

¿Miedo o fobia?

Clave de Proyecto:

CIN2015A10074

Preparatoria Ángela Segovia de Serrano (6833)

Autores:

Edith Díaz Trejo

Margarita Vázquez Mendiola

Asesores:

M. E.E. María Enedina Ruiz Martínez

M. en C.E. Luis Martín Lara Melo

Área:

Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud

Disciplina:

Psicología

Tipo de Investigación:

De Campo

Lugar y fecha:

San Pedro Barrientos, Tlalnepantla, Méx.

Febrero 2015

Resumen:

El miedo es una emoción normal que todos hemos sentido en alguna ocasión, esta emoción es necesaria y adaptativa ya que nos aleja de situaciones de peligro las cuales pueden ser reales o imaginarias. La mayoría de los miedos son pasajeros y no representan ningún problema, estos aparecen y desaparecen en función de la edad y del desarrollo. Estos miedos, a través del aprendizaje, resultan muy útiles en muchas ocasiones pues nos ayudan a enfrentarnos de forma adecuada y adaptativa a situaciones difíciles o peligrosas que puedan surgir a lo largo de su vida y protegernos de posibles daños generando emociones que formarán parte de la evolución y el desarrollo.

El miedo y deja de ser una respuesta normal, adaptativa y necesaria cuando supera el umbral de tolerancia, no hay percepción de control, se produce una interferencia considerable en el funcionamiento normal y adaptativo. Es decir cuando ésta se convierte en fobia. A pesar de la cantidad de explicaciones racionales que puedan recibir la persona, deja de reaccionar pues el terror les incapacita para escuchar razones o tomar decisiones racionales ante situaciones reales o imaginarias que para la mayoría de no representa ningún peligro, excepto para quienes sufren de alguna fobia ya que su cerebro los interpreta como terriblemente peligrosos y amenazantes.

Estas respuestas son excesivas y vienen cargadas de un estado de ansiedad considerable, presentando un conjunto de síntomas que pueden llegar a ser incapacitantes para las personas que los padecen.

Summary

The fear is a normal emotion that we all have felt in some occasion, this emotion is necessary and adaptive since it removes us from situations of danger which can be real or imaginary. Most fears are passengers and do not represent any problem, they appear and disappear depending on the age and development. These fears, across learning, turn out to be very useful frequently since they help us to face from suitable and adaptive form difficult or dangerous situations that could arise along its life and protect us from possible damages generating emotions that will be part of the evolution and the development.

The fear and ceases to be a normal response, adaptive and necessary when the content exceeds the threshold of tolerance, there is no perception of control, interference occurs considerably in the normal operation and adaptive. That is to say when this becomes a phobia. Despite the amount of rational explanations that can receive the person ceases to react because terror incapacitates them to listen to reason or make rational decisions; responses to real or imagined that for the majority of does not represent any danger except for who your brain interpreted them as terribly dangerous and threatening.

These responses are excessive and are charged in a State of considerable anxiety, presenting a set of symptoms that can be crippling for the person suffering from them.

Introducción:

El miedo se puede definir como una emoción que se desencadena cuando el individuo es sometido a un estímulo que interpreta como peligroso y/o desconocido, el individuo puede sentirse abrumado, preocupado o nervioso, o incluso llegar a tener dificultades para dormir por la ansiedad. La ansiedad es una reacción humana natural que afecta a la mente y al cuerpo. Tiene una importante función básica de supervivencia: la ansiedad es un sistema de alarma que se activa cuando una persona percibe un peligro o una amenaza. Cuando el cuerpo y la mente reaccionan al peligro o la amenaza, una persona siente sensaciones físicas de ansiedad: cosas como la aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, tensión muscular, las palmas de las manos que sudan, un malestar en el estómago y temblor en las manos y las piernas. Pero vayamos al tema central **¿Qué se necesita para que el miedo se transforme en fobia?**

Para que podamos dar una respuesta necesitamos saber ¿qué es una fobia?, podemos definir a una fobia como un temor persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. **Un miedo se transforma en fobia cuando este supera cierto umbral, donde la persona se vuelve incapaz de reaccionar de forma adaptiva de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre.** Una persona fóbica siente un miedo exagerado y sin sustento real ante determinadas situaciones u objetos, y en ocasiones esto puede incluso provocarle malestar físico: temblores incontrolables, mareos, sudoración excesiva, palpitaciones, etc.

En un resumen a todo lo anterior podemos decir que; **El miedo es una emoción que nos permite adaptarnos al entorno y protegernos del peligro, pero en ocasiones se hace disfuncional, ahí el miedo se convierte en una patología o mejor dicho una fobia. El ser humano se vuelve incapaz de reaccionar, se bloquea, puede experimentar, un ataque de pánico y/o sufrimiento extremo.**

Estas no necesariamente terminan volviendo a una persona disfuncional o incapaz de llevar una vida normal, ya que existen diversos tratamientos indicados para ayudar a quienes padecen de fobias, y dependiendo de cada caso algunos son más adecuados que otros. Desde el psicoanálisis hasta las terapias conductistas, desde el tratamiento por aproximación gradual a la fuente de los temores hasta hipnosis, pasando también por una amplia gama de medicamentos para controlar la ansiedad y psicofármacos, las opciones de tratamiento son muy variadas.

De cualquier manera, hay que evaluar a cada paciente en particular, porque lo que funciona en algunos casos podría no ser bueno en otros, e incluso resultar contraproducente. Por ello, a la hora de tratar una fobia, en la decisión siempre debe intervenir un profesional (un médico, un psicólogo o un psiquiatra).

Fundamentación teórica:

¿Qué es el miedo?

Se trata de una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad.

Puede decirse que el miedo resulta desagradable para quien lo padece. Esta emoción, sin embargo, también funciona como un método de supervivencia, ya que pone en alerta a las personas y a los animales frente a una amenaza. De esta manera, una cebra que siente miedo por los leones, huirá apenas advierta la presencia de su depredador. Algo similar hará un hombre que, al escuchar disparos, se pone a resguardo por miedo a resultar herido.

Existen diversos tipos de miedo. Así, entre las clasificaciones más habituales, nos encontramos con las siguientes:

Miedo al cambio. Tanto las personas adultas como los niños pueden sufrir este pavor a modificar no sólo su rutina, sino también su entorno. Esto se puede producir por culpa de un cambio de colegio, de trabajo, de ciudad, de amigos, etc.

Miedo a la oscuridad. Si hay un miedo que sea propio de los más pequeños es el miedo a la oscuridad, que puede producirse a raíz de pesadillas, de situaciones imaginadas o de cuentos que les hayan asustado. Es habitual que los niños que lo sufren tengan que dormir con alguna luz encendida en su habitación.

Miedo a los animales. Todos podemos sufrir este miedo a los animales en general o a alguno en concreto.

Miedo a las tormentas. En la etapa infantil es cuando se produce más frecuentemente este pavor, no obstante, existen muchos adultos que siguen sufriendolo y en concreto tanto a las citadas tormentas como a los propios truenos.

Además de estas clases de miedo, también podemos subrayar que existen otros como el miedo a la separación, miedo ante el fracaso, ante las actividades públicas, o miedos nocturnos.

¿Cuándo se hace patológico el miedo?

El miedo es una emoción en cierta forma adaptativa al entorno que nos rodea, pero en ocasiones se hace disfuncional. En este caso hablamos del miedo patológico o fobias.

El miedo patológico es aquel que supera un cierto umbral, donde el ser humano se bloquea y se vuelve incapaz de reaccionar de forma adaptativa de acuerdo con las circunstancias. Es aquí donde se marca la diferencia entre el miedo como emoción natural útil y el miedo como reacción patológica es que el primero incrementa nuestra capacidad para manejar la realidad mientras que el segundo, por el contrario, limita o incluso anula esta capacidad, encadenando a la persona dentro de la prisión del pánico.

Sólo cuando la percepción del miedo se convierte en inhabilitador y limitador nos encontramos ante una forma de patología que necesita ser tratada.

¿Qué es una fobia?

La fobia consiste en un miedo muy intenso hacia algo que en realidad constituye una amenaza mínima o nula que puede llegar al ataque de pánico y a un sufrimiento extremo. Suele ser incontrolable, afecta notablemente a la calidad de vida y la persona que la padece evita los objetos o situaciones fóbicas.

Algunas de las fobias específicas más comunes son a las alturas, escaleras mecánicas, túneles, conducir en carreteras, espacios cerrados, agua, volar, perros, arañas, y heridas sangrientas.

Las personas con fobias específicas pueden ser capaces de esquiar con facilidad en las montañas más altas del mundo, pero ser incapaces de subir más de un quinto piso de un edificio de oficinas.

Aunque los adultos con fobias son conscientes de que tales temores son irracionales, con frecuencia encuentran que el enfrentar, o incluso el pensar en tener que enfrentar el objeto o la situación que produce el temor, trae consigo un ataque de pánico o una ansiedad intensa.

Las fobias específicas son dos veces más comunes en las mujeres que en los hombres. Usualmente aparecen durante la infancia o adolescencia y tienden a persistir durante la edad adulta.

Si la situación u objeto que causa el temor es fácil de evitar, las personas con fobias específicas quizá no busquen ayuda; pero si el evitarlo interfiere con su desarrollo profesional o sus vidas personales, esto puede inhabilitar a las personas y usualmente hay que buscar un tratamiento.

Este tipo de fobias responden muy bien a una terapia psicológica cuidadosamente escogida.

¿Qué nos causa miedo o fobia?

Tanto el miedo como las fobias pueden estar causados por predisposición genética, psicológica (que se atenúa o propicia según la educación, acontecimientos de la vida y modelos del entorno) o condicionados por la cultura y la sociedad

Cinco verdades sobre el miedo

El miedo nunca desaparecerá mientras siga creciendo.

La única manera de liberarse del miedo a hacer algo es HACERLO.

La única manera de sentirme mejor es ENFRENTARLO.

No soy único sintiendo miedo en un terreno poco familiar, les pasa igual a todos los humanos.

Vencer el miedo asusta menos que convivir con un miedo que proviene de la impotencia.

Miedos evolutivos más frecuentes en las fases del desarrollo infantil

Los miedos típicos varían a medida que el individuo va madurando. Como ya hemos apuntado, aparecen, aumentan, decrecen y desaparecen en secuencias predecibles en diversos estadios del desarrollo.

Los niños temen a situaciones muy variadas que, en parte, dependen de la edad (Gray 1981; Johnson y Melamed, 1987). Hay miedos muy característicos, como el miedo a los extraños y a la separación, que disminuyen en la etapa preescolar, en cambio otros aumentan, como el miedo a los animales, disminuyendo a partir de los 9-11 años (Marks, 1990). El miedo a la oscuridad presenta un patrón de relación con la edad menos consistente, lo cual puede significar que es un miedo más condicionado ambientalmente.

Los miedos a los extraños, a objetos no familiares y a la separación son comunes entre los 8 y los 22 meses y tienden a desaparecer hacia los dos o tres años. (Pearce, 1995; Sandín, 1997). Se considera que estos miedos dependen del crecimiento y maduración de procesos cognitivos, puesto que a pesar de la existencia de procedimientos muy diferentes para educar y criar a los niños, el miedo a la separación y a los extraños aparece en todas las culturas humanas (Qersild y Holmes, 1995).

Es curioso comprobar cómo existen respuestas instintivas y universales de miedo ante determinados estímulos, como los extraños, la separación, las alturas, la oscuridad..., lo que algunos autores llaman miedos «atávicos» o «vestigiales», ya que suponían un peligro real para la especie humana en tiempos lejanos. Sin embargo no hay respuestas innatas ni universales ante los peligros de la vida «moderna», como los coches, la electricidad, los enchufes... (Méndez, 2000)

Algunos estudios han encontrado que el miedo más frecuente entre los 2 y los 4 años es el miedo a los animales; entre los 4 y los 6 a la oscuridad y a las criaturas imaginarias (Pearce, 1995; Sandín, 1997). Otros estudios, han encontrado que entre los 2 y los 6 años, los miedos más comunes son los que se dan hacia los médicos, los perros, las tormentas y la oscuridad (Marks, 1990).

Entre 4 y 8 años resultan frecuentes los miedos relacionados con seres imaginarios y fantásticos en actitud amenazante. Se considera que alrededor del 20% de los miedos infantiles no tienen base real (criaturas imaginarias, fantasmas, brujas...). El niño a esta edad tiene una gran creatividad respecto a seres extraños, monstruos, ogros. Unidos a que, como ya hemos apuntado, no tiene todavía muy clara la distinción entre objetos y hechos reales e imaginarios. Tales miedos son fomentados en ocasiones por películas, cuentos e historias productoras y estimuladoras de situaciones de miedo (Valles Arángida, 1991). Otros miedos están más relacionados con objetos reales que se viven como amenazantes: perros, arañas, agua, fuego...

En niños pequeños es rara la existencia de un solo miedo, resulta más frecuente que el niño presente varios a la vez. Más allá de los 6 años la frecuencia de los miedos disminuye según han mostrado numerosas investigaciones. (Anexo Tabla 1)

Tipos de Fobias

A continuación mencionaremos una lista de las fobias más comunes.

Acrofobia: miedo a las alturas. (No confundir con vértigo, que sólo es una sensación de mareo).

Aerofobia: miedo a volar.

Antropofobia: miedo a las personas o a la sociedad.

Apifobia: miedo a las avispas o a las abejas.

Aracnofobia: miedo a las arañas o a los arácnidos.

Astrafobia: miedo a los relámpagos y a los truenos.

Autofobia: miedo de quedarse solo.

Bogifobia: miedo a los duendes y monstruos.

Canofobia: miedo a los perros.

Claustrofobia: miedo a los lugares cerrados.

Coulrofobia: miedo a los payasos.

Entomofobia: miedo a los insectos.

Gamofobia: horror del matrimonio.

Hemofobia: miedo a la sangre.

Hidrofobia: miedo al agua.

Homofobia: miedo a la monotonía, la homosexualidad o a volverse homosexual.

Laliofobia o lalofobia: miedo a hablar a otros o al público en general.

Ligirofobia: miedo a las explosiones o ruidos fuertes.

Nictofobia: temor a la oscuridad.

Ofidiofobia: miedo a las serpientes.

El tratamiento de las fobias

Las terapias psicológicas que pueden ser beneficiosas para las personas que padecen fobia son: la técnica de “inmersión” o las terapias graduadas de exposición, entre las que se encuentra la desensibilización sistemática.

Estas técnicas se enmarcan en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual. En algunos casos, también pueden ser de ayuda los medicamentos ansiolíticos.

La mayoría de las personas que tienen fobias entienden que están sufriendo de un miedo irracional o desproporcionado, aunque este reconocimiento no impide que sigan manifestando esa intensa reacción emocional ante el estímulo fóbico.

La exposición graduada y las técnicas cognitivo conductuales trabajan con la meta de desensibilizar a la persona y de cambiar los patrones de pensamiento que están contribuyendo a su miedo.

El miedo es una experiencia muy común para los seres humanos y se trata, además, de una experiencia que tiene un importante valor adaptativo para la supervivencia de la especie. Normalmente cuando hablamos de miedo adaptativo nos referimos a un conjunto de sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales (Marks, 1987). Sin embargo, cuando estas sensaciones se experimentan en situaciones que no suponen una amenaza real, nos encontramos ante un miedo que ya no es adaptativo. El término fobia se utiliza para describir este tipo de reacciones de miedo no deseables. Las fobias pueden clasificarse de muy diversas maneras. No obstante, una de las clasificaciones más ampliamente aceptadas es la que distingue entre tres grupos: fobias simples, específicas o focales; fobias sociales, y agorafobia.

Este trabajo tratará con las primeras, es decir, con las denominadas fobias específicas o focales.

A simple vista puede parecer que las fobias son tipos de trastornos fácilmente identificables. Sin embargo, existen algunas dificultades a la hora de delimitar las características de una fobia y de fijar sus límites. Dado que una fobia es una forma especial de miedo, una de las dificultades diagnósticas más evidentes con las que nos encontramos tiene que ver con el establecimiento de los límites entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico (Sosa & Capafons, 1995). En relación con este punto existe un acuerdo más o menos generalizado a la hora de señalar una serie de características indicativas de una reacción de miedo fóbico:

(i) Es desproporcionada con respecto a las exigencias de la situación. Aquí se considera que la reacción no se corresponde con la existencia de una situación particularmente peligrosa o amenazante para el individuo.

(ii) No puede ser explicada o razonada por parte del individuo.

(iii) Está más allá del control voluntario.

(iv) Lleva a la evitación de la situación temida.

(v) Persiste a lo largo del tiempo.

(vi) Es desadaptativa.

(vii) No es específica a una fase o edad determinada.

De todas las características señaladas, son especialmente relevantes para la diferenciación entre miedo fóbico y miedo adaptativo la persistencia, la magnitud y el carácter desadaptativo del primero frente al segundo. Además de lo anteriormente señalado, una reacción de miedo fóbico se caracteriza, frente a otros trastornos por ansiedad, por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situación concreta, y el contacto o la anticipación con la situación temida desencadena un patrón típico de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras (Lang, 1968).

En el plano cognitivo o subjetivo el individuo puede desplegar toda una serie de creencias sobre la situación temida y sobre su capacidad para afrontarla, así como un amplio conjunto de interpretaciones subjetivas acerca de sus reacciones fisiológicas.

Todo ello se puede traducir en imágenes o auto-verbalizaciones de las consecuencias negativas que espera. Finalmente, a nivel motor la reacción más frecuente puede ser abandonar la situación temida lo más rápidamente posible y tratar de evitarla en el futuro.

Las relaciones entre estos tres tipos de reacciones es de tal naturaleza que complica no sólo la evaluación del miedo, sino también la toma de decisiones diagnósticas. Los fóbicos difieren entre sí en el patrón de reacciones cognitivas, motoras y fisiológicas que despliegan ante lo temido. Así, mientras que unos son capaces de soportar la situación temida, aunque con un gran malestar subjetivo y fisiológico, otros se caracterizan principalmente por mostrar una marcada evitación de la situación a la que temen. De todo ello se desprende que la medida aislada de alguno de los tres tipos de reacciones puede no reflejar adecuadamente el problema de un individuo particular. Por otro lado, la diferenciación entre los distintos tipos de trastornos fóbicos (fobia social, fobia específica y agorafobia) se ha realizado en base a criterios poco claros y especialmente apelando a la naturaleza de los estímulos que generan miedo.

Sin embargo, dicha diferenciación plantea algunos problemas no resueltos en la actualidad. Uno de ellos es la frecuencia con que los diferentes tipos de fobias se presentan de manera solapada en un mismo individuo. Esto puede estar indicando que la diferenciación establecida hasta la fecha no contempla variables clínicas lo suficientemente relevantes. Por lo que a la categoría de fobia específica se refiere, nos encontramos, como señalábamos al principio, con una categoría residual que recoge todas las fobias que no son ni fobia social ni agorafobia. El principal problema que este planteamiento genera es que dentro de la categoría de fobia específica se incluye un rango demasiado amplio de fobias que, como comentaremos posteriormente, no necesariamente comparten las mismas características clínicas.

La denominación de fobias específicas se viene utilizando para hacer referencia a todas aquellas fobias en las que la reacción de miedo está circunscrita o focalizada en objetos o situaciones concretas como pueden ser los perros, las alturas o los espacios cerrados.

Bajo esta denominación se agrupan todas aquellas fobias en las que el rango de estímulos capaces de evocar la reacción de miedo fóbico es limitado y mucho más estrecho que en otros tipos de fobias. Si bien es cierto que dicho rango de estímulos es limitado, la naturaleza de los estímulos que potencialmente pueden llegar a desencadenar una reacción fóbica es enorme. De ahí que bajo el rótulo de fobia específica o focal se incluya una variadísima gama de tipos de fobias diferentes atendiendo a la naturaleza del estímulo temido. Entre ellas, las más comunes son las fobias a los animales, a la sangre y a las heridas, a los médicos y dentistas, a la defecación o micción en lavabos públicos, a las alturas, a los lugares cerrados, a los ruidos, a los fenómenos meteorológicos, a la oscuridad, a conducir, a viajar en avión, a comer alimentos concretos, a atragantarse, o a la actividad sexual (Marks, 1987).

La fobia a la sangre y las heridas presentan varios rasgos distintivos únicos. El más importante de todos ellos radica en el conjunto de reacciones psicofisiológicas que se desencadenan ante la presencia de sangre o heridas o estímulos relacionados con ella.

De todas las respuestas psicofisiológicas, lo más característico es el patrón de respuesta cardiovascular que, a diferencia del resto de los fóbicos, es bifásico: en un primer momento se produce un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial que se ve seguido de una importante desaceleración vasovagal del ritmo cardíaco (que puede llegar a una breve asístole) y de la presión arterial. Todo ello acompañado de náuseas, sudor, palidez, y, en ocasiones, desmayo. En este tipo de fobia parece que la ansiedad se relaciona más con la anticipación de un posible desvanecimiento que con el estímulo fóbico.

Las llamadas fobias situacionales abarcan un conjunto variado de situaciones, aunque las más representativas son la fobia a los aviones, la fobia a conducir, la fobia a los lugares muy concurridos, la fobia a las alturas y a los puentes. El aspecto más distintivo de este tipo de fobia específica frente a las fobias a los animales o las fobias a la sangre o las heridas, es que suele presentarse tanto en solitario, como formando parte del trastorno por angustia con agorafobia (Marks, 1970; 1987). Algunos autores han llegado a sugerir que las fobias específicas situacionales podrían considerarse como una forma moderada de agorafobia más que como una fobia específica.

Tratamientos para las fobias específicas

Tratamientos psicológicos

En la primera mitad del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias, que hoy denominamos específicas, se reducían básicamente al psicoanálisis. A partir de la obra de Joseph Wolpe (1958), la llamada terapia de conducta entró de lleno en el campo de las fobias. Desde entonces la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas.

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. Por ello, hemos dividido este apartado en dos, el primero destinado a analizar los aspectos relacionados con la exposición y el segundo centrado en los estudios que, partiendo de la exposición, aportan algunas alternativas interesantes para este campo.

Terapia de exposición

La exposición al estímulo fóbico es el ingrediente común de técnicas como la desensibilización sistemática, la inundación o la exposición graduada. Todas ellas han mostrado niveles de eficacia satisfactorios en el tratamiento de las fobias específicas. En vez de exponer estas técnicas preferimos presentar algunas cuestiones referidas a las distintas modalidades de exposición y factores que pueden incrementar su eficacia. Exposición en vivo frente a exposición en imágenes representa una de las dicotomías más investigadas en el campo de la exposición.

Los datos, en líneas generales, son concordantes con lo que cabría esperar: cuanto más cercana sea la práctica de exposición al hecho real, mejores resultados podemos esperar. De hecho, la exposición en vivo es considerada como el tratamiento más potente para las fobias específicas.

Conclusión:

Según la investigación no hay un factor en concreto para que un miedo se transforme en fobia.

Pero se puede detectar una fobia cuando el miedo hacia algo se vuelve disfuncional y nos impide actuar ante alguna situación.

Las terapias psicológicas que pueden ser beneficiosas para las personas que padecen fobia son: la técnica de "inmersión" o las terapias graduadas de exposición, entre las que se encuentra la desensibilización sistemática.

Estas técnicas se enmarcan en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual. En algunos casos, también pueden ser de ayuda los medicamentos ansiolíticos.

La mayoría de las personas que tienen fobias entienden que están sufriendo de un miedo irracional o desproporcionado, aunque este reconocimiento no impide que sigan manifestando esa intensa reacción emocional ante el estímulo fóbico.

La exposición graduada y las técnicas cognitivo conductuales trabajan con la meta de desensibilizar a la persona y de cambiar los patrones de pensamiento que están contribuyendo a su miedo.

Bibliografías

1. Pérez M. D. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia prevención e intervención educativa. En: Aula Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca, 12, pp. 123-144.
2. Marks I. (1991). Miedos, Fobia y Rituales (T.1): LOS MECANISMOS DE LA ANSIEDAD. Barcelona: Editorial Martínez Roca, pp. 181-199
3. Cesar Flores Venezuela (2011) Fobias: descripción, origen y características. Recuperado el 14/11/14 del sitio Web del departamento de tesis UNAM. <http://132248.9.195/ptd2012mayo/0680279/index.html>
4. Echevarría, E. y de Corral, P. (1995) técnicas de exposición: variantes y explicaciones. (pp. 422-456). Madrid: Pirámide
5. Laguna Murcia P. El origen del miedo. Citado el 18/febrero/2015. Disponible en <http://www.diariomedico.com/entorno/ent60201combis.html>
6. Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.
7. New York, Guilford. Barlow, D.H.; Esler, J.L.; Vitali, A.E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P.E. Nat- han & Gorman (Eds.), A guide to treatments that work (pp. 288-318). Oxford: Oxford University Press.