

**Universidad de Palermo**

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Tesina de residencia

**“Tratamiento de un caso de fobia específica mediante la utilización  
de técnicas cognitivo-conductuales”**

Director de tesina: López Pell, Andrés

Alumno: Surur, Leandro

## INDICE

1.	Introducción.....	Pág.3
2.	Desarrollo.....	Pág.5
2.1.	Ansiedad.....	Pág.5
2.2.	Técnicas psicodiagnósticas.....	Pág.8
2.3.	Trastornos de ansiedad, miedos y fobias.....	Pág.12
2.4.	Terapia cognitivo-conductual.....	Pág.19
2.5.	Terapia racional emotivo-conductual.....	Pág.25
2.6.	Técnicas de relajación.....	Pág.31
2.7.	Desensibilización sistemática.....	Pág.35
2.8.	Alta del paciente.....	Pág.39
3.	Conclusión.....	Pág.40
4.	Bibliografía.....	Pág.44
5.	Anexos .....	Pág.48
5.1.	Anexo I .....	Pág.48
5.2.	Anexo II .....	Pág.52

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene como objetivo la descripción y el análisis del caso de un niño de once años, que fue diagnosticado con un trastorno de ansiedad, más específicamente, una fobia de tipo situacional (a permanecer en su hogar solo).

La tesina está basada en una experiencia de residencia de 320 horas realizadas en la institución de salud mental, la cual trabaja con un modelo cognitivo-conductual.

Durante la residencia surgió un interés particular por la temática de los trastornos de ansiedad, especialmente las fobias. Se seleccionó este caso específico ya que se pudo participar del seguimiento del mismo a través de espacios de supervisión institucional.

A lo largo de este trabajo se expone el tratamiento que el niño ha recibido por parte de una terapeuta desde el psicodiagnóstico, hasta el alta del paciente, realizando una vinculación entre el caso y la teoría.

Para ayudar a la comprensión del tema, el criterio de organización que se ha tomado ha sido el del seguimiento del caso cronológicamente.

Para el tratamiento, la terapeuta utilizó las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: a) la técnica de relajación progresiva, de Jacobson; b) la técnica de desensibilización sistemática, de Wolpe; y c) el modelo A-B-C de la terapia racional emotivo-conductual, de Ellis.

En la presente tesina se desarrolla el concepto de trastorno de ansiedad y se realiza una descripción del trastorno fóbico; más precisamente, la fobia específica de tipo situacional. También se realizará una breve explicación de la finalidad de las terapias cognitivo-conductuales, describiendo las técnicas utilizadas y la aplicación de éstas al caso antes mencionado.

Finalmente se explica cómo se llegó a la remisión de los síntomas del trastorno fóbico en el niño, mediante la utilización de las técnicas mencionadas.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1. Ansiedad**

El caso que se describirá es el de un niño de once años, llamado M., quien fue paciente en esta institución, una fundación para la atención de la salud mental y la educación, sita en la localidad provincia de Buenos Aires.

La entrevista de admisión (que se adjunta en el Anexo I) se realizó en abril del año 2004; la misma fue efectuada por el director de la institución, ya que ésta es la metodología de la fundación. Durante esta entrevista de admisión, se buscó obtener una gran cantidad de datos e información sustancial en un breve periodo de tiempo, es por esto que se efectuó una entrevista estructurada.

A esta entrevista acudieron los padres de M., quienes manifestaron su preocupación debido a que el hijo expresaba tener temor a quedarse en su casa solo, sin compañía de un adulto y también a dormir solo en su cuarto, por lo cual se “pasaba” durante las noches a la habitación de sus padres.

Se atribuyó como factor desencadenante un suceso ocurrido siete meses atrás, que consistió en haber escuchado la alarma de la casa vecina (propiedad de los tíos del niño) ante un intento de robo.

A partir de ese momento comenzaron los síntomas de ansiedad, aun en ausencia de un estímulo desencadenante.

La ansiedad normal se puede definir como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó (Cía, 2002). Según Carrión y Bustamante (2003), un aceptable nivel de ansiedad mejora la calidad de nuestras actividades y nuestro rendimiento personal, pero cuando se supera un cierto nivel máximo, la ansiedad deja de ser una aliada para convertirse en una enemiga de la calidad de vida. En esa situación, se empieza a experimentar una intolerable y evidente sensación de malestar, y el rendimiento en general se deteriora.

King, Hamilton y Ollendick (1998) definen a la ansiedad como un estado emocional aversivo o desagradable que implica aprensión subjetiva y excitación fisiológica de una naturaleza difusa. A su vez, Spielberger, citado por Cía (2002), la define como un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.

Según Cía (2002), la diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Este autor explica que la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro,

situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo.

Los síntomas de ansiedad, en el caso de M., provocaron la preocupación de los padres, y ésta se vio incrementada al notar que durante las vacaciones (que pasaron en la provincia de Córdoba y en Uruguay), el niño no presentó ningún temor, pero al regresar a su casa los episodios de miedo reaparecieron.

En la entrevista de admisión, los padres del niño manifestaron que M. no tenía problemas de sociabilización, ni de comportamiento, y tampoco presentaba síntomas de ningún otro trastorno.

En la institución, luego de la entrevista de admisión, el director considera quién es la persona más apta para continuar con el proceso psicoterapéutico, y se evalúa durante la etapa psicodiagnóstica si la elección es correcta. La persona elegida fue **C**, una psicóloga que trabaja en esta institución desde el año 2002.

Durante la primera sesión, (la cual puede ser observada en el Anexo II, al igual que el tratamiento completo) la terapeuta conversó con el paciente para empezar a establecer una relación con él. La conversación fue acerca de cuáles eran los gustos del niño, y qué actividades solía realizar. También le preguntó al paciente cuáles eran los motivos por los que él consideraba que iba a recibir atención psicológica, ante lo que contó que había escuchado ruidos durante un robo en la casa de su tío, y que desde ese momento tenía mucho miedo. También manifestó que cuando tenía miedo se “pasaba” a la

cama de sus padres. Al finalizar la sesión dijo que le gustaría que lo ayudaran.

## **2.2. Técnicas psicodiagnósticas**

Es modalidad de la institución efectuar un psicodiagnóstico a los pacientes que ingresan. Por lo tanto, en este caso se tomaron en cuatro sesiones las siguientes pruebas: en la segunda sesión se administró la minibatería Koppitz, en la tercera y cuarta sesión, el WISC-III, y en la quinta sesión se administró la escala de autoconcepto, y la escala STAIC.

El dibujo de la figura humana, el Test Gestaltico visomotor o Test de Bender y el Vads integran una minibatería psicodiagnóstica desarrollada por Koppitz.

El Dibujo de la figura humana puede ser usado en el despistaje (screening) de niños que ingresan a la escuela primaria, en el diagnóstico de lesión cerebral y en la evaluación de la eficacia de tratamientos. La interpretación clínica brinda datos sobre actitudes del niño ante distintos acontecimientos familiares y respecto de sí mismo.

El Test de Bender consiste en nueve figuras que son presentadas una por vez, para ser copiadas por el sujeto en una hoja en blanco, de modo que el examinador pueda evaluar su madurez perceptual, un posible deterioro neurológico y el ajuste emocional en base a un solo protocolo.



El Vads es un test de Memoria Auditiva y Visual de Dígitos; conjuntamente al Dibujo de la figura humana y al Bender, integran una minibatería psicoeducacional de suma utilidad diagnóstica.

El WISC-III es una herramienta que permite conocer cómo procesan la información los sujetos e inferir las variables no cognitivas que influyen en sus rendimientos. Esta herramienta psicodiagnóstica permite obtener los coeficientes intelectuales tradicionales, y también es apta para la medición de la ausencia de distractibilidad, la velocidad y precisión, la comprensión verbal, y la organización perceptiva.

La escala de autoconcepto para Adolescentes de Piers-Harris está formada por 80 ítems; la misma se utiliza para la medición de seis dimensiones: comportamiento, autoconcepto intelectual, imagen corporal, ansiedad, aceptación social, satisfacción y bienestar.

La subescala dedicada al comportamiento está diseñada para obtener información sobre la imagen que el niño tiene de su propia conducta.

El grupo de ítems dedicados al autoconcepto Intelectual recoge información sobre la imagen que el niño tiene de sus capacidades intelectuales.

El estudio de la imagen corporal está diseñado para conocer la opinión que le merece al niño su propio cuerpo, y el grado de aceptación de su propia imagen.

La presencia de indicios de ansiedad relacionados con uno mismo es el objetivo central de los ítems contenidos en esta subescala.

La subescala dedicada a la aceptación social intenta estudiar la imagen que el niño tiene de sus relaciones con los demás y de la aceptación que tiene entre sus compañeros.

Por último, la escala satisfacción y bienestar intenta estudiar si el niño está en paz consigo mismo y si considera que es importante cuando es valorado positivamente por los demás.

Antes de contestar al test, el terapeuta debe subrayar a los pacientes que deben contestar no en términos de cómo les gustaría ser, sino intentando describir cómo son en realidad.

Debido a que esta herramienta tiene problemas en la construcción, y los resultados que arroja no son del todo confiables, la misma se tomó simplemente para complementar las otras pruebas psicodiagnósticas.

La última herramienta psicodiagnóstica que se utilizó fue la escala STAIC, que es un cuestionario de evaluación de la ansiedad en niños. La misma consta de dos escalas, la primera mide ansiedad-estado, y la segunda mide ansiedad-rasgo. El objetivo de la misma es apreciar los estados transitorios de ansiedad en el niño.

La ansiedad estado se refiere a un estado emocional actual e inmediato caracterizado por aprehensión y tensión, acompañado o asociado con activación del Sistema Nervioso Autónomo.

La ansiedad rasgo se refiere a la predisposición a percibir ciertas situaciones como amenazantes y responder a estas situaciones con niveles variables de ansiedad-estado. La ansiedad-rasgo es un motivo o predisposición conductual adquirida, que predispone a un individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivamente no peligrosas como amenazantes, y responder a ellas, con una ansiedad-estado desproporcionada en intensidad o magnitud, al peligro objetivo.

Una vez analizados los resultados de las pruebas administradas, en las que se prestó una especial atención a las técnicas evaluadoras de ansiedad (las cuales reflejaron un elevado nivel de la misma en el niño) y luego de haber conversado con el paciente durante las cuatro sesiones que duró el psicodiagnóstico, (en las que M. expresó la intensa ansiedad que experimentaba al vislumbrar la posibilidad de quedar solo en su hogar, los temores excesivos y las sensaciones de malestar que interferían en su rutina normal provocándole un malestar significativo), se llegó a la conclusión de que el paciente padecía un trastorno de ansiedad, en particular una fobia específica de tipo situacional.

A sabiendas de la patología del paciente, se decidió que el proceso terapéutico continuase con la misma terapeuta que había efectuado el psicodiagnóstico, ya que contaba con experiencia en el tratamiento de niños con trastornos fóbicos, y, a su vez, porque había creado un buen vínculo con el niño.

C decidió utilizar la terapia cognitivo conductual debido a que ella consideraba que este tipo de terapia era la más efectiva para el tratamiento de esta patología, según lo que había aprendido en su experiencia clínica.

Explica Goytia (2004), que de la fobia se sale por un trabajo perseverante y continuo, con un entrenamiento adecuado utilizando las técnicas cognitivas, con el complemento de técnicas comportamentales, las cuales permiten superar los miedos y recuperar el control de uno mismo.

### **2.3. Trastornos de ansiedad, miedos y fobias.**

Cía (2002), explica que, como trastorno, la ansiedad perturba o causa una disrupción en diversos aspectos de la vida cotidiana y en las relaciones, tendiendo a persistir en el tiempo. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones.

La fobia específica de tipo situacional se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad, los cuales, según el DSM IV (APA, 1995) son:

- El trastorno de angustia sin agorafobia
- El trastorno de angustia con agorafobia

- La agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- La fobia específica
- La fobia social
- El trastorno obsesivo-compulsivo
- El trastorno por estrés postraumático
- El trastorno por estrés agudo
- El trastorno de ansiedad generalizada
- El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- El trastorno de ansiedad no especificado

Es importante destacar las diferencias existentes entre una fobia y un temor normal para un niño de la edad de M.. Como explica Knell (2000), los temores en el desarrollo normal se relacionan con la edad y se consideran como una parte del desarrollo típico de la infancia. Es fundamental, por lo tanto comprender las etapas del desarrollo y los temores que se consideran normales dentro de un rango de edad particular.

King, Hamilton y Ollendick (1988) explican que la dificultad que existe para distinguir si el temor es en realidad una fobia o parte de miedos típicos del desarrollo que ocurren en la infancia normal, hace

que el diagnóstico de las fobias en los niños sea más confuso que en los adultos.

Desde el punto de vista evolutivo, el miedo tiene un enorme valor adaptativo. Es un sistema primitivo de alarma que se dispara ante la presencia de un peligro (Marks, 1970). Botella, Baños y Perpiña (2003) explican que el miedo sería un legado evolutivo vital que, al ser una emoción básica que ayuda a evitar peligros, tiene un gran valor para la supervivencia, ya que ante la presencia de un peligro, activa los sistemas de alerta del organismo y la energía para hacerle frente. El problema es cuando el miedo es demasiado, ya que se puede reaccionar de forma muy poco eficaz. La ansiedad es un fenómeno más complejo que el miedo, ya que no es algo tan automático, sino que es más cognitivo. En la ansiedad, junto con el componente fundamental del miedo, pueden estar implicados sentimientos de excitación, alarma, cólera, tensión, enfado, nerviosismo o preocupación. Con respecto a los niveles fisiológico, motor y cognitivo, la ansiedad y el miedo se parecen bastante, aunque el miedo es más automático y surge en respuesta a algo concreto, mientras que la ansiedad se produce ante un peligro menos claro y más difícil de delimitar. Cuando se experimenta ansiedad no se reacciona necesariamente ante un riesgo inmediato, sino ante la sensación de amenaza. Además, el miedo está centrado en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro y la posibilidad de control y predicción de los acontecimientos.

Las fobias y temores se diferencian de acuerdo con su magnitud, persistencia e imposibilidad de adaptación. Miller, Barret y Hampe (1974), establecen una diferencia entre temores y fobias, y añaden que una fobia: a) persiste a lo largo de un período más largo, b) carece de adaptación o habituación, y c) no es específica de una edad o etapa.

Los criterios según el DSM-IV (APA, 1995) para la fobia específica son:

A. Existe un temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., 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 (en los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos).

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional (en los niños este reconocimiento puede faltar).

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evita(n) o se soporta(n) 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) interfiere(n)

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.

Por otra parte las fobias se clasifican en tres grandes grupos:

- a. Fobias específicas
- b. Fobia social
- c. Agorafobia.

Y a la vez las fobias específicas se clasifican en 5 diferentes subtipos:



- I. tipo animal
- II. tipo ambiental
- III. tipo sangre, heridas o procedimientos médicos o quirúrgicos
- IV. tipo situacional
- V. otros tipos

Según Ost, Stridh y Wolf (1998), el trastorno de ansiedad más común lo constituyen las fobias específicas. Strauss y Last, citado en Cía (2002), plantean que aunque las fobias específicas pueden darse a cualquier edad, se da un pico de aparición entre las 10 y los 13 años.

Según Carrión y Bustamante (2003) la angustia tiene su origen en el miedo. Es un sentimiento fundamental de defensa, útil y necesario para la supervivencia. Cuando por alguna razón, hereditaria o adquirida, se transforma en exagerado, cuando surge en forma anticipada a la aparición del objeto, se transforma en fobia.

Belloch, Sandín y Ramos (1995), definen a las fobias como reacciones de intenso miedo a situaciones u objetos, no justificadas por la amenaza real de éstos, siendo dichas respuestas desadaptativas y consideradas irracionales por el propio sujeto.

Cía (2002), a su vez, las define como un trastorno caracterizado por un miedo intenso, persistente, excesivo e irracional

hacia objetos o situaciones concretas que, por lo general, se acompaña por una pronunciada tendencia a evitarlos. También explica que las personas que padecen fobia presentan síntomas característicos, que son la ansiedad fóbica y la evitación fóbica. La ansiedad fóbica se manifiesta ante la presencia real o imaginaria del objeto, persona o situación temida. La misma comprende un conjunto de síntomas mentales, fisiológicos y conductuales que varían, tanto en sus manifestaciones como en su intensidad general.

Por su parte la evitación fóbica consiste en una tendencia del individuo a alejarse o rehuir del contacto con el estímulo temido.

Según Dowd y Fahr (2002), los individuos con fobias simples suelen evitar los estímulos temidos. Esto puede ser un tanto fácil cuando el objeto o situación no se experimentan con frecuencia; sin embargo, se vuelve más difícil si los objetos o situaciones son parte de la vida cotidiana y se confrontan a menudo de manera involuntaria, como en el caso de M.

Cía (2002) dice que existen como mínimo tres hipótesis que dan cuenta de las causas de los miedos y la ansiedad en el período infanto-juvenil.

La primera es de base biológica, basada en un temperamento genéticamente transmitido, que predispone al niño a desarrollar miedos y ansiedad.

La segunda incluye a las conductas parentales que comprenden al modelado y reforzamiento de los temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía específicos que van generando pensamientos y conductas ansiosas en la juventud.

Una tercera hipótesis, más plausible por su valor integrador, enfatiza la interacción entre lo genético y lo ambiental, es decir, entre el temperamento ansioso y las interacciones propias al desarrollo evolutivo, especialmente las vinculadas a la influencia parental.

Carrión y Bustamante (2003), explican que, en mucho casos, quizás en la mayoría, juega un rol fundamental una predisposición genética, reforzada posteriormente por factores ambientales y conductas equivocadas durante la temprana experiencia familiar.

#### **2.4. Terapia cognitiva conductual**

En la sexta sesión, la terapeuta comenzó indagando sobre las circunstancias que rodeaban los miedos de M. durante los últimos tiempos. El paciente contó que sus temores aparecían cuando escuchaba algún sonido, ya que él atribuía esos ruidos a la presencia de ladrones. También se conversó sobre los temores que sufría mientras su madre se bañaba, o cuando se encontraba en su casa solo, en ausencia de cualquier adulto. Además se comentó

acerca de la ausencia de temores durante el periodo de vacaciones y también se dijo que tampoco manifestaba miedos en otras casas.

En la séptima sesión, se siguió indagando sobre los temores de M., y se le plantearon interpretaciones alternativas acerca de la fuente de los mismos, las que en un principio rechazó; pero a partir de un episodio vivido, el paciente comenzó a aceptarlas. El cambio se produjo al relatar que una noche se había despertado muy atemorizado porque había escuchado un ruido, y despertó a sus padres. Cuando fueron a ver el motivo, resultó que se trataba de un gato blanco que estaba merodeando por el jardín. La terapeuta le remarcó que ahora tenía otra alternativa diferente, aparte de la de pensar que los sonidos eran exclusivamente originados por ladrones, tal como venían trabajando en sesiones anteriores.

La aceptación de interpretaciones alternativas para entender un mismo suceso, se puede explicar como una modificación en el proceso cognitivo.

Según explica Cía (2002), el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia para ayudar a las personas a superar una fobia específica, es el conocido como terapia cognitivo-conductual. El componente cognitivo se focaliza en identificar, desafiar y modificar las cogniciones erróneas que condicionan la aparición de ansiedad y temor ante una situación u objeto determinado

Según Brewin citado en Caballo, Ellis y Vega (2002) la terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las

terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos discretos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas.

Méndez Carrillo, Olivares Rodríguez y Moreno Gil (2001), explican que las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente. Lo que se intenta es poner de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlas por otras cogniciones mas adecuadas.

Según Rush, Beck, Kovacs y Hollon, citados en Caro Gabalda (1997), el trabajo estándar en terapia cognitiva entiende a la misma 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 ansiedad. Ya que la terapia cognitiva considera a un grupo de conceptos desadaptativos como la característica

central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. 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 conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad.

Carrión y Bustamante (2003) explican que la psicoterapia cognitiva incluye los factores motivacionales y analiza los pensamientos negativos que producen en el sujeto desórdenes psicológicos sobre todo del tipo fóbico, obsesivo o depresivo.

Según Caballo, Ellis y Vega (2002) la terapia cognitivo conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones clínicas tiene hoy en día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones.

La psicología cognitiva vuelve a centrar al sujeto como un ser activo, cognoscente, capaz de analizar la realidad y elaborar lo que le toca vivir. En el cognitivismo el sujeto participa de la conformación de los actos de su conducta y su experiencia comienza a ser considerada como un acto de construcción de la realidad. (Carrión y Bustamante, 2003)

Acorde explican Ingram y Scott, citados en Caballo, Ellis y Vega (2002), las terapias cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones:

a. los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos;

b. el aprendizaje está mediado cognitivamente;

c. la cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta, y viceversa);

d. algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse;

e. la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta; y

f. tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

También explican que algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual son las siguientes:

a. las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales,

- b. los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos,
- c. se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas,
- d. se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones,
- e. se pone un notable énfasis en la verificación empírica,
- f. la terapia es de duración breve,
- g. la terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente y
- h. la terapia cognitivo-conductual es del tipo directiva.

En cuanto al marco del tratamiento, Carrión y Bustamante (2003), sugieren que la psicoterapia cognitiva, intenta técnicamente y en forma práctica y veloz, registrar, analizar y cambiar los pensamientos o circuitos negativos que afectan automáticamente al sujeto.

Así, también estos autores explican que los tratamientos cognitivos son mucho más breves, y dotan al paciente de la capacidad de luchar por sí mismo contra sus trastornos y pensamientos. Lo importante pasa a ser la eficacia de una



terapéutica y no el descubrimiento de la causa que generó el problema.

## **2.5. Terapia racional emotivo-conductual**

La primera terapia cognitivo-conductual fue propuesta por Ellis en el año 1958 y constituye hoy en día una de las terapias psicológicas más extendidas y utilizadas (Caballo, Ellis y Vega 2002).

La terapia racional-emotiva, elaborada por Albert Ellis, atiende sobre todo a cogniciones disfuncionales (valoraciones, conclusiones, ideas, etc.) de los pacientes (en la forma de "sistemas de creencias") y a su importancia para el deterioro del bienestar psíquico o para la explicación de perturbaciones de la conducta (Kriz, 1997). Posteriormente, Ellis modificó la denominación del proceso terapéutico desarrollado por él, llamándola terapia racional emotivo-conductual (TREC).

Según Caballo, Ellis y Vega (2002) la terapia racional emotivo-conductual no sólo se interesa por la eliminación de los síntomas, sino que busca conseguir un cambio emocional y conductual profundo. Intenta alcanzar una nueva base psicológica que permita a las personas no sólo sentirse mejor o aliviar sus síntomas actuales, sino también lograr un punto de vista totalmente revisado frente a todas las situaciones nuevas, pasadas y futuras.

De acuerdo a la terapia racional emotivo-conductual, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la *evaluación* irracional, disfuncional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que lo rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los “debo” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, los otros o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilistas o preferenciales, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma. Los “debo” y “tengo que” dogmáticos y absolutistas del pensamiento de un individuo sólo sirven para sabotear o dañar sus propósitos u objetivos básicos, ya que generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos (Caballo, Ellis y Vega, 2002).

Una de las contribuciones más importantes de Ellis fue la distinción entre creencias racionales e irracionales. Dowd (1997) explica que las creencias racionales son preferenciales y son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que quieren. Por otro lado, las creencias irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista y pueden impedir o evitar que los individuos consigan lo que quieren.

El modelo “A-B-C” utilizado por la TREC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus

circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Caballo, Ellis y Vega, 2002).

Kriz (1997) explica que según el esquema "A-B-C" de la terapia racional-emotiva, una persona vivencia oportunamente después de A (*activating event*), o sea, después de una experiencia o de un suceso activadores, determinadas C (*consequences*), o sea, consecuencias emocionales o de conducta. En contra del falso supuesto "A-C", o sea, que A es la causa de C, la secuencia correcta es "A-B-C", donde B es el sistema de creencias (*belief system*). Los sucesos del mundo exterior hacen por cierto su aporte (las más de las veces) a los sentimientos y a las conductas, pero no son su causa directa.

Caballo, Ellis y Vega (2002), al referirse a los acontecimientos activantes o las A, dicen que cuando los pacientes describen un acontecimiento perturbador en sus vidas, el terapeuta puede pensar que dicho acontecimiento contiene tres elementos: 1) qué sucedió, 2) cómo percibió el paciente lo que sucedió, y 3) cómo evaluó el paciente lo que sucedió. Los primeros dos elementos son aspectos de la A, el acontecimiento activante; el último se refiere al sistema de creencias del paciente. La terapia racional emotiva-conductual hace una distinción entre la realidad confirmable (objetiva) y la realidad percibida. La *realidad percibida* es la realidad conforme la describen los pacientes y como supuestamente creen que es. La *realidad confirmable* se refiere al consenso social de lo que sucedió. Otra

distinción que hace la terapia racional emotiva-conductual es entre dos tipos de cogniciones. La realidad percibida conlleva las *cogniciones descriptivas* de los pacientes sobre lo que perciben del mundo. Las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad.

Las consecuencias o las C, se refieren a las consecuencias emocionales. Hay pacientes que pueden explicar claramente sus emociones sobre ciertos acontecimientos activantes. Pero se debe distinguir entre emociones que sirven de ayuda y aquellas emociones dañinas, que obstaculizan la capacidad de los pacientes en el intento de alcanzar sus objetivos y la capacidad de goce. La distinción entre consecuencias emocionales perturbadoras y no perturbadoras puede servir para transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas.

Sobre las creencias o las B, Caballo, Ellis y Vega (2002) dicen que hay dos clases de sistemas de creencias, creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB). Ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella. La gente es capaz de tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo. Una tarea de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre rBs e iBs y pedirles que cuestionen sus iBs y las reemplacen por filosofías racionales.

Se puede decir que algunas de las características de las creencias irracionales son las siguientes: a) son inconsistentes en su

lógica, b) son inconsistentes con la realidad empírica, c) son absolutistas y dogmáticas, d) disparan emociones perturbadoras, y e) no nos ayudan a conseguir nuestros objetivos (Caballo, Ellis y Vega, 2002)

Según Kriz (1997) los dos pasos más importantes de la terapia consisten en la prolongación del "A-B-C" en D (*disputation*, debate), a fin de que se pueda establecer con el paciente un "diálogo socrático" sobre sus Bi, sus ideas irracionales centrales, y poner en descubierto el influjo destructor que ejercen sobre C (en ocasiones, también sobre A). En el caso positivo, a esto sigue E: el efecto cognitivo y conductual. Este efecto en el paciente consiste en una "reorientación filosófica" de su sistema de creencias, pero también en la modificación de su manera de extraer conclusiones, de reunir información, etc. Ellis señala que en este "A-B-C-D-E" no se trata de combatir los síntomas sino de alcanzar una radical reestructuración cognitiva: no de sentirse mejor (*feeling better*) sino de mejorarse (*getting better*).

La terapia racional emotivo-conductual conlleva un terapeuta altamente activo y directivo. Ésta es una terapia muy ahistórica, dado que Ellis cree que no es necesario preguntar por acontecimientos, pensamientos o sentimientos pasados. Todo lo necesario consiste en identificar y discutir las creencias irracionales actuales. Esta teoría es de naturaleza causal-lineal, ya que el modelo A-B-C se presenta como unidireccional (Dowd, 1997).

En el caso de M., en la octava sesión, mientras se trabajaba en lograr una modificación cognitiva, el niño contó que sus padres habían comprado una casa nueva, a la cual se iban a mudar, y que esto fundamentalmente lo hacían para que a él se le pasaran los temores. También se mudaría con ellos su abuela, con lo que lograrían que M. no estuviese nunca solo, y que la madre pudiera salir y trabajar más tiempo.

Se trató de marcarle a M. que ésa no era la solución ideal, y que el motivo por el cual hacía tratamiento psicológico, era para que no tuviese temores estando solo y para lograr que no necesitara de nadie para calmar esos temores; se trataba, no de lograr que se sintiera mejor, sino de lograr que mejorara.

A partir de este suceso, la terapeuta decidió citar a los padres a la siguiente sesión para explicarles que con la decisión de mudarse a otra casa, con la abuela, para que M. no estuviera solo, reforzarían la presencia de los síntomas en lugar de aplacarlos.

Según Cía (2002), a medida que crece, el niño incrementa su capacidad para percibir los peligros potenciales en diferentes situaciones, aunque carece todavía de la comprensión total de la situación y no puede ejercer control sobre la misma; por consiguiente sus temores son adaptativos, porque constituyen respuestas protectoras a estímulos que no son ni controlables ni comprensibles. Sin embargo, este desarrollo normal puede ser perturbado por patrones de refuerzo provenientes de los *otros significativos*. En la

medida en que existan refuerzos reiterados y persistentes del entorno procedentes de padres, familiares, amigos o de los medios de comunicación masiva, determinados temores tienden a persistir de manera patológica, aun después de que su valor para la supervivencia sea innecesario.

## **2.6. Técnicas de relajación**

Teniendo en cuenta que en la fobia específica la persona experimenta un incremento del monto de ansiedad ante estímulos que sin ser un peligro real para él, provocan una activación psicofisiológica desproporcionada, en la sesión posterior al encuentro con los padres de M., se empezó a trabajar con técnicas de relajación, con el fin de que el niño pudiera relajarse ante ciertas sensaciones de ansiedad, y prepararlo para, en un futuro, poder trabajar con listas de situaciones temidas imaginarias.

**C** invitó al paciente a que se sentara en un sillón reclinable y acolchado, y le explicó que le iba a enseñar a tensar y relajar distintas partes de su cuerpo.

Le pidió que cerrara sus ojos, luego empezó a guiarlo en la relajación de las distintas partes de su cuerpo, empezando por las extremidades superiores, siguiendo con la cabeza y cuello, continuando con el tronco (hombros, pecho, espalda y estomago), y finalizando con las extremidades inferiores.

Según Méndez Carrillo, Olivares Rodríguez y Quiles Sebastián (2001) la relajación y la respiración son estrategias muy adecuadas y eficaces para disminuir la activación excesiva. Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos.

La técnica de relajación progresiva, utilizada con M., ha sido desarrollada por Jacobson en 1929, y está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Esta técnica consiste en enseñar al paciente a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes de su cuerpo a través de diversos ejercicios de tensión y relajación. Luego, la persona podrá poner en marcha estas habilidades, una vez que haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo.

La relajación progresiva se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad (Davis, McKay, y Eshelman, 1985).



Según Cía (2002), esta técnica implica contraer y relajar varios grupos musculares, lo cual produce un profundo estado de relajación. La relajación muscular progresiva es especialmente útil en aquellas personas cuya ansiedad se asocia con contracturas musculares, sobre todo en la zona de los hombros, mandíbula y cuello. Esta técnica ayuda también a reducir la ansiedad anticipatoria que aparece en forma previa a afrontar la situación temida.

En la primera sesión del entrenamiento se debe explicar apropiadamente y justificar todos los procedimientos que se van a seguir. Esto es muy importante ya que el paciente al final de esta sesión debe comprender tanto el procedimiento como la necesidad de practicarlo.

Méndez Carrillo, Olivares Rodríguez y Quiles Sebastián (2001) explican las tres fases del entrenamiento: enseñanza, práctica del sujeto durante las sesiones y práctica entre las sesiones.

- En la enseñanza, la presentación del entrenamiento en relajación progresiva ha de adaptarse a las características del sujeto (nivel intelectual, edad, etc.). Se le explica que la misma consiste en aprender a tensar y a relajar grupos de músculos y que esto exige su colaboración activa y su práctica regular. El terapeuta describe y realiza los ejercicios de tensión-distensión de los 16 grupos musculares con los que se inicia el entrenamiento.

- En la práctica del sujeto durante las sesiones, el entrenamiento en relajación progresiva debe practicarse en una

habitación silenciosa y en penumbras. Las instrucciones de los ejercicios de tensión-distensión son los siguientes: primera instrucción: tensar el grupo muscular correspondiente. Segunda instrucción: focalizar la atención en el grupo muscular en tensión. Tercera instrucción: relajar el grupo muscular correspondiente. Cuarta instrucción : focalizar la atención en el grupo muscular en relajación (esta focalización se debe realizar por un periodo de 30-45 segundos, y luego repetir la misma secuencia, pero alargando el tiempo de la focalización en la relajación a 45-60 segundos).

El volumen y la velocidad de la voz del terapeuta deben reducirse progresivamente durante la sesión. El terapeuta debe formular las ordenes para tensar y atender a las sensaciones de tensión en un tono más fuerte y a un ritmo más rápido que las ordenes para relajar y atender a las señales de relajación.

- En la práctica del sujeto durante el período entre sesiones, las tareas para la casa consisten en que el sujeto practique todos los días, dos veces, una por la mañana y otra por la tarde o noche, durante 15-20 minutos cada vez. También es conveniente que el paciente lleve un registro de las prácticas que realiza y de la tensión o relajación que experimenta en cada ocasión.

Durante las dos sesiones siguientes, la terapeuta dirigió a M. en las diferentes fases de la relajación, y a medida que el niño lograba relajarse, añadía técnicas de respiración para llegar

finalmente a una combinación de ambas técnicas, y así lograr una efectiva relajación en el paciente.

## **2.7. Desensibilización sistemática**

Una vez lograda la comprensión de la finalidad de las técnicas de relajación, en la decimotercera sesión la terapeuta procedió a pedirle al niño que elaborara listas de hechos que le gustaban, que no le gustaban y que le daban miedo, para con cada una de ellas, sobre todo las últimas, realizar un análisis en profundidad; y también para ir afrontando cada uno de los temores para así poder dominarlos.

La técnica de desensibilización sistemática que utilizó la terapeuta de M., fue desarrollada por un psiquiatra sudafricano llamado Joseph Wolpe en 1958, quien solicitaba a los pacientes fóbicos, después de entrenar a los mismos en relajación muscular progresiva, que desarrollaran una jerarquía de escenas atemorizantes, afrontando progresivamente los miedos de menor a mayor. Wolpe, los ayudaba a desensibilizar el temor, pidiéndoles que recordasen imaginariamente una de las escenas, apareándolas al mismo tiempo, con técnicas de relajación muscular. (Cía, 2002).

La desensibilización sistemática parte del supuesto de que si, en presencia de un estímulo evocador de ansiedad, puede conseguirse una respuesta antagónica que suprima total o

parcialmente las respuestas de ansiedad, entonces se debilitará el vínculo de unión entre dichos estímulos y las respuestas de angustia (Wolpe, 1998).

Citando a Dowd y Fahr (2002), en la desensibilización sistemática, a los pacientes se les enseñan técnicas de relajación y llegan a estar, a través de la imaginación, en la situación que les producen temor. A medida que aumenta la ansiedad, se los guía en la utilización de las técnicas de relajación para comenzar a asociar el sentimiento de paz y relajación con los estímulos temidos, lo cual se opone a la ansiedad que en el presente se asocia con la situación.

Explica Kriz (1997) que el núcleo de la desensibilización sistemática consiste en que el paciente organice primero las situaciones ( o situaciones parciales, estímulos, etc.) que le provocan angustia en una jerarquía con arreglo al grado en que se la producen (ésta es la llamada "jerarquía de la angustia"). Después que ha entrado en una honda distensión, se lo exhorta a representarse aquellas situaciones. Se empieza con aquella que en la jerarquía se asocia con la angustia más leve; de esta manera se elimina escalón por escalón de la jerarquía.

Wolpe (1998) llama "jerarquía de ansiedad" a una lista de situaciones de estímulo ante las cuales el paciente reacciona con cantidades de angustia graduales. El ítem más perturbador es colocado al principio de la lista, y el menos perturbador al final. Estas jerarquías ofrecen un marco adecuado para la desensibilización

sistemática, por relajación, frente a estímulos evocadores de ansiedad cada vez más fuertes.

Acorde explican Méndez Carrillo, Olivares Rodríguez y Beléndez Vasquez (2001), con el fin de que la relajación inhiba la ansiedad, es necesario que la intensidad de la respuesta de ansiedad no sea muy elevada. Por lo tanto, la presentación de cada elemento de la jerarquía elicitaba una respuesta de ansiedad cuya intensidad pueda ser inhibida por la respuesta antagónica de relajación.

Con una aplicación de la técnica de manera precavida, se irá consiguiendo a lo largo de las sesiones un avance en las jerarquías, y el paciente mostrará un progresivo descenso de su sensibilidad ante los principales tipos de situaciones de estímulo y ante las diferentes situaciones angustiantes de su vida cotidiana.

Bourne (1995) afirma que la desensibilización sistemática depende de la capacidad del paciente para llegar a un estado profundo de relajación, del establecimiento de una jerarquía de situaciones temidas, de la capacidad del paciente para visualizar detalles y de la práctica regular de las técnicas de desensibilización. Es importante destacar que aquellos pacientes que no se pueden relajar no harán progresos con este método.

En la mayor parte de los pacientes, hay una progresiva reducción en la fuerza de la reacción a la presentación de la escena,

cuando ésta es presentada repetidamente durante una misma sesión (Wolpe, 1998).

La terapeuta utilizó estas técnicas de manera gradual, ya que, durante la decimocuarta y decimoquinta sesión trabajaba sólo con visualizaciones placenteras, para de esta forma lograr una adaptación de M. a esta técnica terapéutica, luego, en la decimosexta sesión, comenzó a trabajar con las listas de hechos no agradables, los cuales se intercalaban con hechos agradables, hasta llegar a sesiones (decimoséptima y decimoctava) donde se trabajaba sólo con situaciones desagradables y se le solicitaba al niño que buscara soluciones para superarlas.

Un claro ejemplo del logro de este método de trabajo se vio reflejado en la decimonovena sesión, en la cual la terapeuta le pidió al niño que se imaginase que estaba solo en su casa, y escuchaba ruidos. Ante esta situación imaginaria, el niño daba respuestas alternativas, como ser el observar si era un gato, o si alguien había ingresado a su casa; o si por ejemplo eran ladrones, y en ese caso llamar a la policía.

Se siguió trabajando con estas técnicas de relajación con visualizaciones durante seis sesiones más, en las cuales el paciente iba perdiendo el miedo a permanecer solo en su hogar.

## **2.8. Alta del paciente**

Ante los avances demostrados por el paciente en las sesiones subsiguientes, y al haber podido lograr que M. consiguiera dar nuevas y variadas interpretaciones ante los hechos, la terapeuta consideró conveniente comenzar a espaciar las sesiones, por lo tanto se le propuso al paciente y a sus padres que las sesiones fueran quincenales.

El tratamiento quincenal duró cinco encuentros más durante las cuales se continuaron aplicando las técnicas de desensibilización sistemática, y se continuó trabajando con la reestructuración cognitiva.

Debido a que M. ya no presentaba síntomas del trastorno, logrando quedarse solo en su hogar sin temor alguno, y debido a que, a la vez, se hicieron evidentes los cambios cognitivos, se tomó la decisión de darle el alta al paciente, aclarándole a él y a su familia que podían recurrir a la ayuda de la institución en caso de sentir alguna necesidad.

### 3. CONCLUSIÓN

Esta experiencia en la institución, la fundación para la salud mental y la educación, donde se realizaron las horas de residencia, resultó muy enriquecedora a los efectos de formación profesional, debido a que se pudo observar durante el tiempo que duró la experiencia, un buen desenvolvimiento de los profesionales, tanto en la atención a los pacientes, como durante los espacios de supervisión institucional, de los cuales se podía participar de manera tanto pasiva como activa.

Asimismo, en estos espacios, también se brindaron a los residente conocimientos desde el marco teórico cognitivo conductual para comprender los objetivos y el *modus operandi* de cada sesión.

Particularmente, el caso seguido en este trabajo resultó muy satisfactorio a los efectos de lograr una aproximación a la realidad laboral a la que se aspira como futuro profesional de la salud mental, ya que se pudo vivenciar la evolución del paciente así como también apreciar la importancia de una buena supervisión y del trabajo interdisciplinario.

De tratarse de un caso propio, es decir, puesto en la situación de terapeuta de un niño con la misma patología y con características similares (entendiendo entre éstas al entorno, los factores predisponentes y desencadenantes), se trataría el caso con algunas



diferencias comparado con lo realizado por la terapeuta que atendió al paciente.

En principio, en la etapa psicodiagnóstica se evitaría evaluar al niño mediante la escala de autoconcepto, ya que se considera que ésta no está suficientemente validada, por lo cual no brinda confiabilidad al evaluador.

Por otro lado, se estaría de acuerdo con las demás técnicas utilizadas, debido a que se las considera aptas y eficaces para detectar un trastorno de estas características, ya que los resultados que éstas arrojan son válidos y confiables.

Más allá de la utilización de las herramientas que se escojan para realizar el psicodiagnóstico, se considera fundamental el primer encuentro con el niño y el establecimiento del vínculo con él a lo largo de las diferentes sesiones, ya que sin esto no se obtendrían los datos más importantes, que surgen del relato del niño y de la expresión de su padecimiento. Esto, junto con el pedido de ayuda, funcionará como motor para el consiguiente tratamiento.

Por otra parte, durante el tratamiento se habría efectuado un encuentro con el grupo familiar primario para discutir diversas cuestiones concernientes a la problemática del niño y al funcionamiento familiar, ya que se considera que en la etiología y mantenimiento de una fobia, el ambiente tiene un gran peso. De esta manera se pondrían en evidencia aquellas actitudes y comportamientos contraproducentes del entorno familiar, que

podrían limitar el avance del tratamiento terapéutico. Tampoco se descartaría el factor predisponente.

El enfoque terapéutico que se utilizaría para realizar el tratamiento de un caso con estas características sería el mismo que fue utilizado por la terapeuta, ya que el enfoque cognitivo conductual cuenta con diferentes técnicas que se pueden implementar acorde vayan surgiendo diferentes problemáticas o avances en el paciente.

Se considera importante destacar que si bien la terapia cognitivo conductual es efectiva para el tratamiento de las fobias, hay que saber que esta terapia puede no ser tan efectiva como otros tipos de terapias para la atención de algunas otras patologías, como las enfermedades mentales orgánicas graves, como por ejemplo el retraso mental o la demencia.

Por esto, se entiende como fundamental el conocimiento de los aportes de los distintos marcos teóricos terapéuticos, para de esta manera no quedarse en el conocimiento de uno solo de éstos y adaptar la patología del paciente al conocimiento del terapeuta. Por el contrario, se considera muy valioso el poder tener el criterio y la capacidad de poder derivar al paciente cuando se considere que no se cuentan con los recursos suficientes para ayudarlo.

Para concluir, más allá de la importancia de la experiencia de la residencia en sí misma, en el caso expuesto quedó demostrado que la utilización del modelo "A-B-C" de la terapia racional emotivo-conductual de Ellis, de la técnica de relajación progresiva de

Jacobson, y de la técnica de desensibilización sistemática de Wolpe, dentro del marco de las terapias cognitivo conductuales, fue altamente efectiva para lograr la remisión de la sintomatología del trastorno fóbico de tipo situacional de M., en un breve periodo de tiempo.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995) *DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Ed. Masson S.A.

Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (1995) *Manual de psicopatología Vol. II*, Madrid, McGraw-Hill/ Interamericana de España s.a.

Botella, C.; Baños, R.; y Perpiña, C.; (2003) *Fobia social*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, s.a.

Bourne, E. L. (1995) *The anxiety and phobia workbook*. Oakland, CA: New Harbinger

Caballo, V. ; Ellis, A. y Vega, L. (2002), *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*, Madrid, Siglo XXI De España Editores S.A.

Caro Gabalda, I. (1997), “Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos”, en I. Caro Gabalda (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, Bs.As. Ed. Paidós.

Carrión, O. y Bustamante, G. (2003) *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*, Bs.As., Galerna S.R.L.

Cía, A., (2002) *La ansiedad y sus trastornos*, Bs.As., Ed. Polemos

Davis, M; McKay, M. Y Eshelman, E. R. (1985), *Técnicas de autocontrol emocional*, Barcelona, Ed. Martinez Roca.

Dowd, T. (1997), "La evolución de las psicoterapias cognitivas", en I. Caro Gabalda (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, Bs.As. Ed. Paidós.

Dowd, T. y Fahr, D. (2002) en W. Lyddon y J. Jones en "Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras", México D.F., Ed. El Manual Moderno.

Goytia, C. (2004) *Fobias ansiedad, miedos. Por qué soy mi peor enemigo*. Bs.As. Ed. Atlántida.

King, N. J., Hamilton, D. I., Ollendick, T. H. (1988) *Children`s phobias: A behavioral perspective*. New York: Wiley.

Knell, S. M. (2000) Cognitive-behavioral play therapy for childhood fears and phobias. En H. G. Kaduson C. E. Schaefer (Eds.) *Short term play therapy for children* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.

Kriz, J. (1997) *Corrientes fundamentales en psicoterapia*, Bs. As., Amorrortu Editores.

Marks, I. M. (1970), "The classification of phobic disorders", *British Journal of Psychiatry*, n.º 116, pags. 377-386

Méndez Carrillo, F., Olivares Rodríguez, J. y Beléndez Vasquez, M. (2001), "La desensibilización sistemática", en J. Olivares Rodríguez y F. Mendéz Carrillo, *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Méndez Carrillo, F., Olivares Rodríguez, J. y Moreno Gil, P. (2001), "Técnicas de reestructuración cognitiva", en J. Olivares Rodríguez y F. Mendéz Carrillo, *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Méndez Carrillo, F., Olivares Rodríguez, J. y Quiles Sebastián, M. J. (2001), "Técnicas de relajación y respiración", en J.

Olivares Rodríguez y F. Mendéz Carrillo, *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Miller, L. C., Barret, C. L., Hampe, E. (1974) Phobias of childhood in a prescientific era. En A. Davis (Ed.) *Child personality and psychopathology: Current topic: Vol. 1* (pp. 89-134). New York: Wiley.

Ost, L. G., Stridh, B. M., Wolf, M: (1998) A clinical study of spider phobia: predictionn of outcome after self-help and therapist-directed treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 36. 17-35.

Wolpe, J. (1998) *Psicoterapia por inhibición recíproca*, Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer S.A.

