

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo Final Integrador

Fobia específica en una niña de siete años

Marcela Alicia Terreri

Tutora: Dra. Nora I. Gelassen

Octubre 2017

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo general	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. Marco Teórico	3
3.1. Trastornos de ansiedad.....	3
3.1.1.Fobia específica	7
3.1.2.Origen o adquisición de las fobias según diversas teorías	9
3.1.3.Miedos infantiles vs. fobias específicas	11
3.1.4.Fobia dental u odontofobia: conceptualización y sintomatología	13
3.2. La terapia cognitiva conductual (TCC).....	16
3.2.1.La TCC con niños: conceptualización del caso y alianza terapéutica.....	18
3.2.2.La entrevista de Admisión (EA) y la primera sesión con niños	20
3.2.3.Herramientas clínicas de la TCC para tratamiento de fobias específicas.....	22
4. Metodología.....	26
4.1.Tipo de estudio y diseño	26
4.2.Participantes	26
4.3.Instrumentos	27
4.4.Procedimiento	27
5. Desarrollo	27
5.1.Conceptualización del caso	27
5.2.Objetivo 1. Sintomatología y creencias de una niña frente a una fobia.....	30
5.3.Objetivo 2: El proceso terapéutico y las herramientas clínicas.....	33
5.4.Objetivo 3: Evaluación de resultados.....	37
6. Conclusiones.....	40
7. Referencias Bibliográficas.....	45

1. Introducción

El propósito de este Trabajo Final de Integración es servir a la culminación de la Licenciatura en Psicología. El mismo, es en parte fruto del aporte temático surgido de la Práctica Profesional de 280 horas en una Institución que se especializa en el abordaje clínico de problemáticas con niños y adolescentes desde el modelo cognitivo conductual, más el caudal teórico y práctico adquirido durante la carrera. Los psicólogos que conforman la mencionada Institución funcionan como un Equipo y se dedican a múltiples tareas entre las que se destacan la investigación, la docencia, el diseño y el tratamiento para múltiples trastornos o padecimientos mentales en el grupo etario mencionado.

En este contexto, se participó en todas las actividades planteadas desde la coordinación de residentes a cargo de uno de los psicólogos del Equipo.

Una de las propuestas en la que se pudo colaborar más activamente, fue en la búsqueda de contenido y posterior redacción del mismo para una aplicación de internet (APP) que próximamente podrá consultarse online. La finalidad de la misma es brindar una respuesta concisa y basada en evidencia empírica que aclare dudas sobre temáticas relacionadas con problemáticas del ámbito infantojuvenil. Por otra parte, se concurrió a tres cursos de actualización y profundización que la Institución dicta cada cuatrimestre en el marco de su extensión docente. Asimismo, durante cinco meses, se asistió semanalmente a las reuniones grupales de supervisión de casos, un espacio donde se pudo escuchar y aprender de las diferentes miradas y perspectivas que el coordinador y los demás miembros del equipo eventualmente aportaban ante un caso específico que solicitaba ser supervisado.

Precisamente, en el marco de la supervisión se tomó contacto por primera vez con el caso que origina el presente trabajo, el de una niña de siete años que padecía fobia dental.

Con la intención de llevar adelante los objetivos planteados, se puso en marcha toda la metodología inherente a una investigación cualitativa de estudio de caso y se dispuso la indagación para la obtención de datos. Paulatinamente, se fueron recopilando diversos documentos aportados por el Profesional que llevó a cabo el tratamiento y con los elementos recolectados pudo reconstruirse el panorama inicial del caso, su posterior intervención y los resultados obtenidos al cabo de veinte sesiones.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Describir la conceptualización, el tratamiento y la evolución de una fobia específica en una niña de siete años desde la TCC.

2.2. Objetivos específicos

1. Describir la sintomatología y creencias disfuncionales que presenta una niña de siete años diagnosticada con fobia específica.

2. Describir el proceso terapéutico y las herramientas clínicas utilizadas en una niña de siete años con odontofobia desde la TCC.

3. Describir los avances que experimenta una niña de siete años en relación con su fobia específica en el marco de un tratamiento con TCC al cabo de 20 sesiones.

3. Marco Teórico

3.1. Trastornos de ansiedad

Este primer apartado resalta la caracterización, la sintomatología y las últimas modificaciones descriptivas de los *trastornos de ansiedad* debido a que la fobia específica que plantea el estudio de caso del presente trabajo se enmarca en la mencionada dimensión diagnóstica según lo explicitado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014).

De acuerdo con la descripción que se realizó en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión* (DSM 5; APA, 2014), los trastornos de ansiedad son aquellos que poseen componentes de *miedo* y *ansiedad* en proporciones desmedidas e inusuales, para distinguirlos debe atenderse a la clase de objeto o situación que los provoca y qué conductas evitativas y cogniciones prevalecen.

La sección de trastornos de ansiedad referida en el mencionado Manual ha tenido modificaciones respecto a ediciones anteriores, entre las que se destacan dos incorporaciones y dos cambios de ubicación. Por un lado, el pasaje a esta sección del *Trastorno de ansiedad por separación* y *Mutismo selectivo* que estaban ubicados en la parte de trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia y por el

otro, el *Trastorno obsesivo – compulsivo* y los *Trastornos por estrés postraumático* que han dejado de pertenecer a esta sección, aunque continúa reconociéndoles su estrecha vinculación con los trastornos de ansiedad. Al mismo tiempo, el *Trastorno por crisis de angustia*, mantiene sus descriptores y los mismos se consideran aplicables a cualquier otro trastorno de ansiedad. En lo que se refiere a los tipos de crisis de angustia, se simplificaron en dos clases: crisis esperadas e inesperadas, en reemplazo de las tres categorías contempladas en la publicación anterior que contemplaba las situacionales, las predisuestas situacionalmente y no situacionales/ inesperadas. El *Trastorno de Angustia* y la *Agorafobia* pasaron a considerarse como diagnósticos independientes. En el mismo sentido, tanto para la *Agorafobia* como para las *Fobias específicas* y el *Trastorno de ansiedad social* (Fobia social en la versión anterior) se considera que es el profesional el que debe pesquisar si la ansiedad y el miedo son desproporcionados teniendo en cuenta factores situacionales y culturales (Tortella Feliu, 2014).

En las descripciones del párrafo anterior, aparecen las palabras miedo y ansiedad, como elementos sintomáticos de los trastornos de ansiedad. Es necesario explicar que ambos son respuestas adaptativas y emocionales normales y cumplen diferentes funciones (Lazarus, 1999). Se cree importante realizar esta distinción ya que los constructos miedo y ansiedad son frecuentemente utilizados de manera indistinta como expresiones equivalentes para nombrar patrones similares de respuestas sin tener en cuenta la especificidad de cada uno de ellos (Méndez, Olivares, & Bermejo, 2011).

Por un lado, el miedo es una de las emociones básicas, una respuesta emocional asociada a lo biológico y primigenio, podría decirse que actúa como una alarma primitiva que se activa en función de un peligro inminente o presente, avisa que nuestra existencia está amenazada; es repentino y se mantiene por un espacio breve de tiempo tal como señaló Lazarus (1999). En el miedo, las respuestas dependen más de la estimulación externa, de esta forma se puede identificar de manera más sencilla qué lo desencadena como explicaron Bulacio (2011) y Sandín y Chorot (1995).

Por otro lado, Lazarus (1999) describió la ansiedad como un estado emocional existencial que anticipa una situación futura, se vive como una incomodidad o aprehensión difusa, como un curso de preocupación continua que se experimenta con nerviosismo, tensión, incertidumbre; la persona advierte sentimientos desagradables de índole subjetivo dependientes de la estimulación interna.

Sandín y Chorot (1995) afirmaron que cuando la ansiedad se transforma en una respuesta rígida, se la considera patológica y pasa a ser el centro de los denominados trastornos de ansiedad; la ansiedad disfuncional y desadaptativa está en la raíz de variadas perturbaciones, o bien puede ser un trastorno específico como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada.

Los trastornos de ansiedad, según la APA (2014), se distinguen del miedo o la ansiedad considerados como respuestas adaptativas normales propias del desarrollo, porque se prolongan en el tiempo, son persistentes y fundamentalmente excesivos; comienzan a manifestarse y desplegarse en la infancia y pueden persistir y agravarse si no reciben tratamiento.

Con respecto a las diversas manifestaciones de la ansiedad o cómo se presenta sintomatológicamente en los diferentes cuadros clínicos, pueden distinguirse diversos tipos de respuestas, entre las que se encuentran las fisiológicas, las cognitivas, las conductuales y las sociales (Bulacio, 2011; Méndez et al., 2011).

En las primeras, la característica sobresaliente es el aumento de la activación vegetativa que se traduce en respuestas electrodérmicas tales como sudoración de las manos que se tornan húmedas y pegajosas; síntomas cardiovasculares como el aumento de la frecuencia (taquicardia) o de intensidad (palpitaciones) y elevación de la presión arterial. Estos cambios en el flujo del torrente sanguíneo hacen que la coloración de la piel varíe, tornándose pálida o enrojecida y que además se experimente sensación de calor o frío repentinos; además se da un incremento del tono muscular que puede producir movimientos de espasmo, tensión en diferentes partes de la musculatura corporal al tiempo que aumenta la respiración, lo cual puede inducir sensaciones de ahogo que se acompañan con exhalaciones profundas (Bulacio, 2011; Haeussler, 2000; Méndez et al., 2011).

En lo que atañe a las respuestas cognitivas se observa una marcada intranquilidad o nerviosismo; los pensamientos y representaciones están continuamente evaluando la situación como amenazante, se efectúa una estimación negativa de los recursos, al mismo tiempo que se dispara la preocupación acerca de las reacciones fisiológicas que van apareciendo y comienzan a discurrir ideas o rumiaciones de escape ya que se percibe una posibilidad de daño o sufrimiento. Puede aparecer sensación de vacío, temor a perder el control, incertidumbre, dudas y los temores empiezan a

gobernar los pensamientos distorsionándolos, prevaleciendo la sensación de confusión y la incapacidad de tomar decisiones. Se observa una tendencia a recordar lo desagradable y se pone demasiado énfasis en pequeños detalles, desconfiando y realizando interpretaciones erróneas (Bulacio, 2011; Méndez et al., 2011; Sandín, 1995).

En cuanto a las respuestas conductuales, Méndez et al., (2011) y Sandín (1995) señalaron que prevalece el estado de alerta e hipervigilancia, experimentándose también un bloqueo paralizante; la persona se encamina a relegar o coartar la interacción con la situación u objeto, produciendo una evitación activa, en la cual se elude la aparición del estímulo o de evitación pasiva, ante la que se interrumpe una acción para que la sensación que el estímulo provoca no se siga manifestando. Además, se registran conductas de escape que hacen que la persona se aparte del objeto temido cuando éste se le presenta y, por último, respuestas motoras alteradas que aparecen si la persona se ve obligada a permanecer ante el estímulo y que se traducen en conductas motoras verbales tales como voz temblorosa, repeticiones de palabras, no poder emitir vocablos o gestuales como los temblores, tics, muecas faciales. En los niños, Courtney et al., (2016) describieron que pueden observarse llantos, pataleos y berrinches.

Por último, en lo que respecta a las manifestaciones que se registran en la interacción social, se presentan signos de irritabilidad y de repliegue sobre sí mismo que se traduce en dificultad para dar comienzo o seguir una conversación, hablar desmedidamente, experimentar la mente en blanco, no ser capaz de responder preguntas o expresar opiniones, hasta no llegar a relacionarse por temor a posibles conflictos, entre otras (Bulacio, 2011; Méndez et al., 2011).

Resumiendo, la ansiedad y el miedo excesivos están presentes en todos los trastornos de ansiedad, inducen el malestar y el padecimiento provocando desadaptación e imposibilidad de llevar a cabo las actividades cotidianas de manera satisfactoria; es necesario realizar una correcta evaluación de la sintomatología anteriormente descrita para poder en primer lugar descartar patologías orgánicas y en segundo lugar, realizar correctos diagnósticos diferenciales que contribuyan al diseño del tratamiento psicoterapéutico más conveniente (Bulacio, 2011; Sandín & Chorot, 1995).

3.1.1. Fobia específica

En este apartado se realiza una conceptualización de las fobias específicas en general, atendiendo básicamente a diferenciaciones, tipologías, comorbilidades y criterios diagnósticos.

El vocablo *fobia* proviene del griego *Φόβος* y etimológicamente significa temor o miedo (Real Academia Española; RAE, 2014). En la mitología, el término hace alusión al dios griego *Phobos* cuya misión era propagar el terror entre sus enemigos (Grimal, 1989). En cuanto al uso del término en el ámbito médico, se lo cita por primera vez en un tratado de Celso, médico romano del siglo II, que lo utilizó para describir uno de los síntomas de la rabia, la hidrofobia (Montelongo, Zaragoza, Bonilla, & Bayardo, 2005). Asimismo, la RAE (2014) amplía el concepto y explica que una fobia es una aversión excesiva hacia algo o alguien; se utiliza en psiquiatría para reconocer un miedo incontrolable e intenso que produce angustia ante ciertos objetos, situaciones, actos o ideas, sabiendo que la magnitud del temor es irracional, aproximándose de alguna manera a la obsesión.

En efecto, Sandín y Chorot (1995) explicaron que una fobia necesita, en primer lugar, de la existencia de un miedo de proporciones inusuales y exageradas que no se corresponde en su expresión con la situación a la que refiere. En segundo lugar, induce a la evitación de ese objeto o escenario al que se teme. Y, por último, la persona no puede explicar de manera lógica o racional lo que siente frente al suceso temido; el sujeto es consciente de esa condición y, aun así, no puede controlarla voluntariamente, lo cual le provoca diferentes grados de malestar o padecimiento.

De acuerdo con las consideraciones de la APA (2014), los individuos que padecen una fobia específica exhiben miedo hacia objetos puntuales o situaciones determinadas a las que tratan de eludir o evitar. Los criterios diagnósticos que se describen para este tipo de fobia refieren que el objeto o la situación fóbica despiertan ansiedad o miedo repentinos que se busca rehuir o se resisten de manera activa e intensa y están presentes durante seis meses o más. Asimismo, son desproporcionados teniendo en cuenta el peligro real; son persistentes y causan molestias con indicadores fisiológicos, menoscabo en diferentes áreas del funcionamiento vital y deterioro social. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por otra alteración psiquiátrica o de índole médica asociada a sintomatología de pánico u otras incapacitantes como, por

ejemplo, la agorafobia, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno por estrés post traumático.

El objeto de la fobia puede ser también el anticipo del daño o el peligro; de esta manera, se experimenta la posibilidad de perder el control sobre la situación, sobreviene una sensación de angustia, comienzan manifestaciones físicas desagradables, como aumento de la frecuencia cardíaca o dificultad para respirar con la posibilidad cierta de desmayo si efectivamente se consuma el encuentro con el estímulo (APA, 2002; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

El término fobia específica aparece por primera vez en el DSM IV TR (APA, 2002); en la edición anterior de este Manual diagnóstico, a este tipo de fobias se las denominaba fobias simples. La denominación actual, es más descriptiva y establece cinco grandes grupos o subtipos. Estos grupos identifican el estímulo o situación fóbica que se evita y son: fobia específica de tipo animal; de tipo ambiente natural (tormentas, agua, precipicios, etc.); de sangre, inyecciones y daño físico (SID); de tipo situacional (ascensores, aviones, etc.) y un quinto grupo fobias no especificadas en los anteriores, como, por ejemplo, miedo a los botones, a personas disfrazadas, a los globos, entre otras (APA, 2014).

Esta clasificación permite establecer variables que tienen que ver con la edad más frecuente de aparición, expresiones clínicas recurrentes y afinidad al tratamiento (Sandín & Chorot, 1995).

Los trastornos de ansiedad suelen tener alta comorbilidad entre sí, por lo tanto, es necesario realizar un análisis pormenorizado sobre a qué se le teme o qué se evita y cuáles son los pensamientos ligados a la situación fóbica. Es probable que las personas que reciben un diagnóstico de fobia específica no reciban otro, salvo el de otra fobia específica, en este caso las probabilidades se incrementan, por ejemplo, a la posibilidad de fobia a los aviones, se le puede agregar el del temor a los ascensores. Asimismo, las personas diagnosticadas con fobias específicas suelen tener comorbilidad con otras fobias, con otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, con síntomas somáticos y trastornos relacionados con personalidad dependiente (Antony & Barlow, 1998; APA, 2014).

La fobia específica con frecuencia es un diagnóstico secundario a otros trastornos de ansiedad primarios. A pesar de que los trastornos de ansiedad comparten

algunas características como el temor, la evasión o la angustia extrema, en lo que respecta al diagnóstico diferencial, es necesario tener en cuenta el temor puntual, ya que en las fobias específicas el momento más extremo o de mayor activación se da en el contexto situacional que para determinados tipos de fobias, como por ejemplo el miedo a volar se presenta invariablemente cuando la persona se enfrenta a la situación de subir a un avión o en el caso de los niños, como se leerá más adelante, puede tratarse de temores normales considerando la edad y momento evolutivo que se está atravesando. Por otra parte, la evaluación del estímulo en relación con el contexto es clave para el diagnóstico; si por ejemplo una persona tiene un temor excesivo a sufrir hechos de inseguridad y vive en un barrio peligroso, su temor está fundado en el ambiente en el cual transcurre su vida (APA, 2014; Nezu et al., 2006).

Antony y Barlow (1998), concluyeron que las fobias específicas se hallaban entre los diagnósticos más frecuentes y de mayor prevalencia; además consideraron que este tipo de fobias son los trastornos que mejores tratamientos poseen, siendo los cognitivos conductuales los de mayor eficacia.

Resumiendo, la ansiedad y el miedo están íntimamente conectados con la fobia y es la intensidad lo que los distingue; en la fobia la activación es desmedida, irracional, desadaptativa y disfuncional como expusieron Kaplan y Sadock (1999) y Sandín y Chorot (1995).

3.1.2. Origen o adquisición de las fobias según diversas teorías

El presente apartado propone una sucinta revisión de algunos supuestos científicos que intentaron explicar la etiología de las fobias.

En principio, podría decirse que diversas teorías propusieron diferentes explicaciones por las cuales una persona es propensa a desarrollar distintos tipos de fobias; varios autores concluyeron en que la adquisición debe investigarse en una multiplicidad de factores, desde hipótesis o supuestos relacionados con el condicionamiento clásico hasta aquellas que recurren a cuestiones de índole genético o biológico. Luego de hacer una exploración sobre el tema, se advierte que el origen debe rastrearse en una combinación de elementos dependiendo de qué tipo de fobia específica se trate, en qué momento evolutivo aparece o cómo se manifiesta, entre otras consideraciones (Chowdhury Culver & Craske, 2011; Kennedy, 1986; Sandín, 1995).

Sin embargo, para aportar a esta sección y teniendo en cuenta que el presente trabajo se centra en el enfoque cognitivo conductual, se describe aquí el modelo de las tres vías basado en la teoría de la adquisición desarrollado por Rachman (1977) y que también replicaron Méndez et al., (2011) y Tortella -Feliu y Fullana (1998) y al que se lo conoce también como modelo de las *vías asociativas*. Estas vías de aprendizaje, propuestas para explicar el origen de algunas de las fobias específicas, son: el *condicionamiento clásico*, el *condicionamiento vicario o modelado* y el acceso a *información negativa o atemorizante* relacionada con el estímulo fóbico.

En el condicionamiento clásico, Thompson, Reuther y Ollendick (2016) señalaron que la fobia puede advenir como respuesta al encuentro inmediato y real con un estímulo negativo, el ejemplo más claro es cuando un niño despliega una fobia a los perros luego de haber sido mordido por uno. De esta manera, como señaló Sandín (1995), un estímulo cualquiera, en principio neutro, puede alcanzar la propiedad de inducir reacciones de miedo por el vínculo que se establece con estímulos negativos, perjudiciales o traumáticos.

En lo que respecta al modelado o condicionamiento operante, tal como explicaron Kennedy (1986) y Thompson et al., (2016) el desarrollo de la fobia se da mediada por la observación de lo que le ocurre a otros, se aprende mediante la experiencia de otros; los miedos, según el condicionamiento vicario, se desarrollan a partir de la observación o imitación de las conductas de las personas, como por ejemplo y siguiendo con la temática de la fobia animal, un niño que comienza a temerle a las arañas al ver a su madre que reacciona con miedo ante una, aunque el niño no haya tenido nunca un encuentro desagradable con un arácnido.

La última vía, se refiere al bagaje de información con el que se cuenta; éste lograría producir efectos nocivos y contribuir a la generación de una fobia aunque el estímulo nunca se haya hecho presente en la vida de la persona, el sólo hecho de haber leído o haber accedido a descripciones negativas sobre el mismo, predisponen la aparición de la fobia; es el caso por ejemplo, de las historias que pueden escucharse acerca de los aviones y los accidentes que pueden disparar una aversión a volar producto de la escasa y negativa información con la que se cuenta (Thompson et al., 2016).

Por otra parte, Chowdhury Culver y Craske (2011) y Sandín y Chorot (1995) establecieron otros factores que explican la aparición de las fobias y suman otras consideraciones sobre la etiología de las mismas, además de las tres vías arriba comentadas. Uno de ellos tiene que ver con la *Selectividad* y con el desarrollo de la especie humana que hace que los miedos no sean arbitrarios y se limiten a cierto rango de estímulos que ciertamente están relacionados con la supervivencia o el alejamiento del peligro; es así como puede temerse a una serpiente y no a un enchufe, aunque en nuestros días el enchufe sea mucho más fácil de hallar y potencialmente más peligroso.

Un segundo factor, reconocido por Haeussler (2000) y Thompson et al., (2016) es el que se conoce como *vulnerabilidad biológica*, éste explicaría por qué tienden a adquirir miedos las personas cuyas reacciones psicofísicas se proyectan de manera rápida e intensa, prevaleciendo el estado de ansiedad como rasgo, por sobre otras que no tienen esta predisposición. Un tercer factor expuesto por Méndez et al., (2011) está asociado con la *vulnerabilidad psicológica* y postula que cuanto menos recursos cognitivos y emocionales se posea para enfrentar una situación temida, existen más probabilidades que la respuesta sea de miedo intenso o fóbico, quedando más al descubierto la respuesta de ansiedad situacional o de estado.

Por último, el factor de la *historia personal* y el de las *ventajas del miedo*, descritos por Bunge, Gomar y Mandil (2016); Méndez (2005) y Thompson et al., (2016) también colaboran en una explicación acerca de la etiología de las fobias; el primero porque la historia es determinante ya que es un compendio de todo lo vivido y el segundo porque el miedo ofrece prerrogativas que proporcionan algunas dispensas extraordinarias, como por ejemplo mayor atención y cuidados por parte de los padres, eximiendo al niño de enfrentar la situación fóbica.

3.1.3. Miedos infantiles vs. fobias específicas

Este apartado intenta deslindar los miedos considerados típicos a lo largo del desarrollo infantil de aquellos otros que pueden quedar instalados en una franja etaria posibilitando la aparición de un trastorno fóbico que altere la vida del niño y su entorno (Méndez et al., 2011).

Durante la infancia, los niños pueden experimentar diferentes miedos que están fundamentalmente asociados a etapas evolutivas y, en este contexto, pueden considerarse propios o característicos del desarrollo, siendo la mayoría efímeros y de

poca intensidad; en la mayor parte de los casos se trata de miedos sanos porque, de algún modo, ofrecen una oportunidad para superar un obstáculo, alejarse de un peligro o enfrentar una situación estresante convirtiéndose así en un disparador de crecimiento emocional (Méndez, 2005; Méndez et al., 2011).

Un miedo infantil con las características descritas es saludable, pero pierde su utilidad cuando es desmedido y desadaptativo, es decir, cuando adquiere tintes fóbicos y el comportamiento que se ejerce ante el estímulo resulta inapropiado ante la demanda del ambiente (Méndez, 2005).

Antony y Barlow (1988) y Méndez et al., (2011) consideraron que para que un miedo sea diagnosticado como fobia debería poseer dos características, por un lado, que sea desmedido o exagerado teniendo en cuenta el estímulo y, por el otro, que la elevada activación que desencadena lo transforme en una conducta disfuncional que produzca deterioro personal y en las relaciones familiares, escolares y sociales.

No obstante, Méndez (2005) explicó que la distinción entre miedo y fobia en los niños es compleja. En los infantes, además de considerar la duración del temor en el tiempo, se debe atender a la edad y la etapa evolutiva. Estos datos son relevantes para el diseño del tratamiento terapéutico ya que distinguen básicamente un miedo normal entendido como una reacción sana que no requiere tratamiento, de otro que produce ansiedad excesiva y sufrimiento y que arrastra a todo el entorno; ya no constituye un temor corriente y en ese caso es recomendable y necesario iniciar una terapia para que no se vean afectados el desarrollo y el ambiente del niño.

Méndez (2005) y Valiente, Sandín, Chorot y Tabar (2003), refirieron la evolución de los miedos más frecuentes de acuerdo con la edad. Estos autores describieron que de cero a dos años, los niños temen perder la estabilidad o base de sustentación, a las personas extrañas, a los ruidos fuertes, a separarse de los padres o persona con quien estableció su vínculo primario, a las heridas, a los golpes, a los animales y a la oscuridad; entre los tres y los cinco años, disminuyen los de soporte físico y personas extrañas, se mantienen los de ruidos y separación y aumentan los de daño físico; entre los seis y los ocho, cuando se inicia el ciclo escolar, se reducen los temores a los ruidos fuertes y extraños, se mantienen los de separación, animales, oscuridad y daño físico, aumentando el temor relacionado con seres imaginarios (brujas, extraterrestres, fantasmas) y los relativos a factores climáticos, el colegio o permanecer

solos; entre los nueve y los doce pueden mantenerse todos los descriptos, atenuándose considerablemente el miedo de separación, oscuridad y seres imaginarios y aumentando aquellos que se relacionan con la escuela (exámenes, exposiciones orales), el aspecto físico, la muerte y las relaciones interpersonales.

Teniendo en cuenta estas distinciones del desarrollo y si se realiza un análisis funcional de la conducta, puede observarse que en la respuesta de miedo se pueden diferenciar dos tipos de estímulos: por un lado, los externos que son las situaciones u objetos propiamente dichos como por ejemplo una araña, un trueno, hablar en público, asistir al dentista y por el otro, los internos, aquellos que se asocian al malestar fisiológico que la presencia de la situación genera y que eleva la preocupación sobre el desempeño ante la misma (Méndez et al., 2011).

3.1.4. Fobia dental u odontofobia: conceptualización y sintomatología

En este apartado se describe la odontofobia y se ponen de relieve los factores y la sintomatología más habitual en torno a esta fobia específica.

La ansiedad dental es un fenómeno muy común entre los pacientes odontológicos e interfiere básicamente en poder asistir a la consulta y por ende en la posibilidad de realizar un tratamiento; generalmente éste es evitado o retrasado, agravando así la salud buco dental (Eitner, Wichman, Paulsen, & Holst, 2007; Ríos Erazo, Heredia Ronda, & Rojas Alcayaga, 2014). Rowe y Moore (1998) indicaron que una persona que padece odontofobia sufre durante 17, 3 días, en promedio, antes de la visita al odontólogo y es probable que, llegado el momento, suspenda el turno por no poder afrontar la situación.

Lima Álvarez, Casanova Rivero, Toledo y Espeso Nápoles (2006) consideraron que la fobia dental genera un miedo excesivo y desmedido que tiene que ver fundamentalmente con el hecho de concurrir al dentista y sentarse en el sillón con el fin de ser sometidos a un tratamiento que se percibe como doloroso y cruento y que involucra la posibilidad de visualizar sangre.

La odontofobia se enmarca en las denominadas fobias SID (APA, 2014; Nezu et al., 2006) ya explicadas en el apartado de fobias específicas. De esta manera, la excesiva ansiedad dental se relaciona con el temor al daño físico presente en todos los seres humanos al mismo tiempo que provoca sensaciones de peligro ante la exposición,

anticipación de dolor y pensamientos de muerte (Antony & Barlow, 1998). Dentro de las fobias SID, también se tiene en cuenta el miedo intenso a los hospitales, consultorios, instrumental médico, el olor característico de algunos fármacos y antisépticos entre otros elementos o situaciones de esta índole (Méndez, 2005).

Hmud y Walsh (2009) refirieron que cuando se padece una odontofobia, las personas reseñan temor a los procedimientos invasores, tales como la irrupción del torno o taladro, la extracción de la pieza dentaria, el golpe de agua que impacta contra el diente, el sangrado, la colocación de la anestesia, la sensación de ahogo; la persona responde tensando los músculos y la ansiedad que se genera aumenta la sensibilidad al dolor.

Lima Álvarez et al., (2006) explicaron que son variadas las conductas de riesgo que predisponen el deterioro de la salud bucal y que por consiguiente van a necesitar tratamiento odontológico; entre las más frecuentes se pueden mencionar los hábitos alimentarios ricos en azúcares, el tabaquismo, el bruxismo, una oclusión defectuosa, problemas de encías, entre otras.

Asimismo, Pérez Navarro, González Martínez, Guedes Pinto y Correa (2005) consideraron otros factores que pueden agravar la fobia dental entre los que se encuentran: un estado emocional inestable y extremadamente ansioso, una situación física agravada por la presencia de dolor, por ejemplo, caries, situaciones familiares de desajustes, los comportamientos miedosos de los padres, profesionales que no son sensibles y no calman con gestos o palabras tranquilizadoras la escalada de ansiedad de su paciente, entre otros.

En cuanto a la etiología, Lima Álvarez et al., (2006) discurren que es probable que algunos de los obstáculos que dispara la odontofobia sean las experiencias traumáticas previas, presenciadas o contadas por algún familiar o amigo que combinadas reducen la posibilidad que el paciente asista a la entrevista, cancelando o postergando la cita. En los niños, Calatrava (2005) opinó que las barreras a sortear para avanzar en una solución a esta problemática tienen que ver fundamentalmente con la actitud y ansiedad de los padres.

En este sentido, un estudio realizado por Albuquerque Da Cunha, Nahás Pires Corrêa y Abanto Álvarez (2007) reveló que el 52% de las madres, experimentaban niveles de ansiedad bajos y el 28% moderado en relación con la consulta y el

tratamiento odontológico de sus hijos. Al mismo tiempo, la misma investigación consideró otras variables que pueden ocasionar ansiedad, tales como, novedad, inseguridad y expectativas. La primera engloba a la segunda, toda experiencia nueva genera un estado de incertidumbre ya que se requiere la adaptación a algo desconocido y en relación con la expectativa se pudo observar que origina un incremento considerable de la ansiedad en relación con el comportamiento del niño, la actitud materna y la posibilidad de experiencia de dolor de diente. Asimismo, Kaplan y Sadock (1999) revelaron que las fobias SID tienden a darse a través de generaciones familiares cuando se tiene un familiar de primer grado que la padece.

Lima Álvarez et al., (2006) expusieron que es esperable que el odontopediatra conozca la naturaleza dinámica de la relación de los padres con sus hijos en las diferentes etapas del desarrollo y que pueda convertirlos en fuertes aliados en el proceso de adaptación del niño ante la consulta odontológica. La preparación y adiestramiento profesional pueden entorpecer y atizar la fobia o más bien colaborar en menguarla. Por ejemplo, una breve impuntualidad que obliga al paciente a permanecer en la sala de espera es contraproducente en una persona con odontofobia y la consulta será más difícil de manejar para el odontólogo.

En los pacientes pequeños que sufren odontofobia, Barberia Leache, Díaz, Tabal y Fernández Frías (1997) describieron señales psicofisiológicas tales como, enrojecimiento, sudoración, sequedad en la boca, problemas gastrointestinales y palpitaciones; con respecto a la conducta observaron berrinches, gritos, llantos y en general comportamiento desorganizado; emocionalmente, visualizaron sentimientos de vergüenza, timidez, desconfianza, timidez y angustia.

Calatrava (2005) puntualizó que es común que los niños se sientan inmobilizados o paralizados en el sillón, que utilicen argumentos dilatorios más o menos elaborados, que piensen sólo en escapar de la situación o que ni siquiera concurren a la cita.

Para ilustrar brevemente sobre la prevalencia de la odontofobia en Argentina una investigación realizada por Krahn, García, Gómez y Astié (2011) en la provincia de San Luis reveló que un 20% de las 120 personas encuestadas sufría miedo intenso ante la consulta odontológica y quienes más lo padecían eran aquellos que tenían como base de personalidad una fuerte presencia de ansiedad como rasgo.

3.2. La terapia cognitiva conductual (TCC)

Este apartado propone un breve recorrido por algunos postulados de la TCC ya que es el modelo terapéutico propuesto para el tratamiento de la fobia específica en el estudio de caso del presente trabajo.

El modelo de la TCC instauró una nueva época en la psicología clínica; el primer pilar se instituyó en la década de 1950 y marcó el inicio de la terapia conductual o de primera generación; el énfasis estaba puesto en la conducta sustentada en principios científicos apoyados por la psicología del aprendizaje y respondían básicamente a dos paradigmas: el condicionamiento clásico y el operante. Hacia la década de 1970, con el advenimiento del procesamiento de la información, se erigió la segunda columna del modelo entrando la psicología cognitiva en escena; ambas se asociaron y complementaron, dando lugar a un nuevo tiempo, el de la TCC (Pérez Álvarez, 2006).

El principio rector de la TCC afirma que el modo en el que los individuos interpretan las diversas situaciones de la vida ejerce una determinada influencia en las emociones y la conducta ya que las personas responden más al significado atribuido a los hechos que a los hechos mismos; son los pensamientos y no los acontecimientos los que determinan un estado de ánimo o un desorden psicológico (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002).

La TCC asevera que si se realiza una estimación objetiva y se logran modificar patrones de pensamiento y creencias disfuncionales se pueden obtener cambios beneficiosos en los estados de ánimo y en los comportamientos de los individuos ya que el procesamiento de la información y los modos de atribución sesgados, rígidos y disfuncionales pueden flexibilizarse y de esta manera la persona puede llegar a pensar, sentir y actuar de manera más funcional y adaptativa (Beck, 2000; Beck et al., 2002).

Al mismo tiempo Beck (2000) y Feixas y Miró (1998) resaltaron que el contexto interpersonal, la fisiología, las emociones, la cognición y la conducta son componentes que se interrelacionan y es necesario atenderlos de manera conjunta ya que toda sintomatología surge en una trama sistémica cultural y relacional.

Para entender el modo en el que se interpretan las situaciones la TCC, desarrolló los conceptos de *esquemas*, *creencias nucleares*, *creencias intermedias* y *pensamientos automáticos* (Beck et al., 2002).

Los esquemas, son aquellas ideas o pensamientos más dominantes y arraigados acerca de uno mismo, son el andamiaje con el que la persona organiza su mundo y le otorga sentido a sus vivencias; se desarrollan desde edades muy tempranas y se van consolidando en la adolescencia y juventud a través de la incorporación de nuevas experiencias y estímulos que van reorganizándolos y haciéndolos cada vez cada vez más complejos; pueden ser rígidos o flexibles, es decir más o menos factibles de ser modificados y a su vez se organizan en estructuras mayores denominadas *modos* que integran varios esquemas para responder a una situación particular. Al mismo tiempo, El componente primordial de los esquemas cognitivos son las creencias nucleares e intermedias; las primeras, son representaciones arraigadas de la realidad, permanecen generalmente veladas a la conciencia y se consideran como verdades incondicionales; las intermedias son las operalizaciones de las nucleares, expresan éstas a través de proposiciones condicionales, reglas o actitudes aplicadas a la situación concreta (Beck et al., 2002; Feixas & Miró,1998).

Los pensamientos automáticos son aquellos que aparecen en el flujo de la conciencia de manera fugaz y breve, no se basan en un proceso reflexivo o deliberativo y generalmente se es más consiente de la emoción que causa que del contenido del mismo (Beck, 2000).

Para graficar lo expuesto, piénsese en alguien que padezca una fobia específica, por ejemplo a los perros; la creencia nuclear es “todos los perros son malos y peligrosos”; la intermedia lo enfrenta ante la demanda ambiental: “Si el perro se da cuenta de que estoy nervioso me va a morder”, entonces, se activaría el *modo amenaza*; los esquemas cognitivos encargados de la interpretación de los hechos disparan el pensamiento automático “el perro me va a morder”; los esquemas afectivos responden con miedo; los fisiológicos producirán respuestas tales como la elevación de la frecuencia cardíaca, la tensión muscular entre otras; los motivacionales evaluarán la huida o la lucha; los instrumentales prepararán para la acción de la huida o la lucha y finalmente los de control, que inhiben o dan lugar a la acción, determinarán si se huye o se enfrenta la situación (Bunge et al., 2016; Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Para un abordaje clínico con TCC, Beck (2000) y Nezu et al., (2006) explicaron que se deben atender principios fundamentales entre los que se encuentran: la enunciación de la problemática del paciente planteada desde un punto de vista cognitivo, la identificación de los pensamientos disfuncionales, la alianza terapéutica, la participación y la colaboración activa del paciente, la resolución de problemas por objetivos, la identificación y evaluación de pensamientos automáticos, la continua actualización del momento presente, el carácter educativo y de prevención de reincidencias, la organización de las sesiones y la selección de estrategias y técnicas cognitivas para cada caso en particular.

3.2.1. La TCC con niños: la conceptualización del caso y la alianza terapéutica

El abordaje terapéutico con TCC en niños y adolescentes tiene como objetivo primordial transformar o redireccionar las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas que causan diferentes alteraciones y padecimientos (Bunge & Carrea, 2016). Para llevar a cabo estos propósitos Friedberg y McClure (2005) estimaron que en todas las situaciones debiera realizarse una adecuada conceptualización del caso y construirse una sólida alianza terapéutica como expresaron Gomar, Labourt y Bunge (2016).

Friedberg y McClure (2005) describieron que el modo en que los niños van construyendo sus experiencias encamina su funcionamiento emocional y sus conductas; los niños fundan estructuras mentales sobre sí mismos, sobre sus relaciones con los demás, sobre sus rutinas y sobre el porvenir, nada es recibido por ellos de manera neutral; los estímulos ambientales son recibidos activamente, son codificados y con esa información se explican lo que les sucede a ellos mismos y a su entorno, por estos motivos, la TCC debe acomodarse a las características peculiares de los niños y a las instancias del desarrollo evolutivo.

Es importante señalar que los niños no acuden a la terapia por sus propios medios y voluntad, siempre existe otro que lo acerca, ya sean sus padres o cuidadores debido a que sucedió alguna situación puntual y alguien sugirió la intervención para poder solucionar un problema que se hizo evidente (Friedberg & McClure, 2005). Además, es necesario recalcar que los niños no tienen injerencia en la iniciación ni finalización del tratamiento y que generalmente presentan menor implicación en el mismo, pudiendo observarse restricciones de índole lingüístico e intelectual

(dependiendo de la edad), dificultades para expresar emociones y fundamentalmente intereses, capacidades y preferencias diferentes de los adultos; todas estas consideraciones requieren de un terapeuta dispuesto a cumplir diferentes roles y a trabajar en forma conjunta con la familia y la escuela (Bunge et al., 2016).

De acuerdo con lo expresado anteriormente, Friedberg y McClure (2005) señalaron que, si se va a intervenir con niños, lo primero que debe realizarse es la conceptualización del caso ya que ésta permitirá definir cuáles son los mejores procedimientos, las herramientas más útiles a seleccionar y el ritmo que puede imprimirse al proceso, entre otras variables y consideraciones a ser tenidas en cuenta.

La conceptualización del caso, según los autores mencionados en el párrafo anterior, es un proceso dinámico que intenta formular y verificar todas las hipótesis posibles respecto de las constantes que operan como causantes, detonadores o factores que inician, mantienen o agravan los problemas que padece una persona; no es el mero diagnóstico, sino que es un “*retrato psicológico*” personalizado; una imagen global lo más completa posible del paciente que incorpora al diagnóstico como una variable que entra en juego con otros componentes tales como el problema manifiesto y su sintomatología, los antecedentes y consecuencias conductuales, el desarrollo y el historial de aprendizajes del niño, el contexto, la cultura, las estructuras y la predisposición cognitiva, entre otros.

Nezu et al., (2006) indicaron que los propósitos de la formulación del caso son comprender de manera pormenorizada la problemática que presenta el paciente, identificar las variables que se corresponden funcionalmente con la misma y diseñar objetivos y metas de tratamiento.

Otro de los aspectos para tener en cuenta en el proceso terapéutico es el de la alianza. El vínculo que se establece entre el terapeuta y el paciente se construye sobre la base de la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional; estas características son determinantes para entablar una relación terapéutica efectiva (Rogers, 1992). En el mismo sentido, Beck (2000) explicó que una actitud empática, cálida y verdadera, evidencia una genuina implicación y colabora en la construcción conjunta de la alianza que se encuentra conformada, además, por la colaboración en las tareas, la elaboración de un vínculo positivo y el convenio de objetivos.

Gomar et al., (2016) explicaron que existe abundante evidencia empírica sobre alianza terapéutica en adultos, la cual considera que la misma es uno de los factores comunes más importantes; en los casos con niños es un factor más, que generalmente se asocia al resultado del tratamiento, no siendo tan determinante en el éxito del proceso y relacionándola más con factores inespecíficos que otorgan efectividad a la psicoterapia. En contraste con la psicoterapia individual de un adulto en la que la relación es generalmente diádica, el tratamiento con niños y jóvenes suele incluir otros participantes o actores como padres o cuidadores, la escuela o alguna otra institución que entran a formar parte de la mencionada alianza, en consecuencia, pueden formarse diferentes subsistemas o entramados de relaciones (Bunge & Carrea, 2016).

Karver, Handelsman, Fields y Bickman (2005), distinguieron una serie de factores inespecíficos que deben considerarse en la alianza terapéutica en la clínica infantojuvenil, tales como, el afecto hacia la figura del terapeuta, la voluntad para participar del tratamiento por parte del paciente y de los padres y la cooperación del paciente, involucrándose y realizando las tareas asignadas entre sesiones.

Resumiendo, la TCC enfocada hacia la niñez, propone que los terapeutas y los niños conformen un verdadero equipo y como tal puedan ir atravesando las diferentes etapas del camino cual, si fueran socios, lo cual no implica un plano de igualdad sino de colaboración en donde la figura de autoridad del terapeuta invita a asumir responsabilidades de manera deliberada y planificada (Friedberg & McClure, 2005).

3.2.2. La entrevista de Admisión y la primera sesión con niños

Con el propósito de recorrer parte del proceso de un tratamiento de psicoterapia con niños se describen sus primeros pasos: la entrevista de admisión y la primera sesión (Carrea & Maglio, 2015).

El primer encuentro que se tiene con un paciente en una institución que atiende la salud mental es la *Entrevista de admisión* (EA); fundamentalmente se realiza para evaluar si el motivo de consulta justifica la realización de un proceso terapéutico, para que, en caso afirmativo, se comiencen a valorar todas las posibles alternativas psicoterapéuticas con las que se cuenta para ayudar al consultante (Bunge, Scandar, Musich, & Carrea, 2015).

Carrea y Maglio (2015) explicaron que la EA demanda la realización de una serie de pasos prefijados. En primer lugar, se debe determinar quiénes participarán en la misma; en la clínica infantojuvenil pueden participar ambos padres o cuidadores de manera conjunta, por separado, con o sin la compañía de su hijo. Independiente de quien participe de la EA los adultos responsables del niño deben dar el consentimiento para que se inicie el proceso.

En los primeros minutos de la EA es aconsejable establecer *rapport* a fin de que el consultante se sienta cómodo y seguro. Este momento inicial es muy útil para ir captando expresiones, reconociendo signos, empatizando y estableciendo las bases de la alianza terapéutica según comentaron Bunge et al., (2015). El siguiente paso en la EA es indagar acerca del motivo de consulta, la sintomatología en diferentes contextos y la confrontación de la información desde diferentes fuentes para así poder ir determinando la naturaleza del problema (Carrea & Maglio, 2015). Se utilizan en este momento los criterios del Manual diagnóstico de la APA (2014) para establecer correspondencia entre los signos y síntomas con la descripción que se hace de la problemática y para pensar diagnósticos diferenciales al mismo tiempo que se observan posibles comorbilidades. El profesional evaluará variables tales como el modo en el que se inició el problema, los factores que lo mantienen, las atribuciones de significado que exteriorizan los consultantes, aspectos ligados al funcionamiento cotidiano y la calidad de vida, entre otras manifestaciones, tal como señalaron Bunge et al., (2015).

Si luego de estas indagaciones en donde se intenta pesquisar al máximo todas las constantes, el profesional considera que es necesario iniciar una terapia, se deberá comunicar al consultante las opciones terapéuticas que tiene a su disposición describiendo los pros y los contras de las mismas. Si se cuenta con el consentimiento del consultante, el caso es derivado y el profesional que lo atenderá diseñará un plan de tratamiento (Carrea y Maglio, 2015).

El psicólogo que llevará adelante el caso evaluará los recursos con los que cuenta, la motivación para la realización del plan por parte de todos los involucrados en el caso y comenzará a definir qué tipo de intervenciones terapéuticas tendrán mayor probabilidad de generar el fin buscado dadas las características del niño y su familia (Bunge et al., 2016).

Barilá, Sottani y Musich (2016) explicaron que, para los niños, ser pacientes en psicoterapia es una actividad poco común, por este motivo, el terapeuta debería motivarlos para que perciban que las preguntas que se les hacen son para empezar a entender lo que les pasa y que justamente se realizan para que sirvan al tratamiento.

Friedberg y Thordarson (2015) describieron que en la primera sesión el psicólogo se presenta ante el niño y su familia, explica la TCC con palabras que todos puedan comprender y expone brevemente las cuestiones legales y éticas que correspondan según la edad. Luego de este primer momento se les pregunta qué los trae al tratamiento, convirtiéndose este interrogante en el puntapié inicial para la formulación de las “quejas”. Es importante que en cada problemática pueda identificarse el antecedente, la respuesta y la consecuencia para poder así ir transformarlas en objetivos operacionales a trabajar. Esta entrevista inicial se une a la EA para que el terapeuta pueda conceptualizar el caso teniendo en cuenta los datos aportados en la historia clínica más la organización coherente de la información recabada en la primera sesión (Carrea & Maglio, 2015).

Asimismo, Barilá, et. al., (2015) señalaron que las sesiones que se establecen para el tratamiento se organizan colaborativamente entre terapeuta y paciente y encierran una estructura que tiende a repetirse para propiciar el proceso de aprendizaje en el consultante. En este sentido, Bunge et al., (2015) y Friedberg y Thordarson (2015) describieron una sesión típica que básicamente consta de tres etapas: la primera o de inicio, en la cual se chequea el estado de ánimo, seguida de un repaso de la sesión anterior y de la revisión de las actividades solicitadas entre sesión y sesión; la segunda en la que se plantean los temas en agenda a trabajar y se llevan a la práctica los objetivos para ese día y la última en la que se realiza un cierre, se acuerdan ejercicios para la próxima y se solicita retroalimentación de la sesión al consultante.

3.2.3. Herramientas clínicas de la TCC para el tratamiento de fobias específicas

Este apartado describe los procedimientos habituales llevados a cabo desde la TCC para la intervención terapéutica en fobias específicas, los cuales, con los ajustes de cada caso particular, aplican para diversos tipos de fobias como expresaron Thompson et al., (2016).

El objetivo general de la terapia en un caso de fobia específica según Nezu et al., (2006) es la reducción del temor para poder enfrentarlo, sin embargo, existen otras

metas adicionales que hacen foco en el restablecimiento de la calidad de vida que pudo verse deteriorada a raíz de la fobia.

Las intervenciones terapéuticas que propone la TCC basadas en la evidencia para los diversos trastornos de ansiedad, son las mismas que pueden emplearse para el diseño del tratamiento en las fobias específicas y que básicamente van a intentar una reestructuración cognitiva en la que se alienta al consultante a identificar, monitorear y desafiar sus pensamientos disfuncionales (Chowdhury Culver & Craske, 2011).

Una de las primeras intervenciones es la *psicoeducación*, brindarle al consultante una explicación razonable de lo que le está ocurriendo junto con información sobre su trastorno (Bunge et al., 2016; Chowdhury Culver & Craske, 2011). En el caso de la fobia específica, Nezu et al., (2006) comentaron que al paciente se le explica el circuito del pánico, el círculo vicioso entre los pensamientos catastróficos y las sensaciones físicas que se asocian al objeto o situación fóbica. Para psicoeducar son útiles las metáforas, la utilización de imágenes e historietas o gráficos como, por ejemplo, la curva de la ansiedad (Gomar et al., 2016).

Bunge y Musich (2015) y Friedberg y McClure (2005) consideraron que es esperable que, en las primeras sesiones, el niño pueda identificar sus pensamientos, emociones y conductas a través del *auto monitoreo*; de esta manera, puede medir la intensidad de sus miedos graficándolos o asignándole valores que expresan la incomodidad. Los mencionados autores reconocieron que los instrumentos más habituales para estos procesos de identificación son: *pintar burbujas*, *las vías de mis miedos*, *el termómetro del miedo*, o el *registro* en columnas que visualiza y relaciona las variables arriba mencionadas.

Otro de los procesos terapéuticos para disminuir las sensaciones somáticas desagradables es el entrenamiento en *relajación*. Este procedimiento hace énfasis en la respiración como medio para lograr la distensión muscular. Para llevar a cabo la relajación muscular con buenos resultados se requieren instrucciones bien pautadas y graduales para lograr concentración y atención con el fin de poder trabajar en las sensaciones corporales (Friedberg & McClure, 2005; Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Uno de los procedimientos con mayor evidencia empírica es la *desensibilización sistemática*, una de las herramientas asociadas al contracondicionamiento que permite

que el niño pueda omitir la vinculación entre lo que le produce ansiedad y la respuesta de miedo. Se realiza un listado jerárquico de escenarios que producen ansiedad; los mismos se colocan de menor a mayor, por ejemplo, desde que en el colegio la maestra habla sobre la salud bucal hasta la escena de la cita con el odontólogo. Para cada escena se le pide al niño que narre, tanto como le sea posible, los aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales e interpersonales del miedo que le genera imaginarse ante cada situación. Si con alguna escena, el niño se activa demasiado, se debería volver a la respiración y relajación antes descritas como estrategias para librarse del miedo (Chowdhury Culver & Craske, 2011; Friedberg & McClure, 2005; Nezu et al., 2006).

Otro proceso terapéutico es el entrenamiento en habilidades sociales; un ejemplo de las múltiples herramientas de esta intervención es el *Juego con muñecos*, el mismo tiene como finalidad poder practicar la situación temida de una manera amena y divertida, asumiendo y variando roles, de esta manera el juego sirve para suscitar los diálogos internos que incomodan y al mismo tiempo acarrea una puesta en escena de diferentes métodos adaptativos de afrontamiento (Friedberg & McClure, 2005).

Por otra parte, existen diversas técnicas cognitivas de autocontrol que despliegan técnicas específicas como, por ejemplo, *Hablar con el miedo*, que proporciona la posibilidad de desplegar lo que se piensa y siente internamente empleando diálogos más adaptativos o *el Terrible sospechoso*, que permite neutralizar la incidencia de los pensamientos catastróficos compensando la ansiedad anticipatoria y enfrentando al niño a cuestionamientos sobre la posibilidad de que algo efectivamente ocurra y si ha ocurrido y lo ha superado, lo desafía a verificar qué tan terrible ha sido lo cual genera disonancias al asociar el afrontamiento con la catástrofe que se preveía (Friedberg & McClure, 2005). Este procedimiento de reestructuración cognitiva puede generar ciertos niveles de ansiedad en consecuencia lo óptimo sería elaborar creencias para poder contrarrestarlos (Méndez et al., 2011; Nezu et al., 2006).

En lo que respecta a los procedimientos basados en la ejecución, la *exposición* es una de las herramientas que proporciona datos reales de desempeño proporcionando la oportunidad para perfeccionar el afrontamiento, optimizar el autocontrol y determinación; esta técnica puede realizarse en una sola sesión o en sesiones extendidas (Méndez, 2005; Nezu et al., 2006; Thompson et al., 2016). En la exposición se evaluará si efectivamente la persona decide afrontar o se reafirma en la búsqueda de argumentos

e ideas catastróficas y disfuncionales para evadir el encuentro con el objeto o situación fóbica (Bunge & Musich, 2015; Chowdhury Culver & Craske, 2011).

Friedberg y McClure (2005) afirmaron que cuando se realizan avances satisfactorios en el afrontamiento, la autorecompensa, a través de la *medalla al valor* es un reconocimiento al éxito obtenido y se la utiliza como un refuerzo a la energía y coraje puestas de manifiesto en todas las instancias, es una forma de valorar los logros. Cuando se entrega una medalla al valor se le solicita al niño que se realice a si mismo unas preguntas que tienen que ver con la identificación del miedo al que se ha enfrentado, por cuánto tiempo pudo hacerlo, cuántas veces ha logrado superarlo y qué cosas lo han ayudado para desafiarlo.

Bunge et al., (2016) y Friedberg y McClure (2005) aseveraron que un aspecto primordial e imprescindible en la clínica con niños es el trabajo conjunto con los padres o adultos referentes. Es necesario que exista un “acuerdo” entre los adultos responsables del niño y el terapeuta para transmitir en todo momento un discurso unificado y coherente; en este sentido se plantean objetivos comunes de trabajo entre los que se encuentran instituir expectativas realistas de conducta, deslindando aquello que se desea de lo que puede ser o es factible que suceda; en este sentido se pueden enseñar a los padres una serie de técnicas para reforzar las conductas que esperan de sus hijos. Un ejemplo de estas estrategias propuesta por los autores arriba mencionados es *Tiempo de juego*; esta intervención fortalece el vínculo entre padres e hijos y permite reforzar conductas positivas.

Cuando la finalización del tratamiento está próxima, Bunge et al., (2015) señalaron que es importante revisar todo lo que se ha logrado a través de la terapia. Para este fin, los autores mencionados sugieren diversas estrategias que refuerzan las metas obtenidas en cada paso. Una de ellas es *Antes y Después* donde el niño mediante un dibujo puede experimentar las modificaciones que han sucedido en relación con su problema. Otra se denomina *Para ayudar a los demás*, la misma consiste en compendiar lo aprendido durante las sesiones a través de tres preguntas que pueden ayudar a otros niños a superar una situación similar; los interrogantes a responder son: ¿Cómo te sentías antes? ¿Cómo fuiste mejorando? y ¿Cómo te sentís ahora? También proponen una técnica llamada *La Fiesta de Graduación* que colabora con el final del tratamiento y posibilita el festejo por la culminación del mismo. Para la posibilidad de reincidencias

o recaídas se puede realizar el ejercicio *Más vale prevenir que curar* en el cual se plantea la posibilidad de un retroceso con respecto a lo logrado; en este caso se completan dos frases relacionadas con la situación conflictiva, para que, planteado este escenario, se recuerde lo que se tiene que hacer y lo que no se tiene que hacer, contribuyendo así al reforzamiento de las conductas aprendidas.

Nardone y Watzlawick (1992) plantearon que la meta final de la terapia es, en todos los casos, consolidar la autonomía del consultante poniendo de relieve la capacidad que ha demostrado a lo largo de la misma, resaltando cómo ha trabajado para ir obteniendo cada logro, recordándoles como fue superándose a sí mismo y enfrentando diversas situaciones; este incentivo es primordial para la autoestima y para las posibles complicaciones que puedan surgir en un futuro. En las intervenciones finales debe quedar en claro que el terapeuta sólo ha guiado el proceso y que de aquí en adelante el paciente será capaz de desenvolverse de manera autónoma.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

Una de las participantes fue Anita, una niña de siete años que vive en el barrio de Belgrano, en CABA, con su familia. La misma está compuesta por sus padres y dos hermanas, la mayor de 10 años y la menor de cuatro. La niña asiste a segundo grado en un colegio trilingüe y es buena alumna. Concurrió a la Institución mencionada en la introducción de este trabajo, acompañada por sus padres porque no quería ir al dentista y tenía caries. Ante el dolor de diente, el pediatra recomienda la consulta psicológica para ayudar a la niña a enfrentar esta ansiedad extrema con el objetivo de recuperar la salud bucal.

Otros participantes fueron los padres de Anita; por un lado, su padre, Jorge, de 38 años, empresario del rubro textil y por el otro, su madre, Mónica, de 35, ama de casa.

Por último, la Lic. M. psicóloga, 35 años, egresada de la UBA que hace 11 años trabaja en la institución y se dedica a realizar las entrevistas de admisión y el Lic. T., 30

años, también egresado de la UBA en 2009, el cual forma parte del equipo de trabajo de la fundación desde hace cuatro años y fue el profesional que diseñó y llevo adelante el proceso terapéutico junto con Anita y su familia.

4.3.Instrumentos

Los instrumentos que sirvieron para reconstruir la sintomatología, el tratamiento y evolución del caso, fueron: la entrevista de admisión (EA), la historia clínica (HC), la anamnesis, registros de sesiones y de una tarea del entrenamiento a padres, tres gráficos que dan cuenta de la aplicación de técnicas inherentes al proceso terapéutico: la escalera de la desensibilización sistemática (desafíos), el medómetro y un dibujo de la figura humana en el que se identificó pensamientos, acciones y sentimientos. Además, se contó con la información extraída de una entrevista semiestructurada realizada al Psicólogo y con los datos obtenidos por la residente en el espacio de la supervisión.

4.4.Procedimiento

En primer lugar, se analizó la EA que proporcionó el psicólogo y se cruzaron los datos con la HC y las reseñas de las sesiones a la luz de la teoría desarrollada en el marco teórico. En segundo lugar, se compararon los datos aportados en las entrevistas semiestructuradas que se le efectuaron al Psicólogo y se complementó la información con el registro del entrenamiento a padres, los gráficos y dibujos realizados por la niña y la reseña de la supervisión. Por último, se realizó una diagramación de toda la documentación provista por las diversas fuentes para constatar si la misma respondía a los objetivos propuestos en el trabajo con el fin de integrarlas en un desarrollo y en la exposición de conclusiones.

5. Desarrollo

5.1.Conceptualización del caso

Con la información obtenida de la EA, la HC, la anamnesis, los datos extraídos de la primera sesión y algunas respuestas de la entrevista realizada al psicólogo pudo construirse la conceptualización del caso, que tal como expresaran Friedberg y McClure (2005) colabora en la formulación de todas las variables para el planteo de hipótesis sobre las posibles causas que inician, mantienen o agravan el motivo por el que se consulta, en este caso, la fobia dental padecida por Anita, una niña de siete años. Esta

formulación del caso como señalaron Nezu et al., (2006) posibilita el planteamiento de objetivos y el diseño del tratamiento como se leerá en el desarrollo del objetivo dos.

En el centro de la conceptualización del caso según se desprende de la EA se especificó el diagnóstico, una odontofobia y otros estados conductuales y emocionales asociados, tales como ansiedad ante algunas situaciones, irritabilidad, pensamientos y conductas obsesivas; al respecto como señala APA (2014), los trastornos de ansiedad suelen tener alta comorbilidad y es necesario distinguir de manera lo más precisa posible a qué se le teme o qué se evita y cuáles son los pensamientos ligados a la situación fóbica como explicaron Antony y Barlow (1988). Estas consideraciones irán describiéndose en los diferentes apartados de este desarrollo y también se concluirá sobre las mismas en la parte final de este trabajo integrador.

En la entrevista, el psicólogo manifestó que la visión que tenía Anita sobre sí misma, involucraba sentimientos de timidez y dependencia; el mundo y los demás eran percibidos un tanto hostiles y poco pacientes. Emocionalmente ante situaciones puntuales, la asaltaban el miedo o la ansiedad excesiva, experimentaba enojo y se evidenciaban celos muy marcados hacia su hermana mayor. Conductualmente, evitaba la exposición a situaciones que sentía como amenazantes; este comportamiento como señalaron Nezu et al., (2006) y Sandín y Chorot (1995) es típico de las fobias. En la HC, se refirió que la niña desde los tres años comenzó a no querer que el pediatra la revisara, aunque iba a la consulta sin inconvenientes. Esta conducta podría haber estado asociada a lo que Méndez (2005) y Valiente et al., (2003) señalaron como miedos infantiles típicos; a la edad aludida el temor al daño físico comienza a hacerse más frecuente.

En la EA la madre refirió que su hija asiste a una escuela doble turno, trilingüe, que no tiene problemas de aprendizaje y es buena compañera.

En cuanto al contexto familiar, en la misma entrevista, los padres manifestaron que su hija es muy nerviosa y un tanto odiosa, que los hace “renegar” mucho, que no cuida sus cosas, que hay que decirle muchas veces todo, que algunas veces se obsesiona con algunos temas y no se puede razonar con ella.

Tanto en la EA con la psicóloga que derivó el caso como en las primeras sesiones con el profesional que llevó a cabo el tratamiento, los padres refirieron que Anita es muy nerviosa e inquieta y que ellos siempre creyeron que iba a tener algún problema; la describieron como caprichosa y de “mal genio”, que exige mucha atención

y que no hace caso. En el relato de la madre se escuchó la siguiente caracterización: “Anita es todo no”; “No escucha”; “No se pone con las tareas del colegio”; “No colabora para nada en la casa”; “No ordena, deja todo tirado”, “No cuida las cosas, las pierde”; “No le gusta bañarse y no se lava los dientes”; también mencionó que la niña se aburre con facilidad y que colecciona cosas en una cartera (le cuesta tirar). Asimismo, manifestó que tiene muchos celos de su hermana mayor: “Todo el tiempo quiere estar conmigo, se queja de que le presto más atención a sus hermanas”. También dijo que desobedece y grita mucho. La madre opina que a su hija le gusta llamar la atención, y que cuando no lo logra le dan “rabietas”. Un dato que aporta en una de las primeras sesiones es que siempre se viste con una única calza y si está mojada permanece en bombacha hasta que se seca para volver a ponerse la misma. Como positivo refiere que es divertida, inteligente, expresiva, buena alumna y compañera.

En el marco de las sesiones, el psicólogo obtuvo suficiente información sobre la relación de Anita con su hermana mayor. Anita contó que a ella no le compran tantas cosas como a su hermana y no la miran cuando hace las cosas. Por otro lado, la hermana tiene su propia habitación y juguetes y Anita los comparte con su hermana menor. La hermana mayor invita a compañeritas a jugar a la casa y Anita todavía no, aunque ella sí es invitada a otras casas a jugar. La hermana dijo de Anita: “Es molestona y gordona”.

Como explicó Friedberg y McClure (2005), los niños van fundando sus estructuras mentales sobre las relaciones que establecen con su entorno más inmediato, nada para ellos es neutro. En este sentido, el psicólogo contextualizó estos conflictos manifiestos con la hermana mayor y la madre a fin de trabajarlos en el proceso terapéutico.

En la primera sesión de orientación con los padres, el psicólogo indagó acerca de la cuestión de límites dentro y fuera del hogar, en este sentido, se advirtieron algunos desórdenes, como, por ejemplo, que no existen rutinas familiares organizadas, ni horarios, ni coherencia en las pautas disciplinarias. Un dato que el profesional recabó es que la niña tiene celular y maneja redes sociales; posee cuenta de Facebook e Instagram. Cuando en la entrevista se le preguntó acerca de estas cuestiones, el Lic. T. consideró que toda esta información es relevante, ya que colabora en el armado del “retrato psicológico” y en la descripción de la cultura familiar en la que la niña se halla inmersa como refirieron Friedberg y McClure (2005).

Como parte de una valoración integral del caso, en la EA la profesional solicitó una evaluación neuropsicológica para valorar los recursos cognitivos de la niña; la misma se realizó en la institución. De la EA también se desprendió que los padres contaban con un buen grado de motivación para llevar adelante el tratamiento junto con la pequeña, además de contar con recursos económicos por si se necesitasen en alguna instancia.

De esta manera, la Lic. M., ante la consulta inicial: “No quiere ir al dentista”, “Tiene caries y no podemos llevarla”, realizó un pronóstico alentador respecto de la superación de la fobia.

En relación con la anamnesis no se observó ningún antecedente para destacar. El embarazo, el parto, el primer año de vida, las pautas madurativas y los antecedentes médicos de la niña fueron descriptos como normales.

5.2. Objetivo 1. Sintomatología y creencias de una niña frente a un miedo específico

El desarrollo de este primer objetivo describe la sintomatología y las creencias disfuncionales de Anita. Las mismas se describirán en algunos párrafos desde el punto de vista de los padres y en otros desde la perspectiva de la niña porque tal como expresaron Gomar et al., (2016), cuando se trabaja con niños existen más voces en el proceso, la relación nunca es diádica, en consecuencia, se forman diferentes subsistemas que interactúan en las intervenciones terapéuticas.

En la entrevista, el Lic. T. refirió que Anita siempre llegaba a la consulta muy entusiasmada y motivada, con ganas de contar lo que le había ocurrido en la escuela o en la casa; se sentía muy cómoda y la sesión fluía de manera amena, tal es así como, en ocasiones, cuando la venían a buscar, ha manifestado que no se quería ir y extendía la actividad que estaba realizando. El psicólogo opinó que este espacio terapéutico ha sido muy beneficioso para la niña, es un momento que siente como propio, algo que sólo ella tiene: “Yo vengo acá y mi hermana, no” le ha dicho al Lic. T. en una de las primeras sesiones.

El motivo de consulta y la queja inicial sobre el miedo intenso a concurrir al dentista fueron expresados claramente por los padres en la EA y tal como manifestaron

Bunge, et al., (2015) fueron lo suficientemente contundentes y determinantes para justificar la intervención terapéutica. En la EA, luego de establecer el *rapport* inicial tal como sugirieron Carrea y Maglio (2015), la Lic. M. evaluó otras variables tales como de qué manera comenzó el problema, qué lo mantuvo o agravó, qué aspectos ligados al funcionamiento integral de la pequeña estaban involucrados y fundamentalmente en qué medida, tal como señalaron Bunge et al., (2016).

De la entrevista al psicólogo, se desprendió la información sobre los intentos fallidos de la niña en concurrir al dentista. En el lapso de un año, había asistido a dos odontólogos distintos y con ninguno había podido ni siquiera abrir la boca para ser revisada. El diagnóstico inicial de fobia que según la APA (2014) se enmarca en los trastornos de ansiedad y posee de acuerdo con lo descripto por Sandín y Chorot (1995) componentes de miedo y ansiedad extremos, inducían en Anita permanentes conductas de evitación tal como describieron Nezu et al., (2006). La fobia que padecía la niña era específica de tipo SID (APA, 2014) ya explicada anteriormente, y si bien esta clase de miedo figura entre los que están considerados como normales para la edad y momento evolutivo de acuerdo con Méndez (2005) y Valiente, et al., (2003), en el caso de Anita era desproporcionado, desadaptativo y disfuncional tal como describieron Antony y Barlow (1998) y Méndez et al., (2011).

En la entrevista, el psicólogo comentó que en las dos consultas odontológicas se produjeron diferentes manifestaciones de la sintomatología fóbica y en esas instancias se observaron distintas conductas de evitación que fueron aumentando la activación del miedo y la ansiedad de la niña tal como describieron Nezu et al., (2006) en estos casos.

En la primera sesión, la niña le contó al psicólogo que cuando fue al dentista por primera vez, se sentó en el sillón porque su hermana ya había ido al mismo odontólogo y ella también quería ir, pero no pudo abrir la boca. Este bloqueo paralizante ante una situación temida o que produce ansiedad extrema, fue señalada por Méndez et al., (2011) y Sandín (1995) como una respuesta conductual característica de las fobias. En la entrevista, el Lic. T. relató que Anita manifestó que cuando estaba en la sala de espera pensaba que le iba “a doler mucho el torno” y estaba preocupada por si le salía sangre de la boca. Hmud y Walsh (2009) y Lima Álvarez et al., (2006) describieron estos pensamientos de los pacientes en relación con los procedimientos invasores que acontecen cuando la persona, ya sentada en el sillón del dentista, debe

abrir la boca a pedido del profesional. La niña narró que en ese momento cerró fuerte los labios y que el corazón le latía rápido; estas reacciones fisiológicas fueron descritas por Bulacio (2011); Haeussler (2000) y Méndez et al., (2011) y son características, junto con otras, de un conjunto de expresiones somáticas que se dan en casos de extrema ansiedad. Anita estaba experimentando lo que Nezu, et al., (2006) refirieron como las sensaciones previas al anticipo del daño o peligro.

En la EA, la madre contó que cuando su hija estaba sentada en el sillón se la percibía muy nerviosa y tensa y que se largó a llorar; este tipo de conductas fueron referidas por Barberia Leache et al., (1977) y Courtney et al., (2016) como típicas en los niños de mediana edad ante la evaluación de un potencial riesgo.

En la segunda cita con un nuevo odontólogo, la madre refirió al psicólogo que su hija tuvo que esperar unos quince minutos para entrar y esa demora se convirtió como comentaron Lima Álvarez et al., (2006) en el detonante, para que la niña ensaye una evitación activa. También comentó, que mientras estaban en la sala de espera, la niña se comportaba de manera nerviosa e intranquila, se movía mucho, miraba para todos lados y preguntaba si le iba a doler; recordaba el episodio con el otro dentista y comenzó a llorar. Cuando le tocó su turno se negó a entrar. Estas respuestas cognitivas y conductuales fueron descritas por Méndez et al., (2011) y Sandín (1995) y son características de las fobias.

En cuanto a las cogniciones de la niña, según refirió el psicólogo en la entrevista y siguiendo los conceptos de Beck (2000), su creencia nuclear respondía a: “Todos los dentistas te hacen doler y te sacan dientes”; la intermedia: “Si voy al dentista me va a sacar un diente y me va a doler la boca con sangre”; ante esta perspectiva, se activaba el modo amenaza y se disparaba el pensamiento automático: “El dentista me va a hacer doler”. A continuación, todos los esquemas afectivos se manifestaban con elevada ansiedad (cabe recordar que, en la primera cita odontológica, Anita llegó a sentarse en el sillón soportando una angustia extrema); los fisiológicos, se activaban mediante la tensión muscular y los motivacionales evaluaban el afrontamiento o la huida, tal como describieron en situaciones similares a la expuesta Rodríguez Biglieri y Vetere (2011).

Cuando en la entrevista se le preguntó al psicólogo sobre el posible origen de la fobia dental de la niña y su relación con la sintomatología, el profesional respondió que las causas podrían ser diversas, aunque consideró algunas teorías por sobre otras, tal

como explicaron Chowdhury Culver y Craske (2011) y Kennedy (1986). Expresó que existió algo de condicionamiento, sobre todo en la primera visita, ya que el estímulo en principio neutro disparó en la niña una reacción de miedo excesivo, no pudiéndose establecer fehacientemente con qué estímulo perjudicial o traumático estaba asociado, tal como destaca Sandín (1995). Por otra parte, del registro de sesiones se desprende que una compañerita en el colegio le había mostrado a Anita un diente que tenía un poco de sangre todavía y le contó sobre el “Ratón Pérez”, y eso a ella le había dado mucha impresión; esta situación podría haber actuado como parte de un condicionamiento operante o modelado como explicaron Kennedy (1986) y Thompson, et al., (2016). En cuanto a otros factores predisponentes, el profesional también evaluó la vulnerabilidad biológica ya que, según la madre, Anita es muy ansiosa y la ansiedad podría estar presente en la niña como rasgo tal como describieron Haeussler (2000) y Thompson et al., (2016). También se consideró la probabilidad que Anita esté utilizando las ventajas del miedo para que, de esta manera, le presten mayor atención y en definitiva salga “ganando” al no enfrentarse a la situación que teme tal como afirmaron Bunge et. al, (2016); Méndez (2005) y Thompson et al., (2016).

Hasta aquí se expuso la sintomatología y las creencias de la niña asociadas a la fobia en el marco de dos experiencias malogradas. Además, se describieron situaciones que pudieron obrar como causantes de la odontofobia y que aportaron más información en relación con conductas y estados emocionales de la pequeña. A continuación, se describe el diseño del tratamiento.

5.3. Objetivo 2: El proceso terapéutico y las herramientas clínicas

El programa de tratamiento que planteó el licenciado T. desde la TCC para esta fobia específica consistió en terapia individual con la niña y orientación a padres tal como sugirieron Friedberg y McClure (2005) para estos casos y según se desprende de la EA y del registro de la primera sesión. El profesional estimó una cantidad aproximada de ocho sesiones distribuidas cada quince días con los padres y dieciséis semanales con la pequeña. Al mismo tiempo que estableció este encuadre, fijó los objetivos de la terapia tal como indicaran Nezu et al., (2006). Los mismos consistieron básicamente en que Anita pudiera concurrir al dentista y trabajar sus conductas impulsivas y oposicionistas.

Con los padres se acordaron objetivos que respondieran a expectativas realistas, ya que, si bien se atendería al motivo principal de consulta, las otras quejas con respecto a las diversas manifestaciones conductuales de la niña requerirían de intervenciones progresivas, consensuadas y muy puntuales para que de a poco Anita pueda ir modificando algunos comportamientos y fortaleciendo vínculos positivos con su madre, tal como explicaron Friedberg y McClure (2005).

Las herramientas propuestas por el psicólogo para la orientación y entrenamiento a padres consistieron en psicoeducación tal como propusieron Bunge et al., (2016) y Chowdhury Culver y Craske (2011) e identificación de situaciones y reacciones para modificar conductas en la dirección deseada, tal como señalaron Friedberg y McClure (2005). En este sentido, se decidió que el padre se ocuparía de llevar a la niña al odontólogo cuando las condiciones estuvieran dadas ya que el profesional advirtió tal como señalaron Albuquerque Da Cunha et al., (2007) que la madre de la niña experimentaba niveles de ansiedad que no colaborarían en la consulta si era ella la que acompañaba a la niña. Por otra parte, a la madre se le proveyó de algunas estrategias como, por ejemplo, “Tiempo de juego” descrita por Friedberg y McClure (2005). Esta herramienta le permitió dedicarle una atención positiva a la niña, sin que las demás hermanas estuvieran presentes, con el fin de recomponer el vínculo entre ambas. Entre las actividades se propuso, por ejemplo, ir solas al supermercado, cocinar algo juntas, salir a comprar alguna prenda, sentarse a tomar algo en una confitería, entre otras. Previo a estos acuerdos, y en el marco del entrenamiento a padres, ambos progenitores fueron completando una planilla con diversas situaciones problemáticas habituales, las reacciones de ellos y las de la niña y la respuesta de los padres a la reacción de la niña. De esta grilla se desprende que la reacción última de los padres siempre está asociada al reto o la penitencia. En el marco de las sesiones, se posibilitó que los padres pudieran ir construyendo y acordando otro tipo de respuestas ante estas situaciones. Por ejemplo, ante el pedido reiterado de la madre para que le muestre el cuaderno de clase, Anita no la escucha, no se lo da y la madre termina sacándoselo por la fuerza y la pone en penitencia. Anita argumenta que no tiene que dárselo siempre que se le pide. En este contexto, el profesional instruyó a la madre para que pueda tener otras formas de acercamientos que contribuyan a generar un ambiente amable y de confianza para la niña. Con estos datos se continuó trabajando la relación, solicitándole a los padres que en todo momento valoraran los esfuerzos de la pequeña,

que mantuvieran coherencia entre el discurso y el acto, que sostuvieran los límites y que fueran ecuánimes con todas sus hijas. Un ejemplo de límite que los padres lograron mantener en el marco de la fobia dental tuvo que ver con la prohibición de comer golosinas hasta que se arreglara la caries.

En el marco de la terapia individual con la niña, los objetivos fueron identificar la ansiedad, disminuir las respuestas fisiológicas y cognitivas relacionadas con la fobia y analizar las conductas problemáticas tal como propusieron Nezu et al., (2006) para estos casos.

Las sesiones tal como las describieron Bunge et al., (2016) y Friedberg y Thordarson (2015) constaron de tres etapas; en el inicio se revisaba el estado de ánimo de la pequeña, se conversaba de algún tema de interés o de algo puntual que ella traía y luego se retomaba lo trabajado en la sesión anterior, se revisaban las actividades solicitadas de un encuentro para el otro y comenzaban a trabajarse los objetivos específicos de ese día, realizándose finalmente un cierre de lo trabajado. Estas primeras sesiones tuvieron un fuerte componente de psicoeducación; en las mismas se explicaron las curvas de la ansiedad tal como las diagramaron Bunge et al., (2016) para que sean comprendidas por niños pequeños. El objetivo fue que Anita contara con una explicación razonable acerca del miedo intenso y reconociera las señales de su cuerpo y los pensamientos asociados a la situación fóbica para poder comenzar a enfrentarlos como indicaron Nezu et al., (2006). Según se desprende del registro del psicólogo, la niña siempre traía algún conflicto familiar relacionado con la ropa que la obligaban a ponerse, la comida que no le gustaba, algo que a ella no le compraron, o algún episodio vivido en la escuela, entre otros. El psicólogo fue tomando nota de todas estas reacciones que básicamente apuntaban a aspectos relacionales e intentó realizar un abordaje integral que permitiera disminuir los síntomas ansiosos, trabajar las conductas oposicionistas y reducir el temor específico por el que se consultó.

Para el tratamiento puntual de la fobia específica el Lic. T. realizó una diagramación que incluyó, como describieron Chowdhury Culver y Craske (2011) la desensibilización progresiva y la exposición gradual, entre otras técnicas que se fueron intercalando de acuerdo con la marcha y las necesidades puntuales del proceso terapéutico.

En el contexto de la aplicación de la desensibilización progresiva y sistemática, el psicólogo y la niña tal como plantearon Friedberg y McClure (2005) elaboraron un listado jerárquico de escenarios que incluyeron situaciones de menor a mayor intensidad en el disparo de la ansiedad. Para cada escena, se registró el automonitoreo de pensamientos y emociones asociadas a la situación recurriéndose al termómetro del miedo o miedómetro como una forma de poder dar cuenta efectiva del grado de malestar que la situación provocaba (Bunge & Musich, 2015; Friedberg & McClure, 2005). En este sentido, y tal como se desprende de la lectura de los informes de sesiones, la secuencia de la desensibilización se planteó en términos de desafíos para que, como señalaron Méndez et al., (2011), la niña interactúe gradualmente con la situación que le provocaba miedo y vaya pudiendo suprimir las respuestas fóbicas adquiridas. El psicólogo fue programando las sesiones colaborativamente junto con la niña como sugirieron Barilá, et al., (2016). El primer desafío consistió en hablar con el psicólogo sobre los dentistas; el segundo, ver fotos de dentistas en diversas situaciones; el tercero, visualizar videos de dentistas; el cuarto, ir hasta el consultorio y permanecer unos minutos en la sala de espera; el quinto, concurrir al consultorio para hablar con el dentista (para este desafío elaboraron una serie de preguntas sobre intereses de la niña en relación con los procedimientos dentales); el sexto y último, concurrir a un turno, sentarse en el sillón y abrir la boca para poder ser revisada.

Además de la graduación de los estímulos fóbicos, el psicólogo entrenó a la niña en el control de la activación vegetativa (respuestas fisiológicas desagradables) y mental (respuestas cognitivas automáticas) mediante técnicas conductuales de relajación y respiración. Para realizar estas intervenciones, el psicólogo, como indicaron Friedberg y McClure (2005), realizó instrucciones sistemáticas y precisas para la optimización de las mismas.

En el marco de una de las sesiones, antes del cuarto desafío, el psicólogo y la niña jugaron al dentista. El Lic. T. contó en la entrevista que los padres de Anita le habían traído de un viaje reciente un juego de dentista y se aprovecharon estos elementos para sentar un muñeco en una silla, mientras la niña lo “atendía”. Al mismo tiempo, el psicólogo le sugirió a la madre que juegue con la niña y con sus otras hijas al “consultorio del dentista” para que Anita se familiarice con el hecho de abrir la boca y vayan emergiendo posibles diálogos internos, emociones o preguntas que como

señalaron Friedberg y McClure (2005) acaecen en el juego de roles y sirven para imaginar una puesta en escena de diferentes métodos adaptativos de afrontamiento.

En el siguiente apartado se expone el último desafío como parte de los resultados logrados.

5.4. Objetivo 3: Evaluación de resultados

El desafío final consistió en la exposición en vivo; este procedimiento basado en la ejecución como marcaron Chowdhury Culver y Craske (2011) y Bunge y Musich (2015), comprueba si la persona está en condiciones de afrontar la situación o se retrae, evitándola nuevamente. En el caso de Anita una pieza clave fue que los padres aceptaran buscar un odontopediatra, cabe recordar, como señalaron Lima Álvarez et al., (2006) que la preparación y adiestramiento profesional pueden entorpecer y atizar la fobia o más bien colaborar en menguarla. El odontólogo elegido no sólo se especializaba en la atención de niños, sino que además se interesó en los desafíos de la terapia colaborando de manera activa y positiva convirtiéndose en un aliado más del tratamiento. La niña, concurrió al consultorio acompañada por su padre, pudo ser revisada sin inconvenientes y se le extrajo una muela de leche que presentaba caries. Ese mismo día se conversó con Anita sobre una futura consulta con el fin de efectuar una limpieza de los otros dientes y evaluar cómo vienen creciendo los dientes definitivos. El odontopediatra le mostró una lámina con todos los dientes, le explicó por qué se caen, qué pasa en ese momento, por qué hay que cuidar los dientes que aparecen luego de la caída o la extracción, qué son las caries, entre otros temas e inquietudes que la niña le planteó de acuerdo con la nómina de preguntas que habían elaborado con el psicólogo; básicamente lo que se realizó (esta vez en el consultorio del dentista) fue una tarea de psicoeducación como parte del tratamiento como plantearon Bunge et al., (2016) y Chowdhury Culver y Craske (2011).

El día de la consulta Anita se mostró un poco ansiosa ante la expectativa de lo novedoso, tal como se expresó en la investigación de Albuquerque Da Cunha et al., (2007) pero no tuvo ningún síntoma fisiológico desagradable y se manifestó contenta de haber asistido, de haber podido abrir la boca y que el odontólogo la haya atendido sin inconvenientes, tal como refirió el psicólogo cuando se le preguntó por este tema en la entrevista y como consta en el registro de sesiones.

Al llegar a la concreción de este desafío el psicólogo premió a la niña extendiéndole una nota firmada que decía: Doy fe de que la Señorita Anita cumplió exitosamente con el desafío final. En este sentido, Friedberg y McClure (2005), afirmaron que debe proveérseles a los niños estos refuerzos que reconocen el esfuerzo y el coraje por los logros obtenidos.

Uno de los elementos que el psicólogo destacó en la entrevista y que se incluye en esta sección de evaluación de los resultados, corresponde a la alianza terapéutica; la actitud empática, cálida y verdadera descrita por Beck (2000) que el profesional logró construir con la niña fue, según el mismo expresó, uno de los pilares del éxito en el afrontamiento de la fobia.

En este caso, a la alianza ya consolidada se unió la intervención de un profesional altamente capacitado en la atención pediátrica que, al mismo tiempo, como señalaron Lima Álvarez et al., (2006) estuvo dispuesto a participar en el tratamiento y conocía la dinámica de la relación de los padres con sus hijos y cómo juega la ansiedad materna en estas situaciones, lo que facilitó la resolución del proceso.

A lo largo de las sesiones y tomando como eje la conceptualización del caso, el psicólogo no sólo programó intervenciones y seleccionó herramientas para lograr que Anita pudiera enfrentar su odontofobia, sino que fue trabajando las diversas situaciones de conflicto familiar que quedaron plasmadas tanto en la EA como en la primera sesión.

A medida que se avanzaba hacia la exposición (la visita al dentista se dio entre la sesión ocho y nueve), también se trabajaron cuestiones referidas a la impulsividad y al manejo del enojo. Asimismo, se hizo hincapié en la problemática del uso de la ropa ya que la niña no ha participado de cumpleaños y fiestas familiares por negarse a ponerse otra cosa que no sea la calza de la escuela; en este sentido los padres lograron ser coherentes y mantener el discurso al igual que lo habían hecho con la prohibición de consumir golosinas hasta que no fuera al dentista.

Con respecto a la relación con su hermana, se trabajó el tema del enojo y se analizaron pautas para la resolución de conflictos. Para este fin, se utilizaron juegos de roles, dibujos, completamiento de grillas con situaciones problemáticas, reconociendo y analizando antecedentes y consecuencias de la conducta, identificando pensamientos y emociones, como las descritas por Friedberg y McClure (2005). Se le proporcionaron estrategias para que su hermana la incluya en los juegos.

En lo que respecta a la relación con la madre, mejoró notablemente producto de la atención positiva que ella brindó tal como fue trabajado en el entrenamiento a padres y siguiendo lo sugerido por Friedberg y McClure (2005). Quedaron temas pendientes como el uso de la tecnología y la cuestión de la vestimenta. El psicólogo señaló que la madre ha concurrido a todas las sesiones con indumentaria de gimnasia, no variando su atuendo o forma de vestir y que aún en la consulta no apaga su celular.

Cuando el profesional solicitó la supervisión del caso, la inquietud tenía que ver con el comportamiento obsesivo en el uso de la calza. El psicólogo refirió que, la niña no sale de su casa si no tiene acomodada la calza de tal o cual manera. También comentó que en una oportunidad no quería ir al colegio porque la calza estaba húmeda y la madre le dio una similar para ponerse. Ese día se subió al auto rumbo al colegio en bombacha y cuando el padre le dice que se baje, recién ahí, y a regañadientes, se pone la otra calza y entra a la escuela. Como puede apreciarse la niña presentaba reacciones y conductas desafiantes y obsesivas. La consulta puntual del psicólogo al supervisor fue para descartar indicios de un incipiente *trastorno obsesivo compulsivo* (TOC). El supervisor le comentó que siga observando las reacciones pero que un solo episodio no es suficiente para sospechar este tipo de perturbación. No obstante, al existir como base el diagnóstico de una fobia específica, no se deben descartar las comorbilidades que señaló la APA (2014) y es posible pensar que el TOC, aunque en la reciente edición del DSM 5 se haya excluido como comentó Tortella Feliu (2014) de la sesión de trastornos de ansiedad, sigue compartiendo esencialmente la ansiedad excesiva como respuesta.

Al cabo de la sesión 11, la niña no concurrió más a la institución, motivo que imposibilitó la finalización del tratamiento como estaba previsto (restaban cinco sesiones de acuerdo con el encuadre propuesto) y no se pudo revisar lo trabajado y logrado en la terapia como marcaron Bunge et al., (2015).

Luego de cinco meses, el psicólogo recibió un mensaje de la madre a raíz de que la niña debería comenzar un tratamiento de ortodoncia y le tienen que sacar unos dientes de leche. La madre, según refirió el psicólogo, tiene temor de que su hija empiece de nuevo con el tema de la fobia. Ante esta situación, el profesional sugirió que se acercara con la niña a la Institución para darle un cierre a la terapia que había quedado inconclusa, evaluar la inquietud de la madre y la necesidad o no de reanudar el tratamiento por este tema.

6. Conclusiones

El siguiente apartado expone las conclusiones que se extrajeron del recorrido realizado a lo largo de este trabajo final de integración y que esencialmente apuntaron a verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos, reconocer las limitaciones que se hallaron durante el proceso, valorar el abordaje terapéutico realizado por el profesional que llevó adelante el caso, presentar comentarios y preguntas acerca de los lineamientos trazados, y por último, a proponer alguna futura línea de investigación que pudiera abrirse a partir de la temática de las fobias específicas, particularmente de la fobia dental.

Con respecto a los objetivos planteados, puede concluirse que los mismos se cumplieron teniendo en cuenta el análisis de la información aportada por el psicólogo y las interrelaciones realizadas con los conceptos expuestos en el marco teórico.

En lo que atañe al objetivo uno, se logró describir la sintomatología fisiológica y las creencias disfuncionales de la niña en relación con su fobia dental. En un comienzo, estos síntomas fueron revelados a través del discurso de la madre en el espacio de la EA, y más tarde, Anita fue narrándolos en las sesiones. Con respecto al objetivo dos, se pudo reconstruir el proceso terapéutico y presentar las herramientas clínicas utilizadas desde la TCC. Finalmente, en lo que se refiere al objetivo tres, se dimensionaron los logros del tratamiento iniciado por el motivo de consulta y se observaron los avances en los intentos de atender a otras conductas comórbidas con la fobia, ya que el trastorno de ansiedad que se estaba tratando suele tener otros diagnósticos asociados, tal como explicitó la APA (2014).

La observancia de los objetivos específicos colaboró con el cumplimiento del objetivo general ya que se pudo conceptualizar el caso, describir el proceso de tratamiento y estimar los progresos del mismo.

En lo referente a las limitaciones, en términos generales, no existieron restricciones importantes, por el contrario, la temática abordada, contaba con un cúmulo abundante de consideraciones teóricas y no se tuvieron dificultades de acceso a la información. Quizás podría plantearse que, al decidir describir la concepción, origen y tratamiento de las fobias desde la TCC, se dejó de lado el aporte de otras escuelas y

modelos. En este sentido, se realizó un recorte de la teoría en función del enfoque institucional que aportó el caso.

De acuerdo con el modelo teórico seleccionado y la bibliografía consultada, no se halló a nivel de la TCC de segunda generación, nada novedoso para el afrontamiento de las fobias específicas siendo la desensibilización y la exposición como concluyeron Antony y Barlow (1998) las herramientas más efectivas con evidencia empírica respaldatoria. Por otra parte, el psicólogo refirió que, en el marco del tratamiento, también hizo uso de algunas herramientas pertenecientes a lo que actualmente se conoce como TCC de tercera generación, como por ejemplo las técnicas de relajación, respiración y autoconocimiento de la activación fisiológica, conectadas con *mindfulness* o intervenciones para trabajar la *defusión* como propone la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT). Las mismas no se incluyeron en el marco teórico ya que no se tuvo mayor precisión acerca de su utilización, en este sentido, la escasa información que se brindó sobre estas intervenciones no permitió estimarlas en el abordaje terapéutico para esta fobia específica.

Una restricción importante en cuanto a la Institución consistió en la falta de una cámara Gesell. Esta situación imposibilitó la observación de la paciente, perdiéndose la posibilidad de registrar la interacción del profesional con la niña, situación que hubiese ilustrado más fehacientemente lo leído en los registros de sesiones al mismo tiempo que para la residente hubiera sido una oportunidad única de observación de esta sintomatología en un caso específico.

En lo que respecta a los participantes, la pasante no tuvo ningún contacto con ellos, a excepción del psicólogo que fue el que brindó la documentación y al que se le realizó la entrevista. Lo que se conoció de los demás, fue a través de la información a la que se tuvo acceso, la cual fue seleccionada por el profesional tratante.

En lo concerniente a los instrumentos que se tuvieron a disposición, los mismos permitieron la reconstrucción del caso tal como se expuso en el desarrollo. Parte de la documentación aportada se hallaba incompleta, como, por ejemplo, algunos test que no tenían las referencias ni los resultados, o imágenes que pertenecían a la aplicación de alguna técnica no especificada, perdiéndose de esta manera un cúmulo interesante de información que hubiese resultado interesante para el desarrollo de los objetivos.

En lo que se refiere al abordaje realizado por el psicólogo se considera que una vez que el caso le fue derivado, realizó una completa y pormenorizada conceptualización del mismo atendiendo como señalaron Friedberg y McClure (2005), a todas las variables que pudieron haber colaborado en el planteo de hipótesis para el diseño del tratamiento más adecuado.

Se piensa que uno de los elementos más destacables en la superación de la fobia fue la alianza terapéutica lograda con la niña; en todo momento el terapeuta la recalcoó como una de las claves del proceso; esta visión confirma lo que sostuvieron Karver et al., (2005) cuando afirmaron que el afecto hacia la persona del terapeuta, la voluntad puesta de manifiesto en la tarea y el espíritu colaborativo de todos los actores involucrados, son factores inespecíficos que colaboran fuertemente en la eficacia terapéutica.

En este sentido y para sumar otras intervenciones a las ya conocidas de la TCC de segunda generación también podrían considerarse otros procedimientos incluidos en las terapias de tercera generación como *mindfulness* y herramientas de la ACT para este tipo de miedos extremos, como ya se ha mencionado anteriormente. Varios profesionales de los nombrados en el marco teórico, como, por ejemplo, Gomar, Mandil, Bunge, Musich, Sottani entre otros, están comenzando a trabajar en la investigación e implementación de intervenciones de la TCC de tercera generación para trastornos específicos. Ellos han descripto algunas herramientas de tercera generación de la TCC en algunos procesos terapéuticos en la Institución a la que ha concurrido la residente, las han registrado en las publicaciones del organismo y dan cuenta de las mismas en los cursos que dictan.

Se cree que, precisamente en el caso de las fobias SID, entre las que se incluye la dental (APA, 2014), en donde la exposición real es en el mismo momento en que la persona se sienta en el sillón del dentista, un entrenamiento en técnicas de relajación y de ejercitación de la atención plena ayudarían a apaciguar la sintomatología ansiógena.

También cabría preguntarse acerca de la necesidad concreta que tiene una persona de afrontar este tipo de fobias ya que las situaciones que tienen que ver con todo lo que involucra cuestiones médicas, no son de absoluta elección para los individuos, como puede ser subirse a un avión o contemplar un paisaje en altura, para

las cuales existen, además, simuladores que hacen posible una experiencia casi tan real como la exposición.

Un aspecto que podría incluirse para trabajar la decisión de afrontar una situación fóbica y que hubiera sumado una variable interesante para analizar en el proceso terapéutico tiene que ver con el tema de la *motivación*. Indagar acerca de qué es lo que impulsa a una persona a afrontar un momento de ansiedad extrema puede aportar datos muy interesantes para abordar en el tratamiento. En el caso de la fobia dental, las motivaciones podrían estar relacionadas con las ganancias que se producirían a raíz del afrontamiento, por ejemplo: resolver un dolor intenso, corregir una disfunción fonológica, alinear dientes, prevenir la pérdida de piezas dentarias, entre otros motivos que enumera Pérez Navarro et al., (2005). En el caso de los niños, las motivaciones son externas, no están relacionadas con la conciencia de la prevención, sino con obtener algún tipo de “premio” como, por ejemplo, que se le permita realizar algo que desea, la promesa de algún obsequio, algún permiso especial, el levantamiento de alguna prohibición, entre otros. Lo esperable es que la motivación sea trabajada en forma conjunta con los adultos y se conforme un equipo de aliados en el proceso terapéutico como apuntaron Friedberg y McClure (2005). En ocasiones, no se da una situación de colaboración con el tratamiento, sino que existen interferencias que obstaculizan el proceso motivacional de afrontamiento que el niño está intentando elaborar. En el caso de Anita, esta situación debió ser tratada por el profesional con especial cuidado; el psicólogo advirtió desde las primeras sesiones que la madre de la niña tenía muy poco *insight*, por lo cual le resultaba difícil que se contactara de un modo más positivo y amoroso con su hija. Este escaso reconocimiento de algunas situaciones por parte de la madre fue sin duda una barrera importante para todo el proceso terapéutico y se podría decir, que fue una de las causas más importantes que hizo que los síntomas se mantuvieran en el tiempo como señaló Calatrava (2005).

En la entrevista, el Lic. T. estimó que a medida que la niña pudo ir disminuyendo los niveles de activación fisiológica y estableciendo mejores maneras de vincularse con su mamá y hermana mayor, se empezó a preparar y asegurar el terreno para el afrontamiento. Teniendo en cuenta esta descripción del psicólogo se considera que hubiese sido interesante haber indagado sobre qué utilización ha hecho la pequeña del miedo, qué herramientas de la terapia han colaborado concretamente para la superación y cómo ha influido el mejoramiento de los vínculos familiares, para que en

un futuro si se plantea algún retroceso o recaída, se conozca desde dónde abordarlo rápidamente.

Las preguntas que han surgido de este trabajo tienen que ver, por un lado, con el descubrimiento y el análisis de las motivaciones que llevan a una persona a afrontar un miedo específico y por el otro con el hallazgo de las causas. En este caso, no hubo por parte del profesional una pronunciación contundente acerca de estos dos temas. Se podría deducir que a medida que se trabajó el aspecto relacional y que los niveles de ansiedad fueron disminuyendo, la niña estuvo en condiciones de empezar a transitar el camino de afrontamiento al estímulo fóbico. En este caso se puso más el foco en el mejoramiento de las relaciones interpersonales, al tiempo que se iban creando las condiciones de desensibilización progresiva y exposición. Es muy probable, que las experiencias fracasadas con los odontólogos que intentaron atenderla hayan disparado un condicionamiento clásico asociado a algún otro acto médico anterior o a información errónea o insuficiente sumado al modelado ejercido por la madre que también siente algún tipo de ansiedad cuando concurre al dentista (Kennedy, 1986; Thompson et al., 2016).

A pesar de los logros obtenidos, es necesario reconocer que el proceso de la terapia, tal como se había diagramado, fue interrumpido y por ende no tuvo una sesión de cierre que hubiera favorecido, como expresaron Bunge et al., (2015), afianzar las metas alcanzadas y otorgar herramientas que colaboraran en la prevención de recaídas. Si bien como afirmaron Nardone y Watzlawick (1992) el terapeuta sólo ha guiado el proceso, es importante que los ciclos tengan un cierre para que se pueda hacer un balance de lo trabajado y si eventualmente han quedado cuestiones pendientes se pueda plantear la posibilidad de cómo trabajarlas más adelante. En este caso, no sólo no hubo una sesión de evaluación y cierre, sino que quedaron pendientes cuestiones relacionales de la niña y su entorno más cercano.

La práctica en la Institución contribuyó a la formación de un autoconcepto en relación con lo que significa el trabajo institucional en equipo. Este caso, y otros tantos que se supervisaron en la institución durante el tiempo que concurrió la residente, abrió el panorama sobre las dudas o dificultades que mayormente plantean los profesionales en el marco de la TCC con niños y adolescentes, siendo los aspectos legales y de conflictividad de los padres los que más consultas requerían.

Se estima que futuras líneas de investigación en lo concerniente al tratamiento de las fobias que pueden originar los procedimientos corporales invasivos, entre los que se incluyen los dentales, se orientarán posiblemente, hacia estrategias tales como el control de la respiración, la atención plena, la musicoterapia, la psicoeducación, la flexibilidad cognitiva, formas que intentan producir desde lo comportamental, lo cognitivo y lo informativo, un estado que contribuya a poder afrontar los procesos que producen ansiedad extrema, evitando así que se dispare la reacción inmediata que anula la capacidad que posee toda persona de poder controlar sus pensamientos y conductas.

7. Referencias Bibliográficas

- Albuquerque Da Cunha, W, Nahás Pires Corrêa, M., & Abanto Álvarez, J. (2007). Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 17, 22-24.
- Antony, M., & Barlow, D. (1998). Fobia específica. En V. Caballo (comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad* (pp.7-21). Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV TR*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 5*. Buenos Aires: Panamericana.
- Barberia Leache, E., Díaz, D., Tobal, M., & Fernández Frías, C. (1997). Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. *Boletín Asociación Odontológica Argentina para niños*, 25 (4), 3-10.
- Barilá, C., Sottani, C., & Musich, F., (2016). Estructura típica de la sesión. En E. Bunge, M. Scandar, F. Musich & G. Carrea (comp.), *Sesiones de Psicoterapia con niños y adolescentes: Aciertos y errores* (pp.61-78). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2002). Visión General, Capítulo 1. En A. Beck, J. Rush, B. Shaw & G. Emery, *Teoría cognitiva de la depresión* (pp.10-18) Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bulacio, J. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial
- Bunge, E., & Carrea, G. (2016). Fundamentos e intervenciones cognitivas en niños y adolescentes. En M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (comp.), *Manual de Terapia Cognitiva Conductual con Niños y Adolescentes* (pp.1- 46). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Bunge, E. Gomar, M., & Mandil J. (2016). Enfrentando miedos, nervios y ansiedad. En E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil, *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos* (pp.109-188). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Bunge, E., & Musich, F. (2015). Sesiones con un adolescente con Trastornos de ansiedad. En E. Bunge, M. Scandar, F. Musich & G. Carrea (comp.), *Sesiones de Psicoterapia con niños y adolescentes: Aciertos y errores* (pp.79-108). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Bunge, E., Scandar, M., Musich, F., & Carrea, G. (2015). Introducción. En E. Bunge, M. Scandar, F. Musich & G. Carrea (comp.), *Sesiones de Psicoterapia con niños y adolescentes: Aciertos y errores* (pp.1-10). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Calatrava, L. (2002). Crecimiento científico contemporáneo, escenario epidemiológico actual de las enfermedades bucales y currículo odontológico. *Acta odontológica venezolana*, 40 (2), 37- 41.
- Carrea, G., & Maglio, A. L. (2015). La Entrevista de Admisión en la Clínica Infanto juvenil. En E. Bunge, M. Scandar, F. Musich & G. Carrea (comp.), *Sesiones de Psicoterapia con niños y adolescentes: Aciertos y errores* (pp.11-34). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Chowdhury Culver, N., & Craske, M. (2011). Terapia cognitiva conductual para Fobias Específicas. En R. Rodríguez Biglieri & G. Vetere (comp.), *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad* (pp.109-152). Buenos Aires: Polemos.

- Courtney, L., Podell, J., Mychailyszyn, M., Puleo, C., Tiwari, S., & Kendall, P. (2016) Terapia cognitiva comportamental para la ansiedad. En M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (comp.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes* (pp. 279- 311). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Eitner, S., Wichmann M., Paulsen, A., & Holst, S. (2006) Dental anxiety an epidemiological study on its clinical correlation. *Oral health*, 33 (8), 58-93.
- Feixas, G., & Miró M. (1998). La aproximación teórica. En G. Feixas & M. Miró, *Aproximaciones a la psicoterapia* (pp.169-207). Buenos Aires: Paidós.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R., & Thordarson, M. (2015). Sesión inicial de terapia cognitiva conductual con niños y adolescentes. En E. Bunge, M. Scandar, F. Musich & G. Carrea (comp.), *Sesiones de Psicoterapia con niños y adolescentes: Aciertos y errores* (pp.35-51). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial
- Gomar, M., Labourt, J., & Bunge, E. (2016). Alianza terapéutica con niños y adolescentes. En M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (comp.), *Manual de Terapia Cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (pp.93-128). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Grimal, P. (1989). *Diccionario de Mitología Griega y Romana*. Buenos Aires: Paidós.
- Haeussler, I. M. (2000). Ansiedad del niño desde la perspectiva psicológica. En J. Meneghello & A. Grau Martínez, *Psiquiatría y Psicología de la infancia y de la adolescencia* (pp. 360-367). Buenos Aires: Panamericana
- Hmud, R., & Walsh, L. J. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Revista de mínima intervención en odontología*, 2 (1), 237-248.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1999). Trastornos de ansiedad. En H. Kaplan & B. Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiátrica clínica* (pp. 657-662). Madrid: Panamericana.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Research*, 7 (1), 35-51.

- Krahn, N., García, A., Gómez, L., & Astié, F. (2011). Fobia al tratamiento odontológico y su relación depresión y ansiedad. *Fundamentos en Humanidades*, 12 (1), 213-222.
- Kennedy, W. (1986). Reacciones obsesivo-compulsivas y fóbicas. En T. Ollendick & M. Hersen (comp.), *Psicopatología infantil* (pp.380-393). Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Krahn, N., García, A., Gómez, L., & Astié, F. (2011). Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en humanidades*, 12 (23), 213-222.
- Lazarus, R. (1999). Perspectiva descriptiva: Narraciones de 15 emociones. En R. Lazarus, *Estrés y Emoción. Manejo e implicancias en nuestra salud* (pp. 240-242). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lima Álvarez, M., Casanova Rivero, Y., Toledo, A., & Espeso Nápoles, N. (2006). Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica. *Humanidades Médicas*, 7 (19), 1-9.
- Méndez, F. (2005). *Miedos y Temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F., Olivares, j., & Bermejo, R. (2011). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. Caballo & M. Simón, *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Montelongo, R., Zaragoza, L., Bonilla, G., & Bayardo, M. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Artículos*, 6 (11), 2-11.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). El tratamiento de los trastornos fóbicos En G. Nardone & P. Watzlawick, *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos* (pp.115-127). Barcelona: Herder.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E., (2006). Fobias específicas. En A. Nezu, C. Nezu & E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos conductuales. Un enfoque basado en problemas* (pp.83-98). México: Editorial Manual Moderno.

- Pérez Álvarez, M. (2006) La terapia de conducta de Tercera Generación, *EduPsykhé*, 5 (2) 159-172.
- Pérez Navarro, N., González Martínez, C., Guedes Pinto, A., & Correa, M. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños. *Revista Cubana de Estomatología*, 39 (3), 302-327.
- Rachman, S.J. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15 (5), 375-381.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Lengua española*. Madrid: Planeta.
- Ríos Erazo, M., Heredia Ronda, A., & Rojas Alcaayaga, G., (2014). Ansiedad dental: Evaluación y Tratamiento. *Avances en odontoestomatología*, 30 (1), 39-46
- Rodríguez Biglieri, R., & Vetere, G. (2011). Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de los trastornos de ansiedad. En R. Rodríguez Biglieri & G. Vetere, *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad* (pp. 25-64). Buenos Aires: Polemos.
- Rogers, C. (1992). La política de las profesiones de ayuda. En C. Rogers, *El proceso de convertirse en persona* (pp. 1-10). Buenos Aires: Paidós.
- Rowe, M., & Moore, T. (1998). Self-Report Measures of Dental Fear: Gender Differences. *Am J Health Behav*; 22(4), 2.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Comp.), *Manual de Psicopatología* Vol. 2 (pp.113-169). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Comp.), *Manual de Psicopatología* Vol. 2 (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Thompson, E., Reuther, E., & Ollendick, T. (2016). Fobias Específicas. En M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (Comp.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes* (pp. 322-351). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

- Tortella Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM 5. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4803018>.
- Tortella Feliu, M., & Fullana, M. (1998). Una revisión de los estudios retrospectivos sobre el origen de las fobias específicas. *Psicología conductual*, 6, (3), 555-580.
- Valiente, R., Sandín, B, Chorot, P., & Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15 (3), 414-419.