

Universidad de Palermo.

Facultad de Ciencias Sociales.

Licenciatura en Psicología.

Trabajo Final Integrador.

Fobias específicas del tipo:

Sangre -Inyecciones_ Daño o intervenciones médicas.

Autor: Gabriela Verónica Piaggio

Tutor: Gabriela Ramos Mejía.

INDICE

1- INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Objetivos.....	5
1.1.1 <i>Objetivo General</i>	5
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	5
1.2 Marco teórico.....	6
1.2.1 <i>Ansiedad</i>	6
1.2.2 <i>Fobia</i>	7
1.2.3 <i>Terapia Cognitiva</i>	10
1.2.4 <i>Terapia Conductual</i>	12
1.2.5 <i>Terapia Cognitivo Conductual</i>	13
1.2.6 <i>Técnicas</i>	15
1.2.6.1 <i>Psicoeducación</i>	15
1.2.6.2 <i>Técnicas de control de la activación</i>	15
1.2.6.2.1 <i>Relajación progresiva y diferencial</i>	16
1.2.6.2.2 <i>Entrenamiento autógeno</i>	17
1.2.6.3 <i>Entrenamiento en tension aplicada</i>	18
1.2.6.4 <i>Desensibilización sistemática</i>	18
1.2.6.5 <i>Técnicas de autocontrol</i>	20
1.2.6.6 <i>Técnicas de modelado</i>	21

1.2.6.7 <i>Técnicas de biofeedback (BF)</i>	22
1.2.6.8 <i>Entrenamiento en auto instrucciones</i>	22
1.2.6.9 <i>Refuerzo positivo</i>	23
2- DESARROLLO	24
2.1 Metodología.....	24
2.1.1 <i>Tipo de estudio</i>	24
2.1.2 <i>Participante</i>	24
2.1.3 <i>Procedimiento e Instrumentos</i>	24
2.2 Análisis del caso.....	25
2.2.1 <i>Historia Clínica</i>	25
2.2.2 <i>Sesiones</i>	28
2.2.3 <i>Cambios que hubo a lo largo del tratamiento</i>	35
3- CONCLUSION	36
4- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

1- INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Integración (TFI) constituye la instancia de evaluación final de la carrera de Psicología cursada en la Universidad de Palermo. La práctica de habilitación profesional fue realizada en un Hospital, consto de 320 horas, distribuidas en tres veces por semana

Se participo en diferentes actividades las cuales fueron muy didácticas y formativas. A los efectos de poner en practica las actitudes y competencias aprendidas durante la cursada.

Se trabajó con pacientes externos del servicio de psiquiatría del hospital y con pacientes internados en el servicio de cardióloga. Se le administraron técnicas y test psicométricos, para luego realizar sus correspondientes informes.

Entre las varias tareas que se realizaron, se colaboró en actividades de investigación leyendo y seleccionando historias clínicas.

También se participó mediante la observación en sesiones de terapia, tanto con los psiquiatras como con los psicólogos del equipo. Asimismo se asistió a entrevistas de admisión para los grupos psicoeducativos y de autoayuda con Trastornos de Ansiedad.

Por último se concurrió todos los días lunes al ateneo brindado por los profesionales del servicio de psiquiatría en los cuales se trataban temáticas diversas acerca la salud mental. Dichas charlas fueron sumamente pedagógicas y constructivas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General

El objetivo general de este trabajo será la descripción de un tratamiento Cognitivo-Conductual de fobia específica del tipo sangre-inyecciones-daño o intervenciones médicas.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Describir la sintomatología que presenta la paciente al inicio del tratamiento.
2. Detallar las técnicas utilizadas para abordar la fobia del tipo sangre - inyecciones y daño o intervenciones médicas.
3. Describir los cambios alcanzados al finalizar el tratamiento.

1.2 MARCO TEORICO

1.2.1 Ansiedad

Algunos autores definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

Por otro lado, según Wolpe (1979) la ansiedad es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo.

No obstante, Bulacio (2004) define la ansiedad como un fenómeno esencialmente humano. Permite al hombre anticipar diversas situaciones, algunas relacionadas con sus defensas y otras relacionada con el ataque. Cuando la ansiedad se generaliza o adquiere una gran dimensión o se transforma en una respuesta rígida, se vuelve disfuncional o desadaptativa y en tal sentido, debe considerarse patológica.

Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria. Bandura (1990) agregó que existe un aprendizaje vicario de la respuesta ansiosa. Supone que los individuos pueden aprender respuestas ansiosas internas por imitar respuestas de ansiedad de sus otros significativos, esto da cuenta de los determinantes cognitivos que operan entre el ambiente y la conducta.

Sandín y Chorot (1995) describen que la ansiedad es vista como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompaña por la activación del sistema nervioso autónomo simpático, teniendo un valor funcional y utilidad biológica.

La clasificación de los trastornos de ansiedad que figura en DSM IV-TR (2002) es la siguiente:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

1.2.2 Fobia

La fobia es un miedo persistente e irracional a un tipo particular de objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real.

Las fobias específicas son un tipo de trastorno de ansiedad, en los cuales la exposición al estímulo que causa el miedo puede provocar una ansiedad extrema o un ataque de pánico. Éstas son las más comunes de todos los trastornos psiquiátricos, ya que afectan hasta un 10% de la población.

Las fobias según Marks (1969) deben cumplir los siguientes requisitos para poder ser conceptuadas como tales:

1 Existencia de miedo desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación, es decir, el miedo es claramente superior al que cabría esperarse dada las demandas situacionales.

2 El miedo conduce necesariamente a la evitación de la situación temida.

3 No existe una posible explicación lógica del fenómeno. Esto denota el carácter irracional de la fobias (la persona es consciente de la irracionalidad).

4 Sobrepasa el posible control voluntario.

5 Produce cierto grado de malestar o sufrimiento.

Aun cuando todas estas características son relevantes para definir los comportamientos fóbicos, resulta de particular importancia el componente

evitación (o escape). De hecho suele aceptarse que no es posible hablar de una fobia si no existe dicho componente. No obstante, es preciso tener en cuenta que la evitación no constituye problema clínico a no ser que existan eventualmente situaciones de aproximación a la situación temida. Si no existiera riesgo de aproximación a la situación temida no existiría miedo fóbico y, por consiguiente, la evitación sería adaptativa.

Los criterios diagnósticos de la **fobia específica** en el DSM-IV TR (2002) son:

- **A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (ejemplo: volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- **B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos.
- **C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- **D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- **E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- **F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- **G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. miedo a la suciedad en un individuo con ideas

obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej.: evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la **fobia específica**:

- **Tipo animal:** el miedo hace referencia animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- **Tipo ambiental:** el miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- **Tipo sangre-inyecciones-daño:** El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.
- **Tipo situacional:** El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados.
- **Otros tipos:** El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad y el miedo que tienen los niños a los sonidos altos o personas disfrazadas.

Como se menciona anteriormente el DSM-IV establece cuatro tipos de fobia específica. Uno de estos es relativo a la sangre-inyecciones-daño. Öst, Sterner y Lindhal (1984) sostienen que este grupo es particularmente importante ya que los pacientes con tales fobias parece que tienden a exhibir un patrón fisiológico de respuesta único cuando son confrontados con los estímulos fóbicos (sangre). El patrón es difásico, se inicia con un incremento inicial de la

presión sanguínea y de la tasa cardiaca, seguido por un rápido descenso de estos parámetros que, eventualmente, conduce al desmayo del paciente si este permanece en la situación.

Eaton, Dryman y Weisman (1991) manifiestan que en general la Fobia específica es el diagnóstico más frecuente de los trastornos por ansiedad y se encuentra entre los de mayor prevalencia de todos los trastornos psicológicos. La prevalencia estimada durante toda la vida se encuentra alrededor del 14,45 al 15,7% entre las mujeres y del 6,7 al 7,75% en los hombres

1.2.3 Terapia Cognitiva

Castañeda (1998) explica que la psicoterapia cognitiva surge, como un nuevo modelo alternativo, frente a las deficiencias de los procedimientos de la terapia conductual en la resolución de los problemas desadaptativos. Esta centra su interés en el estudio de una serie de variables o procesos mediadores que intervienen en el proceso de condicionamiento clásico.

El término cognición procede de la palabra *cognitio*, que significa obtener conocimiento, acción y efecto de conocer. Así entendida, la cognición es el acto por el cual la persona logra saber y conocer acerca de sí y del mundo que le rodea a través de la experiencia. En este sentido, los filósofos griegos de la escuela estoica solían ya decir que "los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que de ellos tienen". Hoy en día son múltiples las expresiones empleadas para señalar el papel que los factores cognitivos desempeñan en los trastornos emocionales (distorsión cognitiva, creencias irracionales, construcciones alteradas).

En su origen "[...] las terapias cognitivas primitivas eran en muchos sentidos "terapias de insight" ya que empleaban en gran medida técnicas introspectivas para modificar la personalidad manifiesta del paciente (Ellis, 1962; Beck, 1967)." (Beck, Freeman & Otros, 1995, p. 28).

La psicoterapia Cognitiva parte del concepto de que los afectos y la conducta del individuo están determinados, en gran medida, por el modo en que éste estructura el mundo. El malestar psicológico es la consecuencia final de la interacción de factores innatos, biológicos, evolutivos y ambientales.

El modelo cognitivo toma como objeto de estudio a los procesos mediadores o cogniciones. Este concepto incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas y atribuciones, entre otros, es decir, los procesos que configuran las representaciones en la que cada persona codifica el mundo. Desde la óptica cognitiva, los procesos mediadores tienen como función asignar un significado al estímulo, de lo que se deduce que los estímulos no tienen un significado único universal. La conducta no depende directamente de las circunstancias ambientales, sino que resulta del significado que el estímulo tiene para cada persona.

Caro Gabalda (1997) refiere que cuando hablamos de terapias cognitivas debemos empezar asumiendo tres modelos básicos:

1) Los modelos de reestructuración cognitiva, identificados con las primeras terapias que destacan el papel del significado. Se caracterizan por defender que lo que una persona piensa o dice no es tan importante como lo que cree. Su tarea consiste en desarrollar estrategias para reconocer la racionalidad o validez de las creencias disponibles. Según varios autores la terapia cognitiva se entiende como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión. El terapeuta y el paciente colaboran en identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que lleva a los sujetos a rearmar su pensamiento con la realidad.

2) Los modelos cognitivo comportamentales, con un origen más claro en la terapia de conducta, están desarrollados por teóricos con una fuerte base conductual. Conceptualizan el pensamiento de forma más concreta, es decir, como un conjunto de autoenunciados encubiertos (conductas privadas) que pueden verse influidos por las mismas leyes del condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas. Su tarea consiste en desarrollar estrategias para enseñar habilidades cognitivas específicas.

3) Los modelos construccionistas tienen los siguientes principios:

- a) los seres humanos son participantes proactivos en su propia experiencia
- b) la casi totalidad de procesos de orden, que organizan la vida humana, opera a niveles tácitos de conciencia
- c) la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de los procesos individualizados, funcionan como autoorganizadores que tienden a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales
- d) Estos modelos asumen parte de los presupuestos del construccionismo social y sobre todo aquel en el que se afirma la constitución social de los sistemas de creencias y de los que podemos llamar nuestras realidades
- e) sostienen que no podemos afirmar la validez del conocimiento, sino su viabilidad.

1.2.4 Terapia Conductual

En la década del cuarenta y cincuenta, como consecuencia del desarrollo de las teorías psicológicas del aprendizaje y la constatación de los resultados efímeros de la terapia psicoanalítica, se producen cuestionamientos a los modelos existentes, dando lugar al surgimiento del modelo conductual, asumiendo el rol protagónico como una nueva forma de terapias de la conducta desadaptada.

Castañeda (1998) sostiene que la conducta humana es aprendida bajo la asociación estímulo-reacción y los supuestos refuerzos, dando lugar a la formulación de teorías donde se destaca la importancia del aprendizaje. Estas teorías, basadas en el rigor científico del conductismo y postuladas a partir de la experimentación animal, se sustentan en conceptos como el condicionamiento clásico de Pavlov, en el refuerzo del condicionamiento operante de Skinner, la contigüedad de Gauthrie, el aprendizaje latente de Tolman y otros, cuyas contribuciones han sido relevantes para la aplicación en el campo de la psicoterapia conductual.

Muchos autores han planteado los principios básicos que deben regir las terapias conductuales. Los mismos que difieren según la perspectiva teórica

que asumen (condicionamiento clásico frente al operante), dependiendo de las respuestas (motoras frente a las fisiológicas) o las técnicas utilizadas. Sin embargo, todos coinciden en los siguientes puntos:

- a) Existe continuidad entre la conducta normal y anormal, lo que supone que las leyes básicas del aprendizaje pueden aplicarse a todos los tipos de conducta.
- b) La conducta desadaptada es adquirida a través del aprendizaje como cualquier otra conducta. Por tanto, si se aprenden también se desaprenden.
- c) Los síntomas, que son las conductas alteradas, son el objetivo a tratar.
- d) La terapia de la conducta tiende a concentrarse en la conducta desadaptada en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.
- e) Toda técnica clasificada bajo el rótulo "terapias de la conducta" debe estar formulada bajo fundamentos de la psicología experimental. Como tal sus procedimientos se han sometido a verificación, siendo estos relativamente efectivos.

1.2.5 Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual se ha ido conformando a través del análisis de destacados profesionales. Albert Ellis (1962), con la Terapia Racional Emotiva (TREC), ha sido uno de los fundadores y creadores de los principios de la terapia cognitiva y ha favorecido el desarrollo de lo que se conoce como terapia cognitivo conductual. La terapia racional emotiva conductual sostiene que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control de pensamientos, acciones y conductas. Este es un proceso de interacción donde se pretende conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente. Este modelo enseña a los pacientes a identificar e informar sobre sus disfunciones cognitivas (cómo ocurren, cuándo se presentan y el impacto que tienen en sus sentimientos).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) fueron considerados entre los primeros en utilizar una amplia gama de técnicas conductuales en tratamiento que incluían el trabajo para el hogar estructurado in vivo. Todos ellos coincidieron sistemáticamente en el efecto terapéutico de la técnicas cognitivo conductuales

no solo sobre las estructuras sintomáticas, sino también sobre los esquemas cognitivos o creencias controladoras.

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Sin embargo, dentro de ella existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos, ya que unos se centran en estructuras, creencias o supuestos básicos como principales entidades causales de las emociones y la conducta. Otros en proceso tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas, etc. o contenidos del pensamiento: auto- instrucciones, pensamientos automáticos. Así mismo, existen importantes diferencias en las estrategias de intervención. A pesar de estas diferencias se puede señalar las siguientes características comunes a todas ellas:

1. El cambio conductual se encuentra mediado por las actividades cognitivas. Es decir, la identificación y la alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los clientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerle conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, etc. En general, en la modificación cognitivo- conductual se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero aquí tales manipulaciones representan ensayos de *feedback* informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que el paciente cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

En la terapia cognitivo conductual la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de

identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales. El objetivo de este modelo es cambiar las creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro otras creencias.

Para Bulacio (2004) los medios usados en terapia cognitiva conductual enseñan al paciente a ver las situaciones de pánico de manera diferente y enseñan varios modos de reducir la ansiedad, por ejemplo haciendo ejercicios de respiración o acudiendo a técnicas que dan nuevo enfoque a la atención.

1.2.6 Técnicas

1.2.6.1 Psicoeducación

La psicoeducación es una modalidad de intervención que se ha convertido en un componente bien establecido del tratamiento de un número considerable de trastornos psiquiátricos. La misma proporciona:

1. *Educación al paciente y/o a la familia.*
2. *Habilidades de afrontamiento.*
3. *Habilidades familiares.*
4. *Técnicas de reducción de problemas.*

1.2.6.2 Técnicas de control de la activación

Se considera técnica de relajación a cualquier procedimiento cuyo objetivo es enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos.

Las técnicas de relajación más utilizadas en el ámbito de la modificación de conducta, relajación progresiva y entrenamiento autógeno, tiene apenas una historia de sesenta años. En los últimos años este procedimiento ha adquirido mayor importancia debido al interés que en la actualidad se le otorga a la *tensión* o *activación* en el desarrollo de desequilibrios, trastornos o simplemente malestar personal. Para Wolpe (1958) la relajación es un procedimiento adecuado en problemas como ansiedad, insomnio, disfunciones

sexuales, utilizada como técnica aislada o bien como parte de otras técnicas, por ejemplo en la desensibilización sistemática.

La relajación produce los siguientes cambios psicofisiológicos:

- Disminución de la tensión muscular tónica.
- Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco
- Aumento de la vasodilatación arterial con el consiguiente incremento en el riego periférico y en la oxigenación celular.
- Disminución de la actividad simpática general.
- Disminución en los niveles de secreción de adrenalina, y noradrenalina por las glándulas suprarrenales.
- Reducción en el nivel del ácido láctico en la sangre arterial.

Se supone que las técnicas de relajación producen sus efectos como resultado de una disminución del tono ergotrófico del hipotálamo, lo que conlleva una disminución de las descargas hipotálamo-corticales, por que se ha considerado la fisiología de la relajación como una fisiología de hipoactivación.

1.2.6.2.1 Relajación progresiva y diferencial

Jacobson (1929) desarrollo este procedimiento de relajación el cual intenta enseñar al sujeto a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El objetivo es conseguir que la persona aprenda a identificar la señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y, posteriormente, cuando los identifique ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (se relaje).

Estas son algunas de la condiciones para comenzar en entrenamiento en relajación:

- En las primeras sesiones de entrenamiento, el ambiente debe ser tranquilo, libre de distracciones, con una temperatura confortable, si se considera oportuno, una iluminación tenue.
- Es importante utilizar ropa amplia y cómoda, no usar objetos (lentes, etc.) que opriman o molesten a fin de que no dificulten el centrar la atención en las señales del propio organismo. Se deberá insistir en que se aflojen los cinturones, se quiten los lentes, etc. a fin de poder identificar las sensaciones corporales.
- Durante la fase inicial de entrenamiento es mejor que se adopten las posturas que mas favorecen su desarrollo, la de acostado o sentado.
- Las instrucciones deben darse con voz pausada, relativamente monótona y con escaso volumen. No debe haber cambio ni en la intensidad ni en la modulación a fin de no distraer al cliente.
- Al dar las instrucciones es conveniente primero relatar en forma detallada qué deberá hacerse y luego señalar el momento en que ha de comenzar a hacerlo (por ejemplo: Cuando yo se lo indique debe tensar los músculos de la mejillas, para ello debe tirar las comisuras de los labios hacia arriba y hacia atrás, como en una sonrisa forzada.)

1.2.6.2.2 Entrenamiento autógeno

Se basa en la relajación cuyo fin es que el propio sujeto sea el que se lo genere (autogenerado).

El objetivo es producir un cambio en el de estado conciencia, no tan profundo como en la hipnosis, pero que el propio sujeto pueda autogenerarse a voluntad. Este ejercicio producirá un desconexión general del organismo que se supone producirá un cambio de actitud y en general un cambio en la forma de afrontar las demandas del medio. La modificación que produce esta desconexión se consigue por concentración interna, por entrega interior a determinadas representaciones preestablecidas a través de un aprendizaje progresivo.

1.2.6.2.3 Técnica del control de la respiración

Como describen Labrador Encina, De la Puente Muñoz y Crespo Lopez (2001) el objetivo de la técnicas del control de la respiración debe ser en primer lugar el enseñar un adecuado control voluntario, para posteriormente automatizar este control de forma que su regulación se mantenga incluso en situaciones problemáticas. Para su fin, se dirigen a lograr el uso total de los pulmones facilitando una respiración diafragmática mas completa, lo que además acompaña de a un ritmo mas lento. La respiración diafragmática implica poco esfuerzo y facilita la activación parasimpática.

1.2.6.3. Entrenamiento en tensión aplicada

Este procedimiento tiene como objetivo contrarrestar la caída de la presión arterial que se produce durante la segunda parte de la respuesta bifásica. El primer paso de la técnica consiste en enseñar al paciente a tensar los principales músculos del cuerpo para aumentar la tasa cardíaca. A continuación aprende a detectar los primeros síntomas del descenso de la presión sanguínea que anteceden al desmayo cuando se encuentra en la situación temida. Se ha demostrado de forma repetida que la tensión aplicada es un tratamiento eficaz para la fobia a la sangre Öst y Sterner (1987).

1.2.6.4 Desensibilización sistemática

Esta técnica fue desarrollada en 1958 por Wolpe, esta dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación. Es sin duda una de la técnicas mas representativas de la modificación de la conducta.

Dentro de esta técnica están implicados los siguientes conceptos:

- a.** Respuestas incompatibles: hay determinadas respuestas que no pueden darse a la vez, cuando aparece una, invalida la otra. Por ejemplo tensión, relajación.
- b.** Jerarquía de estímulos: se puede hacer una escala de las distintas variaciones de una situación, objeto o persona desde la que apenas produce ansiedad a la que produce la máxima ansiedad.

c. Contracondicionamiento: para que la situación deje de provocar ansiedad será mas fácil conseguirlo con variaciones de esa situación que apenas provoquen una ansiedad que con aquellas que provoquen una ansiedad muy intensa.

d. Generalización: Cuando se asocia una respuesta a una determinada situación, esta asociación se extenderá o generalizara también, a las distintas variaciones de esta situación.

La desensibilización sistemática es un tratamiento adecuado para la eliminación de miedos y ansiedades en todos aquellos casos que se den los estímulos condicionados de la ansiedad. Siempre que ocurran las siguientes condiciones:

1. El miedo y la ansiedad del sujeto están justificados por creencias o ideas sobrevaloradas, fuertemente asentadas.
2. El miedo y la ansiedad del sujeto es irracional, ya que el sujeto tiene las habilidades requeridas para hacer frente a la situación o no existe objetivamente un peligro.
3. El cliente presenta un número de fobias reducidas, inferior a cuatro, así como no presenta ansiedad generalizada alta.

La desensibilización sistemática esta fundamentalmente indicada en casos de miedos y trastornos fóbicos, así como en todos los casos que supongan la participación de estímulos condicionados en el mantenimiento del problema.

Es de suma importancia otorgar al sujeto una adecuada y clara explicación de esta técnica, para lograr una correcta y efectiva aplicación de la misma.

Por consiguiente, Cruzado Rodríguez, Labrador Encinas y Muñoz Lopez (2001) concluyen en que:

A lo largo de mas de 35 años que se viene trabajando en esta técnica, se ha ido produciendo una evidencia empírica, desde distintas fuentes, que permite avalar que si este procedimiento se aplica sobre los problemas para los que es pertinente, de forma adecuada, la técnica sera efectiva.

1.2.6.5 Técnicas de autocontrol

El objetivo de esta técnica es que el individuo asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera automática ante las situaciones que sea necesario.

Desde el punto de vista de la terapia de la conducta, el autocontrol se ve como una habilidad entrenable que conforma un continuo, a lo largo del cual puede situarse cualquier persona. La manifestación de autocontrol no es otra cosa que el resultado del conocimiento que el sujeto tiene acerca de las relaciones funcionales que controlan su comportamiento; en tal caso un aumento de dicho conocimiento llevaría un incremento del autocontrol.

Fases del entrenamiento del autocontrol:

Las fases que conlleva el entrenamiento en un programa de autocontrol son las siguientes:

- auto-observación: para poder intervenir sobre una conducta, el sujeto debe primero detectarla, darse cuenta de su ocurrencia.
- Establecimiento de objetivos: el paciente habrá de decidir que nivel de control quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva (quiero dejar de fumar definitivamente o solo quiero reducir la cantidad de cigarrillos).
- Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: en función de los objetivos establecidos y de los datos obtenidos por medio de la auto-observación, se deciden las técnicas concretas de autocontrol en las que se entrenara al cliente.
- Aplicación de las técnicas en contexto real: una vez que el entrenamiento se ha llevado a cabo en la consulta, se sigue con la puesta en practica de lo aprendido en su vida diaria. Los pasos que el sujeto debe seguir al enfrentarse a una situación son los siguientes:
 1. Auto-observación. Identificación de la situación problemática
 2. Aplicación de la técnica adecuada a los requerimientos de la situación.
 3. Autoevaluación. Comparación de la ejecución en esta situación con los criterios conductuales que previamente se habían establecido.
 4. Autorrefuerzo o castigo en función de la adecuación de la conducta a los criterios de ejecución

5. Autocorrección. En el caso de que la conducta no haya alcanzado los criterios establecidos habrá que identificar si el problema ha estado en la auto-observación, en la aplicación de la técnica o en la auto-evaluación.

1.2.6.6 Técnicas de modelado

Es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como un estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en otras personas que observan la actuación del modelo. El procedimiento básico del moldeamiento es muy sencillo, consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes o filmados que exhiben los comportamientos adecuados que él debería adoptar. A través de esta técnica se puede modificar la conducta motora, la activación emocional y fisiológica, así como los aspectos cognitivos tales como las opiniones y actitudes.

Las técnicas de modelado tratan de enseñar principios o reglas que deben guiar la conducta en contextos determinados más que respuestas imitativas simples.

El modelado puede utilizarse para las siguientes funciones:

- (a) Adquisición de nuevos repertorios de conductas o habilidades, tales como el lenguaje, conductas de autocuidado, habilidades de interacción social, habilidades de afrontamiento ante el estrés, entre otras.
- (b) Inhibición o desinhibición de conductas que ya poseía el sujeto en su repertorio. Las técnicas de modelado tienen una fuerte aplicación en el tratamiento de trastornos fóbicos.
- (c) Facilitación de conductas que no se emiten por falta de estímulos inductores, no por falta de habilidad o procesos de inhibición.
- (d) Incremento de la estimulación ambiental. La conducta de los modelos puede servir para hacer que aumente la atención de los observadores a estímulos o sucesos concretos, o aumente la probabilidad de que el observador se exponga a situaciones que provocan conductas similares.
- (e) Cambios en activación emocional y valencia afectiva. La observación de que modelos que exhiben repuestas emocionales provocan un nivel de activación emocional similar en el observador.

En conclusión , el modelado puede utilizarse para aprender nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales, facilitar respuestas, aumentar los efectos de los estímulos o incrementar la activación emocional.

1.2.6.7 Técnicas de biofeedback (BF)

El aprendizaje depende, al menos en una parte importante, del conocimiento de los efectos o de los resultados de la conducta. Si se sabe qué efecto específico produce una conducta de forma inmediata y precisa (feedback) será más factible aprender a emitirla en el momento adecuado. Así pues, es más fácil aprender a emitir y controlar conductas para las que se dispone un feedback abundante, y más difícil aprender a emitir y controlar conductas para las que el feedback es menos importante, al menos a nivel consciente. Dado que el aprendizaje de una conducta depende en gran medida del conocimiento de los resultados o los efectos de su emisión, proveer información sobre esta, facilitará el aprendizaje y en consecuencia posibilitará su control voluntario.

Se considera como técnica de BF cualquier técnica que utilice instrumentación para proveer información inmediata, precisa y directa a una persona sobre la actividad de sus funciones fisiológicas, facilitando la percepción de estas y el someterlas a control voluntario.

El objetivo del entrenamiento en BF es que la persona consiga el control voluntario de una respuesta fisiológica, relacionada con un problema específico, de manera rápida y adecuada, y que sea capaz de poner en práctica éste control, en las condiciones habituales en las que le sea útil (Labrador Encinas, 2001).

1.2.6.8 Entrenamiento en autoinstrucciones

Meichenbaum (1974) plantea la hipótesis de que una parte importante de las cogniciones humanas se pueden considerar "pensamientos automáticos" (imágenes y autoverbalizaciones) y eslabones de cadenas de respuestas más amplias, tanto adaptativas como desadaptativas.

Para modificar la conducta meta es necesario analizar la secuencia de respuestas y pensamientos automáticos que la conforman, y para conseguirlo,

es necesario "desautomatizar" la conducta del individuo utilizando mediadores verbales (cogniciones deliberadas en forma de autoinstrucciones).

Estos mediadores permiten:

- Interrumpir la cadena de respuestas desadaptativas.
- Introducir secuencias de conductas motoras, emocionales o cognitivas, que faciliten la emisión de la conducta meta deseada.

El objetivo básico del entrenamiento autoinstruccional es la modificación del dialogo interno.

Las autoverbalizaciones que el niño debe aprender a interiorizar, están relacionadas con el tipo de tarea y con la secuencia de respuestas encadenadas que ésta requiera. El momento en que deben ser utilizadas, puede variar.

1.2.6.9 *Refuerzo positivo*

El refuerzo positivo, consiste en dar una consecuencia ante respuestas correctas, pueden ser tanto un refuerzo social (felicitaciones y halagos) o primario o tangible: *modelado*, que es la indicación de la respuesta correcta cuando la respuesta no ocurre o es incorrecta, y su posterior reforzamiento cuando es realizado; *moldeamiento*, el cual se basa en avanzar paso a paso, recompensando cada aproximación a la conducta deseada y no solo después de la conducta final; y *encadenamiento*, por la cual establece una secuencia de pequeñas partes de una actividad, como una cadena de respuestas en las que la recompensa se entrega después de la última respuesta de la misma. (Capilla et. Al; 1989)

2- DESARROLLO

2.1 Metodología

2.1.1 Tipo de estudio

Descriptivo, estudio de caso único.

2.1.2 Participante

Se trabajo con una paciente a la que llamaremos L, de diecinueve (19) años. La cual concurrió de manera espontánea por tener miedo intenso a las inyecciones, las extracciones de sangre y otras intervenciones medicas, situaciones en las que siempre se desmayaba. Particularmente en esta ocasión sentía la obligación de hacer terapia ya que estaba muy preocupada debido a que tenia que operarse de la rodilla y a causa de su temor no se animaba.

2.1.3 Procedimiento e Instrumentos

En base a la participación y observación en el desarrollo semanal del tratamiento psicológico, se realizo un registro de las observaciones y junto con la historia clínica se obtuvieron los datos necesarios para realizar el análisis y descripción del caso.

La paciente concurrió al consultorio una vez por semana y su tratamiento consistió en la aplicación de técnicas como:

1. Psico educación
2. Técnica del control de la activación "Respiración diafragmatica"
3. Entrenamiento en tensión aplicada
4. Biofeedback
5. Entrenamiento en autoinstrucciones.
6. Exposición imaginaria y virtual, gradual y sistemática.
7. Exposición en vivo gradual y sistemática.

Se observó y se elaboró un registro de las entrevistas, y del material surgido en las mismas.

2.2 Análisis del caso

2.2.1 Historia Clínica

Datos personales:

L es una adolescente de 19 años, soltera. Vive con sus padres y una hermana menor. Esta cursando el CBC para la carrera de abogacía y actualmente no trabaja.

Motivo de consulta:

L acude a la consulta debido a la elevada ansiedad que le produce todo lo que tenga que ver con la sangre, los médicos, vacunas, etc. Relata que en casi todas esas situaciones termina desmayándose. Cuando tiene que ir al médico, hacerse un análisis u otro estudio, pasa varios días preocupada pensando en ello de manera constante.

Debe operarse de la rodilla y debido a este temor intenso no se anima.

Cuenta que en la casa, se hizo un pequeño corte en un dedo con un cuchillo cortando un trozo de queso y se desmayó.

Dice querer eliminar esta fobia y aprender a pensar de otra manera: “quiero tener una vida normal”.

Antecedentes de la enfermedad actual:

Recuerda que le pasó por primera vez a los 12 años. En una consulta oftalmológica, en el momento en que le iban a tomar la presión del ojo se desmayó.

No recuerda haberse dado inyecciones de pequeña, pero sí vacunas y cree que se desmayó o estuvo cerca.

Le volvió a ocurrir cuando tenía 15 años en la sala de espera del consultorio del dentista acompañando a su madre, refiere que nunca realizó una consulta con un dentista. A los 16 años cuando debía colocarse la vacuna que correspondía según el calendario de vacunación, no se la dio por miedo.

El año pasado, no llegó a desmayarse, pero le bajó la presión cuando participaba de una conversación en la que se relataba un parto.

Curso de la enfermedad:

En las vacaciones de verano jugando en la playa al voleo sintió un dolor intenso en la rodilla, era tan fuerte el dolor que no podía caminar comentó. Debido a esto tuvo que realizarse una resonancia magnética, y cuando estaba en la sala de espera le bajó la presión y debió ser asistida por el personal que trabajaba allí.

Sintomatología:

Comenta que cuando en alguna conversación se está hablando sobre la sangre o algún accidente, o simplemente cuando tiene que concurrir al médico, siente inquietud, ansiedad, sudoración y que, en ocasiones, hasta puede llegar a desmayarse.

Muchas veces antes de desmayarse siente primero que se le aflojan las piernas y luego una transpiración fría. Cuenta que se ve cayendo y en ese momento no oye nada.

“Cuando veo sangre o una lastimadura donde se expone mi carne, fabulo con el terrible dolor que estoy por tener pero no lo tengo aún y eso me sube la adrenalina pero siento que a su vez se me aflojan las piernas y pienso que me voy a desmayar, es por eso que trato de correr y conseguir alcohol para que eso no ocurra muchas veces no lo he logrado”.

Factores desencadenantes:

Las inyecciones, las extracciones de sangre, ver heridas, tomarse la presión, tener turno para ir al médico. Incluso solo cuando se habla de alguno de estos temas.

Otras enfermedades:

Hepatitis a los nueve años.

Antecedentes familiares:

La madre tiene fobia a los sapos.

El padre y la hermana no poseen antecedentes psiquiátricos

Según contó ninguna otra persona en su entorno familiar padece esta fobia.

Apoyo social:

Primario: relata tener una buena relación con sus padres, la escuchan y la apoyan, no así con la hermana cuenta que tiene una relación difícil con ella.

Secundario: Posee bastante actividad social. Tiene un grupo de amigas del colegio secundario, otro del club y ahora compañeros de la facultad.

Tratamientos realizados:

Nunca realizo terapia

No toma ningún medicamento.

Diagnóstico multiaxial:

- Eje I: F 40.2 [300.22] Fobia específica. Subtipo “sangre-inyecciones-daño”
- Eje II: Sin trastorno de personalidad.
- Eje III: Ligamento posterior flexuoso con desplazamiento anterior de la tibia como signo de inestabilidad de la rodilla. Se le indicó intervención quirúrgica.
- Eje IV: Sin problemas psicosociales ni ambientales
- Eje V: EEAG 69.

Objetivo terapéutico:

El objetivo terapéutico fue tratar la fobia específica para lograr la reducción del temor a través de las técnicas cognitivo conductuales desarrolladas anteriormente en el marco teórico.

Por otro lado que aprenda habilidades para un control adecuado de la ansiedad, que la paciente manifestó a través de pensamientos anticipatorios, preocupación y muchas veces desmayos. Se decidió dotarla de estrategias de control de la ansiedad mediante técnicas de respiración. Y finalmente aumentar el funcionamiento que pudiese verse afectado por las reacciones fóbicas, para poder alcanzar una mejoría de su salud física y de esta manera posibilitar el afrontamiento de las intervenciones médicas sin la respuesta bifásica disfuncional, descrita anteriormente por Öst, Sterner y Lindhal (1984).

2.2.2 Sesiones

A los efectos de realizar un relato de la sesiones de manera mas didáctica se confeccionó el siguiente cuadro. En el mismo se podrá observar en detalle que técnicas fueron administradas durante el desarrollo del tratamiento psicológico. Asimismo, se realizará una articulación teórica-práctica de lo sucedido en dicho proceso.

Sesión	Temática	Técnicas Utilizadas
1	Creación de un marco empático. Confección de la Historia Clínica	Psicoeducación (s/ fobia específica; tipo, etc.)
2	Psicoeducación (sobre técnicas a implementar)	Entrenamiento en Tensión Aplicada. Ejercicios de respiración diafragmática sin relajación. Modelado y ensayo conductual (idem biofeedback). ³⁵ / ₁₇ Tarea para el hogar: entrenamiento en tensión aplicada y respiración diafragmática con utilización del reloj. Registro en una planilla.
3	Repaso de la tarea realizada. Refuerzo positivo.	Entrenamiento en Autoinstrucciones Tensión Aplicada y respiración profunda. Ensayo. Corrección por modelado c/ refuerzo positivo: Ejemplo: 19:25 pulso 96. Resp. Diafrag. Durante 1 minuto. Pulso: 64. Luego Entrenamiento en tensión aplicada durante 30". Pulso: 92.

Sesiones de 1 a 3.

En las sesiones antes mencionadas, se ha utilizado como una de las herramientas principales la técnica de psicoeducación (Oldham, Skodol, & Bender, 2007), de esta manera se la instruyo a Luciana acerca de los

mecanismos que desencadenan y mantienen los cuadros de ansiedad. Permitiendo de esta manera que reinterpretase sus síntomas físicos y psíquicos. *“Cuando veo sangre o una lastimadura donde se expone mi carne, fabulo con el terrible dolor que estoy por tener pero no lo tengo aún y eso me sube la adrenalina...”*, de manera tal que el significado atribuido originalmente a los signos y síntomas, se transformen en una interpretación no catastrófica reduciendo de esta manera la ansiedad.

En estas sesiones la terapeuta también comenzó con el entrenamiento en tensión aplicada (Öst & Sterner, 1987) se le explico a la paciente que la importancia de esta técnica residía en que ella iba a poder aplicarla justo en el momento que ella percibiera que estaba por desmayarse.

También se comenzó con la técnicas Entrenamiento en Autoinstrucciones (Meichenbaum, 1971), se le explico como los autodiálogos pueden mediar los estados emocionales, se le pidió que inventara frases para los momentos previos a una situación fóbica. Como “no va a pasar nada”, “no me voy a desmayar”, “no me va a doler”, etc.

Se comenzó con ejercicios de respiración diafragmática, provocando de esta manera una mayor oxigenación en los tejidos, un mejor trabajo cardíaco y la desintoxicación general del organismo, dificultando de esta manera la aparición de sensaciones de ansiedad.

En varias sesiones se trabajo con el reforzamiento positivo, felicitándola ante cada avance en el tratamiento (Capilla et. Al; 1989).

Sesión	Temática	Técnicas Utilizadas
4	Repaso de la tarea para el hogar (no la había realizado lo suficiente). Se le explico sobre la importancia del entrenamiento y realización de las tareas en casa	Inicio de confección de una jerarquía de ansiedad para la exposición gradual (en forma más general). Escala 0-10 Nuevas tareas para el hogar: Ensayos para aprendizaje de toma de pulso en forma manual. Entrenamiento en tensión aplicada.
5	Se hizo una revisión de la tarea	Finalización de la construcción de

	que realizo en su hogar. Psicoeducación: repaso de la explicación sobre la técnica de exposición virtual.	jerarquías de ansiedad. Refuerzo positivo del terapeuta. Tarea para el hogar: Se le enviaron por e-mail las imágenes para que las repasara.
6	Repaso de la tarea realizada.	Exposición virtual: "Dentista" Exposición virtual: "Ir al médico" Exposición virtual: " <i>cuando hablan de fracturas o desgarros</i> ":
7	Dice que ya no le causan ansiedad esas imágenes del dentista y de la atención médica Repaso de la tarea de la semana. Se continua con la exposición	Exposición virtual: sangre y heridas Exposición virtual: vacunas. Tarea para el hogar: repaso de las imágenes virtuales que se le enviarían por e-mail. Ver varias veces el vídeo de la herida y el vídeo de la inyección intramuscular profunda
8	Psicoeducación sobre aspectos de la técnica. Se le advirtió la importancia de no aflojar rápidamente la tensión muscular luego de los 25-30 segundos, para evitar la relajación muscular.	Exposición virtual: Extracción de sangre. Tarea para el hogar: ver el vídeo de extracción de sangre.

Sesiones de 4 a 8

En estas sesiones se comenzó con la construcción de una jerarquía de ansiedad, dicha jerarquía esta dentro del procedimiento de la desensibilización sistemática. Consiste en realizar una lista de estímulos que suscitan ansiedad , dicha lista ha de estar relacionada temáticamente y ordenada según el nivel de ansiedad que provocan dicho estímulos (Wolpe,1958).

Una vez establecida la jerarquía de ansiedad se comenzó con la técnica de exposición, afrontamiento o desensibilización en vivo. Previamente se le explico a L que para superar la fobia y controlar los desmayos era necesario

exponerse a la situación temida y mantener la tasa cardiaca dentro de los parámetros normales. Se dialogó también acerca de como las conducta se refuerzan al evitar la situación temida. De esta forma, se le explico sobre la necesidad de exponerse de forma graduada, al estímulo que produce ansiedad y así de esta manera lograr la habituación generando que la respuesta de ansiedad se debilite o extinga.

La jerarquía de ansiedad quedo conformada de la siguiente manera de menor a mayor

1. **Dentista.** El puntaje fue bajo [0,50].

Exposición virtual: Se le fueron mostrando imágenes mientras se le explicaba en qué consistía la tarea del dentista (nunca había ido y escuchaba con mucha atención las explicaciones más simples). Manifestó que le daba más ansiedad la explicación que realizaba la terapeuta que las imágenes en sí mismas.

Ansiedad [1, 1.50], en la explicación [3, 4]. Después de 10 minutos de exposición y explicación simultaneas bajo a [1].

2. **Ir al médico:** Estar frente al medico [2]. Sala de espera [3, 4]

Exposición virtual: Al pasar las imágenes virtuales tenía un poco más de ansiedad al comienzo [3/4] y luego de un rato de exposición (misma imagen más tiempo, ir a otra imagen y volver sobre la misma) descendió la ansiedad hasta [2].

3. **Toma de presión arterial** [5, 6]

Exposición virtual: Al ver una imagen recordó que le daba ansiedad si le toman la presión. Se aprovecho la ocasión y se le tomo la presión “en vivo”, con un tensiómetro digital de pulsera. Sintió primero el aparato en su muñeca, luego se la administró la terapeuta, después ella misma. La ansiedad resulto menor de lo que ella esperaba, manifestó sentir un poco mas de ansiedad cuando el aparato le apretaba la muñeca.

4. **Cuando hablan de Desgarro** [6] **Fractura expuesta** [6,50]

Exposición virtual: se conversó con ella sobre dos vídeos –que se le aclaro que no se lo iban a mostrar por el momento-, donde había fracturas (una jugadora de jockey que se fractura el tobillo y un adolescente en skate que se fractura el brazo. También la terapeuta le hablo de un caso que conocía de un joven que jugando al rugby se fracturó el brazo (fractura expuesta). Durante la charla,

experimentó una ansiedad de grado [6] y se sintió en un momento floja (en las piernas y también en la nuca), debiendo acudir a la tensión aplicada. La ansiedad descendió. Mostraba mucho interés por las explicaciones de las fracturas. Hacia el final de la conversación no tenía ansiedad alguna [0].

Luego contó el accidente que tuvo a los siete años, en el cual se quebró el brazo derecho en dos partes (aclara que fue una experiencia positiva para ella porque no se desmayó).

5. **Cuando hablan de sangre** (también ver películas) sin que al otro le duela [7], cuando le duele [7.50]

Exposición virtual: se le mostró el vídeo de una herida grande con costura primero en imagen pequeña la ansiedad fue [3], luego mas grande y la ansiedad aumento a [6], finalmente en pantalla completa la ansiedad fue [2]. se paso el vídeo varias veces, tuvo la necesidad de hacer tensión aplicada varias veces.

Luego se le ofreció ver un vídeo sobre una fractura de pie de un deportista, la primera vez que lo miró, la ansiedad fue de [5] luego de varias exposiciones fue de [1, 2].

6. **Vacunas:** Cuando va a vacunarse [7] Cuando está en la sala de espera [7,50] Cuando le aplican la vacuna [8] (*"lo malo es que duelen más que las extracciones, lo bueno es que no es necesario estar en ayunas"*).

Exposición virtual: no mostró ansiedad frente al instrumental (jeringas). Antes las imágenes de vacunación graduó su ansiedad en [3], luego manifestó que descendió mas. Posteriormente se le mostró un vídeo donde un joven se coloca él mismo una inyección intramuscular profunda en el pectoral, la ansiedad aumento a [8]. Observó varias veces el vídeo, primero en recuadro pequeño, luego en mediano y, finalmente, en pantalla completa. La ansiedad fue pasando de [8] como máximo, a [4-3], y luego descendió a [2].

Cuando la ansiedad era alta la exposición se mantenía hasta que descendiera. De manera que no se pasaba al otro ítem de la jerarquía hasta no tener bajos los niveles de ansiedad.

7. **Suero:** ver cuando le ponen a otro [8] Que me pongan a mí [9]

Exposición virtual: esta exposición se combino con la extracción de sangre.

8. **Extracción de sangre:** A la mañana al levantarse para ir al laboratorio [4-5]. Cuando está yendo a extraerse sangre [7-8] En la sala de espera, cuando ve que salen varias personas con algodones en el brazo, pero la sala es grande y fresca [8]. Idem anterior pero, la sala de espera es chica y hace calor [9]. Cuando siente la aguja [10]. (Aclara que le da menos ansiedad cuando se retira con el algodón en el brazo, pero una vez se desmayó en ese momento).

Exposición virtual: primero se le mostró una jeringa (real) y un lazo de goma que se colocó unos minutos en el brazo para familiarizarse con los elementos y dar mayor realismo a la exposición virtual posterior (se le aclaró que no iba a ser pinchada). Experimentó gran ansiedad en algunas imágenes [7], en una de ellas un gran aumento de ansiedad [9] con sensación de desmayo. Realizó el ejercicio de tensión aplicada durante 30 segundos, pero sentía que luego enseguida volvía a bajar la presión a punto de desmayo (sensaciones físicas de piernas flojas y hasta la nuca). Le costó un poco realizar la tensión y manifestaba “me hace daño” (luego explicaría que cuando dejaba de hacer la tensión se aflojaba mucho de nuevo, por eso sentía que no le hacía bien). No llegó a desmayarse, sin embargo se puso pálida y le bajó la presión. Quedó unos minutos recostada con los pies en una silla. Se reanimó a los pocos minutos y enseguida volvió a la exposición virtual. Miró las mismas imágenes que le habían producido el pico alto de ansiedad, pero fue disminuyendo hasta [2-3].

Se le dio refuerzo positivo remarcando sobre todo el hecho haberse animado a continuar con la exposición.

sesión	Temática	Técnicas Utilizadas
9	Se dejó de lado la exposición y se trató un tema que le preocupaba de la facultad en ese momento. También se conversó sobre las posibilidades de intervención quirúrgica de la rodilla (que el médico le había recomendado).	Tarea para el hogar: pedir turno con el médico.

10	Comento que había visto al medico y que en la semana como examen previo a la operación debía realizarse una serie de estudios entre ellos una extracción de sangre.	Se realizó un simulacro de extracción con lazo de goma y jeringa reales.
11	Se hablo sobre como había sido la experiencia de extracción de sangre. Estaba muy contenta por que no había necesitado aplicar la técnica de tensión muscular. Se tocaron temas relacionados con sus vínculos familiares y amigos.	No se realizo ninguna técnica
	Comenzó el receso vacacional	

Sesiones 9 a la 11

En estas sesiones se hablo sobre la posibilidad de operarse. Pudo realizarse la extracción de sangre y estaba muy contenta porque no había tenido que aplicar la técnica de tensión muscular. Después de la extracción envió un mail diciendo *“...te comento que salió todo más que bien!! No estuve para nada nerviosa desde el día anterior hasta después de la extracción solo un poco a la noche y cuando me sacaban pero completamente manejable. Y después hay detalles, pero bueno salió bien. Nos vemos”*.

Los “detalles” que amplió luego en la sesión fueron, que la noche anterior, cuando se puso algo nerviosa, utilizó respiración diafragmática y un autodiálogo “me voy a preocupar sólo por hoy, no por mañana...”. Este autodiálogo proviene de la técnica de entrenamiento en autoinstrucciones desarrollada por Donald Meichenbum, cuyo objetivo básico es la modificación del dialogo interno.

En estas sesiones también se dejó un poco de lado todo lo que tenía que ver con el tratamiento para la fobia y se tocaron temas que le preocupaban en ese momento vinculados con el estudio, la familia y los amigos. Luego comenzó el

un receso vacacional el cual iba a ser utilizado para realizarse la intervención quirúrgica.

Después de estas sesiones Luciana no vino más a la terapia, pero sí la terapeuta se comunicó con ella, y esta le confirmó que la operación había sido todo un éxito. La terapeuta le facilitó algunas pautas de mantenimiento, pidiéndole que continuara poniendo en práctica las estrategias seguidas durante el tratamiento y le recomendó no evitar ninguna conversación ni imagen en televisión de contenido médico, y que incluso cuando fuera posible, ella misma sacara el tema cuando conversara con amigos o familiares.

2.3 Cambios que hubo a lo largo del tratamiento

El cambio mas significativo que hubo a lo largo del tratamiento fue la eliminación de la fobia mediante la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales que entre otras cosas enseñaron a Luciana a ver las situaciones de pánico de manera diferente y además enseñaron a como reducir la ansiedad de varios modos, por ejemplo haciendo ejercicios de respiración o acudiendo a técnicas que dieron un nuevo enfoque a la atención (Bulacio, 2004).

Adquirió el aprendizaje de las herramientas necesarias para controlar los síntomas previos al desmayo, el cual como se había explicado anteriormente, se inicia con un aumento de la presión sanguínea y de la tasa cardiaca, seguido por un rápido descenso de estos parámetros (Öst, Sterner y Lindhal, 1984).

Por último demostró que a través de sus autodiálogos era capaz darse autoinstrucciones y de esta manera cambiar su conducta mediante la modificación de verbalizaciones internas o pensamientos (Meichenbum, 1971).

3- CONCLUSIÓN

En este trabajo de integración final (T.F.I.) se trato de mostrar el abordaje terapéutico de un caso en que se aplica un tratamiento cognitivo conductual en uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, con capacidad para condicionar de forma considerable la salud de un individuo.

El tema desarrollado fue un caso de fobia especifica del tipo sangre inyecciones y daño.

El desarrollo de dividió en cuatro partes:

1. La realización de un marco referencial en el cual se incluyeron los términos y las definiciones referentes al tema.
2. Una explicación minuciosa de la sintomatología al inicio del tratamiento y de la historia clínica.
3. La descripción y explicación del desarrollo de la sesiones una por una.
4. Y finalmente, se realizo un detalle de los cambios alcanzados en el tratamiento.

Cabe destacar que aunque este tipo de malestar y deterioro funcional (manifestado en su incapacidad para afrontar situaciones referidas a la sangre, los médicos, vacunas, etc.), no son normalmente tan graves como los asociados a otros trastornos por ansiedad, el deseo de evitar la situación fóbica es normalmente tan potente o más que el de otros tipos de trastornos fóbicos. Por lo tanto, muchos de estos pacientes se niegan a exponerse al objeto o situación fóbica.

En este caso, las sesiones transcurrieron de manera dinámica, precisa y sin obstáculos. Fue destacable la capacidad de L para afrontar las técnicas y el tratamiento en su conjunto.

El papel de la terapeuta fue meritorio, quien en una primera instancia estableció un vínculo empático con la paciente, otorgándole tranquilidad y confianza, para luego brindarle una explicación del tratamiento de forma clara y convincente. Todo esto permitió que L forme su voluntad para encarar el tratamiento con éxito.

Diversos estudios han demostrado empíricamente la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales, de la misma manera, se ha hallado que la exposición es eficaz para la fobia a la sangre, a las inyecciones y a los dentistas Öst et al. (1984).

En este caso se pudo observar como L a lo largo de diez sesiones de terapia adquirió las habilidades necesarias para enfrentarse eficazmente con la situación fóbica.

Por consiguiente, el hecho de que la paciente haya sido capaz de afrontar la situación fóbica (operarse la rodilla) con una baja ansiedad y sin sufrir desvanecimientos, nos indica que los logros obtenidos pueden considerarse satisfactorios, tomando como base la eliminación de las conductas de evitación o escape y los episodios de desmayo.

Según Öst (1989) el éxito de los tratamientos para fobia específica basados en la exposición suelen ser duraderos.

Una de las principales limitaciones de este trabajo fue la interrupción de L con el tratamiento. Por un lado porque no se pudo seguir recabando información acerca de los avances alcanzados durante las sesiones a través de la participación y la observación. Y por otro lado porque de haber continuado con el tratamiento, hubiese sido de suma importancia dotarla de herramientas para armar estrategias y así poder afrontar futuras recaídas, ya que lógicamente no queda exenta a estar expuesta a distintos factores que podrían llevar a un aumento del miedo en el futuro, como el estrés de la vida diaria, una experiencia traumática (ej.: lastimarse, hacerse un estudio, arreglarse una carie, etc.), o un largo periodo sin la exposición a la situación temida, lo cual generaría un olvido.

Queda el siguiente interrogante sin responder ¿Cuan importante fue la empatía establecida entre la paciente y la terapeuta en la efectividad del tratamiento?, ¿Se hubiese podido obtener los mismos logros con un menor numero de sesiones?; por otro lado, ¿Que hubiese pasado si este caso se tomaba desde otras teorías?, ¿Hubiese funcionado de forma tan efectiva en tan solo diez sesiones?, ¿Como habrían encarado el tratamiento?

Por tratarse este trabajo de un caso único no es posible generalizar sobre los resultados obtenidos, a pesar de dicha limitación el caso presentado ilustra la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para el

tratamiento de las fobias específicas del tipo sangre, inyecciones y daños.

4- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Agras, S. W., Silvester, D. y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychology*, 10, 151-156

American Psychiatric Association DSM IV-TR. (2002). *Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Bandura, A. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.

Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.

Beck, A. T., Freeman, A. & Otros. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós

Bienvenu, O. J. y Eaton, W. W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.

Bornas, X., Servera, M. (1996). Procedimiento cognitivo-conductuales: Entrenamiento en autoinstrucciones y resolución de problemas. En *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores s.a.

Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica, un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia

Caballo E, V., (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos. vol 1*. Madrid: Siglo XXI de España editores.

Capilla, M., Gallardo C., M. J., Osorio, I., Puras, S., Valdomero, L. (1989). *Análisis conductual aplicado: alteraciones de la conducta*. Madrid: Centro nacional de recursos (CNREE), teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual. Madrid: SXXI de España Editores S.A.

Caro G., I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro G. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas (pp.37-52)*. Barcelona: Paidós.

Castañeda, P. F., (1998). Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada. Recuperado el 13 de octubre 2010 de la base de datos de Sistema de biblioteca de la UMSM

Contreras, H. A. (2007). Principios básicos de la terapia cognitivo- conductual. En A. N. Hernandez L. & S. J. Sanchez S. (Eds.) *Manual de Psicoterapia cognitivo-conducual para trastornos de la salud*. Buenos Aires: Libros en red.

Control de dialogo interno y autoinstrucciones (s.f.). Recuperado el 3 de noviembre de 2010, de <http://online-psicologia.blogspot.com>

Corsi, J. (2005). *Psicoterpia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidos.

Cruzado R., J. A. (2001). Técnicas de Modelado. En *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

Cruzado R., J. A., Labrador E., F. J., Muñoz L., M. (2001). Desensibilización Sistemática. En F. J. Labrador E. (Ed.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

Diaz G., M. I., Comeche M., M. I., Vallejo P., M. A. (2001). Técnicas de autocontrol. En *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

Eaton, W. W.; Dryman, A. & Weisman, M. M.; (1991). Panic and phobia. En Robins; L.N. y Regiers, D.A.; *Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study*. Nueva York: the free press.

Fobia Especifica o Simple (s.f.) Recuperado 10 de octubre de 2010, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000956.htm>

Jacobson, E. (1974). *Progresivo relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint.

Jarne, A., Talarn, A. (2005). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paídos.

Labrador Encinas, F. J.; (2001). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

Labrador Encina, F.J., De la Puente Muñoz, M. L., Crespo Lopez, M., (2001). Técnicas de Control de la activación: Relajación y respiración. en *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

Labrador Encinas, F. J., Vallejo Pareja, M. A., (2001). Técnicas de Biofeedback. En *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic press.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavioral modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum press.

Oldham, J. M; Skodol, A. & Bender, D. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.

Öst, L. G., Sterner, U. & Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination. En *The treatment of blood phobia*. Behaviour Research and Therapy, 27, 109-121

Öst, L. G., Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific method for treatment of blood phobia. En *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.

Öst, I. G., Sterner, U. & Linddhal, L. (1984). Physiological responses in blood phobic. *Behaviour research and therapy*, 22, 109-177.

Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. en A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (vol 2 pp 53-80). Madrid: McGraw-Hill.

Wolpe, J. (1998). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (trabajo original publicado en 1958)

Wolpe, J. (1979). Neurosis. En W. Arnold, H.J. Eysenck & R. Meile (Eds), *Diccionario de psicología* (pp 404-408). Madrid: Ediciones Rio Duero.