferirse a partir de la respuesta terapéutica a un tratamiento determinado, tal como lo expresa Tortella-Feliu y Fullana (1998).

A partir de lo anteriormente expuesto se evidencia que la fobia específica se puede clasificar en cuatro subtipos, como son: la fobia animal, fobia a los entornos naturales, sangre-inyección-herida y situacional, donde dichas conductas fóbicas se adquieren por las tres categorías expuestas anteriormente, que aunque diferentes, pueden tener relación una con otra, encontrándose que esta adquisición se da en la mayoría de los casos antes de los 7 años y permaneciendo a lo largo de 20 años en la vida de la persona quien la padece, generando gran interés por los abordajes clínicos de estos trastornos, que permitan mejorar la calidad de vida, contribuyendo a la disminución o desaparición de las respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas que estas producen.

TRATAMIENTO PARA LAS FOBIAS ESPECIFICAS

El objetivo del presente artículo es revisar la efectividad de los tratamientos cognitivos conductuales más utilizados en la actualidad como la exposición en vivo, la desensibilización sistemática y la realidad virtual en el tratamiento clínico de las fobias, en donde respecto a la intervención de estas, se pueden encontrar diferentes planteamientos como el Guimarães et al. (2015), quien plantea que la terapia de orientación conductual es la más utilizada, específicamente las prácticas de exposición al entorno real o imaginativo y más recientemente la exposición a ambientes virtuales de realidad 3D (Wauke, Costa y Carvalho, 2004). De la misma manera Capafons (2001) menciona:

En la práctica se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al estímulo temido y que difieren en alguno de los siguientes parámetros: en la forma en que se presenta el estímulo temido (directamente o indirectamente, tiempo y tasa de exposición, etc.); en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico; en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente (terapeuta presente, modelado del terapeuta, etc.); o en la utilización o no utilización de estrategias de control cognitivo para que los pacientes aprendan a modificar las respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos (p. 449).

Por lo anterior, según dicho autor la exposición al estímulo fóbico es la característica principal de técnicas como la exposición graduada, la inundación y la desensibilización sistemática (DS). Adicionalmente, también se han venido utilizando tratamientos cognitivos- conductuales (Ortega, Bados y Saldaña, 2012; Pérez, 2016) y más recientemente tratamientos por medio de la realidad virtual; aunque según Bados (2009) los tratamientos más investigados y utilizados en la práctica clínica son la exposición en vivo (EV), el modelado participante, la terapia cognitiva y la realidad virtual, haciendo alusión a la DS, como la práctica que ha dado resultados eficaces para las fobias específicas, aunque en menor medida que la EV o el modelado participante, resaltando que esta diferencia se desvanece en el seguimiento a largo plazo.

Por su parte, Wolitzky-taylor, Horowitz, Powers y Telch (2010) realizan un meta-análisis con 33 estudios publicados, clasificando los métodos utilizados en técnicas de exposición donde se encontraba la DS, la EV y el tratamiento con realidad virtual; como segunda clasificación, los tratamientos de no exposición, incluyendo allí a la terapia cognitiva, agregando que los tratamientos basados en la exposición parecen ser los más potentes y utilizados en la práctica clínica. Identificándose de esta forma la utilidad y mayor alcance que han podido tener aquellas prácticas de exposición del sujeto ante el estímulo fóbico, ya sea este real o imaginario, por lo cual son estas las prácticas que más se han utilizado, aunque es importante resaltar y reconocer que, para llegar a esta conclusión por medio de las investigaciones previamente mencionadas, ha sido necesario compararlas, relacionarlas o distinguirlas con aquellas prácticas de no exposición.

Al contar con esta información, en donde se establece la importancia y efectividad de las técnicas con presencia del estímulo fóbico, permitiendo considerar para el presente artículo la necesidad de profundizar en las mismas, reconociendo su importancia y pertinencia.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (DS)

Es una de las técnicas de modificación de conducta pionera en el tratamiento de las fobias, su aparición se remonta a los trabajos de Wolpe (1958) quien expone

su método basado en el principio de inhibición recíproca, donde según este psicológica y biológicamente la respuesta de relajación compite con las respuestas de ansiedad debido a que son respuestas opuestas y las dos no pueden coexistir al mismo tiempo. La técnica consiste en un entrenamiento en una respuesta incompatible con la ansiedad (entrenamiento en relajación) para posteriormente de forma sistemática ir exponiendo de forma gradual al paciente a una serie de estímulos que él anteriormente ha definido; se da por desensibilizado un estímulo cuando las unidades subjetivas de ansiedad llegan a nivel muy bajo en una escala de 1 a 10, siendo 1 el nivel más bajo de ansiedad posible; la presentación puede ser de manera imaginativa, en vivo o utilizando ambientes enriquecidos como medios tecnológicos. La dificultad con la presentación por medio de la imaginación es que no todos los pacientes poseen una buena capacidad de crear imágenes vividas.

Sin embargo, es por medio de las fobias específicas y la reducción de las respuestas condicionadas de ansiedad por los cuales se han evidenciado ciertas ventajas (Capafons, 2001; Zettle, 2003) aunque según McGlynn, Smitherman y Gothard (2004) el auge de la investigación sobre la técnica disminuyó en 1870 y en 1980, así como también comienza a disminuir su uso en la práctica clínica, donde según Vallejo-Sloker (2016) se hace necesario mostrar la evidencia de los principios teóricos que sustentan la técnica, como lo es la inhibición recíproca y el contra-condicionamiento debido a que esta técnica ofrece ciertos puntos fuertes respecto a otros procedimientos, por lo que se asienta en principios sólidos, consolidándose como un procedimiento válido en tratamientos de las fobias; además de esto, las características innatas del procedimiento, permiten la menor producción de reactividad en los pacientes, favoreciendo así la intervención, donde los consultantes rechazan la terapia de exposición en un porcentaje del 38% al 40%. (Ollendick, 2014).

Bajo estas posturas, se han publicado diferentes manuales para llevar a cabo una DS de forma adecuada como lo son el de Labrador y Crespo (2008); Cruzado, Labrador y Muñoz (1993); Rodas (1995); Díaz, Villalobos y Ruiz (2012); y Zuluaga (2015).

Aunque la desensibilización sistemática es el tratamiento más nombrado a la hora de tratar las fobias específicas, fueron pocos los artículos actualizados encontrados que dieran cuenta de la efectividad de la DS en el tratamiento de diversos tipos de fobias, haciendo necesaria la investigación y prueba en práctica de la efectividad de la técnica. Sin embargo, se ha logrado evidenciar su eficacia en las fobias a volar en avión (Tortella-Feliu y Fullana, 2006; Capafóns, Sosa y Avero, 1997; Duranti, 1974), a las inyecciones (Luque, 2017); acrofobia (Pendleton y Higgins, 1983); ornitofobia y otras fobias animales (León-Sanabria, 2007; Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca, 2002), así como a la ansiedad producida por los exámenes de matemáticas (Zettle, 2003).

En la práctica clínica del autor de la presente revisión se ha notado que uno de los principales inconvenientes a la hora de utilizar la DS es que diferentes personas no tienen la capacidad de crear imágenes mentales vividas o bien detalladas que permitan la realización del proceso, además de lo anterior la imaginación constituye una variable que el terapeuta no puede controlar respecto a la presentación o no, si no que depende de la veracidad del testimonio del paciente; reconociendo que este es el tratamiento uno de elección de las personas que acuden a la consulta por diferentes fobias.

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

Las técnicas de exposición nacen al comprobar la importancia de la exposición a partir del uso de la DS, ya que se evidenció que la ansiedad desaparecía incluso si no se realizaba entrenamiento, en una respuesta incompatible con la ansiedad como lo es la relajación, dejándose de considerar esta como prescindible en los tratamientos de fobias específicas o de trastornos de ansiedad (Tryon, 2005), esto explicado a partir de procesos como la habituación donde se da una disminución de la intensidad de una respuesta tras la presentación repetida del estímulo que produce dicha respuesta (Marcos, 1997). Es por esto, que técnicas de exposición utilizadas en la terapia cognitivo conductual según Díaz, Villalobos y Ruiz (2012) tienen en común la exposición al estímulo fóbico, pero difieren según la metodología en uno de los siguientes parámetros:

- A. La forma en que presenta el estímulo (real o simbólica).
- B. La intensidad de la presentación (inundación vs exposición gradual).
- C. La frecuencia de las presentaciones.
- D. La duración de la presentación.
- E. Apoyo para la presentación del estímulo fóbico.

Donde según los autores anteriormente nombrados existe la presentación del estímulo de forma simbólica, la exposición en grupo y la exposición en vivo, siendo esta última considerada un procedimiento más corto, al no necesitar la intervención de una respuesta incompatible con la ansiedad (entrenamiento en relajación), ni entrenamiento en imaginación o la elaboración y seguimiento de una jerarquía donde algunos autores como Wolitzky-Taylor et al. (2010); Antony y Barlow (2004); King, Ollendick, Murphy y Muris (2000); Barlow, Esler y Vitali (1998); Ollendick y King (1998) y Marks (1987), han demostrado su efectividad en la fobia específica, inclusive en una sola sesión de tres horas tal como lo ha realizado el equipo de trabajo de Öst (como se cita en Andersson, Holmes y Carlbring, 2013). En estos procedimientos se le indica al sujeto que debe entrar en contacto con el estímulo fóbico aun cuando se produzca una elevación de la ansiedad, ya que según Capafons (2001), cuanto más se asemeje la práctica de exposición a la vida real, mejores resultados se pueden esperar, por lo que Antony y Barlow (2007) exponen un programa de intervención de esta naturaleza, donde se evidencian los pasos a seguir; del mismo modo Öst (1997) plantea un manual de su método de terapia de una sola sesión.

La exposición en vivo ha demostrado su efectividad respecto al tratamiento fobias específicas ya sea con el tratamiento estándar Öst o utilizando el Augmented- Öst (A- Öst) en el que se involucra a uno de los padres en el tratamiento, encontrando que ambos tratamientos son igualmente eficaces, aunque al compararlos en el tiempo, a los seis meses la Öst se mostró superior a la A-Ost en el porcentaje de participantes libres de diagnóstico (67.39% contra 49.02%) (Ollendick, Halldorsdottir, Fraire, Austin, Noguchi, Lewis y Whitmore, 2015), siendo la Öst el tratamiento de elección para un niño con fobias específicas; es también plausible su utilización en jóvenes con fobias específicas que presentan comorbilidad con

otros trastornos de ansiedad, ya que este tratamiento puede afectar otras ansiedades o miedos perjudiciales, sin que otros trastornos de ansiedad influyan en el tratamiento para la fobia específica (Ollendick y Davis, 2013; Ryan, Strege, Oar y Ollendick, 2017).

Además se ha comparado el Ost tradicional y la misma complementado con realidad aumentada para el tratamiento de cucarachas y arañas, encontrando que ambos presentaron diferencias significativas después del tratamiento y durante los seguimientos realizados, considerándose la realidad aumentada como un complemento idóneo en la administración del tratamiento de exposición para fobias y una alternativa para pacientes y terapeutas, llevando a mejorar la aceptabilidad de los tratamientos de exposición (Botella, Perez-Ara, Breton-Lopez, Quero, Garcia-Palacios y Baños, 2016).

Esta eficacia también ha sido demostrada implementado el tratamiento clásico de solo exposición, como se ha demostrado en el caso de las arañas (Bermúdez-Ornelas y Hernández-Guzmán, 2008; Ollendick et al., 2009; Muris, Merckelbach, Holdrinet y Sijsehaar, 1998; Öst, Ferebee y Furmark, 1997; Muris, Merckelbach, Van Haaften y Mayer, 1997; Hellström y Öst, 1995; Öst, Salkovskis y Hellström, 1991), acrofobia, agorafobia, claustrofobia, animales pequeños, inyecciones, ascensores, miedo a viajar en avión (Santesteban-Echarri, Rentero, Guerre, Espín, y Jimenez-Arriero, 2017; Ryan, Strege, Oar y Ollendick, 2017; Rado, 2017; Ollendick y Davis, 2013; Zlomke y Davis, 2008; Tortella-Feliu y Fullana, 2006; Espada, Mendez y Orgiles, 2004; Tortella-Feliu, Fullana y Bornas, 2000; Capafóns, Alvero, Sosa y López-Curbelo, 1999) y fobia a los cajeros en un caso de estrés postraumático (Alvarez y Santacreu, 2014),

En la práctica clínica se ha evidenciado que esta técnica es la última en ser elegida para el tratamiento de las fobias específicas y de los trastornos de ansiedad en general; sin embargo, hay que reconocer y validar la evidencia científica anteriormente expuesta que da cuenta de sus beneficios. De igual forma la utilización de esta técnica incumpliría varios artículos de la legislación vigente en Colombia para el ejercicio de la psicología como lo es la Ley 1164 de 2007, en donde se estipula como principio ético de beneficencia en donde se debe procurar

que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos; término que tiene poca posibilidad de predicción de la respuesta que la persona pueda emitir al estar enfrente del estímulo fóbico, imposibilitando tener un entorno parcialmente controlado. Sin embargo, se debe considerar esta técnica en el tratamiento de problemáticas como el miedo a hablar en público, pero como un aprendizaje por aproximaciones sucesivas y no como un procedimiento implosivo.

REALIDAD VIRTUAL (RV)

Una alternativa de tratamiento frente a la DS (exposición imaginativa) y la exposición en vivo, es el tratamiento por medio de la realidad virtual, entendiéndose esta última como un conjunto de tecnologías computarizadas que ofrece una plataforma interactiva tridimensional, que simula un entorno de realidad por medio de un ordenador. En dicho entorno el sujeto puede ser partícipe de la interacción y modificación del mismo por medio de un avatar o personaje virtual, facilitando al paciente desenvolverse en actividades o tareas que se pueden equiparar a situaciones de la vida diaria, permitiendo una graduación de la intensidad o dificultad y, finalmente proporcionar retroalimentación en tiempo real de los logros obtenidos (Morales-gómez, Elizagaray-garcía, Yepes-rojas, Puente-ranea y Gil-martínez, 2018). Su uso se ha generalizado al tratamiento de las fobias específicas, por lo que Capafons (2001), Bados (2009), Gutiérrez-Maldonado (2009) y Bender (2016) consideran las siguientes ventajas y desventajas de esta en relación a la exposición en vivo.

Ventajas	Desventajas
Muchos de los estímulos fóbicos presentados por los pacientes pueden ser costosos o difíciles de adquirir para llevar a cabo una sesión de exposición en vivo.	No sustituye en su totalidad a la realidad por lo que tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última.
La realidad virtual da la facilidad que el terapeuta construya el contexto y que no tenga que desplazarse a otro.	Es costoso, tanto el hardware como el software.
Permite la manipulación del contexto, por lo que no pueden aparecer otros estímulos o situaciones imprevistas.	Hay pacientes que no se sienten inmersos en el contexto virtual.

Garantiza la confidencialidad.	No puede ser aplicada en personas cardiaca, epilépticas o con problemas de sensibilidad visual.
Favorece la sustitución de creencias irracionales por pensamientos lógicos, al facilitar la exposición.	

Ventajas	Desventajas
Permite ver al terapeuta en todo momento que está observando el paciente facilitando la detección de características especiales.	
Permite la aplicación del tratamiento cuando la exposición en vivo no se puede dar o no se posee la capacidad de imaginar.	
Puede repetirse y prolongarse tanto como sea necesario.	
Facilita el auto entrenamiento y sobre aprendizaje.	

Tabla 2. Ventajas y desventajas de la exposición en vivo

Fuente: Elaboración del autor.

De esta manera se puede evidenciar que la práctica de realidad virtual ofrece ciertas ventajas como la construcción del ambiente y el contexto al cual hace parte el estímulo fóbico para el sujeto en particular, en donde la presentación de este no se realiza de manera aislada, sino en relación al contexto al cual pertenece, permitiendo un tratamiento más individualizado y confidencial, en donde los estímulos a presentar estén directamente relacionados con la situación específica del individuo, así como también permite tener un ambiente controlado para dicho procedimiento, lo cual propicia que la evitación y el escape tenga una probabilidad de ocurrencia más baja, permitiendo de esta manera que la conducta fóbica progresivamente pierda sus propiedades, como lo son la frecuencia e intensidad. Siendo importante resaltar que estos planteamientos se continúan apoyando mediante Capafons (2001), quien menciona:

La mayoría de los usuarios señalan que cuando se someten a realidad virtual, el contexto es más similar al de un videojuego que al de cualquier película. Por poca calidad que tenga una filmación suele ser más creíble que un contexto virtual (p. 450).

Finalmente, se puede mencionar como principal desventaja de la realidad virtual, que está directamente relacionada con la calidad de los programas, es por esto que cuanto más se avance tecnológicamente más cerca se estará de un uso productivo y eficiente de la realidad virtual.

Respecto a la utilidad clínica en diversos artículos de revisión y meta-análisis (Bender, Kochhann y Borloti, 2016; Verônica Bender, Jacyntho, dos Santos, Borloti y Aparecida, 2016; Oprüş et al., 2012; Powers y Emmelkamp, 2008; Botella, García-Palacios, Baños y Quero, 2007; Capafons, 2001), se realizan comparaciones en torno a la eficacia de los diferentes tratamientos. Para las fobias se ha evidenciado eficacia de la realidad virtual, para fobias como: la amaxofobia (miedo a conducir) catsaridafobia (miedo a las cucarachas), la aracnofobia (miedo a las arañas), agorafobia, acrofobia, fobia a viajar en avión, fobia social y fobia a hablar en público.

De la igual manera la realidad virtual ha evidenciado ciertas posibilidades respecto a su uso en la evaluación y rehabilitación neuropsicológica, la evaluación e intervención en niños con trastorno del espectro autista y trastorno de déficit de atención con hiperactividad, intervención en otros trastornos de ansiedad como el trastorno de estrés postraumático, la esquizofrenia, el deterioro cognitivo, el Alzheimer y demás usos educativos que se esperan exponer en futuras revisiones sobre el tema por el grupo de investigación en fobias y realidad virtual de la Universidad de Manizales.

La DS, las técnicas de exposición y los procedimientos de realidad virtual son los procedimientos más utilizados a lo largo de la historia y actualmente para el tratamiento clínico de las fobias específicas y diversos trastornos de ansiedad como se evidenció a lo largo de la anterior revisión bibliográfica; sin embargo, es importante reconocer otras formas de intervención que complementan las anteriores o pueden ser usadas en monoterapia, las cuales actualmente están

siendo utilizadas y documentadas como es el caso de la realidad virtual, que es objeto de ensayo clínico en un proyecto de investigación adelantado por Universidad de Manizales, donde se considera que la RV puede solucionar parcialmente la dificultad respecto al problema de imaginación, donde se hace necesario el avance de la tecnología para crear ambientes cada vez más realistas y se pueda ajustar a la necesidad particular del paciente; además también se considera la presencia de los principios de psicología conductual que se encuentran en la DS y TE, ya que se toma la inhibición recíproca y el contra condicionamiento para generar un respuesta incompatible con la ansiedad por medio de la relajación y la habituación por medio de la exposición permanente al estímulo fóbico.

CONCLUSIONES

El acceso a la salud mental debe ser algo prioritario en las legislaciones venideras de la república colombiana, ya que las investigaciones y encuestas nacionales dan cuenta del crecimiento de la problemática en salud mental en el contexto, y especialmente de los trastornos de ansiedad entre los que se encuentran las diferentes fobias específicas.

Las fobias son un subtipo de trastorno de ansiedad, derivado de la emoción básica del miedo, que tiene funciones adaptativas y permite la supervivencia en el medio. Cuando el miedo se mantiene por un tiempo prolongado sin que el medio lo demande, se produce la ansiedad; cuando dicho miedo persistente se encuentra ligado a un objeto, animal o situación específica se denomina fobia.

Los tres tratamientos de orientación cognitivo-conductual que se escogen para el tratamiento clínico de las fobias específicas son la desensibilización sistemática, las técnicas de exposición y la realidad virtual; teniendo cada uno de estos procedimientos diversa evidencia científica que sustenta su eficacia. Respecto a la realidad virtual se ha constatado en diversas revisiones de tema y meta-análisis que esta posee más eficacia en el tratamiento, aunque sus resultados no se sostienen tanto en el tiempo y se necesitan más ensayos clínicos y muestras de mayor tamaño para generalizar sus resultados.

Ahora bien, teniendo claridades en relación al contexto que acompaña la ansiedad, para posteriormente profundizar en las fobias específicas, en donde se incluye su clasificación y su intervención, se puede extraer la importancia que tiene el abordaje de esta temática, puesto que permite el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen alguna de estas, así como también incluir a la familia o demás personas que acompañan el proceso, ya que como se dijo en apartados anteriores, la prevalencia de esta condición cada vez es más alta en el ámbito colombiano. De igual manera, se ha considerado importante para el cumplimiento del objetivo de este artículo, conocer los principales tratamientos, reconociendo especialmente las ventajas y desventajas que cada uno de estos ha traído a lo largo del tiempo, así como en la actualidad, identificando por medio de diferentes investigaciones y estudios, que esta práctica ha encontrado un abordaje novedosos y diferenciador, lo cual ha permitido respuestas significativas a largo plazo en las personas intervenidas por medio de esta modalidad de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Fobia específica. **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5** 1 (5) 130-132.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Fobia específica. **Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del DSM-5** 1 (5) 197-202.
- Agudelo, D., Casadiegos, P. y Sánchez, L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. **International Journal of Psychological Research**, 1(1), 34–39. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2875674>
- Amézquita Medina, M. E., González Pérez, R. E. y Zuluaga Mejía, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. **Revista Colombiana** XXXII(4), 341–356. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n4/v32n4a03.pdf>
- Antony. M. y D. Barlow. (2007). Fobia específica En: Caballo, V. **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. (1)1. pp. 3-24. Siglo XXI. España.

- Alarcán, R. (1998). Trastornos de angustia. **Manual de psiquiatría Humberto Rotondo** 1(1) 267-299. Recuperado de <https://interpreteenergetico.files.wordpress.com/2013/08/manual-de-psiquiatrc3ada.pdf>
- Ávila, J., Escobar, F. y Chica, H. (2004). Prevalencia en ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. **Revista Medicina Universidad Nacional de Colombia**, 53(4), 219–225.
- Alfaro Moreno, L. J., Álvarez Giraldo, C., Castaño Castrillón, J. J., Medina Gil, M., Montoya Jiménez, M. P., Ortega Borja, N. y Valencia Franco, G. A. (2015). Relación entre trastorno afectivo bipolar, depresión, ansiedad, estrés y valores de presión arterial en población de la clínica San Juan de Dios. **Archivos de Medicina (Manizales)**, 15(2), 281–290. Retrieved from <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1027/1464>
- Alvarez, A. y Santacreu, J. (2014). Una fobia a los cajeros automáticos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT). **Casos Clínicos en Salud Mental**, 1(0), 21–38.
- Andersson, G., Holmes, E. A. y Carlbring, P. (2013). Lars-Göran Öst. **Cognitive Behaviour Therapy**, 42(4), 260–264. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.843581>
- Arrieta, K. M., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. **Revista Clínica de Medicina de Familia**, 7(1), 14–22. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Barlow, D.H., Esler, J.K.L y Vitali, A.E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, y J.M. Gorman (Eds.), **A guide to treatments that work** (pp.288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Bados, A. (2009). *Fobias específicas*. **Departament de personalitat, Avaluacio y Tractament Psicologics**: Universidad de Barcelona.
- Barbosa, M., Presser, J. y Noll, B. (2006). Fobia específica : um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. **Revista Psiquiatria Clínica**, 34(2), 68–73.
- Basaran, M., Garcia-portilla, M. y Jimenez, J. (2005). Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada. **Area de psiquiatría**, 17 (1) 5-8.
- Bender, V., Jacyntho, M. R., dos Santos, A., Borloti, E. y Aparecida, S. (2016). www.revistas.unam.mx/index.php/repj www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

Virtual reality exposure therapy for fear and driving phobia: a literature review. **Avances en Psicología Latinoamericana**, 34(1), 67–81.
Retrieved from <http://0-dialnet.unirioja.es/catalogo.uoc.edu/servlet/articulo?codigo=5270380&info=resumen&idioma=SPA>

Bender, V., Kochhann, J. y Borloti, E. (2016). Estratégias de terapias de exposição à realidade virtual : uma revisão discutida sob a ótica analítico-comportamental. **Psicologia Clinica Rio de Janeiro**, 28(3), 15–34.

Botella, C., Perez-Ara, M., Breton-Lopez, J., Quero, S., Garcia-Palacios, A. y Baños, R. (2016). In Vivo versus augmented reality exposure in the treatment of small animal phobia: A randomized controlled trial. **PLoS ONE**, 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148237>

Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R. y Quero, S. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. **Cuadernos de Medicina**, (February 2014). Retrieved from <http://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/VR/Cuad N82 trabajo 2.pdf>

Bermúdez-Ornelas, G. y Hernández-Guzmán, L. (2008). Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, 8(3), 779–791.

Campo-arias, A. y Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores socio demográficos asociados. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, 37(4), 598–613.

Capafons, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. **Psicothema**, 13(3), 447–452. <https://doi.org/7902/7766>

Capafóns, J. I., Alvero, P., Sosa, C. D. y López-Curbelo, M. (1999). Fobia a viajar en avión: Valoración de un programa de exposición. **Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de La Salud**, 7(1), 119–135. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyhy&AN=1999-13782-006&site=ehost-live>

Capafóns, J. I., Sosa, C. D. y Averó, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. **Psichotema**, 9(1), 17–25.

Cardona-Arias, J., Pérez-restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-martínez, J. y Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. **Perspectiva Psicológica**, 11(1), 79–89.

Caraveo, J., Colmenares, E. y Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y

demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492–498. doi 10.1016/j.janxdis.2016.02.008

Caraveo Anduaga, J. J., y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), 10–19.

Choliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado de: <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Congreso de Colombia (2013). **Ley 1616 por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Cruzado, J, Labrador, F. y Muñoz, L. (1993) desensibilización sistemática. *Manual de modificación y terapia de conducta*. 1 (14), 396-421. España, Madrid: Ediciones pirámide.

Delgado, L., Jaramillo, D., Nieto, E., Saldarriaga, G., Giraldo, C., Sanchez, J., Rovira, R. y Orozco, M. (2017) **Resultados. Política pública de salud mental en el departamento de caldas un aporte al bienestar y a la inclusión**. 1 (1) 39-52.

Díaz, J. L. y Flores, E. O. (2001). La estructura de la emoción humana: Un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental*, 24(4), 20–35.

Díaz, M., Villalobos, A. y Ruiz, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.

Duranti, A. C. (1974). Uso de la Desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a los viajes en avión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6(2), 151–156.

Ekman, P. (1999). *Handbook of Cognition and Emotion*, 45-60, Chichester: Wiley.

Ekman, P. y Friesen, W. (1975). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotion s from facial clues*. Englewood cliffs.prentice Hall.

Espada, J., Mendez, C. y Orgiles, M. (2004). Tensión aplicada y exposición gradual en un caso de fobia a las inyecciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 425–438.

Fong, G. y Garralda, E. (2006). Anxiety disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry*, 4, 77-81

- Galindo, S. B., Moreno, I. M. y Muñoz, J. G. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clinica y salud*, 20(2), 177–187. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fuayAN=44256398&lang=esysite=ehost-live>
- Gómez-Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo Martínez, N., Gil, F., Garzón, D. y Casas, G. (2016a). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S 1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Bautisa, N., Rondón, M., Medica, M. y Rengifo, H. (2016b). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>
- Gómez-Restrepo, C., Martínez, N. T., Peñaranda, A. P. B., Bautisa, N., Rondón, M. y González, L. (2016c). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S 1), 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>
- Gonzalez-Cabrera, J., Leon-Mejia, A., Perez-Sancho, C. y Calvete, E. (2017). Adaptation of the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) to Spanish in a sample of adolescents. *Acta Española de Psiquiatría*, 45(4), 137–144. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc13yNEWS=NyAN=2017-33306-001>
- Gutierrez-Maldonado, J. (2009). Presentacion. *Anuario de Psicología*, 40(2), 149–154. <https://doi.org/10.14718/RevArq.2013.15.1.9>
- Guimarães, A. M. V., Neto, A. C. da S., Vilar, A. T. S., Almeida, B. G. da C., Feroseli, A. F. de O. y Albuquerque, C. M. F. de. (2015). Transtornos de Ansiedade: Um Estudo de Prevalência Sobre as Fobias Específicas e a Importância da Ajuda Psicológica. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT / AL*, 3(1), 115–128.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc.)*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>

- 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**(8), 959-965
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00028-V](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00028-V)
- Hofmann, S. G., Lehman, C. L. y Barlow, D. H. (1997). How specific are specific phobias? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **28**, 233-240
- Iancu, I., Levin, J., Dannon, P. N., Poreh, A., Yehuda, Y. Ben y Kotler, M. (2007). Prevalence of self-reported specific phobia symptoms in an Israeli sample of young conscripts. *Journal of Anxiety Disorders*, **21**(5), 762–769.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.11.001>
- King, N. J., Ollendick, T. H., Murphy, G. C. y Muris, P. (2000). Animal phobias in children: aetiology, assessment and treatment. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, **7**(1), 11–21. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(200002\)7:1<11::AID-CPP226>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(200002)7:1<11::AID-CPP226>3.0.CO;2-X)
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe : asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, **18**(401), 229–240.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900002>
- Labrador, F. y Crespo, M. (2008). Desensibilización sistemática. En Labrador, F. *Técnicas de modificación de conducta*. 1 (9), 245-250. España, Madrid: Ediciones pirámide.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Londoño, N., Osorio, P. y Gomez, V. (2009). **Factores psicosociales y ambientales presentes en los trastornos de mayor prevalencia en Colombia.** (Tesis de grado en Psicología) Universidad San Buenaventura. Retrieved from
[http://bibliotecadigital.usb.edu.co:8080/bitstream/10819/207/1/Factores Psicosociales Ambientales Osorio 2009.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co:8080/bitstream/10819/207/1/Factores_Psicosociales_Ambientales_Osorio_2009.pdf)
- León-Sanabria, G. (2007). El Reporte Verbal y los Efectos Psicofisiológicos registrados en el tratamiento de una fobia específica empleando la técnica de la desensibilización sistemática. *Acta Colombiana de Psicología*, **10**(2), 95–105. Retrieved from
<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a10.pdf>
- Luque, A. (2017). Tratamiento de un caso de fobia a las inyecciones sin respuesta
www.revistas.unam.mx/index.php/rep www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

- bifásica. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(0), 1–24.
- Marcos, J. (1997). Procesos pre-asociativos. En: Ferrandiz, P. ***Psicología del aprendizaje***. Madrid: Síntesis psicología.
- Marks, I. M. (1987). ***Fears, phobias and rituals***. New York: Oxford University Press.
- McGlynn, F. D., Smitherman, T. A. y Gothard, K. D. (2004). Comment on the status of systematic desensitization. ***Behavior Modification***, 28(2), 194–205.
<https://doi.org/10.1177/0145445503259414>
- Medina Mora, M. E., Borges, G. L., Muñoz, C. B. C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología. ***Salud Mental***, 26(4), 1–16.
<https://doi.org/10.5585/EccoS.n37.5829>
- Ministerio de Salud y Protección Social, y Colciencias. (2016). ***Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1***. Retrieved from
<http://www.psicosocialart.es/saludmental/saludmental.htm>
- Ministerio de Protección Social y Fundación CES Social. (2005). ***Estudio nacional de salud mental Colombia 2003***. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Ministerio de Salud. (1998). **Resolución Numero 2358 Política Nacional de Salud Mental**. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf
- Ministerio de Salud y Universidad CES. (1994). ***Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas 1993***. Bogotá, Recuperado de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf.
- Morales-Gómez, S., Elizagaray-García, I., Yepes-Rojas, Ó., Puente-Ranea, L. De, y Gil-Martínez, A. (2018). Efectividad de los programas de inmersión virtual en los pacientes con enfermedad de Parkinson . Revisión sistemática. ***Revista de Neurología***, 66(3), 69–80.
- Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A. y Palacio González, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. ***Avances En Psicología Latinoamericana***, 33(3), 517–529.

<https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10>

Morrison, J. (2015). Fobia específica. *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico 1* (1) 182-185.

Monroy, C. (2015). Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la ciudad de México; análisis de datos del 2002 al 2014. ***Actualidad Clínica en Psicología***. Retrieved April 9, 2017, from <https://actualidadclinica.wordpress.com/2015/04/13/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2002-al-2014/>

Muris, P. y Merckelbach, H. (2000). How serious are common childhood fears? II. The parent's point of view. ***Behaviour Research and Therapy***, 38(8), 813–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10937429>

Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. y Sijenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 66(1), 193–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.193>

Muris, P., Merckelbach, H., Van Haften, H. y Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 171, 82–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9328502>

Ollendick, T., Halldorsdottir, T., Fraire, M., Austin, K., Noguchi, R., Lewis, K., Whitmore, M. (2015). Specific Phobias in Youth: A Randomized Controlled Trial Comparing One-Session Treatment to a Parent-Augmented One-Session Treatment. ***Behavior Therapy***, 1(0), 1–24. <https://doi.org/10.1021/nl061786n.Core-Shell>

Ollendick, T. H. (2014). ScienceDirect Advances Toward Evidence-Based Practice : Where to From Here ? ***Behavior Therapy***, 45(1), 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.004>

Ollendick, T. H. y Davis, T. E. (2013). One-session treatment for specific phobias: a review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. ***Cognitive Behaviour Therapy***, 42(4). <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.773062>

Ollendick, T. H., Ost, L.-G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C. y Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial in the United States and Sweden. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 77(3), 504–516. <https://doi.org/10.1037/a0015158>

- 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.
- Opriş, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş. y David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. ***Depression and Anxiety***, 29(2), 85–93.
<https://doi.org/10.1002/da.20910>
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2001). ***Informe sobre la salud en el mundo 2001: nuevos conocimientos nuevas esperanzas***. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2002). ***Injury: a leading cause of the global burden of disease 2000***. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/injury/en/#
- Ortega, I., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico. ***Anuario de Psicología***, 42(2), 231–244.
- 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*.
- 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(8), 721–732. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00028-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00028-4)
- 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
- Pendleton, M. G. y Higgins, R. L. (1983). A comparison of negative practice and systematic desensitization in the treatment of acrophobia. ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry***, 14(4), 317–323.
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(83\)90074-5](https://doi.org/10.1016/0005-7916(83)90074-5)
- Perez, M. (2016). ***Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Específica de 6 años: Estudio de caso único***. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte.

- Pinel, J. (2001). Biopsicología del estrés y la enfermedad. *Biopsicología* 4(1), 542-555.
- Pinel, J. (2007). Biopsicología de la emoción, el estrés y la salud. *Biopsicología* 1(1), 475-500.
- Powers, M. B. y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 561–9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.006>
- Puertas, G., Ríos, C. y Valle, H. del. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324–330. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006001000005>
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York: Harper y Row.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375–387. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- Rado, C. (2017). *Descripción de caso de una paciente de 49 años con trastorno de pánico con agorafobia*. Universidad de Palermo. Retrieved from <https://dspace.palermo.edu:8443/dspace/handle/10226/1877>
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Real Academia Española. (2017). *Miedo*. Recuperado: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=PDGS53g>
- Rodas, R. (1995). Desensibilización sistemática de Joseph Wolpe. *Análisis conductual aplicado*, 2(10), 164-168. Colombia, Manizales. Universidad de Manizales.
- Ryan, S. M., Stregge, M. V., Oar, E. L. y Ollendick, T. H. (2017). One session treatment for specific phobias in children: Comorbid anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.011>
- Santesteban-Echarri, O., Rentero, D., Guerre, M. J., Espín, J. y Jimenez-Arriero, M. (2017). *Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: Estudio de caso*. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 66–70. Retrieved from <http://www.ued.uab.es/pub/Ansiedad-Estr%E9s.pdf>
- Segarra, R. y Eguiluz, I. (2013) Afectividad. En: Eguiluz, I. y Segarra, R. *Introducción a la psicopatología una visión actualizada*, 1(3), 115-161.

Sheehan, D. (1982). ***Panic attacks and phobias***.

Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A. y Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. ***BMC Medicine***, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>

Tamayo Martínez, N., Rincón Rodríguez, C. J., de Santacruz, C., Bautista Bautista, N., Collazos, J. y Gómez–Restrepo, C. (2016a). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. ***Revista Colombiana de Psiquiatría***, 45(S 1), 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>

Tamayo Martínez, N., Gómez-Restrepo, C., Ramírez, S. y Rodríguez, M. N. (2016b). Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. ***Revista Colombiana de Psiquiatría***, 45(S1), 141–146. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.001>

Torres de Galvis, Y., Martínez Agudelo, A., Sierra Hincapié, G. M., y Salas Zapata, C. (2013). Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia) 2012. ***Revista Ces de Medicina***, 28(1), 49–60. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261132141005.pdf>

Tortella-Feliu, M. y Fullana, M. A. (2006). **Características clínicas y tratamiento de la fobia a volar**. *JANO Medicina Y Humanidades*.

Tortella-Feliu, M., Fullana, M. y Bornas, X. (2000). Miedo a volar: Características clínicas de la fobia y estrategias de intervención. ***Medicina Aeroespacial y Ambiental***, III(1), 26–36.

Tortella-Feliu, M. y Fullana, M. (1998). Una revisión de los estudios retrospectivos sobre el origen de las fobias específicas. ***Psicología Conductual***, 6, 555–580.

Tryon, W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. ***Clinical Psychology Review***, 25(0), 67–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.005>

Urrego, D. y Cocoma, J. (1991). Por la Salud Mental. ***Rev Salud Pública***, 1(1), 58–67.

Valderrama, L; Castaño, O; y Castro, J (2014) Afecto. ***Manual de semiología psiquiátrica*** 1 (1) 55-64.

- Vallejo-Sloker, L. y V. M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. ¿Una técnica superada o renombrada? *Acción Psicológica* 13(2), 157–168. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Wauke, A. P. T., Costa, R. M. E. M. y Carvalho, L. A. V. De. (2004). **VESUP : O Uso de Ambientes Virtuais no Tratamento de Fobias Urbanas.** *Researchgeat*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/266369548_VESUP_O_Uso_de_Ambientes_Virtuais_no_Tratamento_de_Fobias_Urbanas
- Wolitzky-taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. y Telch, M. J. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *Revista de Toxicomania*, 61, 3–20.
- Wolpe, J. (1992). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (Act) Vs. Systematic Desensitization in Treatment of Mathematics Anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197–215. <https://doi.org/10.1186/isrctn12042066>
- Zlomke, K. y Davis, T. E. (2008). One-Session Treatment of Specific Phobias: A Detailed Description and Review of Treatment Efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207–223. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.003>
- Zuluaga-Valencia, J. B. y Fandiño-Tabares, D. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista Facultad de Medicina*, 65(1), 61–66. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>
- Zuluaga, D. (2015). Desensibilización sistemática. *Manual práctico de terapia cognitivo conductual*. 1(3). 44-49. Colombia, Manizales: Universidad de Manizales.