

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Carrera
de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Análisis de un caso de fobia específica; emetofobia en tratamiento cognitivo
conductual.

Alumna: Andrea Manzuoli

Tutora: Gabriela Ramos Mejia

Buenos Aires, 11 de noviembre de 2019

Índice

página

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Objetivo General | 2 |
| 2.1. Objetivos específicos | 2 |
| 3. Marco Teórico | 2 |
| 3.1. Conceptualizaciones de Ansiedad | 2 |
| 3.2. Ansiedad Patológica: Trastornos y criterios diagnósticos..... | 7 |
| 3.2.1. Fobias Específicas..... | 11 |
| 3.2.2. Fobia a vomitar | 13 |
| 3.2.2.1. Síntomas y criterios diagnósticos de la emetofobia..... | 13 |
| 3.2.2.2. Modelos de la etiología de la emetofobia..... | 17 |
| 3.3. Intervenciones del modelo cognitivo-conductual en las fobias específicas...19 | |
| 3.3.1. Intervenciones del modelo cognitivo-conductual en la fobia a vomitar | 24 |
| 4. Metodología | 26 |
| 4.1. Tipo de estudio | 27 |
| 4.2. Participantes..... | 27 |
| 4.3. Instrumentos | 28 |
| 4.4. Procedimiento..... | 28 |
| 5. Desarrollo | 29 |
| 5.1. Objetivo 1. | 30 |
| 5.2. Objetivo 2. | 36 |
| 5.3. Objetivo 3..... | 45 |
| 6. Conclusiones | 47 |
| 6.1. Limitaciones..... | 50 |
| 6.2. Aporte personal. Perspectiva crítica..... | 51 |
| 6.3. Nuevas líneas de investigación..... | 53 |
| 7. Referencias Bibliográficas | 54 |

1. Introducción

La práctica profesional para el Trabajo Final de Integración, se realizó en una institución privada de la Ciudad de Buenos Aires, dedicada al tratamiento e investigación de Trastornos de Ansiedad, con un abordaje desde la perspectiva cognitivo conductual. En la mencionada fundación, se atienden pacientes diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Ansiedad Social (TAS), Fobias Específicas (FE), Trastorno por Pánico (TP), y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC); además de realizarse capacitaciones a profesionales y jornadas para pacientes, familiares y público en general, sobre la problemática relacionada. Estas actividades son supervisadas por el presidente de la fundación, Doctor en Psicología y cofundador de la misma. Está formada por un grupo de profesionales; médicos psiquiatras y psicólogos y por ex pacientes recuperados, capacitados en la misma institución para coordinar grupos de pacientes con agorafobia y fobia social. Los pacientes son admitidos por el Dr. en Psicología, que dirige la fundación. Luego de la entrevista clínica, son derivados a los distintos psicólogos para realizar evaluaciones psicológicas, acorde a la evaluación de la primera entrevista y al médico psiquiatra, quien evalúa estudios clínicos que incluyen electroencefalograma y análisis de sangre y, si resulta necesario, administra medicación. De acuerdo al diagnóstico realizado por el psicólogo, los pacientes participan de los distintos grupos donde se aplican técnicas de exposición al elemento o situación fóbica.

Durante la práctica, se concurrió a los grupos de fobia social, donde a través de la observación participante, se tomó contacto con pacientes. Una vez por semana, durante tres horas, fueron convocados por un coordinador (paciente recuperado) a la institución, o fuera de ella, donde se realizaron técnicas de exposición y entrenamiento en habilidades sociales. Los días sábados se observaron, de 9 h. a 18 h., los pacientes del grupo de agorafobia, con cuatro coordinadores que organizaron las salidas. La actividad consistió en salidas cortas o largas, con distintos itinerarios y medios de transporte; donde se expuso a los pacientes acorde a la evolución de sus síntomas.

A partir de la observación en la práctica, de un caso de una paciente adulta diagnosticada con fobia específica a vomitar; se exponen las formas de abordaje individual y grupal durante su tratamiento. Para ello, se realizó la observación participante del caso en los encuentros del grupo de agorafobia, a los que la paciente concurrió todos los días sábados de 9.30 h. a 16 h., aproximadamente y se realizaron salidas grupales propuestas y organizadas

por los coordinadores de la institución. Al finalizar la exposición grupal se realizaron salidas individuales con la paciente, durante tres o cuatro horas. Dichas exposiciones fueron planificadas junto con la psicóloga tratante, acorde a la problemática de la paciente con fobia a vomitar. A partir del seguimiento y la observación del caso, se intenta en este trabajo, describir y analizar la evolución de los síntomas de la paciente, con emetofobia durante el tratamiento de tipo cognitivo conductual.

2. Objetivo General

Analizar la evolución del tratamiento de una paciente adulta diagnosticada con emetofobia desde una perspectiva cognitivo-conductual.

2.1. Objetivos específicos

1. Describir los síntomas de emetofobia en una paciente adulta acorde a los criterios diagnósticos al inicio del tratamiento.
2. Describir las intervenciones cognitivo-conductuales realizadas durante el tratamiento.
3. Analizar los cambios producidos en la sintomatología inicial de la paciente a partir del tratamiento de tipo cognitivo conductual.

3. Marco Teórico

3.1. Conceptualizaciones de ansiedad

La ansiedad es considerada como una respuesta emocional universal en la experiencia humana. Es y ha sido objeto de estudio de la psicología, principalmente desde el Siglo XX; las investigaciones desde los diferentes enfoques en psicología (en casi todos sus campos), dieron lugar al desarrollo de teorías acerca de la ansiedad y técnicas aplicadas. Sin embargo, el desarrollo de este constructo encuentra en la historia de sus formulaciones algunas ambigüedades, resultado del origen etimológico del término y de las diferentes miradas y metodologías para su abordaje (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

De acuerdo a sus raíces lingüísticas y a su uso idiomático, *angustia* y *ansiedad* tienen similitudes en sus significados. Ansiedad deriva del latín *anxietas*, definida como estado de temor, miedo; y su adjetivo latino *anxius* cuyo significado es angustiado, ansioso. Este

adjetivo se relaciona con el verbo *angere*, de allí, *angor* deriva en *angustia* que significa, angostura, opresión, ahogo, estrechez que se siente preferentemente en la región precordial o abdominal; con aflicción, congoja, ansiedad (Diccionario de la Real Academia Española, 2014). La similitud etimológica, genera diferencias en traducciones idiomáticas, en las fuentes de los distintos enfoques psicológicos y psicopatológicos abocados a definir la ansiedad. En la lengua castellana, angustia y ansiedad son conceptos diferentes. Para las traducciones alemanas, se utilizará sólo *angst*. Mientras que en las traducciones al francés; *anxiété* *angoist*, difieren (Pizarro Obaid, 2011).

En 1895, Freud introduce el término *angst* en la psicopatología, para describir un afecto negativo y una activación fisiológica desagradable, que resulta como consecuencia de un conflicto psíquico: debido a la acumulación de tensión sexual que no ha encontrado forma de satisfacción o tramitación psíquica, es vivida en lo físico, y constituye el núcleo central de las *neurosis*. En 1908, Freud propone llamar a la fobia de un niño *histeria de angustia*; la angustia es una descarga que sale de lo anímico, manifestándose no como una inervación corporal, sino como consecuencia de un mecanismo psíquico. Más tarde, en 1926, Freud conceptualiza la angustia situándola en el Yo. La angustia es el resultado de impulsos reprimidos que intentan retornar a la conciencia del sujeto y funcionando como señal de alarma, pudiendo variar en intensidad y duración (Freud, 1895; 1909; 1926).

De allí deriva que, en la actualidad, las corrientes psicodinámicas y humanistas usen con preferencia el término angustia, unificando los conceptos de angustia y ansiedad. Angustia, ansiedad y miedo, tienen en común la experiencia subjetiva del temor o amenaza y algunas manifestaciones corporales compartidas; pero no son lo mismo. La diferenciación clásica entre miedo y ansiedad se focaliza en el carácter anticipatorio de la ansiedad frente a peligros futuros, indefinibles e imprevisibles; dándole esto un valor funcional relevante; además de tener una función activadora y facilitadora de la capacidad de reacción para el propio individuo (Sierra et al., 2003).

El miedo es una reacción emocional, frente a una situación que se presenta como real frente a un peligro reconocido en estado de conciencia. Tiene valor adaptativo para la supervivencia de la especie. Al igual que otras emociones, se manifiesta en nuestra mente y nuestro cuerpo con cambios químicos y metabólicos, así como también, en acciones y conductas. Las respuestas de miedo son de huida, enfrentamiento o paralización frente a lo que se presenta como amenazante. La característica diferencial de la angustia es que se presenta como un sentimiento sin motivo aparente, y separado de estímulos externos o del

objeto motivador, manifestándose como un miedo difícil de definir para quien lo padece; es miedo sin objeto (Carrión & Bustamante, 2012). Muchas veces, la ansiedad, al igual que el miedo, se asocian a estímulos concretos, como en el caso de las fobias; por lo cual esta sola característica, no alcanza para diferenciar los dos conceptos. En el miedo se trata de una reacción emocional frente a un estímulo real y concreto, esa respuesta será proporcionada al estímulo; mientras que, en la ansiedad, como en el caso de las fobias, la respuesta mostrará una reacción desproporcionada en intensidad respecto del peligro real o supuesto, que representa el objeto o la situación (Casado Morales, 1994). A partir del siglo XX, con el advenimiento de la psicología experimental, bajo el modelo conductista, surgen nuevas teorías respaldadas experimentalmente, acerca de la ansiedad. Esta escuela utiliza los términos *miedo* y *temor* en el estudio de la respuesta de ansiedad (Sierra et al., 2003). Dentro del conductismo, Watson y Rayner, en 1920, fundamentaron una teoría experimental de las fobias a partir de las teorías del condicionamiento clásico. Según este modelo, cualquier estímulo considerado neutro (EN), al asociarse con un estímulo aversivo o estímulo incondicionado (EI), se convierte en un estímulo condicionado (EC) de miedo, evocando en el individuo una respuesta condicionada (RC) de temor que puede generalizarse a otros estímulos. Según esta explicación, un estímulo fóbico que provoca miedo o ansiedad lo sigue produciendo a lo largo del tiempo, a pesar de que la asociación entre los estímulos ya no exista (Sandin & Chorot, 2009). Este modelo resultó insuficiente al momento de explicar la etiología de las fobias. Dentro del mismo enfoque conductual, Mower (1968) con su *modelo bifactorial mediacional* formulado entre 1939 y 1960, explica el fenómeno de no extinción de la RC de miedo en las fobias, relacionando el modelo de condicionamiento clásico, con el condicionamiento operante. En la *teoría bifactorial* de Mower, el componente clásico explica la RC de miedo, actuando como impulso, mediando y motivando conductas instrumentales de escape o evitación. La evitación actúa sobre la exposición al EC de miedo, que le anticipa el estímulo aversivo, actúa como un refuerzo negativo ya que reduce el miedo y a su vez refuerza la misma respuesta. La ansiedad, por tanto, es impulso o motivo para las conductas de evitación o escape que permiten controlar el evento temido. La diferencia entre estas dos conductas es que la evitación, se produce por la posibilidad de predicción del evento al que se teme. La ansiedad es definida como una respuesta aprendida y anticipatoria.

Estas teorías, durante las siguientes décadas, son reformuladas a partir de distintos trabajos experimentales. Eysenck (1968, 1979, 1985), con su *teoría de la incubación*, pretendiendo dar un modelo explicativo acerca del mantenimiento de miedo en las fobias y el

condicionamiento de la ansiedad; complementa la ley de extinción, tratando de explicar por qué no se produce extinción de la RC de ansiedad cuando el individuo es expuesto al EC sin el EI, o muchas veces, esta respuesta de ansiedad se incrementa (incubación de la ansiedad). Incluye en su teoría dos variables que intervienen en el incremento de la ansiedad: la fuerza de la RC y la duración de la exposición al EC. Estas teorías son las bases de técnicas psicológicas como la desensibilización sistemática y la inundación (Sandin & Chorot, 2009).

Después de la década de los años 70, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1979), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos, dando lugar a conceptualizaciones diferentes acerca de la ansiedad como respuesta. El estrés es experimentado por todos los seres humanos, es un proceso adaptativo y necesario, que se produce en la interacción del individuo con el contexto. Puede describirse como una respuesta inespecífica del organismo ante exigencias ambientales, pero determinado por los procesos cognitivos. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia. La persona percibe las demandas de su ambiente que pueden ser internas o externas y les asigna un significado, que le permite valorar la amenaza y realiza una evaluación de sus propios recursos para afrontarlos (Lazarus & Folkman, 1984). Si la evaluación es positiva en cuanto a los recursos de afrontamiento, el estrés se elimina. La ansiedad puede ser una de las respuestas frente al estrés, dependiendo del modo en que la persona haya valorado la información (Bulacio, 2004).

En la década de 1980 las teorizaciones basadas empíricamente, comienzan a focalizarse en la ansiedad y el miedo como emociones, cuya naturaleza no puede reducirse sólo a la evaluación cognitiva o a mecanismos neurofisiológicos independientemente, sino que, como en todas las emociones, intervienen operaciones cognitivas, neurológicas y conductuales; descartando modelos de las emociones unidimensionales; cognitivos o fisiológicos (Barlow, 2000). Para Barlow (2000), miedo y ansiedad son emociones defensivas adaptativas; patrones congénitos de reacción y respuesta que fueron evolucionando en las especies con un sentido funcional, siendo posibles de ser modificadas por el aprendizaje; pero no son lo mismo. Las diferencias entre ansiedad y miedo son sustanciales en todos sus niveles psicométrico, fenomenológicos, expresivos, conductuales, neurobiológicos. El miedo es una respuesta defensiva básica, que permite responder al peligro inminente con esfuerzos instantáneos. En la urgencia de la respuesta se involucran mecanismos neuronales que

facilitan la acción inmediata. La ansiedad es una estructura cognitivo-afectiva única y coherente que se caracteriza por su naturaleza compleja a nivel fisiológico, cuyo núcleo es la sensación de incontrolabilidad, centrada en gran medida, en posibles amenazas futuras. Es una conjunción de emociones básicas almacenadas en la memoria en forma de redes afectivas. A nivel neurofisiológico, la activación de circuitos cerebrales distintos actúa como el sustrato de la preparación para contrarrestar la autopercepción de la incapacidad para predecir, controlar u obtener resultados en ciertas situaciones o contextos. La ansiedad es un estado de ánimo orientado al futuro para tratar de hacer frente a eventos negativos próximos (Barlow, 2000).

Dentro de las teorías cognitivas, para Beck y Emery (1985), al igual que para Barlow (2000), la reacción de miedo es adaptativa e innata para determinados estímulos. Con la experiencia de vida se producen aprendizajes que llevan al aumento de los estímulos que desencadenan esta reacción. Es condición para que la reacción de miedo se produzca, que haya una percepción de amenaza; que volverá a ser evaluada por el sujeto en cuanto a las probabilidades que tenga de materializarse y de los recursos que crea tener para afrontarla; dando como resultado una reacción subjetiva frente a la activación del miedo. Esta respuesta es la ansiedad e implica un patrón de respuestas que se activan ante hechos que son interpretados como amenazantes. Es definida como un estado de inquietud y temor de múltiples dimensiones: cognitivo, fisiológico, emocional y conductual. Al elevarse el nivel de ansiedad, se producen cambios fisiológicos y metabólicos específicos, que se reflejan en la actividad nerviosa cortical y subcortical, este fuerte elemento neurofisiológico proporciona a los estados de ansiedad una sensación de urgencia y potencia que dificulta su modificación (Beck & Emery, 1985). Para Clark y Beck (2012) la evaluación cognitiva es esencial en la ansiedad. En la ansiedad participan procesos automáticos atencionales en la percepción del estímulo o situación temidos, expectativas de resultados en la adquisición del miedo condicionado y procesos conscientes, capaces de inhibir respuestas de miedo aprendidas, que incluyen la capacidad de adquirir nuevas asociaciones que suprimen la expresión del miedo. Beck y Emery (1985) y Clark y Beck (2012) postularon desde el enfoque del procesamiento de la información, que la *ansiedad* es un resultado emocional de respuestas biopsicosociales. Los componentes de esta respuesta son evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos; su origen es la percepción y reconocimiento de una señal aversiva, procesada subjetiva y selectivamente; con sesgos en la evocación de la información contenida en la memoria y con interpretación subjetiva. En la evaluación secundaria del miedo, esta situación se acompaña

de la autoevaluación acerca de las capacidades para afrontarlo, cuyo resultado es la activación de la respuesta de ansiedad como emoción a nivel fisiológico, motor, cognitivo y motivacional. Estos autores, definen al miedo como un proceso cognitivo básico, de estimación automática sobre una amenaza o peligro inminente; diferente de la ansiedad, que es un proceso complejo y subjetivo, una respuesta ante la activación del miedo, un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual, que se produce ante eventos o situaciones que son interpretados por el individuo como amenazas peligrosas, inciertas e incontrolables. Si bien el miedo está presente en todos los trastornos de ansiedad, la ansiedad es un estado más permanente ya que se asocia con las valoraciones de amenaza y suele adquirirse a través de la interacción del organismo con el contexto. Aunque este proceso de aprendizaje pueda ocurrir fuera de la conciencia, la mediación cognitiva; expectativas, interpretaciones, creencias y recuerdos son fundamentales en el desarrollo y persistencia de la ansiedad (Clark & Beck, 2012). Los tipos de reacciones que se desencadenan una vez identificada la amenaza, son de tipo fisiológicas, en cuanto que el sistema nervioso autónomo en su rama simpática, alerta sobre la señal de peligro; segrega adrenalina y noradrenalina generando una hiperactivación fisiológica, preparando al organismo para la acción; luchar o huir del peligro. Las respuestas comportamentales típicas del miedo son la lucha, la huida o la inmovilización. En los trastornos de ansiedad se producen conductas de evitación frente a la reacción de miedo para tratar de prever la situación amenazante y conductas de seguridad o conductas defensivas, cuya función es prevenir o minimizar las supuestas amenazas. Las reacciones cognitivas, son las evaluaciones secundarias que surgen después de la evaluación automática de la respuesta de miedo (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Al definir la ansiedad, es importante establecer si se trata de un fenómeno agudo, transitorio o crónico. Para lo que se utilizan instrumentos psicométricos como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). La ansiedad estado supone un estado emocional transitorio, mientras que la ansiedad-rasgo se explica a partir de una tendencia ansiosa, propia de un rasgo de personalidad (Sarudiansky, 2013). Existen diferentes definiciones y modelos teóricos que sirven de marco a estas definiciones, pero todas coinciden en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional (Sierra et al., 2003).

3.2. Ansiedad Patológica: Trastornos y criterios diagnósticos

Las primeras nosologías y nosografías acerca de los trastornos de ansiedad (TA), se relacionaron con la *neurosis de angustia* descrita por Freud en 1895, llamadas así por ser la

angustia su núcleo principal. Comprende los síntomas de ansiedad persistentes, descrita por Freud como *angustia flotante*, que puede investir cualquier representación o mantenerse como angustia sin enlace alguno. La presencia de *ataques de angustia* se manifiesta en cambio, por la aparición de crisis inesperadas y súbitas de angustia, acompañada de signos físicos como temblores y alteraciones en los ritmos cardíaco y respiratorio. En base a estos síntomas, para el psicoanálisis, podrá desarrollarse una fobia o temor referente a amenazas fisiológicas. Cuando la manifestación principal es el vértigo asociado a la angustia, se presenta el miedo asociado a la locomoción característico de la *agorafobia*. Las fobias, para el psicoanálisis freudiano, fueron consideradas manifestaciones de las neurosis, sin constituir una entidad diagnóstica. Con el análisis de la fobia de un niño, Freud (1905) describió la *histeria de angustia* como entidad nosológica, que incluía todos los síndromes fóbicos predominantes y la angustia conectada a estas fobias era independiente de la angustia flotante (Ojeda, 2003).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, en la tradición anglosajona se impondrá *anxiety*, para referirse a la angustia en la nomenclatura psiquiátrica y psicológica, sin diferenciación; produciéndose su redefinición nosográfica (Pizarro Obaid, 2011). Hasta los años 80, las neurosis de ansiedad se caracterizaron por una preocupación ansiosa exagerada, llegando al extremo del pánico y acompañada por síntomas físicos. Las investigaciones acerca de este constructo, se incrementaron y el concepto de ansiedad fue evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones que abarcan comportamientos, pensamientos y síntomas fisiológicos, cuyas manifestaciones son sentimientos subjetivos de tensión y activación fisiológica, debiéndose a estímulos internos o externos. Los criterios diagnósticos, acerca de estos trastornos se ocuparon de definirla como un patrón de conducta multidimensional, agrupando, tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos (Sierra, et al., 2003). En la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), de la American Psychiatric Association (APA, 1980) se produce una modificación respecto de los trastornos de ansiedad, independizándose del concepto de neurosis del psicoanálisis, basando la clasificación en los síntomas que se manifiestan en común. El concepto de neurosis fue rescatado, en parte, por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), que lo reincorporó en *los trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatomorfos* en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10). En versiones siguientes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV T-R- (APA, 2000), los trastornos de ansiedad

(TA), se clasifican en: *Ataques de pánico* (cuya característica es la presencia de episodios de angustia, de comienzo brusco, de breve duración y carácter espontáneo, no relacionado con eventos claramente identificables y un nivel alto de ansiedad anticipatoria, generado por el miedo a sufrir otra crisis), *Trastorno de angustia sin agorafobia*, *agorafobia sin historia de trastorno de angustia*. y *trastorno de angustia con agorafobia*: (la agorafobia se define por conductas de evitación fóbica relacionadas con situaciones en las que resultaría difícil encontrar una salida o buscar ayuda, en caso de un nuevo ataque de pánico), *Fobia específica* (ansiedad clínicamente significativa o temor persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica), *Fobia social* (presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación), *Trastorno obsesivo-compulsivo*, (presencia de obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos o compulsiones cuyo propósito es neutralizar esa ansiedad. Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos de carácter persistente, que causan malestar y provocan ansiedad), *Trastorno por estrés postraumático* (con re-experimentación de eventos traumáticos y síntomas debidos a hiperactivación, conductas de evitación de estímulos relacionados con un trauma). *El trastorno por estrés agudo*, (con síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un evento altamente traumático), *Trastorno de ansiedad generalizada* (sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado con síntomas de fatiga, insomnio de conciliación, irritabilidad y sentimiento de angustia, impaciencia y caracterizado por la hiperpreocupación), *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica* y *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*. En el DSM IV-TR (APA, 2000) se incluye un trastorno de ansiedad infantil *trastorno de ansiedad por separación*. En la actualidad, los TA pueden ser valorados y ordenados según criterios diagnósticos operativos que pueden utilizarse tanto en la investigación como en la clínica. Las dos clasificaciones más importantes son el DSM-5 (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 2010). Desde los criterios diagnósticos utilizados en la década de los 80, hasta el DSM-5 (APA, 2013) no ha habido grandes cambios en cuanto a estos trastornos; dado que la perspectiva es similar: los trastornos son definidos por categorías, basándose principalmente en los síntomas, ocupándose secundariamente de los posibles factores que los causan. En la última versión se intenta una concepción dimensional y la aproximación hacia una clasificación en términos etiológicos y patofisiológicos. El DSM-5 (APA, 2013) incluye los trastornos descritos en este trabajo, para el DSM-IV TR (APA,

2000), con las siguientes modificaciones: la inclusión de dos trastornos: *el trastorno de ansiedad por separación* y *el mutismo selectivo*, que en la versión anterior formaban parte de los *trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia*. El *trastorno obsesivo-compulsivo* y los *trastornos por estrés postraumático* y de *estrés agudo* se ubican en la nueva versión como *trastorno obsesivo compulsivo* y *trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos*, dejando de pertenecer a los TA, aunque se encuentren relacionados en la sintomatología. Las crisis de angustia, aparecen en la nueva clasificación como aplicables a todos los TA o ser parte de otros trastornos. En el DSM- 5 (APA, 2013), el *trastorno de angustia* y la *agorafobia* se describen como trastornos independientes debiendo codificarse como diagnósticos separados; en la *agorafobia*, el miedo, ansiedad o evitación deberán presentarse en dos o más situaciones para permitir el diagnóstico diferencial con las *fobias específicas* (Tortella Felliú, 2014). Según la OMS (2010), los TA se refieren a un grupo de trastornos mentales caracterizados por sentimientos de ansiedad y miedo, incluyendo *trastorno de ansiedad generalizada*, *trastorno de pánico*, *fobias*, *trastorno de ansiedad social*, *trastorno obsesivo compulsivo*, *trastorno postraumático* y *trastorno del estrés*. Los síntomas pueden variar de leves a graves. La duración de los síntomas que suelen experimentar las personas con trastornos de ansiedad hace que trate más de un trastorno crónico que episódico.

La OMS (2017), en el último conjunto de estimaciones mundiales de salud puestas a disposición; en el año 2015, refleja que la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad se estimó en 3,6%, resultando estos trastornos, más comunes entre las mujeres que entre los hombres. El número total estimado de personas que viven con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones. Este total, reflejó un aumento del 14,9% desde 2005, como resultado del crecimiento de la población y el envejecimiento. En las mismas estimaciones se indica que para la República Argentina, sobre 2 542 000 casos el 6,3% padece trastornos de ansiedad. Dada su alta prevalencia a nivel mundial, los TA, generan un alto costo en salud pública y son causa de bajo rendimiento académico y laboral, afectando el bienestar y la calidad de vida de las personas. Existen tratamientos eficaces para estos trastornos (Carrión & Bustamente, 2012).

En la actualidad, todos los criterios diagnósticos coinciden en que la ansiedad, tiene un valor adaptativo por sus características anticipatorias. La ansiedad patológica se define como una reacción emocional exagerada o irracional frente a una situación particular. Se presenta como un estado de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación en simultaneidad con la

activación del sistema nervioso autónomo- simpático. Sus manifestaciones clínicas incluyen síntomas cognitivos, comportamentales y físicos (Sandín Chorot, 1995). Cuando las reacciones de ansiedad, frente a determinadas situaciones, alcanzan niveles excesivamente altos o se estereotipan, pueden transformarse en poco adaptativas; la respuesta de ansiedad, deja de ser normal y se considera patológica y sus manifestaciones pasan a ser síntomas de algún cuadro clínico o el eje de los trastornos específicos de ansiedad. La eficacia del tratamiento, dependerá del diagnóstico diferencial a partir de criterios clínicos (Bulacio, 2004).

Existen diferencias individuales en las manifestaciones de los síntomas de ansiedad, dependiendo de factores biológicos o psicológicos. No todas las personas tienen los mismos síntomas. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. La ansiedad normal produce manifestaciones que le son propias y sólo alguna de ellas puede hacerse persistente o intensa para interferir negativamente en la vida de la persona y formar parte de un trastorno. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, cumplen una función adaptativa y no deberían eliminarse. En los casos donde se ha sufrido un trastorno de ansiedad, habiendo esto implicado un padecimiento severo, los niveles de tolerancia a la ansiedad normal pueden ser bajos, o incluso puede dificultarse distinguir, de la ansiedad patológica (CanoVindel & Miguel Tobal1999).

Para Clark y Beck (2012), en la ansiedad patológica, los esquemas cognitivos responsables de la representación interna del peligro en el miedo, sesgan el proceso elaborativo de evaluación o intento conciente de buscarle sentido al temor y respuestas adecuadas para afrontarlo; generando vulnerabilidad y ansiedad sobre la amenaza. Este sesgo produce que la atención esté centrada en los aspectos amenazantes de las situaciones y distorsiones cognitivas como la maximización del peligro, generalizaciones o pensamientos catastróficos acerca de la amenaza, estimaciones exageradas sobre la cercanía probabilidad y severidad de la amenaza potencial. Todo esto influirá en la subestimación de la capacidad propia de afrontamiento.

3.2.1. Fobias Específicas

Las fobias o trastornos fóbicos corresponden a los trastornos de ansiedad caracterizados por el desencadenamiento de miedo y ansiedad por algún estímulo o situación específica. Entre el 5% y el 12% de la población mundial sufre de trastornos fóbicos (Kessler ,2007).

Cuando la ansiedad se asocia a estímulos concretos, con una respuesta de miedo desproporcionada en intensidad respecto del peligro real o supuesto, que representa el objeto o la situación, se trata de una fobia. Los estímulos pueden ser externos o internos al individuo, percibidos por él mismo como peligrosos o amenazantes, siendo las características del sujeto, lo que determine en gran medida, el tipo de estímulo que produzca respuesta de ansiedad. (Casado Morales, 1994). Las dificultades diagnósticas más evidentes para caracterizar las fobias, se relacionan con la delimitación entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico; resultando necesario distinguir algunas características de las fobias: La reacción de miedo es desproporcionada en relación a la situación objetiva de amenaza; esta desproporción de la respuesta no puede ser explicada ni controlada voluntariamente por el individuo que la padece. Como consecuencia en la conducta, se produce una evitación de las situaciones fóbicas y malestar intenso y persistente por la anticipación ansiosa; interfiriendo en las actividades diarias de la persona, en sus interacciones sociales y en su vida personal. El patrón de respuesta en las fobias incluye manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas (Capafons Bonet, 2001).

Cuando el miedo es originado por una situación u objeto con características específicas, la cual obliga a ciertos individuos a evitarlos, para impedir un incremento inmediato de la ansiedad; se trata de una *fobia específica* (FE). Se pueden diferenciar de otros trastornos fóbicos basándose en los tipos de situaciones que se evitan, esta clasificación en los criterios diagnósticos, se basó en una serie de informes del grupo de trabajo de la APA (1994) del DSM IV, para los trastornos de ansiedad y señala que los tipos de fobias se definen a través de ciertas dimensiones como la edad de aparición, diferencias por género, las formas de covariación entre fobias, el centro de la aprensión de cada una, ciclo vital en que se presenta, el grado de predicción de la respuesta fóbica, y el tipo de respuesta física durante la exposición al objeto o situación temidos. La diferenciación de los diferentes tipos; fobia social, fobia específica y agorafobia se apoyó principalmente en la naturaleza de los estímulos que producen el miedo. Dentro de las FE se incluyen las fobias de tipo animal, ambiental, inyecciones-sangre o daño y situacional. Se incluyó un apartado denominado *otros tipos* para describir a las fobias que no se clasifican fácilmente utilizando en las cuatro tipologías de FE. Allí se ubicaría la fobia a vomitar y cualquier otra fobia que no encuadre en el resto. El principal problema de esta división por tipo de estímulos fóbicos, es que resulta muy amplio su espectro y no todas comparten las mismas características clínicas (Capafons Bonet, 2001). En el DSM-5 (APA, 2013) se mantienen las características de la versión anterior, al *trastorno*

de ansiedad social se lo clasifica como *fobia social*. Se agrega que la duración del problema en las FE, debe ser de al menos 6 meses para determinar el diagnóstico; y no deberían explicarse la ansiedad, pánico o evitación frente a las situaciones temidas, por otros trastornos mentales. El miedo excesivo o irracional es determinado como tal, por quien lo padece o por el tratante, quien podrá especificar si la ansiedad es desproporcionada respecto del peligro o amenaza real, tomando en cuenta para su discriminación, aspectos culturales y contextuales (Tortella Felliú, 2014).

Las manifestaciones de las FE a nivel fisiológico, se asocian al incremento de actividad del sistema nervioso autónomo; aumento de los ritmos cardíaco y respiratorio, sudoración, contracciones estomacales, y otros síntomas; con diferencias individuales en el patrón de respuestas, en los distintos individuos. En el plano cognitivo se despliegan creencias e interpretaciones sobre la situación temida, acerca de sus capacidades de afrontamiento y de la interpretación de sus respuestas fisiológicas, que se manifiestan en imágenes o pensamientos y verbalizaciones relacionadas con consecuencias negativas. A nivel comportamental, predominan las conductas de huida y evitación, frente a la posibilidad que la amenaza vuelva a presentarse. Estos tres factores se relacionan entre sí produciendo en la persona que padece la fobia, malestar y una interferencia negativa en sus actividades y en su propia vida (Capafons Bonet, 2001).

3.2.2. Fobia a vomitar.

3.2.2.1. Síntomas y criterios diagnósticos

Según la CIE-10 (OMS, 2010) y el DSM-5 (APA, 2013) la *emetofobia* o miedo a vomitar, se clasifica como una fobia específica. Sin embargo, el término explícito *emetofobia* (SPOV) no aparece en ninguno de los sistemas clasificatorios. Este término en la clínica, se aplica a *emético* cuyo significado médico es *que produce el vómito*, y *fobia* que significa temor (Diccionario de la Lengua Española, 2016). El miedo a vomitar, es una de las fobias menos estudiadas, y su etiología y sintomatología no están bien descritas (Antony, Craske & Barlow, 2006; Lipsitz, Fyer, Paterniti, & Klein, 2001).

El miedo a vomitar, no es suficiente para diagnosticar a una persona con SPOV, sino que el diagnóstico clínico, deberá incluir los criterios de las FE. Según DSM-IV (APA, 2000), la fobia a vomitar se clasifica dentro de las FE de *otros tipos*; lo que podría generar un efecto no deliberado de minimizar su investigación (Boschen, 2007). Los criterios de las FE aplicados a la SPOV, según el DSM-5 (APA, 2013) podrán describirse como: miedo intenso y persistente a los vómitos excesivos o irrazonables, debido a la presencia de vómitos o a su

anticipación. La exposición a señales relacionadas con vómitos casi infaliblemente desencadena una respuesta de ansiedad inmediata, que puede tomar la forma de un ataque de pánico, relacionado con la situación de vómito. El miedo a vomitar es excesivo e irrazonable. Las situaciones fóbicas relacionadas con los vómitos se evitan o se soportan con ansiedad o angustia intensas. La evitación, la anticipación ansiosa o la angustia interfieren significativamente en la vida cotidiana de la persona y sus actividades y relaciones sociales, o hay una angustia manifiesta por tener esta fobia. Los síntomas deberán persistir al menos por seis meses. El diagnóstico diferencial de SPOV deberá hacerse con otros trastornos de ansiedad y anorexia nerviosa, que pueden presentarse como comorbilidades de la SPOV (Veale, 2009).

Keyes, Gilpin y Veale (2018) realizaron una revisión sistemática para describir las investigaciones realizadas acerca de la emetofobia. Concluyen en su meta-análisis, que, en relación con otras fobias específicas, la SPOV es un trastorno poco estudiado con escasos estudios empíricos bien diseñados o estudios de caso. Los estudios existentes están basados en muestras de comunidades de internet, siendo algunas poco significativas; por lo cual consideran preciso profundizar su investigación. De las investigaciones existentes, concluyen que el aumento de las náuseas, las imágenes intrusivas de vómitos y el locus de control del asco, son características significativas de la emetofobia. Van Overveld, Jong, Peters, van Hout, y Bouman (2008), en coincidencia con Veale (2009) y Keyes, Gilpin y Veale (2018) sugieren que la investigación sobre la fobia a vomitar carece actualmente de un instrumento estandarizado para establecer conclusiones acerca de este trastorno, ya que la mayor parte de los estudios realizados utilizan cuestionarios autoadministrables, sin evaluación psicométrica de sus variables e índices. Esto impide una comparación entre estudios, más precisa. Por lo que creen, se hace necesario, en investigaciones futuras, centrarse en el desarrollo de un instrumento válido y fiable para establecer las preocupaciones específicas de la emetofobia.

En las investigaciones realizadas se describe la SPOV como un problema crónico de inicio temprano, que implica padecimiento significativo, malestar y dificultades en diferentes áreas; laboral, social y familiar, producidas por las conductas evitativas (Veale, 2009). En estudios realizados sobre encuestas a pacientes con SPOV, se observó, que se desarrolla comúnmente en la infancia con una duración media de hasta 25 años (Veale & Lambrou, 2006). Diversos estudios coinciden en que la emetofobia parece encontrarse predominantemente en mujeres jóvenes. Muchas mujeres con emetofobia evitan o retrasan quedar embarazadas y tienen conductas restrictivas hacia los alimentos. Las conductas de

evitación en la SPOV como la selectividad de alimentos o la evitación del embarazo, y los comportamientos de seguridad, como tomar medicamentos innecesarios o limpiar excesivamente; a menudo conducen a un impacto clínicamente significativo en la vida de las personas (Lipsitz, et al., 2010; Veale & Lambrou 2006 ; Van Overveld et al., 2008). Para Veale (2009) estas conductas producen interferencia negativa en la vida de las personas que padecen SPOV, más significativas que las conductas evitativas de otras FE.

Lipsitz et al. (2010) realizaron a través de correo electrónico, una encuesta a los miembros de un grupo de internet de apoyo para la emetofobia. De las respuestas, pudieron inferir, que en la emetofobia (para la muestra utilizada) la preocupación por el vómito propio, prevaleció sobre la posibilidad de vómito de otras personas en su presencia. Algunas de las personas con fobia a vomitar, también mencionaron la presencia de ataques de pánico con predominio de síntomas gastrointestinales. Veale y Lambrou (2006), infieren que la mayoría de las personas con una SPOV son predominantemente temerosas de su propio vómito, la evitación hacia otras personas que creen que están en riesgo de vomitar estaría asociada a la probabilidad de su propio vómito (incluso habiendo evidencia de que no necesariamente, el vómito sea contagioso); ver a otros vomitar funciona en la SPOV como estímulo para tener que pensar en vómitos propios o sentir náuseas. Una minoría de personas con SPOV tienen miedo exclusivo o predominante de que otros vomiten. Esto podría describirse como un subtipo de SPOV o una fobia específica diferente (Veale, 2009).

Normalmente, quien padece la SPOV, sostiene conductas de evitación frente a lo que percibe como situación de riesgo a vomitar o a que otros vomiten. Las situaciones o lugares donde otros puedan vomitar, funcionan como señales externas, y producen pensamientos catastróficos de escenas atemorizadoras, activando la memoria de sus propias vivencias, que actúan a favor del mantenimiento del miedo a vomitar (Veale, 2009; Van Overveld et al., 2008). Las preocupaciones más comunes se manifiestan en pensamientos catastróficos relacionados con las consecuencias de vomitar, se asocian con el miedo a las náuseas y a los vómitos, a contaminarse o enfermarse y menos comunes resultan el miedo al pánico y a perder el control (Keyes et al., 2018). Para Veale (2009), las personas con SPOV a menudo presentan preocupación exagerada por la salud; se preocupan por infecciones o alimentos contaminados que pueden producir intoxicaciones, e inducirlos a vomitar. En general atribuyen las náuseas a problemas físicos sin relacionarlos con la ansiedad. Sus preocupaciones más frecuentes son acerca de la planificación mental de cómo evitar vomitar o cómo hacer frente a que otra persona vomite.

En cuanto a los factores desencadenantes, pueden ser el efecto de estímulos externos como ver a otros vomitar o internos como las náuseas o síntomas gástricos (Veale & Lambrou 2006; van Hout & Bouman, 2012). Los desencadenantes externos incluyen: personas que podrían estar enfermas, o estar en riesgo de vomitar como los niños o individuos alcoholizados. En otras investigaciones la diversidad de estímulos desencadenantes puede asociarse con señales que aparentemente eran neutras, de carácter cognitivo; como simplemente escuchar la palabra *vómito* o señales contextuales como comer frente a otros, que induce al miedo a tener náuseas (Lipsitz et al., 2001; Veale & Lambrou, 2006). Para Veale y Lambrou, (2006) las respuestas responsables del mantenimiento del miedo incluyen la evitación de experiencias de pensamientos e imágenes propias o de vómitos de otros y señales interoceptivas para las náuseas, evitar las señales externas que podrían conducir a vómitos; hipervigilancia para el seguimiento de las amenazas externas; atención autoenfocada e hipervigilancia para las náuseas y otras sensaciones gastrointestinales; preocupación, autotranquilidad y planificación mental de las rutas de escape de vómitos de otros; pensamiento mágico y neutralización para evitar vomitar; comportamientos de búsqueda de seguridad, incluyendo la comprobación compulsiva y la búsqueda de reaseguros. Veale (2009), realiza una descripción de las conductas evitativas que pueden observarse en las personas con SPOV: evitan situaciones o actividades tales como ir de vacaciones al extranjero, viajar en barco o en avión, visitar lugares concurridos, usar transporte público, uso de baños públicos o contacto con manijas de puertas. Negarse a consumir, medicamentos, ir al dentista por miedo a la anestesia. La evitación relacionada con alimentos puede ocurrir de diversas maneras: consumiendo pocos alimentos, disminuyendo así la cantidad que podría no llegar a digerir y consecuentemente vomitar, estableciendo el límite con la sensación *lleno*. La restricción en el consumo de alimentos puede asociarse a ciertos contextos, por ser elaborados por otras personas o la exclusión por tipos (por ejemplo, mariscos, comida rápida frita), que podrían tener un riesgo ligeramente mayor de vómitos, o porque están asociados con una experiencia aversiva del pasado, relacionada con los vómitos; consumiendo sólo los considerados *seguros*. Las consecuencias de la evitación alimentaria podrían reflejarse en consecuencias fisiológicas, como la reducción de peso o el aumento de las náuseas por la falta de hábitos alimentarios (Veale, 2009). La evitación también puede ser interna: evitar imágenes relacionadas con vómitos, no mencionando su padecimiento, expresando *sentirse enfermos* o *no sentirse bien* o bien como distracción, supresión o algún otro comportamiento que tenga la función de evitar pensar en vómitos. Entre los comportamientos de búsqueda de

seguridad se encuentran los chequeos compulsivos relacionados con la situación u objeto vómito. Evitar a las personas y actividades relacionadas con el vómito previene la extinción y evita la desconfirmación de las expectativas y la sensación de miedo extremo; pero refuerza la evitación de náuseas y señales relacionadas con los vómitos. La baja probabilidad de vomitar y su fuerte asociación del vomito con el miedo hace que la respuesta fóbica no disminuya (Veale, 2009 y Veale & Lambrou, 2006).

Según Veale (2009), la SPOV puede ser comórbida y es importante establecer un diagnóstico diferencial con otros trastornos. El diagnóstico diferencial con la hipocondría, se basa en que en ese trastorno, la preocupación tiene como centro el temor a estar enfermo, y el foco de la enfermedad no es siempre el mismo; en relación a la SPOV, las personas pueden tener preocupación por estar enfermas, pero todas las enfermedades están relacionadas con el vómito; presentan ansiedad por la salud, se preocupan por las enfermedades en relación con los alimentos y atribuyen sus náuseas a problemas físicos en lugar de atribuciones psicológicas. El diagnóstico diferencial con el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), se establece porque en la emetofobia, los pensamientos obsesivos y las compulsiones se presentan posteriormente a la fobia a vomitar y relacionadas con el vómito. Un diagnóstico comórbido de FE y TOC se haría en el caso de presencia de obsesiones y compulsiones no relacionadas con esa situación. En los trastornos por pánico; a diferencia de la emetofobia, la sensación de náuseas y ansiedad ocurre en el contexto de otras sensaciones fisiológicas y con poca evitación de señales relacionadas con vómitos. El sentimiento de vergüenza a vomitar en público puede ser un factor relacionado con la fobia social (FS); podría hablarse de comorbilidad con FS, en casos donde el temor sólo esté relacionado a vomitar frente a otras personas y no se produzca sin la presencia de otros. En cuanto a otras FE, como el miedo a ahogarse o sofocarse, puede ser un problema secundario en la SPOV, debido al temor de arcadas y vómitos. La anorexia nerviosa, según Veale (2009), se diferencia de la SPOV, en cuanto que la emetofobia, no es un trastorno alimentario. El paciente con fobia a vomitar baja de peso por la consecuencia involuntaria y secundaria de la meta más importante que es; no vomitar. En cuanto a la comorbilidad de ambos trastornos, la necesidad de control y el peso insuficiente, podría estar facilitando una vía para desarrollar una anorexia nerviosa comórbida (Veale, 2009).

3.2.2.2. Modelos de la etiología de la emetofobia

Para explicar la etiología de la emetofobia, Veale (2009) propuso un modelo de mantenimiento cognitivo-conductual donde los recuerdos aversivos de los vómitos propios o

de otros se asocian con el miedo pudiendo ser un factor etiológico significativo en el desarrollo de la SPOV. A través del condicionamiento, experiencias aversivas del pasado de vómito propio o de otros y sus señales, se asocian con experiencias presentes como si fueran a repetirse. Esto se explica porque una a vez aprendida la asociación, la evaluación básica es de náuseas que anticipa el vómito, a su vez, la evaluación de los vómitos como situación amenazante; conducirá a más ansiedad y náuseas. Estas asociaciones también podrían adquirirse por aprendizaje vicario. Las respuestas frente a una amenaza de vómito actual e inminente pueden ser: la evitación de experiencias, pensamientos e imágenes de uno mismo u otros vomitando; evitación de señales interoceptivas como las náuseas o frente a amenazas externas, que podrían provocar vómitos; respuestas de tipo cognitivo como lo es la preocupación y un sentido exagerado de responsabilidad y creencia en la capacidad de sí mismo para evitar el vómito. Para Veale (2009) las personas con SPOV tienden a convencerse a sí mismos de poder evitar los vómitos, controlando una respuesta refleja.

Para autores como Holler, van Overveld, Jutglar y Trinkka (2013), la aparición de náuseas en relación al miedo a vomitar, cumple un rol central en el diagnóstico y etiología de la SPOV. Las náuseas son descritas como una sensación incómoda y desagradable relacionada con el sistema gastrointestinal. No son necesariamente causas o consecuencias del miedo a vomitar; pero se encuentran relacionadas con el mantenimiento del miedo y la ansiedad.

Boschen (2007), propuso un modelo conceptual para entender la etiología de la SPOV. Describe una predisposición para la adquisición de la fobia a vomitar, relacionada con dos tipos de vulnerabilidad, las personas con SPOV pueden ser más vulnerables a la ansiedad general y a la somatización como una tendencia a expresar ansiedad a través de síntomas físicos, específicamente gastrointestinales (por ejemplo, náuseas, distensión abdominal, diarrea). Estos factores incrementarían el riesgo de interpretar señales internas como propulsores de vómitos en la fase aguda, anticipando las situaciones de vómito donde no existen objetivamente. La concepción errónea de las señales neutras como amenazadoras, desencadenarán comportamientos de evitación y de búsqueda de seguridad, con la ausencia de pruebas desconfirmatorias, en la fase de mantenimiento del trastorno. Para Boschen (2007), las personas con fobia a vomitar, presentan una somatización de la ansiedad ligada a síntomas gastrointestinales, hipervigilancia a estas sensaciones y una interpretación catastrófica acerca de estos síntomas. Estos aspectos cognitivos de la SPOV, indicarían que signos mínimos de actividad de la digestión pueden ser interpretados como indicadores de

una próxima náusea, lo que conduce a un aumento de la ansiedad que, a su vez, conduce a las náuseas, generando un círculo vicioso. Estos temores se activan fácilmente y se retroalimentan con las señales internas de vómito (cuantas más náuseas experimenta el paciente, más aumenta el miedo a vomitar, esto a su vez, lo conduce a focalizar la atención en las náuseas, incrementando la ansiedad). En este modelo, los síntomas gástricos, al igual que para Van Overveld et al., (2008), son los estímulos temidos centrales de La SPOV. Estas señales interoceptivas, ocurren diariamente (quejas gástricas o náuseas). Por tratarse de señales internas, producen mayor padecimiento e interferencia en la vida diaria de los emetofóbicos, en comparación con otras fobias específicas; donde las señales son externas y se pueden evitar más fácilmente (Veale, 2009). Otros autores señalan como núcleo de la emetofobia, el miedo a perder el control, (como elemento cognitivo subyacente en la SPOV) (Davidson, Boyle & Lauchlan, 2008).

Van Overveld et al., (2008) destacan en la etiología de las quejas emetofóbicas, la sensibilidad al asco como predictores de los síntomas en la SPOV. El asco, al igual que el miedo, es una emoción básica defensiva con respuestas programadas filogenéticamente. En el caso del asco, su función defensiva para el individuo es la protección frente a estímulos o situaciones relacionadas con la contaminación y la enfermedad. Se manifiesta a través de la repulsión hacia objetos que son en general, animales o productos orgánicos de sus organismos. Las conductas de evitación están relacionadas con la posibilidad de contaminación y enfermedad, pudiendo ocupar un lugar importante en los trastornos que implican temor a estas amenazas (Sandin, Chorot, Santed, Valiente & Olmedo, 2008). La sensibilidad al asco, se define como la tendencia del individuo a experimentar como desagradable la experiencia del disgusto. Los niveles elevados de sensibilidad pueden motivar al individuo a evitar objetos o situaciones específicos debido al malestar producido por el asco experimentado (van Overveld et al. 2008).

3.3. Intervenciones del modelo cognitivo-conductual en las fobias específicas

La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para los trastornos de ansiedad. Su objetivo es interrumpir el patrón desadaptativo que se produce en estos trastornos que es generado por mecanismos cognitivos, fisiológicos y conductuales; a través de técnicas como la automonitoreo, la psicoeducación la reestructuración cognitiva, la relajación y la exposición sistemática a estímulos internos y externos que desencadenan la ansiedad. La finalidad de las TCC es lograr que los pacientes modifiquen sus creencias desadaptativas, toleren y regulen las emociones negativas y las

reacciones somáticas, pudiendo afrontar los objetos y situaciones temidas, con menos padecimiento. Las bases de estas terapias son conductuales y cognitivas. Los tratamientos conductuales se enfocan en las experiencias asociativas entre estímulos que producen respuestas de ansiedad y la disminución de la respuesta en relación con estímulos específicos. El tratamiento consiste en debilitar esas asociaciones mediante la exposición repetida a los estímulos perturbadores o al desarrollo de habilidades para manejar las respuestas aprendidas. Las terapias cognitivas, se centran en la tendencia que tiene el individuo a percibir la amenaza en relación con estímulos ambiguos y tienen como objeto modificar las valoraciones sobre los estímulos o respuestas fóbicas. En las TCC se combinan ambos métodos; ya que la exposición al estímulo amenazante, brinda información de la experiencia directa acerca de la fobia y de ellos se obtienen los elementos cognitivos para obtener la evidencia desconfirmatoria. En los efectos de la exposición están involucradas las valoraciones cognitivas en cuanto a la expectativa de resultados sobre la amenaza y la autoeficacia (Culver & Craske, 2011).

En el caso de las fobias específicas (FE), distintos métodos para su tratamiento, fueron estudiados empíricamente para su validación: exposición al estímulo real, exposición al estímulo virtual, al estímulo imaginado, contracondicionamiento con relajación y exposición, reestructuración cognitiva, tratamiento farmacológico, reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (Perez Acosta, 2005). Los tratamientos, implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales, se desprende, que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas siendo un componente esencial de todo tratamiento con éxito de la fobia específica (Antony & Barlow, 1997; Marks, 1987). El componente de exposición al estímulo de la TCC, tiene su sustento en los principios conductuales de extinción y reducción del miedo (Capafons Bonet, 2001; Culver & Grasko, 2011; Perez Acosta, 2005). A partir de las teorías conductistas, los tratamientos aplicaron la exposición al estímulo fóbico, siendo el componente común de técnicas como la desensibilización sistemática, la inundación o la exposición graduada. Todas ellas han mostrado niveles de eficacia satisfactorios en el tratamiento de las FE (Capafons Bonet, 2001).

Las primeras teorías sobre la génesis de las fobias, se basan en el condicionamiento clásico, las fobias son aprendidas a través de la asociación de un estímulo neutro con otro estímulo, convirtiéndose en un estímulo condicionado de ansiedad ; la respuesta condicionada

de miedo se incrementará si se repite la asociación de estos estímulos y otros estímulos neutros similares a los estímulos condicionados que pueden desencadenar respuestas de miedo (generalizándose la ansiedad) (Sandin & Chorot, 2009). Basándose en estos principios, Wolpe (1958, 1966, 1969) desarrolló las llamadas técnicas de *desensibilización sistemática*, sobre los principios de *contracondicionamiento por inhibición recíproca* para el tratamiento de las fobias; en las que se trata de asociar los estímulos amenazantes a un estímulo incompatible con la ansiedad para debilitar su asociación con el estímulo aversivo y producir una respuesta diferente. La fuerza de la respuesta se debilita por la exposición repetida y por aprendizaje inhibitorio, producido por la competencia del estímulo con un nuevo estímulo no aversivo, produciéndose una respuesta relacionada con la evocación de la nueva asociación aprendida. La aplicación de esta técnica se desarrolla a partir de la presentación gradual de los estímulos fóbicos (en la imaginación o en vivo), mediante la elaboración de una jerarquía de situaciones relativas al objeto fóbico; luego se utiliza una respuesta antagónica a la ansiedad como la relajación muscular. La exposición y la inhibición recíproca se compaginan dando lugar al método para tratar las fobias (Wolpe, 1968).

En la misma línea del condicionamiento clásico surgen técnicas de exposición no gradual, que se explican por *inundación*, se trata de la presentación del estímulo condicionado en ausencia del estímulo incondicionado. Los síntomas de la fobia, según este modelo, son conductas aprendidas que provienen de la evocación de estímulos asociados con experiencias condicionadas, pasadas, específicas y aversivas. El objetivo de esta terapia consiste en detener la conducta de evitación, exponiendo al paciente a tantas situaciones evitativas como sea posible, intentando finalmente obtener una exposición completa al estímulo condicionado, sin posibilidad de huida. Al no existir la respuesta incondicionada, se rompe la asociación entre el estímulo incondicionado y la respuesta de miedo o ansiedad. Se implementa a partir de la construcción de una jerarquía de evitación compuesta por los estímulos directamente asociados a los síntomas, la exposición al estímulo para producir la respuesta más alta de ansiedad posible y se mantiene hasta que deja de sentir ansiedad. En estas técnicas se provoca una confrontación inmediata del sujeto con su miedo, sin posibilidad de escape, es decir, se le expone a la situación que teme y permanece en ella hasta que la respuesta de miedo se debilita (Sandin & Chorot, 2009).

Se ha encontrado, repetidamente, que, con el condicionamiento clásico aversivo, la presentación del estímulo condicionado sin el incondicionado, en lugar de conducir a la extinción de las respuestas condicionadas, lleva hacia su incremento. Eysenck (1968) sugiere

que la extinción no se produce, porque en la respuesta condicionada hay ciertos componentes autónomos que son desencadenados por el estímulo condicionado y se comportan como aversivos, reforzando la propia respuesta condicionada y no permitiendo la extinción. Sugiere que es más fácil que se produzca este efecto con estímulos incondicionados intensos y con exposiciones cortas a los estímulos condicionados. Refiriéndose a aplicaciones de la inundación en situaciones clínicas, el efecto de la inundación tanto podría hacer disminuir como aumentar el miedo, dependiendo de la fuerza de la respuesta condicionada y de la personalidad del sujeto (Sandin & Chorot, 2009).

A partir del modelo bifactorial de Mower (1960) que explica la adquisición de las fobias a partir del condicionamiento clásico y su mantenimiento por condicionamiento operante; el miedo comienza cuando un estímulo neutro se asocia a un estímulo incondicionado aversivo y se mantiene a partir de la evitación del estímulo condicionado, que actúa como reforzador negativo en la extinción del miedo. De acuerdo a este modelo, a través de la exposición, eliminando el reforzador negativo de la evitación se extinguiría la respuesta de miedo. Esto involucraría un reaprendizaje, más que una habituación, por lo tanto, con efectos más duraderos (Capafons Bonet, 2001).

En todos los modelos, la explicación acerca de las causas por las cuales la exposición es efectiva, podría darse por teorías acerca de la reducción del miedo, a través de mecanismos de *habituación, extinción o inhibición*. La habituación, es el mecanismo por el cual, la exposición repetida y prolongada al estímulo temido produce una familiarización que resulta en el debilitamiento de la respuesta de miedo, pero este aprendizaje sólo produce efectos en la respuesta más inmediata y a las manifestaciones más fisiológicas del miedo. Con las teorías del condicionamiento operante, la extinción de la respuesta fóbica, se produce a través de la exposición al estímulo temido a partir de la quita de reforzadores, sin que aparezca la respuesta aversiva. Otra explicación de la extinción, es a través del aprendizaje inhibitorio, producido por la asociación del estímulo a un nuevo estímulo no aversivo, produciéndose una respuesta relacionada con la evocación de la nueva asociación aprendida; dependiendo del contexto donde se desencadene la situación o una nueva experiencia negativa se podría reinstalar el miedo original o podría ser readquirido si se repite la misma situación (Antony & Barlow, 1997).

Las conductas de reaseguro son estrategias de seguridad que se adoptan para contrarrestar el miedo frente al estímulo; sin embargo, en las fobias, la información proporcionada por estas conductas actúa como un mecanismo reforzante de las mismas. Son

inhibidores condicionados que predicen la ausencia del estímulo aversivo. Alivian el malestar a corto plazo, pero luego el miedo vuelve y pueden interferir con el aprendizaje de la extinción, ya que se refuerzan negativamente por el alivio que producen, impiden que el individuo aprenda que la situación no es peligrosa (Culver & Craske, 2011).

La manera en que se aplique la exposición, puede influir en su eficacia. Dependiendo de variables como el grado de intervención del terapeuta, la duración de la exposición, la combinación de estrategias utilizadas, la intensidad, frecuencia y tipos de señales a las que se expone al paciente y si se trata de exposición en vivo o por imaginación. Las implicancias y resultados del tratamiento también pueden variar, dependiendo del tipo de fobia, del origen de la respuesta de miedo y diferencias individuales entre los sujetos. La exposición en vivo es considerada la más efectiva para las FE (Antony & Barlow, 1997; Marks, 1987), en casos donde la manipulación de estímulos sea dificultosa o donde el paciente muestre resistencia a exponerse al estímulo fóbico real, con riesgo de abandono de la terapia; la elección de exposición en imágenes puede resultar más efectiva. En líneas generales, la exposición prolongada es mejor que la corta. La determinación sobre si incluir o no la relajación es un punto importante al formular el tratamiento, ya que requiere entrenamiento en sus técnicas. La exposición en vivo y prolongada puede resultar más eficaz si el terapeuta interviene dando información del objetivo del tratamiento (Capafons Bonet, 2011).

Otra forma de exposición, es a través de la realidad virtual aplicada al tratamiento de las fobias. Permite a quien lo utiliza participar en el contexto, como si fuera real. A través de dispositivos que se colocan sobre el cuerpo, se accede a programas para ser ejecutados desde computadoras, como si se estuviera en una exposición en vivo. Entre los beneficios de acceso a estos programas se encuentra la posibilidad del terapeuta de manipular el contexto con mayor facilidad. Las desventajas son los altos costos para acceder a estos programas y las dificultades que presentan algunos individuos para el manejo de los distintos dispositivos. (Capafons Bonet, 2011)

En cuanto a los elementos cognitivos del tratamiento en las TCC, se tiene en cuenta que los tres sistemas de respuesta, fisiológico, conductual y cognitivo; interactúan entre sí y contribuyen al mantenimiento del miedo. Las TCC incorporan a la exposición al estímulo o situación fóbica, la mediación cognitiva acerca de las expectativas de los resultados de la peligrosidad de los estímulos temidos, expectativas de ansiedad y autoeficacia o valoración de los recursos de afrontamiento propios. El aspecto cognitivo de la terapia en el caso de las fobias, se enfoca en la psicoeducación del paciente y en la reestructuración cognitiva, cuyo

objeto es poder identificar a través de la automonitoreo, los pensamientos catastróficos o distorsionados y sustituirlos por otros más funcionales (Culver & Craske, 2011). En las fobias, los esquemas idiosincrásicos desadaptativos dominan el sistema de procesamiento de información. Estos esquemas son rígidos, impermeables, excesivamente inclusivos y concretos. Se encuentran inactivos hasta que se activan por eventos ambientales apropiados. Una vez activados, con frecuencia anulan esquemas más funcionales y dan lugar a un procesamiento de información defectuoso (Beck, & Clark, 1988). En las FE, los pensamientos están sesgados hacia valoraciones poco realistas acerca de la situación fóbica, jugando un rol esencial en el mantenimiento del miedo. La sobreestimación de la peligrosidad se identifica con pensamientos de probabilidad aumentada de que algo predicho ocurra. Los pensamientos catastróficos, se componen de ideas acerca de la sobreestimación del impacto negativo sobre lo que podría ocurrir. La finalidad de la reestructuración cognitiva es que el paciente pueda generar nuevos pensamientos alternativos; lo que podrá anular los pensamientos automáticos relacionados con el miedo, ayudando a identificar los pensamientos distorsionados. Una vez identificados los pensamientos negativos, y que hayan sido reconocidos por el paciente como parte del mantenimiento de la ansiedad, el objetivo es que pueda tratar sus pensamientos como hipótesis y los someta a prueba de evidencia, de tal manera que pueda identificar las probabilidades objetivas de que la situación fóbica suceda, evaluar si ocurrieron o no los resultados temidos al exponerse a la situación u objeto fóbico y contrarrestar la sobreestimación del peligro. La reestructuración cognitiva, implica una modificación de las creencias y de las valoraciones sobre los estímulos y respuestas fóbicas. (Culver & Craske, 2011).

3.3.1. Intervenciones del modelo cognitivo-conductual en la fobia a vomitar

Para el tratamiento de la emetofobia no hay ensayos controlados aleatorios que examinen los enfoques aplicados. De la investigación limitada se desprende que probablemente respondería al mismo enfoque de tratamiento basado en la exposición, conocido por funcionar bien para las fobias en general y particularmente para FE (Boschen, 2013; Veale, 2009). Los enfoques cognitivos-conductuales, consideran la evitación de vómitos y de estímulos asociados con vómitos, como los principales factores que mantienen el problema. Por lo tanto, hay formas diferentes de utilizar la terapia de exposición para la emetofobia (Boschen, 2007; Maack, Deacon & Zhao, 2013; Van Overveld, de Jong, Peters, van Hout, & Bouman, 2008; Veale, 2009). Para Veale (2009); la elección de las señales a las que estaría expuesto el paciente estaría orientada por una lista de jerarquías, consensuadas en la evaluación. Las señales elegidas deberían incluir los estímulos externos evitados y las

señales internas que pueden ser recuerdos pasados de vómitos, pensamientos, imágenes o sensaciones asociadas con la acción de vomitar. Dichas exposiciones deberían hacerse sin comportamientos de seguridad u otros sesgos atencionales en el monitoreo de náuseas y otros síntomas gastrointestinales. La duración se daría por concluida, cuando se lograra la disminución de la ansiedad de manera efectiva. Uno de los objetivos del tratamiento es lograr la aceptación de que no se posee el absoluto control de pensamientos intrusivos o imágenes del propio vómito; sino que es probable que estas escenas se presenten en el futuro (Veale, 2009).

Van Overveld et al., (2008) y Boschen, (2007) proponen modelos que enfatizan el lugar de los síntomas gástricos en la SPOV. Las formas de tratamiento sugeridas son la exposición interoceptiva a través de ejercicios de inducción de síntomas. Exponerse a vómitos, no necesariamente tiene que ser a estímulos de vómitos reales, pero puede ser eficaz y mejor controlada mediante secuencias audiovisuales de vómitos simulados. La forma en que la exposición parece funcionar es por habituación de las respuestas al miedo. Como consecuencia, factores como el nivel de excitación o el número de presentaciones, afectarán la tasa de progreso (Maack, Deacon & Zhao, 2013). Dado que se sabe que varios riesgos están asociados con la inducción de vómitos repetidamente (como lo indican síntomas de daño dental o lesión esofágica), Boschen (2007) recomienda alternativas como la exposición repetida a la sensación de náuseas o a varios desencadenantes percibidos de vómitos como podría ser a los alimentos evitados. La exposición podría centrarse en los vómitos en sí, animando al paciente a vomitar o usando vómitos falsos en estímulos de vómitos, viendo escenas de películas, o presentándose en lugares donde las personas toman alcohol tendiendo a vomitar (Boschen, 2007). Una forma de exposición más leve a las náuseas puede consistir en generarlas conductual o químicamente induciendo mareos o exposición a alimentos evitados; lo que permitiría al individuo tratar las náuseas como desagradables, pero como no catastróficas. La inducción de náuseas también se podría realizar a través de la hiperventilación (subir y bajar escaleras, movimientos bruscos con la cabeza, etc.). La exposición a señales externas consistiría en la presentación de alimentos, lugares o situaciones evitadas (Leite, Vicentini, Neves & Torres, 2011).

A través de la reestructuración cognitiva, se intentará modificar las creencias y valoraciones acerca de las respuestas y las expectativas. Dada la presencia de ataques de pánico relacionados con el miedo a vomitar, la reestructuración cognitiva tendría efectos

sobre las predicciones de una mayor probabilidad de vómitos, proponiéndose ambas técnicas en el tratamiento de la SPOV (Hunter & Antony, 2009).

En cuanto a la farmacología en los TA; los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). han demostrado repetidamente su eficacia en el tratamiento de trastornos de ansiedad, ataques de pánico, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo (Leite et al., 2011). Existen estudios que prueban los efectos positivos de fármacos en la ansiedad, con eficacia comprobada sólo para cuatro grupos de medicamentos: los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), las BZD y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). La eficacia de estos medicamentos es similar. Su elección deberá basarse considerando los efectos adversos, el conocimiento del médico sobre el medicamento a elegir y las condiciones del paciente, incluyendo los costos y otros aspectos de la situación clínica. Los ISRS, demostraron ser los más seguros y con menos efectos adversos, aunque son más costosos que los ATC o IMAO. Las BZD, poseen como efecto secundario la dependencia y la abstinencia (Cano Vindel & Tobal, 1999). En el caso específico de la emetofobia, Boschen (2007) rescata que los ISRS, han demostrado repetidamente su eficacia en el tratamiento de otros trastornos de ansiedad como el pánico y la fobia social y en otras fobias específicas en las que se ha considerado que las señales interoceptivas desempeñan un papel clave; señalándolos como los más eficaces, de acuerdo a pruebas iniciales. Para Carrión & Bustamente (2009), en los TA, la función básica de la medicación es la de compensar y equilibrar los trastornos metabólicos, normalizando los neurotransmisores involucrados en la ansiedad, controlando la aparición de crisis, la frecuencia y la intensidad. Boschen, (2007) y Leite et al., (2011) sugieren realizar estudios controlados con ISRS para la evaluación de la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento en SPOV. Opuestamente, para Barlow (2000), los medicamentos generalmente se reconocen como ineficaces en el tratamiento de fobias específicas con terapias de exposición (Barlow, 2000). En estudios realizados por Lipsitz et al., (2001) a través de encuestas de internet, se observó que un bajo porcentaje de los encuestados con emetofobia, informó algún beneficio de las intervenciones farmacológicas, incluido el uso de drogas psicotrópicas como benzodiacepinas y antidepresivos; pero observan que, muchos de los pacientes evitarían el uso de medicación por miedo a que éstos les provoquen náuseas.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio : Descriptivo. Estudio de caso.

4.2. Participantes : Paciente Sofía.: 25 años, mujer; trabaja en sector administrativo de una compañía de seguros; estudió administración hotelera en universidad privada. Hasta la actualidad, nunca ejerció su profesión. Vive con su madre. Sus padres se divorciaron hace 15 años. Al momento de iniciar la terapia, estaba interrumpiendo una relación de pareja. Fue diagnosticada como paciente con emetofobia, en tratamiento cognitivo conductual en institución privada, zona CABA, desde abril del año 2018. Actualmente está en tratamiento. Ingresó a la institución por recomendación de una amiga de su madre. Los síntomas que presentaba al momento de la primera entrevista con la psicóloga, fueron: miedo a vomitar, a marearse, a tener náuseas y a quedar embarazada. Evitaba viajes en colectivo y expresaba miedo a viajar en avión; intentaba no tener saciedad al comer, lavaba minuciosamente los alimentos, cocinaba mucho la carne. No tomaba alcohol, ni concurría a lugares donde la gente lo consume. La Institución sugiere a los pacientes realizarse batería de test que evalúan la ansiedad y electroencefalograma; con un costo económico adicional al tratamiento. Sofía, decidió no realizarlos por razones económicas. Comenzó con sesiones individuales con la Licenciada A y grupales, en grupo de fobia social (sólo durante un mes, una vez por semana) y al grupo de agorafobia, durante ocho meses aproximadamente. Actualmente sólo concurre al grupo de agorafobia y sesiones individuales, semanales con la Licenciada A y control psiquiátrico mensual con Psiquiatra X.

Psicóloga: Licenciada A: Lic. en Psicología título UBA. Con Postgrado en Trastornos de Ansiedad en Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad. Se desempeña como psicoterapeuta, cognitiva-comportamental, en el ámbito individual y grupal desde hace aproximadamente 20 años en la institución . Atiende a Sofía, desde el ingreso a la institución, derivada por su director, Dr. en Psicología.

Coordinadores de grupo Agorafobia E, M y S: pacientes con Trastornos de Ansiedad que fueron dados de alta por la institución. Capacitados por la misma para el desempeño de su rol: coordinación de salidas grupales con pacientes para la aplicación de técnicas de exposición. El coordinador E, fue paciente en los inicios de la institución. desde el año 2003 coordina al resto de los coordinadores. Las coordinadoras M y S. son pacientes dadas de alta de la institución. Los coordinadores son formados dentro de la misma, para la coordinación del Grupo Agorafobia. Realizan distintos tipos de exposiciones en viajes y salidas grupales semanales con los pacientes. Presentan informes semanales, de los mismos y su desempeño en cada encuentro grupal, a los psicólogos tratantes.

4.3. Instrumentos

La recolección de datos se realizó a través de:

- Observación del desempeño de la paciente en los grupos de agorafobia
- Observación participante: de la paciente en las distintas exposiciones individuales
- Entrevistas semidirigidas. A la paciente, para indagar sobre las atribuciones de la enfermedad, los antecedentes de los síntomas físicos y psicológicos, los resultados de las exposiciones y avances en la terapia individual, los objetivos y expectativas propias referidos al tratamiento. Una entrevista semidirigida a la profesional interviniente al inicio, en la que se indagó acerca de los criterios para el diagnóstico de emetofobia en la paciente Sofía y motivo de consulta con los que la paciente llegó a la institución, así como sobre el plan de tratamiento y los objetivos, con el fin de conocer datos del caso e indagar sobre el proceso de tratamiento (técnicas a implementarse, tiempos de exposición, tipos de salidas). Una vez avanzado el tratamiento, se indagó en una entrevista semidirigida sobre los resultados del tratamiento y la posible evolución de la paciente. Se realizaron entrevistas a los coordinadores del grupo de agorafobia (en cada salida o exposición) con el coordinador o coordinadora que supervisó la exposición de Sofía, donde se solicitó información acerca del desempeño grupal de la paciente, antecedentes del inicio de la participación de la paciente en el grupo, desempeño en las distintas salidas con el coordinador interviniente y sobre las dificultades y los logros de Sofía en las salidas y exposiciones en el grupo de agorafobia. Se realizaron entrevistas semidirigidas individuales a cada coordinador (E., M y S) al finalizar la observación participante de la tesista en el grupo de agorafobia, para conocer la evolución de los síntomas de Sofía en relación con las exposiciones grupales.

- Seguimiento telefónico semanal con los coordinadores y la psicóloga tratante, sobre tareas a asignadas, entre semana y semana, antes de las exposiciones realizadas con Sofía.

- Informes semanales de los coordinadores grupales sobre el desempeño de la paciente en el grupo de agorafobia.

4.4. Procedimiento

Las observaciones del caso y el tratamiento grupal, se realizaron una vez por semana de 9 h. a 18 h. durante tres meses.

- Entrevista semidirigida a la Licenciada A, de aproximadamente 50 minutos, que se realizó al momento de tomar el caso.

- Contactos telefónicos informales con la psicóloga para acordar salidas de Sofía y seguimiento.

- Observación Participante: se realizaron exposiciones y salidas supervisadas por la psicóloga, con la paciente una vez por semana después de las salidas grupales y en horarios acordados previamente con la paciente, con tres horas de duración cada una, durante los tres meses.

- Entrevistas semidirigidas al inicio del abordaje del caso por la tesista: al coordinador E. se le realizó una entrevista semidirigida, al finalizar la segunda salida grupal con grupo agorafobia. Con las coordinadoras M y S se realizaron al terminar cada exposición grupal, desde el inicio, para indagar sobre desempeño de la paciente en la actividad realizada. En cuanto a las entrevistas semidirigidas realizadas a la paciente; se desarrollaron en el transcurso de las exposiciones de tres horas de duración, una vez por semana.

- Informes de la actividad grupal: a través de la lectura del registro de informes del grupo e individuales de la paciente; a los que se accedió en la secretaría de la institución, una vez por semana, luego de cada actividad grupal.

- Se recolectó toda la información en notas realizadas por la tesista, después de cada actividad, que fueron entregadas a la secretaria de la institución para ser adjuntadas a la historia clínica de Sofía, acorde a lo solicitado por la psicóloga interviniente.

- Entrevista semidirigida a la Lic. A, de aproximadamente 50 minutos antes de finalizar la participación en la práctica.

- Entrevistas semidirigidas al finalizar la práctica profesional: a la coordinadora M. de 30 minutos aproximadamente, en la última exposición del grupo de Agorafobia a la que concurrió la tesista, de 40 minutos aproximadamente y a la coordinadora S (también del grupo de agorafobia).

5. Desarrollo

Debido a que Sofía al momento de tomar el caso para este trabajo, ya se encontraba en tratamiento; la información recabada por la tesista acerca de sus síntomas, al inicio del mismo, se basó en las entrevistas a la Licenciada A, tratante de Sofía; en entrevistas e informes realizadas a y por los coordinadores del grupo de agorafobia y al relato y la descripción de los mismos, que la misma paciente produjo al recordarlos, a lo largo de la práctica.

5.1. Objetivo 1. Describir los síntomas de emetofobia en una paciente adulta acorde a los criterios diagnósticos al inicio del tratamiento.

La Licenciada A, refirió en la primera entrevista, que la paciente ingresó a la institución, donde a través de las sesiones psicológicas iniciales y consulta psiquiátrica, se realizó el diagnóstico basado en criterios del DSM -5 (APA, 2013) y síntomas referidos por la paciente. La psicóloga, describe como motivo de consulta de Sofía, el miedo a vomitar. Teniendo en cuenta que la emetofobia se considera una fobia específica; el miedo a vomitar no es suficiente para establecer un diagnóstico clínico (Boschen, 2007), por lo cual se tomó en cuenta, para la hipótesis diagnóstica, no sólo el miedo intenso y persistente a los vómitos, sino el resto de los síntomas, acorde a sus criterios. En sus observaciones, la terapeuta describió que la paciente manifestó un miedo y ansiedad intensos ante la presencia de vómitos o a su anticipación. Sofía dijo a la tesista que lo que la llevó a consultar en la institución fue su miedo a vomitar: “ *tenía mucho miedo de vomitar, todos los días pensaba en eso y no sabía qué me pasaba...quería superar eso que no me dejaba vivir tranquila*”, reconociendo en sí misma el miedo a vomitar excesivo o irrazonable (APA, 2013) .

En la información brindada en las entrevistas con la profesional, se describe que Sofía presentaba náuseas y mareos a diario, al inicio del tratamiento, no podía ver ni escuchar hablar de la *situación vomitar*, o relatos asociados con el estímulo aversivo. En los encuentros con la tesista, al requerirle a la paciente que describiera las sensaciones físicas de náuseas, se tocó la garganta y enunció: “ *es acá (señalando su cuello) tengo más saliva y además me mareo; a veces comienza con mareo, pero las náuseas son lo que más me molesta*”. Para Holler et al. 2013; Van Overveld et al. (2008) y Boschen, (2007), la aparición de náuseas (sensación desagradable e incómoda relacionada con el sistema gastrointestinal) cumple un rol central en el diagnóstico y etiología de la SPOV; pero no son la causa o consecuencia del miedo a vomitar; sino que se encuentran relacionadas con el mantenimiento del miedo y la ansiedad, funcionan como señales interoceptivas que ocurren diariamente y pasan a ser los estímulos temidos más padecidos por las personas con SPOV; lo que produce en Sofía, un grado de interferencia en la vida diaria muy significativo; por su persistencia y por tratarse de estímulos internos, a diferencia de otras FE, donde los estímulos son externos pudiéndose evitar más fácilmente (Veale, 2009). El miedo intenso a vomitar, interfirió negativamente en las rutinas y en las relaciones de Sofía, quien manifiesta a la tesista que al iniciar el tratamiento no iba a comer con sus amigas, porque no lo disfrutaba, que no podía ir a fiestas, cumpleaños; no concurría a lugares donde se consumía alcohol; “ *no entiendo como a la gente*

le puede gustar tomar si después se siente mareada o descompuesta”, la paciente dijo no lograr establecer vínculos en su nuevo trabajo debido a que: *“me da vergüenza contar lo que me pasa y ellos salen ,van a comer y a tomar y yo no puedo”* Comentó también que estuvo en pareja, con un chico que la *“trataba mal”*: *“siempre caminaba un metro delante de mí, me hacía ir hasta la casa que quedaba a dos horas de la mía, en Temperley y cuando yo llegaba se iba a dormir, me ignoraba...lo que pasa es que a mí no me gustaba salir y no le decía esto que me pasa”*... *Cuando me separé vomité, lloré mucho y a partir de ahí empecé a estar más angustiada y con mucho miedo a vomitar*”. *“Creo que estar con él ocupaba mi cabeza, cuando me separé empecé a preocuparme por esto que me pasa”* El desencadenamiento de la fobia a vomitar en ese momento, podría interpretarse como una respuesta de ansiedad, frente al estrés que le produjo la separación (Bulacio, 2004), debido al significado que le dio Sofía a esta situación, vivida como amenazante y a la valoración negativa de sus propios recursos para afrontarla (Lazarus & Folkman, 1984). La terapeuta describió que Sofía no podía escuchar palabras o relatos acerca de vómitos. Acerca de esto, Sofía comentó a la tesista, en la primera salida a un bar, una situación en el trabajo donde sus compañeros relataban un episodio sucedido en una fiesta, en la que hubo excesos en el consumo de alcohol. Ante los comentarios de uno de sus compañeros que comenzó a detallar cómo se “descompuso”, Sofía dijo que comenzó a marearse y a tener náuseas, teniendo que alejarse de la conversación, retirándose al baño. La tesista observó que Sofía, al relatar el hecho tampoco mencionó la palabra *vomit*, sino que la reemplazó por “se descompuso”. El estímulo desencadenante, en este ejemplo, resulta ser la palabra misma; siendo una señal de tipo cognitivo, que la induciría al miedo a tener náuseas; esta clase de señales, también son parte del cuadro de la emetofobia (Lipsitz et al., 2001; Veale & Lambrou, 2006).

En la primera entrevista de la tesista con la psicóloga, la misma especifica que la paciente, al inicio del tratamiento, padeció ataques de pánico ante la situación temida. Sofía describió, en uno de los primeros contactos con la tesista, que antes de comenzar el tratamiento, padeció *“ataques de pánico”* definiéndolos como nerviosidad ante la presencia de náuseas o sensaciones en el estómago, sudoración y llanto. Relató a la tesista dos situaciones (dijo, sucedidas ambas *“hace aproximadamente un año y medio”*); se encontraba en transporte público y dentro de un auto con su familia. En ambos casos señaló el padecimiento de signos físicos que caracterizó como *“muy angustiantes”*: náuseas, mareos, taquicardia, dolor de estómago, aumento del ritmo cardíaco: *“de golpe me sentía mal, me ponía nerviosa y tenía miedo...la sensación es que todo el cuerpo se te adormece, te late*

fuerte el corazón, se te duermen las manos y el estómago... esas veces se me pasó cuando me bajé y me abrazó mi mamá ...no pude ir a trabajar por dos días porque tenía miedo a que me volviera a pasar". Esto ilustra lo descrito por autores como Lipsitz et al., (2010) y Veale, (2009) que observan que, en la fobia a vomitar, la exposición a señales relacionadas con vómitos, casi infaliblemente, desencadena una respuesta de ansiedad inmediata, que puede tomar la forma de un ataque de pánico relacionado con la situación aversiva (coincidiendo con uno de los criterios, en el DSM- 5 (APA, 2013) para el diagnóstico de las FE). Como característica propia de la SPOV, en los ataques de pánico de Sofía, predominan los síntomas gastrointestinales (Lipsitz et al., 2010 ; Veale, 2009), ella misma manifestó desconocer algún motivo específico que desencadenara las crisis, pero destacó que las náuseas fueron el síntoma físico inicial que las precipitaron, lo que le provocó miedo a vomitar y angustia; y en ambos casos, la interrupción del viaje. Relató que en ninguna de las dos crisis se produjo la situación de vómito; siendo las náuseas, el estímulo interno que actuó como desencadenante del pánico (Veale & Lambrou, 2006; van Hout & Bouman, 2012).

La Licenciada A., refirió en la entrevista inicial con la tesista, que Sofía atribuyó su miedo a vomitar a una vivencia de vómito a los 10 años cuando viajaba en un colectivo con su madre y su hermana y ella vomitó sobre un pasajero, lo que le dio mucha vergüenza y debieron bajar del colectivo. Al contar esta misma situación a la tesista, la paciente, mencionó que desde aquel momento nunca más vomitó hasta hace dos años que volvió a vomitar después que se separó de su novio y allí comenzó a tener ansiedad. Sofía además, mencionó que el contacto con los bebés le producía incomodidad; como ejemplo de esto, se puede mencionar que, en la primera salida con la tesista, Sofía contó tener un primo de ocho meses al que veía seguido, pero no levantaba en brazos. Relató que una vez, estando en brazos de la mamá y muy cerca de ella, el bebé *"lo hizo cuando yo estaba"* (sin mencionar vómito) y ella intentó mirar para otro lado, por miedo a descomponerse y que al visitarlo, no se sentía *"relajada"* porque *"siento que, si alguien se pone mal delante mío, yo puedo ponerme mal"*. Esto se asocia a lo explicado por Veale y Lambrou (2006) quienes infieren, que en la mayoría de las personas con una SPOV predomina el temor a su propio vómito y que la evitación hacia otras personas que creen que están en riesgo de vomitar, se relaciona con la probabilidad de su propio riesgo a vomitar. Objetivamente, se sabe que no necesariamente, el vómito se contagia; pero ver a otros vomitar funciona en la SPOV como estímulo para tener que pensar en vómitos propios o sentir náuseas. Los factores desencadenantes pueden ser externos en la SPOV, éstos incluyen personas que podrían estar enfermas, o estar en riesgo de

vomitarse como los niños o individuos alcoholizados (Lipsitz et al., 2001; Veale & Lambrou, 2006). Las situaciones o lugares donde otros puedan vomitar, funcionan como señales externas, y producen pensamientos catastróficos de escenas atemorizadoras, activando la memoria de sus propias vivencias, que actúan a favor del mantenimiento del miedo a vomitar (Van Overveld et al., 2008 ; Veale, 2009).

En cuanto a los síntomas cognitivos, acorde a lo extraído de la entrevista con la psicóloga, Sofía evidenciaba una preocupación excesiva ante la posibilidad de vomitar que se manifestaba a través de lo que ella misma describió como pensamientos permanentes y persistentes acerca de esa posibilidad. Sofía expresó: *“me preocupaba todo el tiempo sentirme mal, mientras comía, cuando salía con amigos, mientras viajaba; en el trabajo o en casa”*. En su casa, era donde menos le sucedía, atribuyéndolo a que nadie se daba cuenta de su padecimiento cuando estaba sola o con su mamá, ya que su madre sabía lo que le pasaba y la contenía abrazándola o esperando que se le pase. Su preocupación surgiría como respuesta cognitiva acerca de la probabilidad de recurrencia del vómito y sus consecuencias y de la propia valoración de recursos que ella creía tener para enfrentar la posible amenaza (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011). De la descripción de la coordinadora M., se extrae que Sofía manifestó en su primera exposición al viajar en colectivo, una sensación de mareo que le producía el viaje en sí mismo, expresando incomodidad al estar con otras personas y por sentirse observada. En sus comentarios en las primeras exposiciones presenciadas por la tesista, dijo tener sensaciones de hormigueo en el estómago al viajar. No viajaba sentada, por temor a las náuseas, a descomponerse y tener que bajar antes de concluir el viaje. Esto ejemplifica lo que expone Veale (2009) en su investigación, al decir que en la emetofobia el contenido más frecuente de las preocupaciones refiere a la planificación mental de cómo evitar vomitar o cómo hacer frente a la posibilidad que otro vomite.

En las observaciones de la presentación del caso realizada por la Licenciada A, Sofía manifestó temor a quedar embarazada. Esto fue ilustrado por la coordinadora S. al comentar que Sofía al ceder el asiento a una mujer embarazada, en el subterráneo, durante una exposición; no sólo evitó sentarse, sino que le comentó acerca del miedo a su propio embarazo en una conversación durante ese mismo viaje. Sofía lo atribuyó a la posibilidad de náuseas y al sufrimiento del parto. El caso de Sofía se ajusta a resultados de diversos estudios que coinciden en que la emetofobia parece encontrarse predominantemente en mujeres jóvenes que evitan o retrasan quedar embarazadas (Lipsitz et al., 2010; Veale & Lambrou 2006 ; Van Overveld et al., 2008).

Al inicio de la práctica, en la entrevista realizada por la tesista, la paciente informó sobre su salud física: dijo realizarse análisis de sangre habitualmente y los que exige la institución para planificar medicación psiquiátrica; otros que ella misma sugirió al médico que le realice para saber si es celiaca (lo que se comprobó luego, dio negativo). Realizó controles ginecológicos y no tomaba anticonceptivos orales por miedo a que le produjeran problemas hormonales, dolores de cabeza o le hicieran mal al estómago. Contó que padece un pólipo congénito en la vesícula, que se controla periódicamente, pero que el médico informó como asintomático. Dijo que, al principio, creyó que sus malestares eran producto de algo físico o de su vesícula. Mostrando una preocupación algo excesiva por la salud, atribuyendo sus náuseas a posibles enfermedades físicas, sin relacionarlos con la ansiedad (Veale, 2009). Podría inferirse en este caso, una preocupación por la enfermedad o síntomas físicos, que para Höller et al., (2013) tomando el modelo conceptual de Boschen (2007), podría señalar cierta vulnerabilidad a adquirir la fobia a vomitar, relacionada con la somatización. Se daría en la SPOV, una tendencia a expresar ansiedad a través de síntomas físicos, específicamente gastrointestinales (por ejemplo, náuseas, distensión abdominal, diarrea). El temor de Sofía a estar enferma, está relacionado siempre con el vómito, estableciendo una diferencia con la preocupación de la hipocondría, donde el centro es estar enfermo y el foco de la enfermedad va variando (Veale, 2009). Todas las enfermedades a las que teme Sofía, están relacionadas con el vómito, se preocupaba por las enfermedades gastrointestinales y en relación con los alimentos comentó lavar mucho las verduras, no usar los mismos utensilios para la carne por miedo a la contaminación y a las enfermedades, atribuyendo en un principio, sus náuseas a problemas físicos en lugar de atribuciones psicológicas. Detalló que en los últimos seis meses se realizó una cirugía de agrandamiento de mamas, para lo que se preparó con la psicóloga durante varios meses: *“mi miedo no era a que me doliera o a que me quedaran mal...era a tener náuseas por la anestesia...cuando mi mamá le comentó esto al médico, me tranquilicé un poco...al final salió perfecto, no me pasó nada porque me dieron inyectables para que no tuviera tantas náuseas o mareos”*.

En las FE, ante el miedo excesivo e irracional a vomitar, como consecuencias en la conducta se produce una evitación de las situaciones fóbicas (APA, 2013). En Sofía los comportamientos de evitación relatados por ella misma y descriptos por la Licenciada A, se evidenciaron en la selectividad y restricción de alimentos, no viajaba en avión, ni concurría a juegos en parques de diversiones. Al preguntarle la tesista sobre el miedo al avión, dijo *“sé*

que no se caen, no me da miedo eso, pero creo que me daría muchos mareos y podría vomitar”.

La restricción en el consumo de alimentos, en la fobia a vomitar, puede asociarse a ciertos lugares o por ser elaborados por otras personas; son excluidos por tipos, a los que se atribuye un riesgo ligeramente mayor de vómitos, o porque están asociados con una experiencia aversiva del pasado, relacionada con los vómitos; sólo se consumen los alimentos considerados *seguros* (Veale, 2009). Estas restricciones alimenticias se observaron en Sofía, en las distintas exposiciones relacionadas; evitó ingerir comidas que consideraba “*pesadas*”, como hamburguesas o frituras, prefiriendo verduras cocidas. Tardaba mucho en elegir lo que iba a consumir, mirando y revisando la carta en los lugares donde iba a comer, se fijaba en la composición de los platos y prefería platos sin salsas o de vegetales. A partir de las diferentes exposiciones relacionadas con la comida, manifestó no consumir lácteos porque le producían malestar: “*la leche me cae pesada, después de tomar leche no puedo comer porque siento que me llena y que si como algo, me hace mal la comida*”. Las coordinadoras M. y S. del grupo de agorafobia, acerca de la problemática de Sofía, manifestaron en sus informes que no comía antes de salir a las exposiciones por miedo a descomponerse al viajar, ni antes de acostarse por temor a no dormir. Sofía dijo dormir pocas horas, muchas veces asociado con el tiempo que esperaba para acostarse, después de haber ingerido alimentos y que no desayunaba antes de salir a trabajar. En las entrevistas a las coordinadoras S. y M., señalan que, en muchas ocasiones, sobre todo en las primeras exposiciones, Sofía llegaba tarde al grupo de agorafobia alegando haberse quedado dormida. La tesista observó antes y después de las dos primeras exposiciones que Sofía manifestaba cansancio y lo atribuía a la falta de sueño. El cansancio podría ser consecuencia de sus malos hábitos alimentarios. Esto es habitual en la SPOV; ya que la evitación relacionada con alimentos puede ocurrir consumiendo poco, disminuyendo así la cantidad que podría no llegar a digerir y consecuentemente vomitar y cuyo límite de consumo es *estoy llena*, no correspondiéndose con la medida objetiva consumida (Veale, 2009). Sofía comía lento y poca cantidad, refiriendo en más de una ocasión, sentirse “*llena*”. Sólo bebía agua sin gas y nunca gaseosas u otras bebidas, evitando esa misma sensación. La disminución de peso, expresada como preocupación de Sofía, al iniciar el tratamiento, se relacionaba directamente con su fobia, ya que fue la consecuencia involuntaria y secundaria de lo más importante para ella: *no vomitar*, diferenciándose así, la SPOV, de la anorexia nerviosa (Veale, 2009).

Sofía comentó durante las exposiciones realizadas individualmente con la tesista que, en un principio, consumía frecuentemente medicamentos de venta libre para la digestión, antes y después de ingerir alimentos. Estos medicamentos actuaron como inhibidores condicionados de las náuseas (predictores, para ella misma, de la ausencia del estímulo del vómito). La información proporcionada por estas conductas actuaría como un mecanismo reforzante de las mismas, ya que le producían un alivio transitorio al eliminar las náuseas, no permitiéndole desconfirmar que estuvieran asociadas directamente con el vómito real (Culver & Craske, 2011). Como ejemplo de estas conductas, Sofía dijo, en los primeros encuentros, no poder comer sin tomar algún medicamento para que la comida “no le hiciera mal”. Dijo tomar sólo medicamentos de venta libre o naturales: “yo antes, después de comer tomaba siempre *Hepatalgina* y si veía que iba a tener náuseas tomaba *Reliverán*”. “Si estaba muy ansiosa, tomaba *Pasiflora* y *Valeriana*”. Además, en las primeras exposiciones, se observó que sólo consumía alfajores o caramelos durante los viajes. Al preguntarle a Sofía acerca de estas conductas, manifestó que este tipo de alimentos le atenuaban las náuseas y la sensación de vacío en el estómago. Podría inferirse que la automedicación y la ingesta de dulces, en este caso, actuaron como comportamientos de seguridad, reforzando la evitación de las náuseas y su posible desconfirmación de la relación directa con el vómito.

De la entrevista con la Licenciada A, se obtuvo información acerca de lo que la paciente consideraba la causa de su padecimiento. Sofía atribuyó su fobia a vomitar a una primera experiencia de vómito en colectivo, en su infancia y a una segunda vivencia hace dos años, donde también, en un colectivo y frente a otras personas “sintió náuseas que no pudo controlar”, vomitó por segunda vez y no llegó a bajar, Sofía consideró esta situación como “muy estresante” (acotó la Licenciada A), desde allí, condicionándose negativamente. Esta experiencia aversiva de su vómito en la infancia, a través del condicionamiento, se asoció con experiencias presentes como si fueran a repetirse (al viajar en colectivo, por ejemplo). Veale (2009) explica esto, para dar cuenta de la etiología de la emetofobia : Una a vez aprendida la asociación, la evaluación básica es de náuseas que anticipa el vómito. A su vez, la evaluación de los vómitos como situación amenazante, conducirá a más ansiedad y náuseas. Las imágenes relacionadas con esa primera situación, podrían regresar a través de flashbacks de sonidos, olores y sensaciones físicas asociadas con los primeros recuerdos aversivos, manteniendo el miedo a vomitar.

5.2. Objetivo 2. Describir las intervenciones cognitivo-conductuales realizadas durante el tratamiento.

A partir de la hipótesis diagnóstica de emetofobia o fobia a los vómitos, la institución propuso un tipo de tratamiento cognitivo conductual (TCC) para el caso de Sofía, junto con tratamiento farmacológico suministrado por el psiquiatra. Consistió en la exposición al estímulo o situación fóbica, la mediación cognitiva en sus expectativas sobre los resultados de la peligrosidad de los estímulos, sus expectativas de ansiedad y autoeficacia o valoración de los recursos de afrontamiento propios frente a la situación de vómito (Antony & Barlow, 1997; Culver & Craske, 2011; Marks, 1987). De la entrevista brindada por la psicóloga tratante, se obtuvo información acerca de este tratamiento, que se encuadró en la asistencia una vez por semana a terapia individual y su concurrencia al grupo de agorafobia, todos los días sábado (donde se realizaron exposiciones grupales hasta la actualidad), relacionadas con las conductas de evitación y el miedo a viajar en transporte público, asociado al miedo a vomitar. Se le asignaron tareas entre sesión y sesión. El tratamiento, según informó la Licenciada A. consistió en autorregistros, reestructuración cognitiva, exposición gradual y progresiva en imaginación y en vivo (ver o escuchar el estímulo de vómito a través de películas y videos) con exposición interoceptiva y técnicas de relajación. Se realizó psicoeducación sugiriendo bibliografía y concurrencia a las jornadas sobre ansiedad que brindó la institución; y durante las sesiones, sobre el origen y las implicaciones de los síntomas físicos de la ansiedad. Las primeras sesiones individuales de tratamiento, se centraron en una revisión de los síntomas y un esquema de las estrategias de y la justificación del TCC de la ansiedad. Según informó la paciente a la tesista, se realizaron ejercicios de relajación con la psicóloga. Sobre este último punto, Capafons Bonet, (2011) sugiere que la determinación sobre si incluir o no la relajación es un punto importante al formular el tratamiento de los trastornos de ansiedad, ya que requiere entrenamiento en sus técnicas. En la segunda sesión con la psicóloga, la paciente relató que se le solicitó realice un autoinforme, en el que incluyó los motivos que la llevaron a la institución, la descripción de sus síntomas y las expectativas acerca del tratamiento. La Licenciada A, en la entrevista, detalla que en esas primeras sesiones se plantearon conjuntamente con Sofía, los objetivos del tratamiento; se le proporcionó una explicación del propósito de los ejercicios de exposición y se revisaron las estrategias para realizarla. Se planificaron las exposiciones, dado que la mayoría de los autores abordados para este trabajo (Boschen, 2007; Hunter & Antony, (2009); Maack et al., (2013); Veale, (2009), coinciden en que para el tratamiento de las fobias específicas y en este caso, de la fobia a vomitar, la exposición en vivo resulta ser un método eficaz pudiéndose realizar dentro de la sesión terapéutica o entre una sesión y otra. Al iniciar la observación del

caso para este trabajo, Sofía ya estaba en tratamiento. La psicóloga informó que se le habían asignado tareas a la paciente entre sesiones como la exposición a imágenes y videos de vómitos, permitiéndole, en principio que comiera un caramelo mientras se exponía, para que resultara como placebo; suprimiéndose este elemento en la tercera o cuarta exposición. A partir del primer encuentro de Sofía con la tesista, la paciente explicó la práctica de ejercicios de relajación con su psicóloga utilizando la respiración diafragmática, dando pautas de la aplicación de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1968) donde se trata de eliminar la ansiedad relacionada con la situación temida, (en este caso el vómito), mediante el aprendizaje de una respuesta de relajación incompatible con la sensación de ansiedad para debilitar la asociación con el estímulo aversivo y producir una respuesta diferente. En el caso de la fobia a vomitar, la manipulación del estímulo puede ser dificultosa, para realizar en vivo y producir la resistencia del paciente al exponerse, con riesgo de abandono de la terapia; la elección de exposición en imágenes o videos puede resultar más efectiva. La exposición puede resultar más eficaz si el terapeuta interviene dando información del objetivo del tratamiento (Capafons Bonet, 2011). En el caso de Sofía, los objetivos de la terapia fueron consensuados con la paciente (según informa la terapeuta a la tesista en la primera entrevista), al inicio de la terapia los objetivos fueron: *“que pueda comer normalmente, recuperar peso, reducir las náuseas, dejar de tomar remedios digestivos como placebo y poder afrontar el estímulo de manera más adaptativa”*. El tratamiento y las exposiciones fueron orientados por estos objetivos y se le informó a la paciente, la finalidad del tratamiento: lograr modificar sus creencias desadaptativas acerca del vómito, tolerar y regular las emociones negativas y las reacciones somáticas, pudiendo afrontar los objetos y situaciones consideradas aversivas, con menos padecimiento (Culver & Craske, 2011). A partir de allí, la elección de las señales a las que debería exponerse la paciente con fobia a vomitar, estaría orientada por una lista de jerarquías, consensuadas en la evaluación (Veale, 2009). Acerca de este punto, la planificación de las exposiciones en los grupos de agorafobia, fueron descritas por los coordinadores del grupo de agorafobia a la tesista: los pacientes son derivados por sus terapeutas, y se les realiza una primera entrevista con el coordinador E. Los mismos coordinadores son los encargados de organizar las salidas, acorde al grado de dificultad que presentan los pacientes, a medida que los mismos lo van manifestando y orientados por información dada por el terapeuta acerca de cada caso. Realizándose de menor a mayor dificultad, respecto del afrontamiento del estímulo o situación temidos. Las primeras exposiciones son realizadas acompañados por los coordinadores y luego se les asignan viajes

solos, o acompañados por algún compañero del grupo. La Licenciada A, explicó en la primera entrevista, que las exposiciones grupales de Sofía se orientaron hacia las conductas evitativas relacionadas con el miedo a vomitar en público, temor a lo desconocido, a viajar en medios de transporte público y sentirse mal. Acerca de este caso, la coordinadora S., manifestó a la tesista que Sofía “*requería práctica de viaje, por la sensación que le producía el viaje en sí mismo*”. Detalló que la paciente concurría al grupo sin desayunar, al igual que lo hacía cuando se dirigía al trabajo todos los días, por la sensación de náuseas que le producía viajar, atribuyéndolo al consumo de alimentos. La coordinadora M, expresó en la entrevista acerca del caso, que Sofía, al ingresar al grupo presentaba más dificultad a viajar en subte, ya que no era su medio de transporte habitual y que evitaba viajar sentada. De los primeros informes del coordinador E, del grupo de agorafobia, se obtuvo información acerca del plan de exposición para Sofía: *comer algo durante el viaje y frente a los demás, ya que se sentía incómoda al sentirse observada*. El objetivo de las exposiciones repetidas de trayectorias de viajes en transporte público mientras comía en los grupos de agorafobia; podría explicarse a través del concepto de habituación, o mecanismo por el cual, se intenta a través de la exposición repetida y prolongada al estímulo temido producir una familiarización que resulta en el debilitamiento de la respuesta de miedo (Antony & Barlow, 1997).

Como reglas de la institución, en los grupos de agorafobia, durante las exposiciones no se puede beber agua, comer, fumar o usar el celular; para impedir que los pacientes utilicen comportamientos de seguridad (como llaman los coordinadores: “*conductas que sirven de bastón*”). En el caso de Sofía, la indicación consistió en comer durante el viaje, debido a su trastorno. Dado que, en las exposiciones en el tratamiento de la emetofobia, las señales elegidas deberían incluir los estímulos externos evitados y las señales internas (como pueden ser recuerdos pasados de vómitos, pensamientos, imágenes o sensaciones asociadas con la acción de vomitar); dichas exposiciones deberían hacerse sin comportamientos de seguridad u otros sesgos atencionales en el monitoreo de náuseas y otros síntomas gastrointestinales (2009). A partir de la participación en estos grupos, la tesista observó que la ingesta de dulces, la automedicación y desviar la atención frente a señales de vómitos, fueron utilizados por Sofía como reforzadores de la evitación. Como ejemplificación de estas estrategias pueden citarse algunos comportamientos observados por la tesista : en una de las salidas a un shopping, la paciente manifestó llegar tarde debido a que había ido a sacarse sangre; la tesista propuso a la paciente ingerir algo; Sofía sólo consideró la ingesta de golosinas que adquirió en un local de dulces, en el que compró variedades de caramelos y

chocolates, manifestando que “*son un vicio y además me calman las náuseas*”. Se observó además en las distintas salidas, donde se le indicó comer durante el viaje, que siempre eligió alfajores, galletitas dulces o caramelos. A medida que avanzaron los encuentros con la tesista, Sofía comentó que la Licenciada A, le propuso cambiar sus hábitos alimentarios; para lo cual se le asignó como tarea, suprimir los dulces en las meriendas, ya que esto le impedía cenar bien a la noche o esperar mucho tiempo para cenar. Sofía mencionó a la tesista, que por miedo a “*sentirse pesada*” muchas veces salteaba la comida de la noche o debía esperar muchas horas para volver a comer y esto interfería en sus horas de descanso. Otras estrategias de reaseguro observadas por la tesista, se relacionaron con el consumo de medicamentos digestivos de venta libre, en las exposiciones donde se incluía el almuerzo o la merienda y se la notó pendiente de si había tomado o no el digestivo después de comer. Estos comportamientos fueron abordados por la terapeuta. La tesista observó que al final de la práctica se produjeron modificaciones respecto de estas conductas.

Dado que se sabe que varios riesgos están asociados con la inducción de los vómitos repetidamente, como lo indican síntomas de daño dental o lesión esofágica; Boschen, (2007) recomienda alternativas como la exposición repetida a la sensación de náuseas o a varios desencadenantes percibidos de vómitos como podría ser a los alimentos evitados o presentándose en lugares donde las personas toman alcohol, tendiendo a vomitar. Las exposiciones planificadas por la tesista, incluyeron un plan relacionado con las conductas y situaciones evitadas por Sofía, que producían mayor interferencia en su vida personal, laboral y social, relacionadas con la fobia a vomitar: La elección de las situaciones de exposición individual, se orientó hacia los posibles desencadenantes externos de vómito: la evitación alimentaria, los viajes en transporte público y la exposición a señales como comer frente a otros o acercarse a los niños. Para las exposiciones relacionadas con las conductas de evitación a los alimentos, se programaron salidas a distintos sitios donde la propuesta, fue probar nuevos alimentos, comer frente a otras personas, consumir alimentos considerados “inseguros” por la paciente. El aspecto comportamental de la extinción de la respuesta fóbica, se produciría a través de la a exposición al estímulo temido a partir de la quita de reforzadores: en este caso, las mismas evitaciones y los comportamientos de seguridad; produciéndose la posibilidad de desestimar la probabilidad de vómito, cuando esto no ocurra (Antony & Barlow, 1997).

La primera exposición en lugar público se realizó luego de la salida con el grupo de agorafobia a un shopping de Belgrano. Luego de la exposición grupal se realizó una salida

individual con la tesista, a un bar donde había comida, alcohol y mucha gente. Al elegir el sitio para sentarse dijo preferir hacerlo en un rincón, por lo que se le sugirió sentarse en el centro del salón a lo que accedió, demostrando incomodidad (observando a la gente que entraba y salía del lugar y a la que estaba comiendo). Al momento de ingresar dijo sentirse cansada y con ganas de regresar a su casa. Al pedir la comida se le sugirió compartir plato, con la intención de intervenir en la elección del mismo y adicionarle algo para que las porciones fueran en cantidad, acordes a una ingesta normal. Manifestó poco apetito, con la atribución “*me llené de golosinas recién*”, lo que fue observado por la tesista, ya que sólo había probado unos caramelos y habían transcurrido más de dos horas de haberlos consumido. Si bien Sofía comió con ritmo lento (poniendo pequeños bocados en su boca), terminó su porción que contenía vegetales, queso, jamón a lo que agregó mayonesa. Dijo “*estar llena*”, comió algo de papas que pidió la tesista y no manifestó malestar. Para beber, eligió consumir sólo agua, dado que otra bebida la hacía sentirse “*llena*”. La tesista pidió limonada y la invitó a probar, a lo que accedió y dijo agradecerle. Se observó que tomó del mismo vaso, lo que podría ser un primer indicio de poca relación de las señales internas de vómito con el miedo a la contaminación o sensibilidad al asco, esta observación fue acotada dado que la sensibilidad al asco, se define como la tendencia del individuo a experimentar como desagradable la experiencia del disgusto y podría estar relacionada con la SPOV. Los niveles elevados de sensibilidad pueden motivar al individuo a evitar objetos o situaciones específicos debido al malestar producido por el asco experimentado (van Overveld et al., 2008). En relación a este parámetro, en distintas situaciones en las exposiciones, dijo *sentir asco* relacionado con los alimentos: en el Barrio Chino, al ver los puestos callejeros de comidas lo relacionó con “*feo olor*”. Asimismo, al entrar en una “panchería” dijo no comer salchichas, se le propuso permanecer un rato investigando sobre los posibles menús y manifestó sentir “*asco por el olor de las salchichas*”, evitando la ingesta, pero permaneciendo en el local sin manifestar signos de ansiedad. Al ingresar en un negocio donde se vendían alimentos sueltos, dijo no consumirlos “*porque me da asco que todos los toquen*”. Esta última observación según la tesista, podría estar relacionada con el miedo a la contaminación, más que con la sensibilidad al asco. Se observaron signos de ansiedad al regreso de la primera salida individual: al subir al colectivo: Sofía expresó cansancio y calor, argumentando que el colectivo “*esta muy lleno*” se la observó inquieta (cambió de lugares en el transporte varias veces, la cara ruborizada y algo de transpiración). La tesista preguntó sobre esas sensaciones, para facilitar su automonitoreo, a lo que Sofía respondió “estoy

nerviosa porque comí demasiado; igual esto me pasa seguido, es ansiedad porque creo que voy a descomponerme; me mareo un poco y me dan náuseas...estoy trabajando mucho esto con A. El otro día me mareé en mi casa y pude hacer los ejercicios de respiración que me enseñó; pero todavía no me animo a hacerlos en el viaje, porque pienso que todos me miran y se dan cuenta...”

En la exposición realizada en el Barrio Chino, en el recorrido por los distintos negocios, se la vio interesada y dijo gustarle el lugar al que nunca había concurrido. Al ingresar a un supermercado donde había comestibles, se mostró entusiasmada; pero dijo sentirse incómoda al tener que realizar la fila para las cajas haciendo alusión a la cantidad de gente. Compró cosas dulces y fideos de arroz, comentando que le resultaría interesante probarlos. Al salir de allí expresó cansancio y la tesista le propuso comer en un restaurante típico. Al ingresar y leer la carta, dijo no decidirse por nada por no saber lo que contenía cada plato. La tesista pidió fideos de arroz con ingredientes y sabores típicos. Sofía se animó a probar y dijo gustarle la comida. No accedió a pedir jugos enlatados chinos y solo bebió agua. Al finalizar la comida dijo haberle gustado mucho el lugar y expresó querer volver con su mamá o su hermana. No volvió a mencionar cansancio. Al subir al colectivo para el regreso, lo hizo sentada espontáneamente.

Las siguientes exposiciones se enfocaron en el miedo a comer y a exponerse frente a otros. En una de las salidas con el grupo de agorafobia, Sofía realizó el trayecto en subte y colectivo con una nueva paciente. La tesista resaltó en sus observaciones que la notó muy conversadora, en esa ocasión, contó a su compañera de qué se trataba su fobia mencionando la palabra vómito varias veces: *“tengo miedo a vomitar”*. Ante las preguntas de su compañera, le contó sobre el primer evento de vómito en su infancia y acerca de sus sensaciones: *“me dan náuseas, mareos y también tuve ataques de pánico... sólo volví a vomitar una vez después que me separé de mi novio. Estoy mucho mejor ahora, la medicación me está ayudando también, ahora no pienso todo el tiempo en eso “*. En uno de los encuentros con Sofía, mencionó a la tesista la situación de separación de su primer novio (al que se llamará F), haciendo alusión a la preocupación por el miedo a vomitar: *“ cuando me peleé con F estaba muy mal. Empecé a sentirme mal del estómago, vomité y a partir de ahí empecé a preocuparme mucho pensando todo el tiempo que iba a vomitar, creo que estar preocupada por vomitar, me sacaba de la cabeza a F, para no extrañarlo ocupaba mi cabeza en esto. Estaba re angustiada y me mareaba y lloraba al mismo tiempo. Parecía que todo me iba a hacer descomponer”*. Estos pensamientos catastróficos, se componen de ideas acerca de

la sobreestimación del impacto negativo sobre lo que podría ocurrir. En este caso, Sofía reconoce sus pensamientos catastróficos que aparecen como pensamientos automáticos *“Estaba re angustiada y me mareaba y lloraba al mismo tiempo. Parecía que todo me iba a hacer descomponer”*. La finalidad de la reestructuración cognitiva es que pueda tratar sus pensamientos como hipótesis y los someta a prueba de evidencia, de tal manera que le permita identificar las probabilidades objetivas de que la situación fóbica suceda para permitir su desconfirmación (Culver & Craske, 2011).

En una de las exposiciones, durante un trayecto en colectivo, regresando de una salida con la tesista, al subir al colectivo, la tesista detectó una madre amamantando a su bebé en el primer asiento, por lo cual le pidió a Sofía que se sentara en el asiento de enfrente para exponerla a la situación de posible vómito y hacer el viaje sentada. Sofía se sentó, pero evitó mirar a la mujer y su bebé. Después de ser amamantado, otro pequeño que estaba sentado junto a la señora advirtió que el bebé estaba vomitando. Sofía miró al bebé y dijo *“esto no puede estar pasándome a mi”* y preguntó a la tesista *¿“por qué los bebés siempre vomitan?...es complicado esto de los bebés”*... Frente al comentario de la tesista acerca de lo normal que resulta ser esta situación en los bebés; Sofía expresó su miedo a quedar embarazada y a los pensamientos catastróficos acerca de esa posibilidad: *“no tengo idea de nada sobre bebés, seguro que si quedara embarazada sería una de esas mujeres que todo el embarazo, vomitan”*. La posibilidad de enfrentarse con el estímulo de vómito en vivo, demostró la sobreestimación de la peligrosidad de exponerse. Los pensamientos catastróficos, se componen de ideas acerca de la sobreestimación del impacto negativo sobre lo que podría ocurrir (si un bebé vomita, o si quedara embarazada). Sofía, al exponerse a la situación temida y no vomitar, accedió a una información objetiva acerca de las probabilidades de su propio vómito lo que posteriormente le permitiría evaluar los resultados respecto de sus expectativas al exponerse a la situación u objeto fóbico y contrarrestar la sobreestimación del peligro (Culver & Craske, 2011). A nivel conductual, en esta oportunidad, Sofía se expuso al vómito real de otro. Tal como afirma Eysenck (1968), la extinción o la disminución de la respuesta de ansiedad, se facilitaría con exposiciones cortas a los estímulos condicionados, en este caso la exposición en vivo al vómito y a su propia ansiedad. El efecto de la inundación tanto podría hacer disminuir como aumentar el miedo, dependiendo de la fuerza de la respuesta condicionada y de la personalidad del sujeto (Sandín & Chorot, 2009). La situación mencionada, hizo que Sofía se levantara de su asiento y se inquietara. Dijo tener *“taquicardia y calor”*. No intentó bajarse del colectivo continuando el trayecto, aproximadamente veinte

minutos más. Al llegar a su casa, avisó a la tesista y dijo no haber tenido mareos o malestares asociados a su propio miedo a vomitar. Durante esta exposición mostró signos de ansiedad.

Las siguientes exposiciones con la tesista, se realizaron con compañeros del grupo de agorafobia. Respecto de la forma de exposición, se eligieron lugares de comida rápida donde la única opción eran los alimentos que Sofía consideraba como *pesados* y por lo tanto, *inseguros* o con posibilidad de producirle vómitos (Veale, 2009). La situación de compartir con sus compañeros el almuerzo, permitió que Sofía volviera a comentar sobre sus padecimientos. Uno de sus compañeros contó episodios de vómito de niños, que ingresaron en sus guardias, ya que es enfermero. La tesista observó algunos signos de ansiedad en Sofía (comenzó a mover sus piernas rítmicamente, se tapó la boca mientras escuchaba el relato). Permaneció en la mesa y retomó la comida. Durante el viaje de regreso, la tesista le preguntó cómo se había sentido. Sofía comentó que relato de su compañero le había producido algunas señales de ansiedad como náuseas, pero dijo: *"pude quedarme y seguir escuchando, que antes no podía... después me enganché con otra parte de lo que contó... qué buen pibe este... cómo le gusta el trabajo y qué bien cuida a los chicos y a los viejitos. A mí me pasa con mi perro. Amo a los perros. Cuando se enfermó me olvidé del miedo a vomitar y lo cuidé todo el tiempo"*. En la exposición realizada en un local típico de hamburguesas y panqueques, al entrar, eligió (al igual que en las primeras exposiciones) un lugar en el rincón del salón argumentando que había mucha gente, la tesista le recordó que parte del ejercicio y de su objetivo era poder compartir socialmente una comida en lugares donde justamente, concurre mucha gente. Sofía se sentó en el lugar central del salón elegido por la tesista y por su compañero; conversó durante el almuerzo con él, acerca de temas que le interesaron como la elección de una nueva carrera relacionada con la informática, opinó sobre los padecimientos de su compañero, indagando acerca de los que le pasaba y contó parte de lo que a ella le sucedía con su miedo a vomitar, mientras comían. Explicó que padecía *"fobia a vomitar*, dijo *"es un miedo que yo no podía manejar y no me dejaba hacer muchas cosas como esta, que es estar hablando de lo que me pasa con vos"*. Si bien no consumió hamburguesas, su elección fue un panqueque con panceta y queso, que comió casi en su totalidad. Al retirarse del lugar, mencionó a la tesista: *"¡Uhhh me olvidé de tomar el remedio antes de comer!..."* manifestó no sentirse ansiosa y volvió a atribuir gran parte de su mejoría a la medicación psiquiátrica. Dijo haberlo pasado muy bien y que le había gustado la idea de salir con sus compañeros de grupo. Empezó el regreso sola, avisando a la tesista por mensaje de celular, haber llegado bien a su casa.

En cuanto al tratamiento farmacológico, distintas investigaciones, como la de los autores Boschen (2007) y Leite et al., (2011) señalan que los ISRS han demostrado repetidamente su eficacia en el tratamiento de ansiedad y de fobias específicas, en las que se ha considerado que las señales interoceptivas desempeñan un papel clave, como en la emetofobia. En cuanto a la medicación psiquiátrica recetada a Sofía, los coordinadores del grupo de agorafobia, cuentan a través de sus informes que la recuperación se hizo más lenta, ya que Sofía, se negaba a tomar medicación recetada por el psiquiatra de la institución y la Licenciada A relató en la entrevista con la tesista que, *“le fueron indicados antidepresivos, pero tardó seis meses en tomarlos por temor a que le genere náuseas o malestares asociados”*. Esto concuerda con conclusiones de Lipsitz et al. (2001) en un estudio a través de encuestas de internet, que señala que muchos de los pacientes con emetofobia, evitarían el uso de medicación por miedo a que éstos les provoquen náuseas. La paciente, al momento de comenzar sus encuentros con la tesista ya se encontraba medicada con *Sertralina* y en distintas oportunidades atribuyó la recuperación de peso, la desaparición de las crisis de pánico y reducción de la ansiedad a este hecho. La observación de la mejoría por la medicación fue compartida en los informes de los coordinadores E. M. y S.

5.3. Objetivo 3. Analizar los cambios producidos en la sintomatología inicial de la paciente a partir del tratamiento de tipo cognitivo conductual

Los cambios observados en la paciente señalados por la Licenciada A, al finalizar la práctica realizada por la tesista, incluyen modificaciones en las conductas y cambios cognitivos acerca del sentido que Sofía le asigna a sus síntomas y a su problemática. La psicóloga tratante refiere que la evolución positiva de Sofía fue de modo gradual y progresivo. A los ocho meses de haber iniciado la terapia, Sofía pudo realizarse una cirugía estética (situación que ella misma comentó a la tesista) que había postergado porque le producía mucho temor la posibilidad de náuseas o mareos, que podría generarle la anestesia. A lo largo de la tarea propuesta por la psicóloga, a partir de la reestructuración cognitiva; Sofía modificó sus creencias acerca de esta situación relacionada con los vómitos que tenía al principio del tratamiento. Asimismo, los pensamientos automáticos, como por ejemplo: “estoy llena” (si me lleno voy a vomitar); “si me dan anestesia me voy a marear; “si veo al bebé vomitar, yo podría vomitar” darían cuenta de procesos atencionales automáticos en la percepción de la situación temida y expectativas acerca de la situación de vomitar, característicos de la ansiedad. A partir de procesos concientes, estos pensamientos catastróficos fueron modificados para adquirir nuevas asociaciones que suprimieron la

expresión del miedo (Clark & Beck, 2012). Como ejemplo; acerca de la cirugía, Sofía comentó a la tesista *“al final nunca vomité ni tuve náuseas como yo creía que me iba a pasar, en cambio me dolió bastante, pero valió la pena”*. Al iniciar el tratamiento, Sofía no podía mencionar la palabra vomitar: en las exposiciones realizadas por la tesista, se observó que, al realizar salidas compartidas con sus compañeros, pudo hablar de sus síntomas y de su miedo a vomitar explicando sus síntomas mientras comía o viajaba.

Al iniciar la terapia, acorde a lo informado por la Licenciada A.; la paciente evitaba viajar en transporte público, temía vomitar frente a otros y a lo desconocido. Al comenzar la participación en el grupo de agorafobia, se observó que en las exposiciones realizadas en este grupo, Sofía viajaba en colectivo o subte; pero nunca lo realizaba sentada, lo hacía callada y acompañada por las coordinadoras M.o S.; quienes manifestaron en las últimas exposiciones en sus informes (coincidiendo con lo observado por la tesista); que Sofía ya lograba viajar sentada y comer durante los viajes. Sofía manifestó a la tesista :*“ a veces veo que me empiezo a marear o a tener náuseas, pero ya no me da pánico; puedo manejarlo un poco más...en la primera salida que hicimos juntas, me puse re ansiosa cuando volvíamos en el colectivo; ahora me doy cuenta que no me pasa siempre o me pasa cada vez menos”* . La ansiedad era el motivo para las conductas de evitación o escape que le permitían controlar la probabilidad estimada de vómito. En su tratamiento, a partir de la exposición al estímulo que interpretaba y anticipaba como amenazante (el vómito), obtuvo los elementos cognitivos para obtener la evidencia que desconfirmó la situación de miedo, ya que en los efectos de la exposición están involucradas las valoraciones cognitivas en cuanto a la expectativa de resultados sobre la amenaza y la autoeficacia (Culver & Craske, 2011). Estos cambios se reflejaron en la vida de Sofía: tiene una nueva pareja con la que comparte salidas, se relaciona fuera del ámbito laboral con sus compañeros de trabajo y comparte más salidas con sus amigas, produciéndose una evolución positiva que se fue dando gradualmente a través de su tratamiento.

Lo observado por la tesista en las exposiciones realizadas en el grupo de agorafobia; es coincidente con lo expresado por los coordinadores de este grupo. Tal como expresan los informes de las últimas exposiciones, Sofía ya viaja sola, come delante de sus compañeros y en transporte público y participa del grupo. La coordinadora M. manifiesta en la entrevista con la tesista, que *“Sofía habla más fuerte y comenta sus experiencias con los coordinadores y sus compañeros, ya no se sienta en el rincón de la mesa para que no la vean, la medicación también le hizo muy bien.”* La exposición gradual y sostenida al viaje en transporte público y comer frente a otros, tendría su explicación en mecanismos de habituación o familiarización

que resultaron en la reducción de su respuesta de ansiedad al viajar, ya que disminuyeron sus síntomas fisiológicos. La extinción de las repuestas de miedo en estas situaciones; a partir del aprendizaje de nuevas asociaciones cognitivas se manifiesta al interrumpirse la asociación entre “viajo- vomito”, produciéndose una respuesta relacionada con la evocación de la nueva asociación aprendida (Antony & Barlow, 1997).

En lo observado por la tesista en cuanto a sus conductas alimentarias, en las exposiciones más recientes, Sofía se animó a probar nuevos alimentos sin saber lo que contenían (como ejemplo: comió comida china que nunca había comido; comida rápida que consideraba *no segura o pesada*). Al finalizar las exposiciones Sofía ya no consume medicamentos auto recetados para la digestión y redujo la ingesta de dulces. Aceptó tomar la medicación recetada y recuperó peso (al comenzar el tratamiento pesaba 43 kilos, en la actualidad pesa 48 kilos). Eliminando las conductas de reaseguro al enfrentarse a las situaciones que antes evitaba. En cuanto a sus cambios en la vida social, Sofía cambió de trabajo a lo largo del tratamiento y está realizando un curso de programación. Tiene una nueva pareja a la que pudo contarle lo que pasa (comenta a la tesista), con quien salen juntos y cocinan. Expresó no haber tenido ataques de pánico y planificar como próximo objetivo en su tratamiento, poder viajar en avión e irse a vivir sola.

6. Conclusiones

Los objetivos de este trabajo se orientaron analizar la evolución del tratamiento de una paciente adulta diagnosticada con fobia a vomitar, desde una perspectiva cognitivo - conductual en una institución dedicada a abordar la ansiedad desde ese mismo enfoque. El análisis propuesto se centró en las intervenciones realizadas por la Licenciada A, en entrevistas breves semidirigidas a la paciente y a los coordinadores del grupo de agorafobia (grupo al que la paciente asistió con el fin de exponerse a conductas evitadas relacionadas con su miedo a vomitar). Las inferencias reflejadas se basaron en la descripción de los síntomas presentados por la paciente, cuyo diagnóstico fue realizado a partir de las intervenciones de la psicóloga, acorde a los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013). Al ingresar, la paciente presentó como motivo de consulta, el miedo a vomitar. Si bien el miedo es una emoción adaptativa, Sofía concurrió a la institución, por el padecimiento relacionado con su miedo intenso e irracional frente a estímulos de vómito o a su anticipación (del vómito propio). No había vomitado más de dos veces en su vida, lo que demuestra, que no se trataba del miedo a la probabilidad real de su propio vómito, sino a la expectativa

errónea y la mala interpretación de señales interoceptivas, predominantemente gastrointestinales (náuseas, hormigueos en el estómago y mareos) interpretados por ella, como anticipación de su propia acción de vomitar. Diversos autores dedicados al estudio de esta fobia poco investigada, como Boschen (2007), Veale (2009) y Veale y Lambrou (2006), concluyen que, frecuentemente, los pacientes con emetofobia no son conscientes de que las náuseas pueden ser consecuencia de la hipervigilancia a los síntomas gastrointestinales y atribuyen sus causas a problemas físicos, sostienen creencias acerca de lo que las provocan, relacionadas con el consumo de determinados alimentos, enfermedades físicas o estrés por alguna situación. En Sofía, las conductas de evitación (que ella consideraba eliminarían las sensaciones desagradables asociadas al vómito), se manifestaron en la exclusión de alimentos por la sensación subjetiva de estar “llena”, frente a una pequeña ingesta y a su selectividad rigurosa de los mismos, consumiendo sólo los considerados aptos por resultarle menos pesados; sólo bebía agua embotellada, no consumía ningún lácteo ni alimentos muy condimentados o con salsas; lo que trajo como consecuencia la disminución de peso y síntomas de cansancio corporal. A nivel comportamental se produjo la evitación de lugares y eventos donde consideraba desconocido lo que podía ingerir y donde concurría gente a beber alcohol. Otras evitaciones relacionadas con su miedo intenso a vomitar se relacionaron con lo que Veale (2009) considera señales externas de vómito, al sostener la creencia que ver a otros en riesgo de vomitar, podía provocar su propio vómito; Sofía evitaba el contacto con niños pequeños o personas y lugares donde se consume alcohol, aunque la situación de vómito no fuera objetivamente contagiosa. La evitación actuó en su fobia a vomitar como reforzador de la ansiedad ya que, al no exponerse al estímulo aversivo, no se producía la posibilidad de confrontar esas situaciones objetivamente, con las propias interpretaciones acerca de la probabilidad de vomitar (Veale, 2009). Sofía manifestó también temor a quedar embarazada, asociado con la presencia de náuseas. Todas estas conductas, llevaron a que su padecimiento le impidiera desarrollar una vida normal e interfiriera en sus relaciones sociales y laborales. Para la mayoría de los autores, que estudiaron esta fobia; (Leite et al., 2011; Lipsitz et al., 2001; Veale, 2009; Veale & Lambrou, 2006), estos síntomas relacionados con la situación aversiva de vómito producen una interferencia negativa en la vida de las personas que la padecen; mayor a la que se padece en otras fobias específicas, donde los estímulos son externos y más fáciles de evitar y por lo tanto, de exponerse a ellos para su tratamiento y extinción del miedo. En las primeras exposiciones la paciente no podía oír, ni pronunciar la palabra *vomitar*. La imaginación acerca de la posibilidad de vomitar podría activar los

recuerdos aversivos de su vida relacionados con el vómito: determinadas situaciones (como el viaje en colectivo), o la sola mención de la palabra vómito producían una activación de esos recuerdos produciéndole náuseas, alimentando y manteniendo la ansiedad emetofóbica (Veale & Lambrou, 2006). Sofía atribuía su ansiedad a una situación donde vomitó en un colectivo cuando tenía 10 años. Al iniciar el tratamiento, viajar le producía miedo y no lo hacía sentada, por miedo a tener náuseas y necesitar bajarse rápidamente. A partir de las exposiciones en los grupos de agorafobia, cuyo objetivo era que pudiera viajar en transporte público, se observó la desensibilización frente a los estímulos o señales internas y externas de vómito. La exposición gradual y sostenida de viaje en transporte público y comer frente a otros, dio lugar a mecanismos de habituación, cuyo resultado fue la reducción de su respuesta de ansiedad al viajar, disminuyendo los síntomas fisiológicos. A nivel cognitivo, al no desencadenarse el vómito en ninguna de estas situaciones, le permitió cambiar sus hipótesis sesgadas, por creencias asociadas a la probabilidad objetiva de vomitar (Culver & Craske, 2011). La extinción de las repuestas de miedo en estas situaciones; puede adjudicarse al aprendizaje de nuevas asociaciones, al interrumpirse la asociación entre “viaje, entonces vomito”, produciéndose una nueva respuesta relacionada con la evocación de la asociación aprendida (Antony & Barlow, 1997). Avanzado el tratamiento, Sofía logró viajar sentada y sola en transporte público, comer mientras viaja y frente a otras personas. Las conductas de evitación de alimentos fueron reemplazadas por hábitos más saludables, sugeridos por la psicóloga durante el tratamiento, lo que dio como resultado, la recuperación de peso y la aceptación del tratamiento farmacológico sugerido por el psiquiatra. Junto con las exposiciones a las conductas antes evitadas, abandonó las estrategias de reaseguro que favorecían el mantenimiento de la ansiedad: el consumo excesivo de dulces y la automedicación con digestivos y antieméticos de venta libre. Uno de los objetivos del tratamiento en la emetofobia, es lograr que la ansiedad disminuya; a pesar que las imágenes intrusivas del propio vómito puedan presentarse y que el paciente acepte la falta de control absoluto sobre estos pensamientos intrusivos (Veale, 2009).

Al finalizar este trabajo, luego de un año y medio de tratamiento, la psicóloga informó a la tesista, que Sofía logró exponerse a la observación del estímulo, viaja de modo relajado, pudiendo comer incluso, durante el viaje. Recuperó peso, dejó el placebo o estrategias de reaseguro, come distintas comidas y toma la medicación. Aún ella no vomitó, pero cambió su relación con esta posibilidad; cumpliendo los objetivos propuestos.

6. 1. Limitaciones

Las limitaciones teóricas encontradas al realizar este trabajo, se relacionaron con las dificultades para encontrar información teórica sobre el trastorno específico del caso; la fobia a vomitar es considerada una fobia específica según el DSM-5 (APA2013), pero las investigaciones acerca de este trastorno en particular son escasas y recientes. En una de las últimas investigaciones publicadas sobre el estudio de este trastorno; Keyes et al., (2018), a partir de una revisión sistemática de los artículos científicos sobre la emetofobia, concluyen en su metaanálisis, que, en relación con otras fobias específicas, la SPOV es un trastorno poco estudiado con escasos estudios empíricos bien diseñados y con pocos estudios de caso. Los estudios existentes están basados en muestras de comunidades de internet, siendo algunas poco significativas; por lo cual consideran preciso profundizar su investigación.

Otro de los obstáculos, resultó de la dificultad para hallar datos estadísticos publicados, para realizar inferencias sobre la prevalencia e incidencia del problema específico en la población general. No se hallaron protocolos específicos para el tratamiento de la fobia a vomitar, como tampoco estudios con valoraciones acerca de la eficacia de la terapia psicofarmacológica en SPOV; los estudios controlados existentes, son para otras fobias específicas donde predominan las señales interoceptivas; siendo los ISRS, en esos casos, los elegidos por su eficacia (Leite et al., 2001; Boschen, 2007). Al momento de abordar el caso, Sofía ya estaba siendo medicada con ISRS, a lo que atribuyó parte de su mejoría. La psicóloga informó a la tesista que Sofía comenzó con la medicación, seis meses después de serle recetada por el psiquiatra de la institución, por miedo a que le produjera síntomas secundarios relacionados con señales de vómitos. Esto es señalado por Lipsitz et al. (2001) en un estudio realizado con pacientes con fobia a vomitar, donde muchos de ellos, se resisten a ser medicados por miedo a que esto les provoque náuseas. Los lineamientos de la institución en el tratamiento de los trastornos de ansiedad señalan que la medicación cumpliría la función de compensar y equilibrar los trastornos metabólicos, controlando la aparición de crisis, la frecuencia y la intensidad, generando estabilidad y mejorando la sintomatología. (Carrión & Bustamante, 2009). La tesista sólo puede inferir que la mejoría de la sintomatología de la paciente puede deberse a la medicación, a partir de comentarios de los coordinadores y la psicóloga en sus entrevistas; pero no puede afirmarse que así sea, ya que no tuvo acceso a la información psiquiátrica o a la historia clínica.

Las limitaciones encontradas respecto de la metodología empleada, al abordar el estudio del caso, se relacionó con que, al momento de iniciar el contacto con Sofía, ya se

encontraba en tratamiento. La información acerca de los antecedentes del caso fue suministrada a la tesista por la psicóloga tratante, los coordinadores del grupo y obtenida de relatos de la paciente. Esta circunstancia, sumada a la limitación temporal de la práctica, que debió realizarse en tres meses, hizo más dificultosa la observación de la evolución de los síntomas respecto del inicio del tratamiento. Otro de los obstáculos, al momento de abordar el caso fue que, si bien la institución solicita a los pacientes, realicen una batería de técnicas para la evaluación de la ansiedad, Sofía no pudo realizarla, ya que esto implicaba un costo adicional en el tratamiento que no podía afrontar. Por reglas de la institución, la tesista tampoco accedió a la historia clínica, omitiéndose en este trabajo la información de los autoinformes realizados por la paciente, al inicio del tratamiento. Estas limitaciones, redundaron en un mayor esfuerzo en la reconstrucción de la primera etapa del tratamiento, dado que no se contaba con datos objetivos ni con la observación directa en esa etapa.

Como elementos favorables para este estudio, relacionados con la práctica; en la institución, se permitió a la tesista la observación participante del caso y en los grupos de fobia social y agorafobia; a partir de lo cual, se pudo obtener evidencia acerca de los síntomas, descritos en los casos estudiados de emetofobia: la evidencia del caso presentada aquí, apoya la importancia de las sensaciones internas (como náuseas, mareos) en el cuadro clínico general de la emetofobia (Boschen, 2007), de su tratamiento (Antony et al., 2006) y de las señales externas como estar cerca de niños o personas enfermas por miedo al contagio de vómito (aunque no sea objetivamente contagioso) (Veale 2009); se comprobó la presencia a partir de la observación, de conductas evitativas (restricción alimentaria, evitación de lugares donde otros podrían vomitar, etcétera) y estrategias de reaseguro (consumo de dulces y medicamentos antieméticos en este caso), utilizadas para no afrontar la respuesta de miedo frente a la probabilidad de vómito. Estas conductas y creencias relacionadas con la probabilidad de vomitar, así como también el miedo a quedar embarazada, produjeron un padecimiento en Sofía y un efecto negativo en su vida cotidiana (Leite et al., 2010; Lipsitz et al., 2001; Veale, 2009; Veale & Lambrou, 2006), que fue atenuándose y cambiando positivamente, a lo largo del tratamiento.

6.2. Aporte Personal. Perspectiva Crítica

En cuanto a la visión subjetiva de la tesista acerca de la práctica en la institución, cabe señalar, que las actividades asignadas, que no involucraban la observación del caso (como lo fue la concurrencia al grupo de fobia social y horas asignadas para secretaría); resultaron útiles para este trabajo; ya que permitieron observar su funcionamiento, (asignación de

turnos, aranceles, primeros contactos con pacientes, formas de derivación a los distintos profesionales, etcétera). El tipo de tratamiento que propone la institución incluye la participación en los distintos grupos, además de la terapia individual donde se trabaja con cada paciente con TA. La concurrencia de la tesista al grupo de fobia social, (aunque Sofía no concurría a este grupo), resultó de utilidad, por tratarse de una FE; permitiendo observar las diferencias y similitudes de abordaje grupal con el grupo de agorafobia, al que sí concurrió la paciente elegida para el caso. La observación participante en el grupo de agorafobia facilitó la elección del caso, dado que en el grupo fue donde se estableció con Sofía un primer vínculo empático y el interés de la tesista por su problemática. Operativamente, esto facilitó la tarea para lograr continuidad con las exposiciones individuales, ya que éstas se programaron para después del tiempo del grupo y se acordaron allí mismo las tareas individuales entre sábado y sábado con la paciente. Los coordinadores contribuyeron para esto, posibilitando a la tesista conocer las antecedentes del desempeño de Sofía en el grupo y brindando información acerca de su participación en el tratamiento. Las exposiciones elegidas, al ser continuadas del espacio grupal intentaron tener coherencia en cuanto a la situación y tiempo de exposición a situaciones evitadas relacionadas con la emetofobia.

Desde una perspectiva crítica, derivada de la participación en la observación del caso en este grupo, la tesista consideró que la inclusión de Sofía, fue justificada por la necesidad de exposición a conductas evitadas, dado que la evitación actúa sobre la exposición al EC de miedo, que le anticipa el estímulo aversivo (del vómito), actuando como un refuerzo negativo, reduciendo el miedo y a su vez reforzando la misma respuesta. La ansiedad es lo que produce la evitación, anticipando el evento temido. (Sandin & Chorot, 2009; pero la diversidad de problemáticas de los pacientes del grupo y la dinámica permanente de entrada y salida de integrantes, muchas veces, resultaron un obstáculo en la elección de las situaciones específicas, demandadas por Sofía en su tratamiento, quitándoles intensidad. Por otra parte, se observó que, al tratarse de una institución privada, muchos de los pacientes, concurren al grupo de los sábados por tratarse de la única actividad sin costo adicional dentro del tratamiento y no por su diagnóstico de agorafobia; impidiendo el seguimiento caso a caso al terminar con la terapia individual en la etapa de mantenimiento. En el caso de Sofía, la tesista sugiere, que podrían haberse incorporado más exposiciones al estímulo específico, una vez lograda la familiarización con los viajes, incorporando gradualmente las señales aversivas de vómito, dentro de las mismas exposiciones y salidas grupales con los coordinadores y con alguna intervención directa del psicólogo profesional. Para Veale (2009), en las exposiciones

en el tratamiento de la emetofobia, las señales elegidas deberían incluir los estímulos externos evitados y las señales internas como pueden ser recuerdos pasados de vómitos, pensamientos, imágenes o sensaciones asociadas con la acción de vomitar; dichas exposiciones deberían hacerse sin comportamientos de seguridad u otros sesgos atencionales en el monitoreo de náuseas y otros síntomas gastrointestinales. En este caso, las exposiciones grupales, sólo incluyeron aspectos comportamentales, desaprovechándose la oportunidad de trabajar sobre ellos, los aspectos más cognitivos.

La tesista concluye al finalizar la práctica que, en cuanto al tratamiento, se evidenció a partir de la observación, el abordaje de la fobia propuesto por la institución; dentro del cual la ansiedad se define como un patrón de respuestas que se activan ante hechos que son interpretados por la persona como amenazantes y cuya manifestación se da en múltiples dimensiones: cognitivo, fisiológico, emocional y conductual y que el tipo de tratamiento aplicado, de tipo cognitivo-conductual, enfatizó la interacción de estos factores, siendo la exposición repetida a señales de vómito y a las situaciones evitadas lo que permitió a Sofía identificar sus pensamientos sesgados y modificar sus valoraciones sobre su probabilidad de vomitar (Barlow, 2000). La reducción de los síntomas, la mejoría expresada por Sofía y las observaciones de su terapeuta evidenciaron, que el tipo de tratamiento aplicado resultó efectivo. Quedan planteadas algunas preguntas, de aspectos no abordados en el mismo, en cuanto a las respuestas emocionales frente a determinadas situaciones de separación o duelo en relación con el miedo a vomitar de Sofía; ya que los eventos desencadenantes de vómitos reales se produjeron inmediatamente después de dos separaciones (de sus padres, primero y de su pareja, el último). Pudiendo ser consideradas estas variables para otro trabajo, donde se indague acerca de las respuestas de ansiedad y su relación con determinadas situaciones de estrés en los casos de emetofobia, dándole mayor relevancia a los aspectos cognitivos de la emoción.

6.3. Nuevas líneas de Investigación

La tesista concluye que el estudio de casos (como el del presente trabajo) y la investigación acerca de este trastorno poco estudiado, podrían contribuir, a través del flujo de información entre la clínica y la teoría, a la identificación de variables intervinientes en esta fobia específica en particular, que resulten útiles en la construcción de técnicas y su validación, para su evaluación y tratamiento. La emetofobia produce padecimiento y una importante alteración en la vida de las personas; se necesitan estudios controlados acerca de la eficacia de los distintos tratamientos para la construcción de protocolos específicos para la

SPOV. El estudio de casos, podría contribuir al diagnóstico de esta fobia, a partir de la descripción e identificación de sus síntomas, incorporando a través de la evidencia clínica sus particularidades, no sólo acerca de su especificidad en cuanto al estímulo aversivo, sino en cuanto a su cronicidad, edad de comienzo, tipos de síntomas y pronóstico; abriéndose nuevas líneas de investigación para la construcción de protocolos específicos para la fobia a vomitar,, aún no encontrados desde este enfoque cognitivo -conductual.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV). Barcelona. Masson S.A.
- American Psychiatric Association (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Traducido por Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). (5ªed.). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2017). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Antony, M.M & Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Antony, M., Moras, K., Meadows, E., Di Nardo, P., Utech, J., & Barlow, D. (1994). The diagnostic significance of the functional impairment and subjective distress criterion: An illustration with the DSM-III-R anxiety disorders. [La importancia diagnóstica del deterioro funcional y el criterio de angustia subjetiva: Una ilustración con los trastornos de ansiedad DSM-III-R] *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16(3), 253-263.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory [Desentrañando los misterios de la ansiedad y sus trastornos desde la perspectiva de la teoría de las emociones]. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York. International Universities Press.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. [Ansiedad y depresión: Una perspectiva desde el procesamiento de información]. *Anxiety research*, 1(1), 23-36. doi. 10.1080/10615808808248218
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva*. Recuperado de: https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Boschen, M. J. (2007). Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. [Reconceptualización de la emetofobia: Una formulación cognitivo-conductual y una investigación agendada]. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 407-419. doi:10.1016/j.janxdis
- Bulacio J. M. (2004) *Ansiedad y estrés en la práctica clínica*. (1ª ed.). Buenos Aires. Librería Acadia Editorial.
- Capafons Bonet, J. I. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema* Universidad de La Laguna. 13(3), 447-452. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713310.pdf>
- Cano Vindel, A., & Miguel Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577057_Evaluacion_de_la_ansiedad_desde_un_enfoque_interactivo_y_multidimensional_El_Inventario_de_Situaciones_y_Respuestas_de_Ansiedad_ISRA_Evaluation_of_anxiety_from_an_interactive_and_multidimensional_focu/links/0fcfd501960ac473ef000000.pdf
- Carrión, O. & Bustamente, G. (2012). *Ataques de Pánico y trastornos de fobia y ansiedad: Cómo reconocerlos. Cómo superarlos* (5ª ed.). Buenos Aires. Galerna.
- Casado Morales, M. I. (1994). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos. (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/2997/1/T18977.pdf>
- Clark, D. & Beck, A. T., (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Recuperado de https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Culver N. & Craske G. (2011). Terapia Cognitiva conductual para fobias específicas. En R. Rodríguez Biglieri & G. Vetere. (1ª ed.). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad* (pp. 109-153). Buenos Aires. Polemos.

- Davidson, A. L., Boyle, C., & Lauchlan, F. (2008). Scared to lose control? General and health locus of control in females with a phobia of vomiting. [¿Tienes miedo de perder el control? Locus general y de control de la salud en las mujeres con fobia a los vómitos]. *Journal of clinical psychology*, *64*(1), 30-39. doi 10.1002/jclp.20431
- Freud, S. (1895/1992). Proyecto de una Psicología para neurólogos. En J. L. Echeverry (Trad.). *Obras Completas Sigmund Freud* (Vol.1, pp. 323-389) Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1909/1992). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. L. Echeverry (Trad.). *Obras Completas Sigmund Freud* (Vol.10, pp. 1-118) Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1992). Inhibición, síntoma y angustia, T. XX. En J. L. Echeverry (Trad.). *Obras Completas Sigmund Freud* (Vol.20, pp. 73-83) Buenos Aires. Amorrortu.
- Höller, Y., van Overveld, M., Jutglar, H., & Trinka, E. (2013). Nausea in specific phobia of vomiting. [Nauseas en la fobia específica a los vómitos]. *Behavioral Sciences*, *3*(3), 445-458. doi. 10.3390/bs3030445
- Hunter, P. & Antony, M. (2009). Cognitive-behavioral treatment of emetophobia: The role of interoceptive exposure. [Tratamiento cognitivo-conductual de la emetofobia: El papel de la exposición interoceptiva]. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(1), 84-91. doi.10.1016/j.cbpra
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. [Prevalencia de vida y distribuciones de edad de los trastornos mentales en la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud] *World psychiatry*, *6*(3), 168. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
- Keyes, A., Gilpin, H. R., & Veale, D. (2018). Phenomenology, epidemiology, comorbidity and treatment of a specific phobia of vomiting: A systematic review of an understudied disorder. [Fenomenología, epidemiología, comorbilidad y tratamiento de una fobia específica a los vómitos: Una revisión sistemática de un trastorno poco estudiado]. *Clinical psychology review*, *60*, 15-31. doi. 10.1016/j.cpr
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York. McGraw-Hill

- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=i-ySQQuUpr8C>
- Leite, C. E. P., Vicentini, H. C., Neves, J. D. S., & Torres, A. R. (2011). Emetophobia: A critical review about an understudied disorder. [Una revisión crítica sobre un trastorno poco estudiado]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 123-130.doi. 10.1590/S004720852011000200007
- Lipsitz, J. D., Fyer, A. J., Paterniti, A., & Klein, D. F. (2001). Emetophobia: Preliminary results of an Internet survey,[Emetofobia: Resultados preliminares de una encuesta de Internet]. *Depression and Anxiety* 4(2), 149-152. doi:10.1002/da.1058
- Maack, D. J., Deacon, B. J., & Zhao, M. (2013). Exposure therapy for emetophobia: A case study with three-year follow-up. [Terapia de exposición para la emetofobia: Un estudio de caso con seguimiento de tres años]. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 527-534. doi.10.1016/j.janxdis
- Marks, I. M. (1987) Social and Specific phobias.En: Isaac M. *Marks Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders*. p.p (1) 362-399. Oxford. Ed. Oxford University Press .Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iqvnCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=marks+1987&ots=VLPvQSotf6&sig=yFjDxnM_nUHx8JUsOOeNXeNX20#v=onepage&q=marks%201987&f=false
- Meichenbaum, D. (1979). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. Nueva York. Plenum Press.
- Ojeda, César. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 95-102. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S071792272003000200002>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez Acosta, A. M. (2005). Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación. *Terapia Psicológica*, 23(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78523103>

- Philips, H. C. (1985). Return of fear in the treatment of a fear of vomiting. [Retorno del miedo en el tratamiento de la fobia a vomitar] *Behaviour research and therapy*, 23(1), 45-52. doi. /10.1016/0005-7967(85)90141-X
- Pizarro Obaid, F. (2011). La inscripción de la angustia en el campo psicopatológico: referencias etimológicas, consideraciones filosóficas y categorías precursoras. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 229-10.4321/S021157352011000200004
- Real Academia Española (2016) .*Diccionario de la real Academia Española*, 23rd ed. [online] Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=Eim4mTa>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Consultado en: <https://dle.rae.es/?id=2l0oQtn>
- Rodriguez Biglieri R. & Vetere, G. (2011) Conceptos básicos de la terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad. En R. Rodriguez Biglieri & G. Vetere (Ed.) *Manual de terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad*. (pp.25-63). Buenos Aires. Polemos.
- Sandin B., Chorot, P. (2009) Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandin & F.Ramos (Eds.) *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp.92-135). Madrid. McGraw-Hill interamericana de España, S.A.U.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed Germán, M., Valiente, R., & Olmedo Montes, M. (2008). Sensibilidad al asco: concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 137-158. doi:10.5944/rppc.
- Sarudiansky, M., (2013). *Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos*. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Seligman, M. E. (1998). Sobre la generalidad de las leyes del aprendizaje. *Escritos de psicología*, (2), 1-12. Recuperado de: [file:///C:/Users/Propietario/Downloads/DialnetSobreLaGeneralidadDeLasLeyesDelAprendizaje-2876573%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Propietario/Downloads/DialnetSobreLaGeneralidadDeLasLeyesDelAprendizaje-2876573%20(1).pdf)
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividade*, 3 (1), 10- 9. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15186148200300010002&lng=pt&tlng=es.
- Spielberger, C. & Cubero, N. (1988). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Recuperado de: <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>

- Tortella Feliú, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69. Recuperado de: [file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Dialnet-losTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018%20\(11\).pdf](file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Dialnet-losTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018%20(11).pdf)
- van Hout, W. J., & Bouman, T. K. (2012). Clinical features, prevalence and psychiatric complaints in subjects with fear of vomiting. [Características clínicas, prevalencia y quejas psiquiátricas en sujetos con miedo a vomitar]. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(6), 531-539. doi:10.1002/cpp.761
- van den Hout, M. & Merckelbach, H. (1991). Classical Conditioning: Still Going Strong [Condicionamiento clásico: Sigue siendo fuerte]. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 59-79. doi:10.1017/S0141347300011514
- van Overveld, M., de Jong, P. J., Peters, M. L., van Hout, W. J., & Bouman, T. K. (2008). An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. Un estudio basado en Internet sobre la relación entre la sensibilidad al asco y la emetofobia]. *Journal of anxiety disorders*, 22(3), 524-531. doi.10.1016/j.janxdis
- Veale, D. (2009). Cognitive behaviour therapy for a specific phobia of vomiting. [Terapia cognitiva para una fobia específica a los vómitos]. *The Cognitive Behaviour Therapist* 2(4), 272-288. doi:10.1017/S1754470X09990080
- Veale, D., & Lambrou, C., (2006). The psychopathology of vomit phobia. [La psicopatología de la fobia al vómito]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(2), 139-150. doi.10.1017/S1352465805002754
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234-240. doi 10.1007/BF03000093
- World Health Organization (2017). *Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>