



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA EN UN VARÓN ADULTO

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Condori Cusihuaman, Esther Paquita

Asesor:

Aguila Vargas, Fernando Humberto

ORCID: 0000-0002-5040-632X

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherras, Orlando

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA EN UN VARÓN ADULTO

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
4	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
5	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	1%
6	www.aepc.es Fuente de Internet	1%
7	doczz.es Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Trabajo del estudiante	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA EN UN VARÓN ADULTO

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional

en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Condori Cusihuaman, Esther Paquita

Asesor:

Aguila Vargas, Fernando Humberto

ORCID: 0000-0002-5040-632X

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherres, Orlando

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024

Pensamientos

"El proceso de sanación no ocurre de la noche a la mañana, sino que es un viaje que exige paciencia, aceptación y valentía. A medida que enfrentamos nuestras heridas y abrazamos nuestras emociones, encontramos la capacidad de transformar el dolor en aprendizaje y crecimiento personal, descubriendo así una nueva forma de ser más auténticos y completos."

Jorge Bucay

“Respirar lentamente es como un ancla en medio de una tormenta emocional: el ancla no hará que la tormenta se vaya, pero te mantendrá firme hasta que pase”

Russ Harris

Dedicatoria

A mis padres Irma y Manuel, mi hermana Naysha y Tío Américo quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y fortaleza, por ser mi ancla y acompañantes en los momentos difíciles; por enseñarme la importancia del esfuerzo y la perseverancia.

Agradecimientos

El presente trabajo no habría sido posible sin el apoyo y enseñanza de los docentes de la especialidad de la Universidad Federico Villarreal; quienes compartieron sus aprendizajes con paciencia y compromiso, en cada etapa del proyecto. Su conocimiento y visión han sido determinantes para el éxito de esta investigación.

Índice

Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema.....	2
1.2 Antecedentes	3
1.2.1 Antecedentes nacionales.....	3
1.2.2 Antecedentes internacionales	6
1.2.3 Fundamentación teórica.....	10
1.3 Objetivos	31
1.3.1 Objetivo general	31
1.3.2 Objetivos específicos.....	31
1.4 Justificación	32
1.5 Impactos esperados del trabajo	33
II. METODOLOGÍA	34
2.1. Tipo y diseño de Investigación.....	34
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	34
2.3 Variables de investigación	35
2.3.1 Variable dependiente	35
2.3.2 Variable independiente	35
2.3.3 Variables extraña	36
2.4 Participante / Sujeto	36
2.5 Técnicas e instrumentos	36
2.5.1 Técnicas de evaluación.....	36

2.5.2 Técnicas psicoterapéuticas	38
2.5.3 Instrumentos	39
2.5.4 Evaluación Psicológica.....	42
2.5.5 Evaluación Psicométrica.....	50
2.5.6 Informe psicológico integrado.....	57
2.6 Intervención.....	64
2.6.1 Plan de Intervención y calendarización	64
2.6.2. Programa de intervención	67
2.7 Procedimiento.....	80
2.8 Consideraciones éticas	81
III. RESULTADOS.....	82
3.1 Análisis de resultados.....	82
3.2 Discusión de resultados	89
3.3 Seguimiento.....	92
IV. CONCLUSIONES	93
V. RECOMENDACIONES.....	95
VI. REFERENCIAS	97

Índice de tablas

Tabla 1	Características de los distintos tipos de los trastornos de ansiedad	11
Tabla 2	Resultados del inventario de miedos QF	51
Tabla 3	Resultados de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)	53
Tabla 4	Línea base de la frecuencia de los pensamientos identificados	54
Tabla 5	Línea base de la frecuencia de las respuestas fisiológicas	55
Tabla 6	Línea base de la frecuencia de las respuestas conductuales	56
Tabla 7	Línea base de la intensidad de las emociones	56
Tabla 8	Diagnóstico funcional	59
Tabla 9	Análisis funcional	60
Tabla 10	Diagnóstico cognitivo	61
Tabla 11	Diagnóstico tradicional	62
Tabla 12	Calendarización del plan de intervención	64
Tabla 13	Procedimiento realizado en la sesión 1	67
Tabla 14	Procedimiento realizado en la sesión 2	67
Tabla 15	Procedimiento realizado en la sesión 3	68
Tabla 16	Procedimiento realizado en la sesión 4	68
Tabla 17	Procedimiento realizado en la sesión 5	69
Tabla 18	Procedimiento realizado en la sesión 6	69
Tabla 19	Procedimiento realizado en la sesión 7	70
Tabla 20	Procedimiento realizado en la sesión 8	71
Tabla 21	Procedimiento realizado en la sesión 9	71
Tabla 22	Procedimiento realizado en la sesión 10	72
Tabla 23	Procedimiento realizado en la sesión 11	72

Tabla 24	Procedimiento realizado en la sesión 12	73
Tabla 25	Procedimiento realizado en la sesión 13	73
Tabla 26	Procedimiento realizado en la sesión 14	74
Tabla 26	Procedimiento realizado en la sesión 15	74
Tabla 28	Procedimiento realizado en la sesión 16	75
Tabla 29	Procedimiento realizado en la sesión 17	75
Tabla 30	Procedimiento realizado en la sesión 18	76
Tabla 31	Procedimiento realizado en la sesión 19	76
Tabla 32	Procedimiento realizado en la sesión 20	77
Tabla 33	Procedimiento realizado en la sesión 21	77
Tabla 34	Procedimiento realizado en la sesión 22	78
Tabla 35	Procedimiento realizado en la sesión 23	78
Tabla 36	Procedimiento realizado en la sesión 24	79
Tabla 37	Puntajes de los resultados de la escala de miedos QF del pretest y postest.....	82
Tabla 38	Puntajes de los resultados de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI del pretest y postest	83
Tabla 39	Pensamientos identificados en el pretest y postest	84
Tabla 40	Respuestas fisiológicas en el pretest y postest.....	86
Tabla 41	Respuestas conductuales en el pretest y postest	87
Tabla 42	Niveles de intensidad de las emociones en el pretest y postest	88

Índice de Figuras

Figura 1	Puntajes de los resultados de la escala de miedos QF del pretest y postest	83
Figura 2	Puntajes de los resultados de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI del pretest y postest	84
Figura 3	Pensamientos identificados en el pretest y postest.....	85
Figura 4	Respuestas fisiológicas en el pretest y postest	86
Figura 5	Respuestas conductuales en el pretest y postest.....	87
Figura 6	Niveles de intensidad de las emociones en el pretest y postest.....	88

Resumen

Objetivo: Disminuir los síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales en un caso de fobia específica en un adulto de 32 años, aplicando un programa cognitivo-conductual basado en la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática. **Método:** El presente trabajo académico fue de tipo aplicado con un diseño preexperimental de tipo A-B y el programa de intervención constó de 24 sesiones para la evaluación, tratamiento y seguimiento. Durante estas sesiones se utilizaron instrumentos como el Cuestionario de Miedos (QF), la Escala de Ansiedad (STAI) y autorregistros de pensamientos, conductas y emociones. La intervención se centró en técnicas cognitivas y conductuales, tales como la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática. **Resultados:** Revelaron una reducción significativa en las puntuaciones del cuestionario de miedos QF, en la subescala de miedos específicos, cuyas puntuaciones disminuyeron 83 a 29. Así mismo, en la Escala de ansiedad estado/rasgo STAI, subescala de ansiedad estado, ésta disminuyó de 73 a 28. Seguidamente, los autorregistros de pensamientos redujeron su frecuencia de (8-7) a (3-0), los de respuestas fisiológicas pasaron de (9-7) a (2-0), los de conductas evitativas disminuyeron de (4-2) a (0) y los niveles de intensidad de emociones pasaron de (10-7) a (3-0). **Conclusiones:** El programa cognitivo-conductual tuvo un impacto significativo en la reducción de los síntomas asociados con la fobia. El tratamiento mejoró notablemente la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual del paciente, confirmando la eficacia de las técnicas empleadas según el modelo cognitivo-conductual para tratar la fobia específica.

Palabras clave: fobia específica, terapia cognitivo-conductual, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática

Abstract

The research aimed to apply a cognitive-behavioral intervention to treat a specific phobia related to the consumption of solid foods in a 32-year-old man. The study was framed within the method of applied research with a pre-experimental A-B design, and the intervention program consisted of 24 sessions for assessment, treatment, and follow-up. During these sessions, instruments such as the Fear Questionnaire (QF), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and self-records of thoughts, behaviors, and emotions were used. The intervention focused on cognitive and behavioral techniques, including cognitive restructuring and systematic desensitization. The results revealed a significant reduction in the Fear Questionnaire (QF) scores in the specific fears subscale, with scores decreasing from 83 to 29. Similarly, in the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the state anxiety subscale score decreased from 73 to 28. Self-records of thoughts reduced in frequency from (8-7) to (3-0), self-records of physiological responses decreased from (9-7) to (2-0), self-records of avoidant behaviors diminished from (4-2) to (0), and levels of emotional intensity fell from (10-7) to (3-0). In conclusion, the cognitive-behavioral program had a significant impact on reducing symptoms associated with the phobia. The treatment notably improved the patient's cognitive, physiological, and behavioral symptoms, confirming the effectiveness of the techniques used according to the cognitive-behavioral model for treating specific phobia.

Keywords: specific phobia, cognitive-behavioral therapy, cognitive restructuring, systematic desensitization

I. INTRODUCCIÓN

Existimos en un entorno competitivo que genera situaciones estresantes y ansiógenas, las cuales, si no se manejan adecuadamente, pueden llevar a la adquisición de enfermedades o trastornos mentales. La falta de intervención oportuna en estos casos puede representar un riesgo significativo para la salud mental, fisiológica y comportamental, tal como se presenta en los trastornos de ansiedad.

La fobia específica se clasifica como un trastorno de ansiedad y se distingue por una intensa sensación de peligro o amenaza, real o imaginaria. Esta experiencia activa el sistema nervioso simpático, lo que se manifiesta a través de diversas respuestas fisiológicas, como tensión muscular, palpitaciones y sudoración. Además, se presentan respuestas cognitivas vinculadas a pensamientos sobre el peligro, sus consecuencias y la capacidad de enfrentar la situación, así como respuestas motoras orientadas a la evitación. En resumen, la fobia específica involucra un sistema tridimensional que abarca aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos (Bados, 2005).

Sin embargo, es importante considerar que el desarrollo de la fobia específica está relacionada con la intensidad, la frecuencia y la duración de la ansiedad. Cuando la ansiedad es constante, intensa y ocurre con frecuencia, puede provocar un malestar considerable en la persona y asimismo, deterioro en áreas como la escuela, trabajo y la vida social, lo que puede dar lugar a manifestaciones patológicas (Cairós, 2019).

Lieb et al. (2016) encontraron evidencia de que las personas diagnosticadas con fobia específica, ya sea como trastorno principal o comórbido, presentan un riesgo aumentado de desarrollar posteriormente otros trastornos, tales como el trastorno de pánico, trastorno de

ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos afectivos, trastorno por dolor y trastornos de la alimentación.

1.1 Descripción del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2023) los trastornos de ansiedad son el segundo tipo de trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países latinoamericanos. En 2020, durante la pandemia de COVID-19, se observó un aumento del 32% en los casos de ansiedad, afectando a más de 264 millones de personas, lo que representa aproximadamente el 4% de la población global. En términos de género, se estima que el 62% de quienes padecen ansiedad son mujeres (170 millones) mientras que los hombres constituyen el 38% (94 millones) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Posada et al. (2006) indicaron que, entre los trastornos de ansiedad, la fobia específica presenta la mayor prevalencia de por vida, con un 13.9% en mujeres y un 10.9% en hombres. Además, se observó que la fobia específica suele comenzar alrededor de los 7 años. Durante la etapa adulta, se presenta de manera crónica salvo que estos reciban un tratamiento oportuno, así también la recuperación se ve agravada cuanto mayor es el número de fobias o miedos específicos (Bados, 2005).

Las fobias específicas pueden llevar a una discapacidad significativa. Al respecto, en su estudio, Hofmann et al. (2012) indicaron que las personas con fobias específicas pueden experimentar niveles elevados de angustia y discapacidad en la vida cotidiana, lo que afecta su desempeño laboral y social.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA,2023) informó que la demanda de atención por problemas de salud mental ha aumentado significativamente, especialmente, durante la pandemia de COVID-19. Entre 2009 y 2022, el número de casos atendidos creció de 419,703 a 1,405,665, siendo la ansiedad y la depresión las principales patologías. En 2022, la ansiedad fue la condición más atendida en el país, con un total de 433,816 casos diagnosticados.

Por lo mencionado, se optó por estudiar el caso de un varón adulto que padece una fobia específica asociada a la ingesta de alimentos sólidos. Esta condición lo ha llevado a modificar drásticamente sus hábitos alimenticios, sustituyendo los sólidos por alimentos licuados. Su ansiedad desmedida, completamente desproporcionada con relación al peligro real y contexto sociocultural, ha persistido durante siete largos meses, afectando su salud al provocarle una pérdida de 31 kilos y un cuadro de anemia severo. Además, el paciente ha evitado cualquier situación en la que pueda estar expuesto a alimentos sólidos, exacerbando aún más su estado físico y emocional.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Inga (2020) llevó a cabo un estudio de caso con un niño de 9 años diagnosticado con fobia específica al ambiente escolar, aplicando la terapia cognitivo-conductual (TCC) para disminuir los síntomas de la fobia mediante un programa de modificación conductual. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: establecimiento de una línea base, autorregistros, análisis y diagnóstico funcionales. Su objetivo fue modificar los pensamientos irracionales que desencadenaban emociones intensas como ansiedad, miedo y, asimismo, conductas evitativas. Llevó a cabo 11 sesiones en las que aplicó estrategias de intervención cognitiva y conductual, tales como psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración

cognitiva, desensibilización sistemática mediante la imaginería y el desarrollo de habilidades sociales. En consecuencia, consiguió una reducción sustancial de la sintomatología fóbica, donde la intensidad de las respuestas emocionales como ansiedad disminuyen 9/10 a 4/10, el miedo de 8/10 a 3/10; así también los pensamientos distorsionados disminuyen su frecuencia de entre 60 - 55 a puntuaciones entre 17 -33; y las conductas de evitamiento con frecuencia entre 26 y 23 a puntuaciones entre 8 y 15.

Obregón (2021) aplicó la técnica de desensibilización sistemática a un paciente varón de 19 años que, en los últimos seis meses, había desarrollado un miedo intenso e irracional a utilizar ascensores en diversos contextos sociales. Este temor lo llevó a aislarse progresivamente de sus amigos universitarios, compañeros de trabajo y familiares con el fin de evitar el uso de ascensores y ocultar su fobia. El tratamiento consistió en la desensibilización sistemática que ayudó al paciente a enfrentarse gradualmente a los estímulos que le provocan aversión, en este caso, el uso del ascensor. La intervención incluyó entrenamiento en la relajación muscular progresiva de Jacobson, la creación de una jerarquía de situaciones que le generaban ansiedad, entrenamiento en imaginación con exposición gradual a las situaciones que le causaban ansiedad, así como exposición en vivo a las situaciones temidas. La intervención se realizó en diez sesiones de 60 minutos cada una. Los resultados indicaron que, en la línea base previa al tratamiento, las puntuaciones en escalas de evaluación de conductas problemáticas oscilaban de 6 a 10; sin embargo, en la medición posterior al tratamiento, estas puntuaciones disminuyeron a un rango de 1 a 0, indicando la ausencia de conductas problemáticas. Los beneficios del tratamiento se mantuvieron durante el mes de seguimiento.

Pacheco (2018) implementó un programa de intervención basado en técnicas cognitivas y conductuales para tratar la fobia social en una mujer de 25 años. En el estudio, la paciente

logró entender el funcionamiento de la fobia social desde la perspectiva cognitivo-conductual y los principios que sustentan este enfoque, incorporando a su vida diaria diversas técnicas como la identificación, cuestionamiento y modificación de pensamientos desadaptativos por otros alternativos y relajación. Se extinguieron las conductas de evitación y seguridad por un repertorio amplio de técnicas de afrontamiento, aprendidas dentro del proceso psicoterapéutico. Las conductas de evitación y búsqueda de seguridad fueron reemplazadas por una variedad de técnicas de afrontamiento aprendidas durante la psicoterapia. Además, la activación fisiológica relacionada con la ansiedad en situaciones sociales se redujo mediante una exposición gradual y la reestructuración cognitiva. En el pretest (escala de Liebowitz), la paciente presentaba una puntuación inicial de 124 de miedo, ansiedad y evitación, y en el posttest, al finalizar el programa de intervención, presentó una puntuación total de 53, logrando disminuir significativamente la sintomatología ansiosa y aumentar su funcionalidad en situaciones sociales, lo cual le trajo ventajas de desarrollo personal, académico y laboral.

Ártica (2021) realizó una investigación para analizar los efectos de un programa cognitivo-conductual de 20 sesiones, a un hombre de 20 años con fobia social. El estudio se diseñó utilizando el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Para la recopilación de datos, se emplearon instrumentos como la entrevista psicológica, historia psicológica cognitivo-conductual, los autorregistros y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (ISAS). Se observó una disminución en las conductas evitativas y una reducción en la intensidad de la ansiedad, atribuida a la aplicación de técnicas como la exposición gradual, desensibilización sistemática y reestructuración de pensamientos irracionales. Aunque el participante aún mostraba algunos comportamientos de evasión, su frecuencia disminuyó notablemente, y en la mayoría de los casos enfrenta situaciones con una ansiedad funcional de

4 sobre 10. Estos avances han tenido un impacto positivo en su entorno laboral, mejorando su desempeño en el trabajo y seguridad en su entorno social.

Zeballos (2022) presentó una investigación donde aplicó una intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social en una mujer adulta de 24 años, con el objetivo que la paciente confrontara situaciones sociales. Utilizó pruebas psicométricas como la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, el Inventario de Pensamientos Automáticos, la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Test de Matrices Progresivas de Raven. El programa cognitivo-conductual incluyó 14 sesiones en las que se implementaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, relajación de Jacobson, solución de problemas y reestructuración cognitiva. La psicoeducación permitió que la paciente incorpore los conocimientos científicos sobre la TCC, lo cual contribuyó a reducir la ansiedad. La desensibilización sistemática ayudó a la paciente a disminuir sus comportamientos de evasión y postergación de exposiciones. La reestructuración cognitiva facilitó el reemplazo de sus pensamientos automáticos por pensamientos más adaptativos. Además, se incrementaron las conductas de interacción social, como participar en clases, colaborar en grupos y hacer presentaciones frente a una audiencia sin leer, mediante la técnica del modelado. En conclusión, el programa de tratamiento demostró una reducción del 82% en los síntomas de ansiedad social.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Velepuche (2020) realizó una investigación de caso único sobre la aplicación de la TCC en un individuo de 28 años de edad, con un trastorno de fobia específica de tipo sangre, inyecciones y/o herida, el cual mostraba una marcada reducción y disminución progresiva de

la actividad placentera al realizar sus actividades, dificultad en sus relaciones sociales y más aún cuando se veía comprometido el hecho de alguna visita social, o ayudar algún amigo, la disminución en la interacción de sus relaciones familiares. Además, a nivel fisiológico y psicológico se presenciaban desmayos, ansiedad y temor excesivo. En la investigación se comprobó la eficiencia y funcionalidad del modelo cognitivo-conductual, como enfoque terapéutico más asertivo en el tratamiento de los trastornos de fobias, en este caso, las fobias específicas, para así mejorar su equilibrio del estado psíquico, su calidad de vida, a través de técnicas de exposición en vivo, técnica de tensión aplicada y reestructuración cognitiva.

Cabañas et al. (2018) presentaron un programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de fobia específica a la conducción, en una mujer de 30 años, la cual presentaba un miedo intenso a conducir con evidentes signos de ansiedad. Los objetivos planteados fueron: cambiar las ideas y pensamientos irracionales sobre el tráfico y la percepción personal de competencia, así como, reducir la respuesta de ansiedad ante la conducción y eliminar las reacciones de escape o evitación frente las situaciones temidas. En dicha investigación, se aplicaron técnicas de relajación, estrategias cognitivo-conductuales para la anticipación, el afrontamiento para la situación fóbica, la exposición en vivo y autoinstrucciones. Concluyendo que las técnicas empleadas fueron efectivas, logrando la reducción total de la ansiedad que la paciente experimentaba en diez situaciones diferentes; sin embargo, la paciente aún sentía un 30% de ansiedad al conducir en calles nuevas y un 40% de ansiedad bajo condiciones meteorológicas adversas, dado que las tormentas son poco frecuentes, lo que dificultaba su manejo. La investigación había previsto las condiciones atmosféricas necesarias para la exposición, pero la imprevisibilidad del clima redujo la efectividad del tratamiento y facilitó el regreso del miedo; por lo tanto, los autores recomendaron complementar la exposición en vivo

con otros métodos como la exposición mediante imaginación, realidad virtual, o a través de audio, video y flashes.

Ortiz (2013) presentó una investigación en la que se aplicó un enfoque terapéutico cognitivo-conductual a una mujer de 26 años con fobia específica a las palomas. El objetivo principal fue reducir la sintomatología ansiosa, tanto antes como durante la exposición a las palomas, así como eliminar las conductas de escape y evitación, y prevenir posibles recaídas. El tratamiento incluyó 13 sesiones que se realizaron con una frecuencia semanal o, en ocasiones, quincenal, con una duración de entre 45 minutos y 1 hora y media cada una. Durante estas sesiones, se expuso a la paciente al estímulo fóbico utilizando técnicas como la desensibilización sistemática y se le proporcionaron herramientas y habilidades para enfrentar mejor la situación temida. Estas herramientas incluyeron la psicoeducación, técnicas de respiración lenta y abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson, relajación breve, parada de pensamiento, tareas distractoras, modelado participante, así como refuerzo y autorrefuerzo. Los resultados demostraron una mejora significativa en la paciente, con una reducción notable en los niveles de ansiedad durante y después de la exposición. Al finalizar las sesiones, tanto el pico de ansiedad como la ansiedad posterior a la exposición fueron considerablemente menores en comparación con los niveles observados en la primera sesión.

Pérez (2016) presentó un estudio sobre la evaluación y el tratamiento en un caso de fobia específica en un paciente de 6 años con miedo a la lluvia y a los payasos. El propósito del estudio fue describir los cambios terapéuticos resultantes de la aplicación de un enfoque cognitivo-conductual. Este enfoque incluyó técnicas como la psicoeducación, relajación muscular de Koeppen, modelado, juegos de roles, identificación de esquemas cognitivos, análisis de pensamientos automáticos, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva,

exposición graduada y técnicas de relajación. El tratamiento se realizó en un total de 21 sesiones. Los resultados del estudio confirmaron la efectividad de estas intervenciones ya que se observó una extinción significativa de las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales asociadas a la fobia. Esta mejora fue evidente tanto en las evaluaciones cuantitativas realizadas mediante cuestionarios aplicados antes y después de la intervención, como en las observaciones cualitativas hechas por el paciente, sus padres y el terapeuta. Los testimonios cualitativos también reflejaron los cambios positivos experimentados después del tratamiento, subrayando la efectividad del enfoque utilizado.

García (2014) presentó un estudio sobre la evaluación, intervención terapéutica y seguimiento de un hombre de 26 años con fobia específica situacional relacionada con el vuelo en avión. El paciente fue evaluado mediante la entrevista clínica, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, el Cuestionario de Miedos (FQ) y la Escala de Miedo a Viajar en Avión (EMV). Los objetivos de la investigación incluyeron reducir o eliminar el miedo desproporcionado, la activación fisiológica, las conductas de evitación y el malestar general. El tratamiento, de tipo AB con seguimiento, consistió en ocho sesiones de frecuencia semanal y una duración de 50 a 70 minutos por sesión. La terapia se basó en una exposición gradual con prevención de respuesta frente a los estímulos y situaciones que provocaban ansiedad, utilizando métodos como la imaginación, el entorno natural y la realidad virtual. Además, se proporcionó información sobre la seguridad de los vuelos y se implementó la reestructuración cognitiva que incluyó entrenamiento en la identificación y observación de pensamientos, la eliminación de sesgos atencionales e interpretativos, y la relajación muscular progresiva de Jacobson. Al finalizar el tratamiento, se observó una mejora significativa, evidenciada por una disminución en la activación fisiológica, una reducción progresiva de las conductas de evitación y una disminución en el estado de ánimo ansioso y moderadamente depresivo.

1.2.3 Fundamentación teórica

La fobia específica se encuentra dentro de la clasificación del trastorno de ansiedad; por lo cual, se detallarán de manera general, definiciones del trastorno de ansiedad, ya que es un eje fundamental comprender los conceptos básicos de las fobias específicas.

La American Psychiatric Association (APA, 2013) describió la ansiedad como una sensación de inquietud, tensión o malestar que surge a partir de la anticipación de un evento potencialmente peligroso, cuyo origen es incierto. De manera similar, la OMS (2013) la definió como una experiencia de preocupación, miedo o aprensión intensa y persistente en situaciones que no siempre presentan una amenaza real. Esta condición puede afectar el funcionamiento cotidiano y generar síntomas tanto físicos como emocionales.

Chand y Marwaha (2023) describieron la ansiedad como un trastorno psiquiátrico recurrente originado por diversos factores, a menudo vinculados al estrés o experiencias traumáticas.

Según la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado (DSM-5-TR, 2013), se resumen en los siguientes tipos y criterios de diagnóstico, y clasificación que se señalan en la Tabla 1.

Tabla 1*Características de los distintos tipos de los trastornos de ansiedad*

Trastorno de ansiedad	Características
Por separación	El miedo o la ansiedad intensos y persistentes asociados con la separación de una persona con la que se tiene un vínculo estrecho se manifiestan en al menos tres de las siguientes formas clínicas: preocupación constante, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedarse solo en casa o a desplazarse a otros lugares (como la escuela o el trabajo), y/o la presencia de pesadillas. Para el diagnóstico, estos síntomas deben haber estado presentes durante al menos 6 meses en adultos y 4 semanas en niños y adolescentes, o bien manifestarse como síntomas físicos en respuesta a la separación o su anticipación.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos, la duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a la escuela).
Fobia específica	La presencia de un miedo o ansiedad intensa, específica y persistente que surge casi de inmediato y está vinculada a un objeto o estímulo particular, como situaciones específicas, animales, entornos naturales, sangre, heridas, inyecciones, situaciones específicas, u otros. Debe mantenerse durante al menos 6 meses. Estos sentimientos pueden llevar a evitar el objeto o situación que los desencadena.
Ansiedad social	El miedo o la ansiedad intensos se manifiestan casi siempre en relación con una o más situaciones sociales específicas en las que la persona enfrenta la posibilidad de ser evaluada por otros. Estas situaciones sociales se evitan o se enfrentan con un gran nivel de miedo o ansiedad.

Trastorno de ansiedad	Características
Trastorno de angustia	Se presentan crisis de angustia inesperadas y recurrentes, con al menos una de ellas seguida durante al menos un mes por inquietud o preocupación constante sobre la posible aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento relacionado con las crisis de angustia. La persona teme o evita ciertas situaciones por miedo a no poder escapar o recibir ayuda si se presentan síntomas similares a los de la angustia, así como otros síntomas incapacitantes o potencialmente vergonzosos.
Ansiedad generalizada	El miedo, la ansiedad o la evitación deben persistir durante al menos 6 meses. Las personas deben experimentar una preocupación excesiva y constante que resulta difícil de controlar sobre diferentes eventos o actividades. Además, deben presentar tres o más síntomas de sobrecarga fisiológica. Esta preocupación debe estar presente la mayor parte de los días durante un periodo mínimo de 6 meses.
Ansiedad inducida por sustancias:	Se caracteriza principalmente por la aparición de ataques de angustia o ansiedad. Estos síntomas se presentan durante o poco después de la intoxicación con una sustancia, durante la abstinencia de esta, o como efecto secundario de medicamentos que pueden provocar tales síntomas. Estos síntomas no deben limitarse a períodos de delirio ni atribuirse a otra enfermedad médica. El cuadro clínico se define por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, junto con evidencia patofisiológica directa de otra condición médica.

Fuente. (DSM-5-TR, 2013).

1.2.3.1. Fobia específica. Las fobias específicas son un tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza por un temor intenso y no razonable hacia objetos o situaciones particulares. A continuación, se presentan algunas definiciones y autores importantes en el estudio de las fobias específicas.

Es un miedo o ansiedad intensos y persistentes ante un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, recibir una inyección, ver sangre). Este miedo o ansiedad es desproporcionado en relación con el peligro real que presenta el objeto o la situación. Las fobias específicas se caracterizan por un alto grado de estímulos temidos, lo cual dificulta tanto la evaluación como el tratamiento del trastorno, generando variaciones en los indicadores clínicos. Se reconocen tres tipos de fobias específicas: fobia social, agorafobia y fobias específicas. Esta última categoría abarca un grupo residual para estímulos que no están asociados ni con lo social ni con los ataques de pánico (DSM-5-TR, 2013).

Sufrir de una fobia específica incrementa la probabilidad de desarrollar otra fobia del mismo tipo (Barlow et al., 2002).

Cuando una persona se enfrenta a una situación temida, la respuesta de miedo activa el sistema nervioso simpático, lo cual se manifiesta en síntomas como taquicardia, palpitaciones, aumento de la presión arterial, respiración rápida, sudoración y disminución de la actividad gastrointestinal. Por otro lado, la emoción de asco provoca una activación del sistema nervioso parasimpático que se caracteriza por una desaceleración del ritmo cardíaco, reducción de la temperatura de la piel, sequedad en la boca, náuseas, molestias abdominales y posiblemente mareos.

Fisiológicamente, se observan respuestas vinculadas a una mayor actividad del sistema nervioso autónomo, que incluyen un aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, disminución en la producción de saliva, contracciones estomacales, náuseas, diarrea y elevación de la presión arterial; sin embargo, hay variaciones individuales significativas en estas respuestas, lo que dificulta tener una medida única que represente la

reacción somática del miedo para todos los individuos, algo crucial para establecer criterios de éxito terapéutico.

Cognitivamente, la persona puede tener diversas creencias sobre la situación temida y su capacidad para enfrentarla, así como interpretaciones subjetivas sobre sus reacciones fisiológicas. Esto puede manifestarse en imágenes o auto verbalizaciones de las consecuencias negativas que espera. Automáticamente, la reacción más común abandonar la situación temida lo más rápidamente posible y evitarla en el futuro.

Las interacciones entre estos tres tipos de reacciones complican tanto la evaluación del miedo como el proceso diagnóstico. Las personas con fobia presentan distintos patrones de respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas ante el objeto de su temor. Algunos pueden enfrentar la situación temida con un alto grado de malestar subjetivo y fisiológico, mientras que otros tienden a evitar la situación de manera significativa. Por ende, evaluar uno de estos tres tipos de reacciones por separado puede no reflejar con exactitud el problema particular de un individuo (Capafons et al., 2004).

1.2.3.2. Diagnóstico. La categoría diagnóstica de fobia específica abarca numerosas fobias que pueden diferir considerablemente en sus características clínicas. De hecho, se han establecido distinciones entre diferentes tipos de fobias específicas en términos de edad y momento de inicio, predominio según el sexo, patrón de respuestas fisiológicas, experiencias emocionales subjetivas, preocupaciones acerca de las respuestas físicas o los factores externos de la situación, la aparición inesperada de ataques de pánico, los antecedentes familiares, la evolución clínica y el tipo de tratamiento sugerido (Lipsitz et al., 2002).

Según el DSM-5-TR (2013), los criterios para el diagnóstico de fobia específica incluyen:

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej. volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionada al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si (según el estímulo fóbico):

300.29 (F40.218) Animal (p.ej. arañas, insectos, perros).

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej. alturas, tormentas, agua).

300.29 (F40.23X) Sangre-inyección-herida (p.ej. agujas, procedimientos médicos invasivos).

300.29 (F40.248) Situacional (p.ej. avión, ascensor, sitios cerrados).

00.29 (f40.298) Otra (p.ej. situaciones que pueden derivar en ahogo, vómitos; en niños, p.ej. sonidos ruidosos o personajes disfrazados) asociadas a síntomas tipo pánico u otros. (p.130)

Entre todas las características mencionadas, la persistencia, la magnitud y el carácter desadaptativo del miedo fóbico son especialmente relevantes para diferenciarlo del miedo adaptativo. Además, el miedo fóbico, a diferencia de otros trastornos de ansiedad, se desencadena por la presencia o anticipación de un estímulo o situación específica, provocando un patrón típico de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras (Capafons et al., 2004).

1.2.3.3. Origen y adquisición de las fobias específicas. Con frecuencia, las fobias específicas pueden ser originadas a través de diferentes formas, aunque la investigación empírica en este campo aún es limitada; sin embargo, existen diversas teorías que pueden explicar la adquisición de estas.

A. Condicionamiento clásico. Pavlov (1936), pionero del condicionamiento clásico, mostró cómo los estímulos neutrales pueden llegar a provocar respuestas condicionadas a través de asociaciones repetidas con estímulos aversivos. Así también, Watson (1920) utilizó los principios del condicionamiento clásico para investigar el comportamiento humano, enfatizando la adquisición de miedos a través de experiencias traumáticas o aversivas, demostrando a través de experimentos con animales, cómo los miedos y las respuestas emocionales pueden ser adquiridos y condicionados a través de experiencias traumáticas o aversivas. Este proceso implica que un estímulo inicialmente neutro (por ejemplo, un objeto o situación) puede asociarse repetidamente con un evento aversivo (como el dolor o el miedo intenso), dando lugar a una respuesta de miedo condicionada frente al estímulo que antes era neutro.

B. Modelo de adquisición por información. Mineka y Cook (1988) investigaron cómo la observación de otros que muestran miedo a ciertos estímulos puede llevar a la adquisición de fobias, incluso en ausencia de experiencias directas traumáticas, para comprobar la adquisición por observación, utilizaron experimentos con animales, como monos rhesus, para mostrar que los individuos podían adquirir miedos hacia estímulos específicos al observar las reacciones de miedo de otros. Este hallazgo destacó la importancia del aprendizaje social en el desarrollo de fobias.

Sus investigaciones sugirieron que el aprendizaje vicario puede ser un mecanismo crucial en la formación de miedos irracionales y fobias en humanos. Esto tiene implicaciones tanto teóricas como clínicas para entender cómo las experiencias sociales y la información transmitida pueden influir en la salud mental y el bienestar emocional.

Años más tarde, Zinbarg (2006) amplió su investigación sobre la influencia de la información en la adquisición y desarrollo de fobias específicas. Investigó cómo la información que recibimos y las observaciones que realizamos pueden influir en la adquisición de fobias. Esto incluye cómo las experiencias vicarias; es decir, observar a otros que muestran miedo, pueden condicionar nuestra propia respuesta emocional hacia estímulos específicos, donde las expectativas que tenemos sobre los estímulos y la forma en que interpretamos la información desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de las fobias. Por ejemplo, las interpretaciones catastrofistas de los síntomas físicos o las situaciones pueden amplificar el miedo y la ansiedad asociados con las fobias. Por último, enfatizó que la memoria juega un papel en la formación y persistencia de las fobias. Las experiencias pasadas y los recuerdos asociados con eventos aversivos pueden influir en la respuesta emocional y comportamental hacia situaciones similares en el futuro.

C. Teoría de la preparación. Seligman (1971) propuso la teoría de la preparación para explicar cómo los humanos y otros animales tienen predisposiciones biológicas que facilitan el aprendizaje de ciertas asociaciones, especialmente, aquellas que pueden llevar a la adquisición de fobias.

Cuando se refiere a la predisposición biológica, argumenta que los seres humanos y otros animales tienen predisposiciones innatas o biológicas para aprender ciertas asociaciones más fácilmente que otras. Esto se debe a que, a lo largo de la evolución, los organismos han desarrollado mecanismos mentales que les permiten identificar y reaccionar rápidamente ante estímulos potencialmente peligrosos para la supervivencia. Estas predisposiciones pueden manifestarse en la rapidez con la que se desarrollan ciertas fobias. Por ejemplo, los humanos y otros animales pueden aprender fácilmente a temer estímulos asociados con el peligro físico, como serpientes o alturas, en comparación con estímulos que no representan una amenaza inmediata para la supervivencia.

Esta perspectiva ha influido en el desarrollo de tratamientos terapéuticos efectivos, como la exposición sistemática y la TCC que aprovechan el conocimiento de las predisposiciones biológicas para abordar y superar las fobias específicas.

D. Modelo cognitivo. Beck (1985) exploró cómo los pensamientos y las interpretaciones negativas pueden contribuir a la adquisición y mantenimiento de fobias, mostrando que los pensamientos irracionales o catastróficos pueden desencadenar y mantener el miedo irracional asociado con las fobias. Por ejemplo, una persona con fobia a los espacios cerrados puede interpretar erróneamente la situación como extremadamente peligrosa, lo que intensifica su ansiedad y evitación de dichos espacios. Así también, muestra cómo las fobias están compuestas de ciclos de pensamiento negativo y evitación que pueden reforzar las fobias.

Por ejemplo, cuando una persona evita situaciones temidas debido a pensamientos catastróficos, estas conductas de evitación pueden fortalecer la asociación entre el estímulo temido y la respuesta de miedo.

La perspectiva de Beck ha sido fundamental para la comprensión contemporánea de las fobias y otros trastornos de ansiedad. Su enfoque en los procesos cognitivos subyacentes ha ayudado a desarrollar estrategias terapéuticas efectivas, como la reestructuración cognitiva y la exposición gradual, que son fundamentales en el tratamiento de las fobias.

E. Modelo biopsicosocial. Miller y Dollard (1941) desarrollaron la teoría del aprendizaje por frustración y conflicto que influyó en la comprensión de cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales pueden interactuar en la adquisición y mantenimiento de fobias.

Mowrer (1947) propuso el modelo de dos factores para explicar la adquisición de fobias, combinando dos factores importantes: el condicionamiento clásico y operante.

En el condicionamiento clásico (factor uno), un estímulo neutro (por ejemplo, un objeto o situación específica) se asocia repetidamente con un estímulo aversivo o traumático (por ejemplo, una experiencia de miedo intenso). Con el tiempo, el estímulo neutral adquiere la capacidad de evocar una respuesta emocional de miedo sin la presencia del estímulo aversivo original.

En el condicionamiento operante (factor dos), la evitación de la situación temida o la conducta de escape se refuerzan negativamente; es decir, cuando una persona experimenta miedo intenso ante un estímulo específico, tiende a evitar o escapar de esa situación para reducir el miedo y la ansiedad. Esta evitación o escape funciona como un refuerzo negativo, fortaleciendo así la asociación entre el estímulo temido y la respuesta de miedo.

Según el modelo de dos factores de Mowrer (1947), una fobia se adquiere a través del condicionamiento clásico (asociación de un estímulo neutral con una respuesta de miedo) y se mantiene a través del condicionamiento operante (refuerzo negativo mediante la evitación del estímulo fóbico).

Este modelo ha sido fundamental para que investigadores y clínicos comprendan cómo se desarrollan y mantienen las fobias específicas, proporcionando una base teórica para el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas como la exposición y la desensibilización sistemática.

1.2.3.4. Tratamientos para las fobias específicas. Antes del año 1959, el psicoanálisis era la principal opción terapéutica para las fobias específicas; sin embargo, a partir del siglo XX, la terapia conductual revolucionó el tratamiento de estas fobias al introducir la exposición controlada al estímulo temido como método central. Según la terapia conductista, esta exposición gradual y controlada conduce a la reducción de las reacciones fóbicas (Capafons et al., 2004).

La TCC para fobias específicas se fundamenta en la idea de que las respuestas de miedo pueden modificarse a través del aprendizaje y la reestructuración cognitiva. Los pacientes aprenden a confrontar gradualmente sus miedos, reevaluar sus interpretaciones catastróficas y desarrollar habilidades para enfrentar las situaciones temidas con mayor eficacia.

Existen diversos de tratamientos psicológicos para la fobia específica, pero los que más eficacia han conseguido a lo largo de la historia son los de tipo cognitivo-conductual, dado que se evaluaron los resultados de los tratamientos psicológicos más estudiados para las fobias específicas. Diversos estudios han hallado resultados consistentes: la terapia de exposición, desensibilización sistemática emergen como las más efectivas. Tanto las intervenciones

cognitivo-conductuales como la terapia de exposición mediante realidad virtual también han demostrado ser efectivas. En contraste, los tratamientos farmacológicos no mostraron eficacia, y combinar diferentes tipos de terapia no parece mejorar los resultados de las intervenciones cognitivo-conductuales para las fobias específicas (Capafons et al., 2004).

La eficacia de la TCC para las fobias específicas está respaldada por numerosos estudios que han demostrado reducciones significativas en la ansiedad y la evitación de los estímulos fóbicos.

1.2.3.5 Terapia cognitivo-conductual. La TCC es un enfoque terapéutico que se fundamenta en principios de la psicología del aprendizaje respaldados por la psicología científica. Sus técnicas y procedimientos están basados en investigaciones experimentales. El objetivo de este tratamiento es modificar diversos aspectos del comportamiento (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerando que dicho comportamiento es aprendido y puede estar influenciado por factores biológicos y sociales (Diaz et al., 2012).

El objetivo es modificar el comportamiento, los pensamientos y las emociones. La TCC se basa en principios y métodos respaldados por evidencia científica y su evolución puede dividirse en diferentes generaciones:

A. Primera generación. Métodos terapéuticos basados en los principios del aprendizaje clásico y operante. Sus principales representantes son: Pavlov, Watson, Skinner y Wolpe.

B. Segunda generación. Caracterizada por el enfoque en variables cognitivas. Sus principales representantes son Beck, Ellis y Meichenbaum.

C. Tercera generación. Abarca enfoques terapéuticos constructivos y contextuales. Sus principales representantes son Hayes, Zindel, Linehan, Williams y Teasdale.

La TCC es un enfoque psicoterapéutico que combina principios de la psicología cognitiva y conductual para tratar una variedad de trastornos psicológicos. A lo largo del tiempo, varios modelos han influido en el desarrollo y aplicación de la TCC. A continuación, se amplía la información sobre los modelos en los que se basa la terapia cognitiva conductual.

A. Modelo clásico (Condicionamiento clásico). El modelo o condicionamiento clásicos, desarrollado por Pavlov (1927), se basa en la asociación de estímulos para explicar cómo se aprenden las respuestas emocionales. Este modelo sostiene que un estímulo originalmente neutro puede llegar a provocar una respuesta emocional cuando se asocia repetidamente con un estímulo que produce una respuesta incondicionada. Este modelo se utiliza para entender y tratar fobias y respuestas emocionales condicionadas.

La desensibilización sistemática es una técnica que se basa en el condicionamiento clásico. Consiste en exponer al paciente gradualmente al objeto o situación temida mientras se aplica una técnica de relajación, con el objetivo de extinguir la respuesta de miedo asociada.

B. Modelo operante (Condicionamiento operante). El modelo operante, formulado por Skinner (1953), se enfoca en cómo las consecuencias de un comportamiento influyen en la probabilidad de que ese comportamiento se repita. Skinner identificó dos tipos principales de consecuencias: refuerzos (que aumentan la probabilidad de que un comportamiento se repita) y castigos (que disminuyen la probabilidad de que un comportamiento se repita). En la TCC, el condicionamiento operante se aplica para modificar comportamientos disfuncionales a través del uso de refuerzos y castigos.

El análisis funcional es una herramienta que se basa en el condicionamiento operante, y se utiliza para identificar y modificar las contingencias que mantienen un comportamiento

problemático. Este análisis ayuda a comprender cómo los antecedentes y las consecuencias influyen en el comportamiento.

C. Modelo cognitivo. El modelo cognitivo, desarrollado principalmente por Beck (1976), se centra en la idea de que los trastornos emocionales son causados por patrones de pensamiento distorsionados o disfuncionales. Según este modelo, los pensamientos automáticos negativos y las creencias subyacentes influyen en las emociones y comportamientos del individuo.

La reestructuración cognitiva es una técnica clave del modelo cognitivo. Consiste en ayudar al paciente a identificar y cuestionar pensamientos automáticos negativos y reemplazarlos por pensamientos más equilibrados y realistas. Este modelo cognitivo es ampliamente utilizado para tratar trastornos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de la personalidad, ya que proporciona una estructura para cambiar los patrones de pensamiento desadaptativos.

D. Modelo de aprendizaje social. El modelo de aprendizaje social, desarrollado por Bandura (1977), enfatiza el papel de la observación y la imitación en el aprendizaje de comportamientos. Según este modelo, las personas aprenden no solo a través de la experiencia directa, sino también al observar el comportamiento de otros y las consecuencias de dicho comportamiento. El aprendizaje social se aplica en la TCC, a través de técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales y el modelado, donde los pacientes aprenden comportamientos adaptativos al observar y practicar estos comportamientos en un entorno terapéutico.

Cada uno de estos modelos proporciona una base teórica para diferentes aspectos de la TCC. El modelo clásico explica cómo las respuestas emocionales se condicionan, el modelo operante se centra en cómo las consecuencias de los comportamientos influyen en su ocurrencia, el modelo cognitivo aborda la influencia de los pensamientos en las emociones y comportamientos, y el modelo de aprendizaje social destaca la importancia de la observación y la imitación en el aprendizaje de comportamientos adaptativos.

1.2.3.6 Técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de las fobias. Los tratamientos basados en la TCC han demostrado ser altamente efectivos en el manejo y tratamiento de fobias específicas. Estos tratamientos suelen incluir técnicas como la exposición gradual, la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática, entre otras, que a continuación se detallarán:

A. Reestructuración cognitiva. Beck (1985) refirió que esta técnica se enfoca en identificar y cambiar creencias irracionales y pensamientos catastróficos que contribuyen a la ansiedad y al mantenimiento de las fobias. Este enfoque terapéutico se basa en la premisa de que nuestros pensamientos influyen directamente en nuestras emociones y comportamientos; ello se da a través de la identificación de creencias irracionales, donde se le ayuda al paciente a reconocer y cuestionar las creencias irracionales o distorsionadas sobre las situaciones temidas que alimentan la ansiedad, se trabaja para cambiar los pensamientos catastróficos y negativos por otros más realistas y adaptativos, a través de técnicas de reestructuración cognitiva como el cuestionamiento socrático, para desafiar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales.

El trabajo de Beck ha tenido un impacto significativo en el tratamiento de una amplia gama de trastornos de ansiedad y otros problemas psicológicos, proporcionando herramientas efectivas para el manejo de la ansiedad a través del cambio cognitivo.

B. Desensibilización sistemática. Técnica introducida por Wolpe (1958), combina la exposición gradual con la relajación, permitiendo que los pacientes se enfrenten a sus miedos de manera controlada y en un estado de relajación. La desensibilización sistemática ha mostrado ser particularmente útil en la reducción de la ansiedad en pacientes con fobias específicas. Los tratamientos cognitivo-conductuales son el enfoque terapéutico más recomendado para el tratamiento de fobias específicas, debido a su eficacia y a la solidez de la evidencia científica que los respalda. La combinación de técnicas como la exposición gradual, la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática proporciona un marco integral para abordar tanto los síntomas cognitivos como los comportamentales de la fobia (Diaz et al., 2012).

C. Respiración diafragmática. Jacobson (1938) señaló que la respiración diafragmática, también conocida como respiración abdominal, consiste en una inhalación profunda mediante el uso del diafragma, el músculo principal de la respiración, en lugar de respirar de manera superficial con el pecho. Esta técnica ayuda a reducir la hiperventilación y promueve una respuesta de relajación, disminuyendo la activación fisiológica asociada con la ansiedad y mejorando tanto la oxigenación como la sensación de calma. Además, Jacobson destaca que la relajación progresiva integra la respiración diafragmática como una técnica esencial para alcanzar una relajación completa.

Benson (1977) señaló que es una técnica de respiración que utiliza la contracción del diafragma, un músculo ubicado horizontalmente entre el tórax y el abdomen. Esta técnica

permite maximizar la cantidad de aire inhalado y exhalado, lo que puede promover un estado de relajación y disminuir la ansiedad.

Para realizar esta técnica se encuentra una posición cómoda, con la espalda recta, se colocan las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen, justo debajo de la caja torácica, inhalando profunda y lentamente por la nariz, asegurándose de que el aire llegue al abdomen, no solo al pecho. La mano sobre el abdomen debe elevarse mientras que la mano sobre el pecho debe mantenerse relativamente quieta, seguidamente se exhala lentamente por la boca, sacando todo el aire de los pulmones. La mano sobre el abdomen debe bajar mientras exhala. Finalmente, se repite este proceso de inhalar por la nariz y exhalar por la boca durante varios minutos, manteniendo un ritmo lento y constante (Chóliz, 1998).

Diversos investigadores de la salud recomiendan la respiración diafragmática como parte de un enfoque integral para el manejo de la ansiedad, el estrés y otros trastornos relacionados.

D. Relajación muscular progresiva (RMP). Jacobson (1938) desarrolló esta técnica que implica tensar y relajar sistemáticamente grupos musculares específicos, comenzando por los pies y avanzando hacia la cabeza. Este proceso ayuda a incrementar la conciencia de la tensión muscular y a promover la relajación profunda, utilizada para reducir la tensión muscular crónica y la respuesta de estrés, facilitando una sensación de relajación física y mental.

El procedimiento inicial consiste en contraer deliberadamente los músculos de las piernas, manteniendo la tensión durante unos segundos antes de liberarla por completo. El mismo patrón se repite para cada grupo muscular, desde los pies hasta la cabeza, abarcando zonas como las pantorrillas, los muslos, el estómago, las manos, los brazos, los hombros, el

cuello y la cara. Durante cada fase, debes centrarte en la sensación de relajación tras la liberación de la tensión, observando la transición entre rigidez y alivio. Mantener la mente centrada en estas sensaciones ayuda a optimizar el proceso. Al finalizar, es recomendable mantener la calma unos instantes para apreciar la sensación general de relajación en todo el cuerpo. Esta técnica no sólo es eficaz para reducir el estrés y mejorar la calidad del sueño, sino también para aliviar la tensión muscular crónica y aumentar la conciencia corporal, facilitando la gestión del estrés diario (Bernstein y Borkovec, 1973).

Wolpe (1958) integró la técnica como elemento central de la técnica de desensibilización sistemática, una forma gradual de exposición utilizada en la terapia para tratar fobias y otros trastornos de ansiedad. Barlow et al. (2002) hizo importantes contribuciones al desarrollo de técnicas de relajación dentro del marco de la TCC, incluyendo la relajación muscular progresiva, como parte del tratamiento para los trastornos de ansiedad. Su trabajo ha tenido un impacto significativo en la práctica clínica contemporánea.

En resumen, las técnicas de relajación como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva son herramientas terapéuticas efectivas para el manejo de la ansiedad, respaldadas por décadas de investigación y aplicación clínica en el campo de la psicología y la psicoterapia cognitivo-conductual. La aplicación de técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva ha sido fundamental en el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad, incluidas las fobias específicas.

E. Desensibilización sistemática. Wolpe (1958) propuso esta técnica, la cual se fundamenta en los principios del condicionamiento clásico. Su objetivo es reducir la intensidad de una respuesta condicionada, como la ansiedad, mediante el establecimiento de una respuesta

incompatible frente al estímulo condicionado. Es una técnica terapéutica utilizada para tratar fobias y otras formas de ansiedad.

La técnica de desensibilización sistemática comienza por identificar una jerarquía de miedos, desde el que provoca menos ansiedad hasta el que genera mayor ansiedad, clasificados en la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS) de 0 a 100. A continuación, el paciente se expone gradualmente a estas fuentes de miedo mientras se le enseña a utilizar técnicas de relajación para reducir su respuesta ansiosa. La desensibilización sistemática se basa en la premisa de que las respuestas de ansiedad y relajación no pueden ocurrir simultáneamente; por lo tanto, al aprender a relajarse mientras se enfrenta al estímulo temido, el paciente puede reducir su ansiedad (Lazarus, 1971).

En resumen, la desensibilización sistemática es una técnica terapéutica probada y efectiva que permite a los pacientes superar sus miedos y ansiedades de forma gradual y controlada. Al combinar la exposición con la relajación, se convierte en una herramienta valiosa dentro de la terapia conductual.

F. Exposición gradual: Barlow et al. (2002) señalaron que la exposición en vivo es una de las técnicas más eficaces para tratar fobias específicas. Este método implica que el paciente se enfrente de manera gradual y controlada a los objetos o situaciones que le generan miedo, lo que resulta en una disminución progresiva de la ansiedad. Esta técnica ha sido ampliamente estudiada y validada por diversos autores.

G. Exposición por imaginación: Fue desarrollada por Wolpe (1958), un pionero en la terapia conductual, quien introdujo esta técnica como parte de su enfoque en la desensibilización sistemática. La exposición por imaginación se basa en los principios del condicionamiento clásico y es utilizada para ayudar a los pacientes a enfrentar sus miedos de

manera controlada, reduciendo así la ansiedad y la respuesta fóbica. La exposición por imaginación es una técnica en la que el paciente visualiza detalladamente la situación o el objeto que le causa miedo, en lugar de enfrentarse directamente a él en la vida real. Esta técnica permite al paciente experimentar gradualmente la ansiedad asociada con la fobia en un entorno seguro y controlado.

H. Exposición virtual: Conocida como "Exposición en Realidad Virtual" (VR Exposure Therapy), se basa en la idea de utilizar entornos virtuales para simular situaciones que generan ansiedad en un contexto seguro y controlado. La terapia de exposición en realidad virtual es una variante de la terapia de exposición tradicional. En lugar de enfrentarse a un objeto o situación temida en la vida real, el paciente se enfrenta a un entorno virtual creado para imitar situaciones que provocan ansiedad. El paciente usa un visor de realidad virtual y a menudo otros dispositivos sensoriales (como auriculares y guantes) para sumergirse en un entorno virtual. A través de sesiones guiadas, el paciente interactúa con el entorno simulado, enfrentando gradualmente sus miedos de manera controlada. Permite una exposición controlada y repetida sin los riesgos asociados con una exposición en el mundo real. Además, los entornos virtuales pueden ser ajustados para aumentar o disminuir la intensidad de la exposición según las necesidades del paciente. (Parsons y Rizzo, 2008)

1.2.3.7 Tratamiento farmacológico en caso de fobias específicas. Para considerar el tratamiento farmacológico se necesita la evaluación de un psiquiatra o un médico especializado en salud mental. Ésta será crucial para determinar el mejor enfoque de tratamiento, ya que su elección dependerá de la naturaleza y severidad de la fobia, la presencia de otras condiciones comórbidas y la respuesta a tratamientos previos (Gelenberg et al., 2010).

La combinación de TCC y medicamentos suele ser más efectiva que cualquiera de las opciones por sí sola. Los medicamentos pueden ayudar a reducir la ansiedad para que el paciente pueda participar plenamente en la terapia. La intervención temprana y el manejo adecuado pueden mejorar significativamente la calidad de vida del paciente (Cuijpers et al., 2016).

La fobia específica puede interferir significativamente con la vida diaria del individuo. El tratamiento médico puede variar dependiendo de la severidad de la fobia, las preferencias del paciente y la respuesta a tratamientos previos (Hofmann et al., 2012). A continuación, se detallan opciones de tratamiento médico:

A. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*. Los ISRS actúan aumentando los niveles de serotonina en el cerebro, un neurotransmisor implicado en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad. Al regular la serotonina, estos medicamentos pueden reducir la intensidad de la ansiedad y facilitar la participación del paciente en la terapia, dentro de estos tenemos a la sertralina, fluoxetina y escitalopram (Bandelow et al., 2017).

B. *Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS)*. Los IRNS afectan tanto la serotonina como la noradrenalina, neurotransmisores implicados en la regulación del estado de ánimo y la respuesta al estrés. Estos medicamentos son útiles cuando los ISRS no son efectivos, ofreciendo una alternativa en el manejo de la ansiedad. Algunos de ellos son la venlafaxina y duloxetina (Keller et al., 2007).

C. *Benzodiazepinas*. Las benzodiazepinas son ansiolíticos de acción rápida que proporcionan alivio inmediato de los síntomas de ansiedad; sin embargo, no se recomienda su uso prolongado debido al riesgo de dependencia y tolerancia. Se utilizan principalmente en

situaciones agudas o para manejo temporal de la ansiedad. Dentro de éstas tenemos al diazepam, lorazepam y alprazolam (Danza et al., 2019).

D. Beta-bloqueadores. Los beta-bloqueadores son eficaces en la reducción de los síntomas físicos de la ansiedad, como el ritmo cardíaco acelerado y el temblor, particularmente en situaciones de rendimiento o estrés anticipado; sin embargo, no abordan la ansiedad psicológica subyacente y suelen utilizarse como complemento a otras terapias. Dentro de éstas tenemos el propanolol y atenolol (Chaves, 2013).

El tratamiento con medicamentos debe ser prescrito por un profesional especializado y puede ser una alternativa para manejar los síntomas de ansiedad relacionados con las fobias específicas, especialmente, si la terapia psicológica por sí sola no resulta adecuada. Los fármacos pueden disminuir la intensidad de la ansiedad y facilitar que el paciente participe de manera más efectiva en la terapia.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Disminuir los síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales en un caso de fobia específica en un adulto de 32 años, aplicando un programa cognitivo-conductual basado en la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Efectuar el proceso de entrevista, evaluación y psicoeducación al paciente, desde el modelo cognitivo-conductual, en un caso de fobia específica.
2. Disminuir distorsiones cognitivas y creencias irracionales en un varón adulto con fobia específica, a través de la reestructuración cognitiva.

3. Reducir la activación fisiológica de la fobia específica, aplicando la técnica de respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson.
4. Incrementar la conducta de afrontamiento, a través de las técnicas de exposición gradual en vivo.
5. Prevenir las recaídas, a través de las sesiones de seguimiento.

1.4 Justificación

En el Perú, las investigaciones sobre la fobia específica siguen siendo limitadas, a pesar de su creciente relevancia en el ámbito de la salud mental. Por tal motivo, se ha considerado abordar el caso bajo el enfoque cognitivo-conductual, cuya eficacia ha sido demostrada en múltiples investigaciones, ya que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de diversas fobias en múltiples investigaciones internacionales.

El enfoque cognitivo-conductual se basa en la premisa de que los pensamientos, emociones y comportamientos están interrelacionados, y que modificando patrones de pensamiento disfuncionales se pueden lograr mejoras significativas en la conducta y el bienestar emocional del paciente. Este enfoque se ha validado en numerosos estudios y ha mostrado resultados positivos en la reducción de la ansiedad y el miedo en individuos con fobias específicas.

Por lo expuesto, este trabajo es de gran importancia porque proporciona una revisión actualizada de la TCC aplicada a la fobia específica, ofreciendo un análisis detallado de su eficacia y aplicación en contextos locales. A través de este estudio, se pretende generar un marco teórico sólido que sirva de referencia para futuros trabajos de investigación y para reforzar metodologías utilizadas en el campo de la psicología clínica. La información

recopilada y analizada será útil para psicólogos clínicos, ya que proporcionará un protocolo de intervención basado en evidencia empírica, facilitando la aplicación de técnicas terapéuticas eficaces en la práctica clínica diaria.

Además, la implementación de estos enfoques terapéuticos no solo beneficiará a los profesionales de la salud mental, sino que también tendrá un impacto positivo en la comunidad en general. Al proporcionar herramientas y estrategias efectivas para el manejo de la fobia específica, se contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, reduciendo el impacto negativo que esta condición puede tener en su bienestar emocional y funcional. Por lo tanto, el estudio y la aplicación de la TCC en el tratamiento de fobias específicas representan un avance significativo en la promoción de la salud mental en el Perú y un aporte valioso a la literatura existente en el campo.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Este estudio de caso único evaluará la efectividad de las intervenciones y técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de una fobia específica. Se espera que el paciente se beneficie significativamente, ya que el programa propuesto le permitirá desarrollar pensamientos más racionales y reducir la respuesta fisiológicas y conductuales ante situaciones temidas. Esta mejora no solo fortalecerá sus relaciones interpersonales e intrapersonales, sino también su relación con la familia y la sociedad en general. El tratamiento proporcionará valiosos recursos para abordar casos similares, contribuyendo así al avance en el campo de la psicología.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación es aplicada, la cual se define como aquella que busca generar conocimientos concretos que puedan ser utilizados para resolver problemas prácticos o mejorar situaciones específicas en la vida real (Creswell, 2014).

El diseño de investigación es preexperimental, dado que este estudio tiene como objetivo evaluar los efectos del tratamiento cognitivo-conductual en un caso individual de fobia específica en un hombre de 32 años de Cusco (Hernández et al., 2014).

Se utilizó el modelo A-B, ya que éste nos ayuda a medir el efecto de una intervención o tratamiento sobre una variable específica. Durante la fase A, se realiza una medición inicial de la variable de interés antes de aplicar cualquier intervención o tratamiento. Este paso sirve para establecer el punto de partida o la línea base respecto al comportamiento o la condición de la variable antes de la manipulación experimental. A continuación, en la fase B de intervención o tratamiento, se introduce ésta sobre la variable que se está estudiando. Finalmente, en la fase posterior (postest), se realiza una segunda medición de la variable de interés para evaluar cómo ha cambiado luego de la intervención. Esta fase postest permite comparar los resultados logrados después de la intervención con los obtenidos en la fase A (Campbell y Stanley, 1963).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El programa constó de 24 sesiones, las cuales se realizaron desde el mes de julio hasta diciembre del 2023. En el primer mes, las sesiones se desarrollaron dos veces por semana; en el segundo mes, una vez por semana; y en el tercer mes, tres veces por semana. Los meses

siguientes se dedicaron a sesiones de seguimiento, efectuadas una vez al mes. Todas las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio privado, en la ciudad de Cusco.

2.3 Variables de investigación

2.3.1 *Variable dependiente*

Según el DSM-5-TR (2013), se señala que las fobias específicas son el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, el cual casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata, buscando evitarla activamente siendo así también desproporcionada al peligro real que la ocasiona, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento personal.

El paciente mostraba un miedo intenso a la ingesta de alimentos sólidos, lo cual afectaba significativamente su salud mental, física, así como sus relaciones familiares y sociales.

2.3.2 *Variable independiente*

La TCC es un enfoque terapéutico para tratar diferentes trastornos mentales, centrado en ayudar al paciente a modificar sus pensamientos, emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas disfuncionales, reemplazándolos por patrones más adaptativos para enfrentar sus dificultades (Puerta y Padilla, 2011).

En el presente trabajo académico, se elaboró un programa cognitivo-conductual que comprendió 24 sesiones, donde se abordó el área cognitiva, conductual y fisiológica, aplicando técnicas como la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática.

2.3.3 Variable extraña

La medicación prescrita por el psiquiatra fue sertralina de 50 mg. Durante los primeros dos días, se administró 1/4 de la pastilla. Posteriormente, durante 4 días, se aumentó la dosis a la mitad de la pastilla. Finalmente, se le indicó tomar la pastilla entera durante un mes completo; sin embargo, después de un mes de iniciar el tratamiento, el paciente decidió suspender la medicación debido a que le causaba dolor de estómago, optando únicamente por continuar con el tratamiento psicológico, a pesar de haberle recomendado la importancia de la terapia combinada.

2.4 Participante

Varón adulto, de 32 años edad, soltero, estudiante de los últimos ciclos de la carrera profesional de economía. Actualmente, vive con su madre y hermana, y no trabaja ya que se dedica únicamente a la universidad.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas de evaluación

2.5.1.1 La entrevista. Facilita la obtención de datos que contribuyen a comprender mejor el comportamiento fóbico, recopilando información personal, familiar, laboral y del entorno en general para identificar las principales causas y el origen del problema que afecta al individuo. (Bados, 2017).

2.5.1.2 La observación. Aporta información adicional sobre lo que queremos entender, ya que a veces lo que la persona expresa verbalmente no coincide con la realidad observada. Por esta razón, la observación permite identificar las respuestas de ansiedad o calma (Van y Meyer, 1983).

2.5.1.3 Listado de pensamientos. El listado de pensamientos es una técnica psicológica empleada en la TCC. Esta técnica permite a los individuos identificar y analizar sus pensamientos automáticos y creencias subyacentes, ayudando a comprender cómo estos pensamientos influyen en sus emociones y comportamientos, la persona debe listar durante unos minutos los pensamientos que ha tenido antes, durante y después de enfrentar la situación temida. Además, debe evaluar varios aspectos de estos pensamientos, como su frecuencia, el grado de creencia en ellos y si los considera positivos, negativos o neutros (Cacioppo y Petty, 1983).

Utilizar esta técnica genera autoconciencia, ya que mejora la comprensión de cómo los pensamientos afectan las emociones y comportamientos, logrando obtener más control emocional, contribuyendo a reducir la ansiedad, la depresión y otros malestares emocionales al modificar la interpretación de las situaciones, facilitando el desarrollo de estrategias efectivas para enfrentar situaciones estresantes (Diaz et al., 2012).

2.5.1.4 Autorregistros. Vargas (2010), señaló que son una herramienta clave en la TCC que permite a los individuos realizar un seguimiento detallado de sus pensamientos, emociones y comportamientos. Esta técnica facilita la autoobservación y proporciona datos valiosos para el proceso terapéutico, así como también son útiles para recolectar información en el entorno natural acerca de las conductas de interés, así como sus antecedentes y consecuencias. Por ejemplo, para un niño con fobia a los perros, King et al. (1994) proponen un enfoque que incluye detalles como la fecha y hora, el lugar, las personas presentes, el evento que precede, la conducta motora y emocional, los pensamientos y los eventos o acciones posteriores. Además, se podría registrar la duración de la situación y el nivel de ansiedad experimentado durante ella.

2.5.2 Técnicas psicoterapéuticas

La TCC ha sido ampliamente utilizada y estudiada en la aplicación de técnicas para tratamiento de fobias específicas, a continuación, detallaremos las usadas en la presente investigación.

2.5.2.1 Reestructuración cognitiva. Beck (1976) esta técnica se centra en cambiar creencias y pensamientos irracionales que contribuyen a la ansiedad y las fobias. Se trata de identificar y cuestionar estos pensamientos negativos y reemplazarlos por creencias más realistas y menos amenazantes. La idea es que nuestros pensamientos afectan nuestras emociones y comportamientos, por lo que modificar estos patrones de pensamiento puede ayudar a manejar la ansiedad de manera más efectiva.

2.5.2.2 Respiración diafragmática. Benson (1977), refiere que también es conocida como respiración abdominal, esta técnica implica respirar profundamente usando el diafragma en lugar del pecho. Esto ayuda a reducir la hiperventilación y promover la relajación, disminuyendo la respuesta fisiológica de la ansiedad. La técnica consiste en inhalar lentamente por la nariz, asegurándose de que el abdomen se eleve, y exhalar por la boca, mientras se mantiene una respiración profunda y constante.

2.5.2.3 Relajación muscular progresiva (RMP). Jacobson (1938) desarrolló esta técnica que implica tensar y relajar sistemáticamente grupos musculares específicos, comenzando por los pies y avanzando hacia la cabeza. Este proceso ayuda a incrementar la conciencia de la tensión muscular y a promover la relajación profunda, utilizada para reducir la tensión muscular crónica y la respuesta de estrés, facilitando una sensación de relajación física y mental.

2.5.2.4 Desensibilización sistemática. Según Wolpe (1958), esta técnica se basa en el condicionamiento clásico y busca reducir la ansiedad mediante la exposición gradual a estímulos temidos mientras se aplican técnicas de relajación. Se identifica una jerarquía de miedos y se expone al paciente a estos miedos de manera gradual, enseñándole a relajarse durante el proceso para reducir su respuesta ansiosa. La idea principal es que la ansiedad y la relajación no pueden ocurrir al mismo tiempo, por lo que aprender a relajarse en presencia del miedo puede disminuir la ansiedad.

2.5.3 Instrumentos

2.5.3.1 Cuestionario de miedos FQ

El Fear Questionnaire (FQ), fue desarrollado por Marks (1987) y se basa en el cuestionario de Gelder y Marks. Fue creado con el propósito de identificar fobias. Es un cuestionario autoadministrado que consta de tres secciones. En la primera sección, el paciente describe su fobia principal y evalúa el grado de evitación tanto para esta fobia como para otras situaciones potencialmente fóbicas (17 ítems), utilizando una escala de puntuación del 0 al 8 (donde las puntuaciones 1, 3, 5 y 7 no están etiquetadas verbalmente). En la segunda sección, se le pide al paciente que indique el grado de molestia causado por ciertos síntomas no-fóbicos (6 ítems), asociados comúnmente con trastornos afectivos, utilizando la misma escala de puntuación que en la primera sección. En la tercera sección, se evalúa el nivel de interferencia que los síntomas fóbicos tienen en la vida diaria del paciente, utilizando también la misma escala de puntuación.

Fiabilidad: Posee una buena consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,83 a 0,86 para la puntuación total y de 0,71 a 0,83 para las tres subescalas. La fiabilidad test-retest tras una semana es de $r = 0,80 - 0,9612$ y cuando el intervalo aumenta (2-16 semanas) es de $r = 0,8$.

Validez: Respecto a la subescala de agorafobia presenta correlación con el Inventario de Movilidad para Agorafobia de $r = 0,44-0,78$. En cuanto a la subescala de fobia social presenta correlaciones $r = 0,42-0,65$ con el Inventario de Ansiedad y Fobia Social y con la Escala de Evitación de Watson y Friend.

Corrección e interpretación: Para corregir el Cuestionario de Miedos FQ, se debe calcular la puntuación total sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Las puntuaciones más altas reflejan niveles más elevados de ansiedad. El rango total de puntuaciones va de 20 a 80 puntos, clasificados de la siguiente manera: Bajo (20-30 puntos), Moderado (31-50 puntos) y Alto (51-80 puntos). Las puntuaciones entre 20 y 50 se consideran no significativas, sugiriendo un nivel relativamente bajo de ansiedad, mientras que las puntuaciones entre 51 y 80 se consideran significativas, indicando un nivel elevado de ansiedad que podría requerir atención adicional.

2.5.3.2 Escala de ansiedad estado-rasgo STAI

La Escala de Ansiedad Estado-Rasgo, conocida en inglés como State-Trait Anxiety Inventory (STAI), es un cuestionario desarrollado por Charles Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene en la segunda mitad del siglo XX. Esta herramienta consiste en 40 preguntas tipo Likert que el paciente debe responder, indicando su nivel de ansiedad en diversas situaciones.

El objetivo principal de esta escala es determinar la cantidad de ansiedad que sufren los pacientes (adultos y adolescentes), diferenciando entre ansiedad característica de su personalidad y ansiedad temporal como respuesta a eventos estresantes. Las puntuaciones altas en este cuestionario se asocian con niveles elevados de ansiedad, siendo aplicada en 15 minutos.

El cuestionario se divide en dos escalas, cada una con 20 ítems. La primera es la escala de ansiedad-rasgo, que evalúa hasta qué punto la persona tiene una predisposición a experimentar síntomas ansiosos (altos niveles de neuroticismo). La segunda es la escala de ansiedad-estado, que mide cómo la ansiedad se manifiesta en situaciones específicas.

Fiabilidad:

Consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado), 0.84-0.87 (subescala Rasgo).

Fiabilidad test-retest: 0.73-0.86 (subescala Rasgo).

Validez: Correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85).

Correlación con el Inventario de Depresión de Beck: 0.60, mostrando un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión.

Así también, la escala fue adaptada en la población peruana por More (2020), con una muestra de 139 adolescentes mayores a 16 años entre varones y mujeres, presentando una validez y confiabilidad de constructo satisfactorias, indicando un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,863.

Corrección e interpretación: Para realizar la corrección, se debe calcular la puntuación total sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de ansiedad. Los rangos de puntuación varían entre 20 y 80 puntos: bajo (20-30), moderado (31-50) y alto (51-80).

2.5.4 Evaluación psicológica

Datos Personales

Nombre: M.L.H.

Edad: 32 años

Fecha y lugar de nacimiento: Cusco, 1 de junio de 1991

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Domicilio: Cusco-Huaro, Pucutu, pista principal S/N

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Idioma: Español

Informante: Paciente y madre

Observación Psicológica

Mario es un varón de 32 años, de contextura delgada y estatura alta, con un peso de 53 kg y una altura de 1.72 cm, de tez trigueña, su rostro tiene forma ovalada, con cabello negro y lacio, cejas pobladas, ojos negros y rasgados, nariz grande y labios delgados. Sus manos están limpias y las uñas bien recortadas. En cuanto a su vestimenta, se encuentra limpia, aunque algo desgastada, consistiendo en un buzo color plomo, una camiseta blanca y zapatillas azules.

Descripción del Comportamiento

Durante la primera entrevista, Mario se muestra reservado, moviendo sus manos y pies, con una postura encorvada. Mantiene contacto visual con la examinadora y responde a las preguntas con frases cortas, para luego proporcionar respuestas más detalladas. En las

siguientes sesiones, se muestra más colaborador y comunicativo; sin embargo, cuando se abordan temas relacionados con el motivo de consulta, se nota tensión, mostrando incomodidad al mirar al suelo y mover las manos o las piernas. También se observa tensión en su rostro y cuello al hablar sobre la idea de comer alimentos sólidos. A pesar de esto, se establece un buen rapport y empatía durante las sesiones, evidenciado por su iniciativa, responsabilidad y puntualidad.

Motivo de Consulta

Paciente acude acompañado de su madre y refiere “hace 7 meses todo cambio para mí, desde que me atraganté con una carne, ese día estaba terminado de almorzar ya solo, porque siempre solía comer lento, en casi mi último bocado de carne me atraganté con ésta. La situación fue angustiante, ya que nadie me podía ayudar. Después de varios intentos, me tuve que golpear la boca del estómago con la silla y así pudo salir la carne. Fueron casi 3 minutos desesperación y desde aquel día dejé de comer por temor a que me suceda lo mismo y también porque sentía una presión y dolor en la garganta que estuvo 2 meses; por lo cual, me llevaron a realizar una endoscopia con el gastroenterólogo, quien dijo que no tenía ninguna lesión o afectación. Los momentos que voy a comer cualquier alimento sólido, siento una presión en mi garganta como si todavía quedasen restos de carne. Me siento ansioso 9/10, aceleración del ritmo cardíaco y presión cuello, tengo miedo 9/10, las manos me sudan y tengo ganas huir a otro lado y evitar comer, motivo por el cual dejé de comer y evito comer con otras personas para que no me miren extraño. Sólo consumo cosas líquidas, mi madre en la actualidad me licua todas las comidas. También me detectaron un cuadro de anemia, ya que antes pesaba 86 kg. en la actualidad peso 53 kg.

Descripción del problema actual

El paciente no desea comer ningún alimento sólido a ninguna hora del día. Consume alimentos líquidos (licuados), desde hace 7 meses que se sucedió una experiencia traumática con un atragantamiento con un trozo de carne. Los intentos de comer alimentos sólidos vienen acompañados de tensión muscular en el cuello y cara, presión en mi garganta, ansiedad, aceleración del ritmo cardíaco, miedo, sudor de manos, dificultad para respirar y sensación de ahogo.

Al ver alimentos sólidos sin excepción y, sobre todo, con carnes blancas o rojas, el paciente refiere que se le acelera su ritmo cardíaco, tiene dificultad para respirar, sensación de ahogo, sudoración excesiva de manos y a la vez piensa que “me atragantaré”, “si me vuelvo a atragantar, nadie me ayudará y podría morirme”, “no puedo comer, mi garganta está cerrada”. En ocasiones su madre le ha insistido para que coma, o en alguna que otra reunión familiar toda su familia le decía que coma, a lo menos un poco, lo cual el paciente siente que incrementa su ritmo cardíaco, sensación de tener la garganta completamente cerrada y dolor en la cabeza, identificando las emociones percibidas como ansiedad (10/10), miedo (10/10) y tristeza (7/10). En dichas ocasiones, piensa “me atragantaré y moriré”. Seguidamente, se pone irritable y prefiere irse a otro ambiente o habitación.

La ansiedad alcanza su nivel máximo (10/10) en la situación en que las personas le insisten para comer o cuando ve una porción de carne en su plato, estando acompañado de miedo (10/10) con un pensamiento de preocupación por volverse a atragantar con cualquier alimento.

Desarrollo cronológico del problema

Paciente refiere que “en su infancia vivió violencia física y verbal por parte de su padre, hasta sus 12 años, donde su papá dejó de agredirlo físicamente más no verbalmente ya que era un hombre muy imponente, este trato lo mantenía con todos los miembros de su familia (hermanos y madre). Por otro lado, su madre siempre le exigía realizar las cosas adecuadamente para que su padre no le enojara, también recuerda a sus 12 años vivir con sus hermanos la mayoría del tiempo solo, ya que su madre también empezó a trabajar. Ello le dio más tranquilidad, ya que en el ambiente familiar ya no había enojos ni exigencias constantes por parte de sus padres. Durante su adolescencia y juventud, a partir de los 16 años, su madre dejó de trabajar y recuerda que era muy sobreprotectora con él, ya que siempre lo seguía cuidando y atendiendo como cuando era niño lavándole las ropas, limpiando su habitación. Ello lo incomodaba porque deseaba más privacidad. Su padre era menos agresivo con la familia. A sus 30 años, cuando su padre falleció por paro cardíaco, le afectó unos tres meses, pero refiere haberlo superado. En la actualidad, su madre sigue siendo sobreprotectora con él ya que hasta la actualidad está pendiente de sus comidas, organización y limpieza de sus cosas y habitación. La relación que el refiere tener con la comida, desde su infancia, con todo tipo de comidas como frutas, verduras, carnes legumbres, siempre fue buena ya que él pesaba 86 kg. Le gustaba comer, no recuerda ninguna escena de trauma o rechazo por la comida en ninguna etapa anterior en su vida hasta la actualidad que llegó a atragantarse con un pedazo de carne y a partir de esta situación desea ya no ingerir ningún alimento sólido, lo cual lo llevo a pesar 53 kg.

Historia personal

La madre refiere que el paciente nació en la ciudad de Cusco a los nueve meses de embarazo. Indica que su gestación transcurrió sin complicaciones aparentes; asistía a sus

controles obstétricos en el Centro de Salud y tenía una alimentación regular. Aunque menciona que durante ese periodo su pareja la insultaba y humillaba. Mario nació por parto normal, con un peso promedio, lactó durante los tres primeros años, desarrollándose sin dificultades aparentes; en sus controles le indicaban que todo iba acorde a su edad.

Sus primeros hitos se alcanzaron durante el primer año de vida, cuando comenzó a pronunciar sus primeras palabras y pasos. Posteriormente, aprendió a solicitar a su madre que le dejara usar el baño para sus necesidades fisiológicas. Antes de cumplir tres años y medio, logró dominar el control de esfínteres.

Desde pequeño era callado y tranquilo, tanto con personas conocidas como desconocidas. Jugaba con amigos del barrio y evitaba ser parte de travesuras, ya que su madre le explicaba que "debía portarse bien, o su padre lo pegaría con la correa". La madre menciona que su hijo siempre ha sido un buen hijo, "sensible y lento en el hacer de las cosas", lo cual hacía que ella le insistiera en hacer las cosas más rápido, aunque nunca cambió.

Durante su adolescencia, mostró interés por los cursos de números más que por los cursos de letras, con un desempeño académico promedio y pocos amigos; era reservado. En su juventud, siguió siendo una persona callada con pocos amigos en el barrio. Durante este periodo, su relación con su padre fue más cercana, ya que él dejó de ser agresivo con sus hijos y había más confianza con él; sus hermanos también se sentían así. Una vez que le diagnosticaron la enfermedad, el vínculo fue aún más fuerte y él asumió la responsabilidad de cuidarlo. Dejó de estudiar para trabajar y poder apoyar económicamente en el tratamiento y la sostenibilidad de su hogar.

Educación

A los cuatro años de edad, el menor ingresó al Jardín sin mayores complicaciones; se integró bien con sus compañeros de clase y desde entonces le gustaba comer bastante. En la primaria, tuvo un desempeño regular y se llevaba bien con todos los niños, aunque siempre le costaba hacer sus tareas, siendo necesario exigirle bastante para que las cumpliera. Si su madre no le exigía, él no estudiaba ni hacía las tareas; por lo cual, ella siempre estaba pendiente de sus actividades.

En secundaria, mejoró un poco, mostrándose más independiente y obteniendo notas también regulares. Tenía dos mejores amigos con quienes realizaba sus tareas, pero siempre fue serio y reservado con los demás.

Tuvo dificultades para ingresar a la universidad, para la cual se preparó durante cuatro años sin lograr entrar. Finalmente, sus padres decidieron apoyarlo para ingresar a una universidad particular a los 22 años. Su avance fue promedio, pero a los 24 años, diagnosticaron a su padre con cáncer de hígado. Dejó la universidad para trabajar y ahorrar dinero para el tratamiento de su padre, quien sufrió durante cuatro años con tratamientos costosos. Finalmente, su padre falleció, lo cual lo afectó durante tres meses. Actualmente, señala haber superado el proceso de duelo de su padre, considerando que fue lo mejor, ya que su padre sufría bastante al no mejorar con los tratamientos.

Actitudes y preferencias religiosas

Mario profesa la religión católica, una creencia inculcada por sus padres desde pequeño.

Historia de interacción social

Mario menciona que, cuando era más pequeño, solía esperar que otros niños se acercaran a él para jugar. Si esto no ocurría, él jugaba solo. También señala que prefería jugar con sus vecinos y primos, ya que en la escuela sus compañeros solían verlo llorar frecuentemente cuando se caía o cuando la maestra lo reprendía, lo que llevó a que algunos lo llamaran "llorón". Su madre comenta que al niño no le resultaba difícil hacer amigos, ya que le gustaba compartir sus juguetes, aunque siempre era un poco más reservado en comparación con los demás.

Desarrollo psicosexual

El paciente se identifica con su sexo. Empezó su vida sexual a los 18 años con una enamorada de la preparatoria, relación que duro nueve meses; a sus 25 años tuvo su segunda enamorada en la universidad con la cual termino por un tema de infidelidad por parte de ella; a sus 29 años tuvo otra enamorada con la que duro un año, la cual le exigía que vivan juntos, pero él no se sentía en la capacidad de poder brindarle un buen futuro ya que recién iba a terminar la universidad; motivo por el cual ella decidió dejarlo.

Hábitos e intereses

El paciente refiere que le gusta caminar, leer, ver vídeos, escuchar música y jugar juegos online como el dota.

Accidentes y enfermedades

El paciente sufrió de varicela a los tres años y sarampión a los cinco años, a los 13 años se cayó en la bicicleta y se fracturó el brazo el cual estuvo enyesado dos meses, logrando recuperarse por completo a los seis meses; a los 26 años le diagnosticaron gastritis; la cual no

le trae incomodidades a excepción cuando toma pastillas le incomoda un poco, no desea recibir tratamiento ya que incluye muchas pastillas; refiere haber sido operado de piedras biliares a los 29 años.

Relaciones familiares

Padre (fallecido): Martin, 51 años con secundaria completa, policía; trabajaba en una comisaría del Cusco, solía participar en actividades familiares algunos fines de semana. Se le describe como poco afectuoso e impulsivo en sus reacciones. Constantemente, exigía que el paciente se comportara como un buen alumno e hijo, y a menudo recurría a gritos o incluso a golpes con una correa. La madre del paciente intervenía para evitar estos castigos físicos.

Sus hijos comentan que su padre no es completamente bueno ni completamente malo; aunque les compra lo que desean en términos de comida, también les grita cuando está molesto. Además, les ha pegado varias veces durante su niñez, lo que les causaba miedo.

Madre: Carla, de 55 años de edad, con secundaria completa, dedicada a la agricultura. Su madre era muy exigente con él ya que siempre le estaba pidiendo realizar una responsabilidad en la casa y de manera rápida, por lo cual siempre le llamó la atención, lo defendía de las agresiones de su padre, no recuerda muestra de cariño con el de niños ni adolescente con él ni ninguno de sus hermanos; sin embargo, era muy dedicada a la cocina, limpieza, organización de sus tareas, incluso hasta la actualidad muestra esas conductas con él.

Hermano: Jorge, de 36 años de edad, terminó su secundaria, economista, recuerda tener una relación buena con su hermano, tenían bastante confianza y compartían intereses en común; desde pequeños hasta su juventud; sin embargo, cuando se casó a sus 31 años salió de casa y se mudó a otro departamento y desde entonces su relación ya no es constante ni tan directa como anteriormente lo era, ya que actualmente tiene 2 hijos y prioriza a su esposa.

Hermana: Karina tiene 33 años de edad, técnica en enfermería, con una relación distante; sin embargo, no comparten puntos de vista en la mayoría de las cosas; por lo cual, prefieren no compartir espacios juntos, ya que siempre terminan molestandose uno con el otro, refiere sentir afecto por ella, y que a veces nota que ella es como su madre.

Antecedentes psiquiátricos de la familia

Niega antecedentes psiquiátricos familiares.

2.5.5 Evaluación Psicométrica

2.5.4.1 Informe del inventario de miedos QF

A. Datos de filiación

Nombre: M.LH.

Edad: 32 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cusco 01 de junio de 1991

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Domicilio: Cusco-Huaro Pucutu pista principal S/N

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Idioma: español

Informante: Paciente

B. Motivo de evaluación

Identificar la fobia principal y descartar si existen otras, así como determinar el grado de evitación para ella y otras situaciones potencialmente fóbicas.

C. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista

Observación psicológica

Inventario de Miedos QF

D. Resultados

Tabla 2

Resultados del inventario de miedos QF

Escala	Puntuación	Interpretación
Miedos específicos:	83	Alto
Miedos sociales:	13	Bajo
Miedos generales:	06	Bajo

E. Interpretación de resultados

Mario experimenta un nivel significativo de miedo (83) en relación con situaciones u objetos específicos, particularmente con la ingesta de alimentos sólidos, lo que provoca un grado de evitación severamente molesto. En cuanto a los miedos sociales (13), obtuvo una puntuación baja, indicando que no presenta ansiedad en situaciones sociales. Asimismo, en los miedos generales (06), también mostró una puntuación baja, lo que sugiere que se siente relativamente seguro frente a estos miedos.

F. Conclusiones

El evaluado presenta fobia en la ingesta de alimentos sólidos; la cual es severamente molesta; descartando algún otro tipo de fobia, ansiedad generalizada, fobia social.

G. Recomendaciones y/o sugerencias

Participar en un programa de modificación de conducta con el fin de reducir la sintomatología de la fobia específica.

2.5.4.2 Informe de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

A. Datos de filiación

Nombre: M.LH.

Edad: 32 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cusco 01 de junio de 1991

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Domicilio: Cusco-Huaro Pucutu pista principal S/N

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Idioma: Español

Informante: Paciente

B. Motivo de evaluación

La principal finalidad de esta escala fue averiguar cuánta ansiedad sufre el paciente, teniendo en cuenta si esta ansiedad es algo característico del mismo o si es algo momentáneo, como respuesta ante un evento estresante o es un estado de rasgo de personalidad.

C. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista

Observación psicológica

Informe de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

D. Resultados

Tabla 3

Resultados de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

Escala	Puntuación	Interpretación
Ansiedad estado	(71)	Significativa
Ansiedad rasgo	(29)	No significativa

E. Interpretación de resultados

Presenta una puntuación de (71), lo que señala que la ansiedad se experimenta en un momento específico, por otro lado, la ansiedad en escala de rasgo con una puntuación de 29 siendo esta no significativa.

F. Conclusiones

El evaluado presenta una ansiedad de estado, lo cual significa que la ansiedad en un momento particular o situacional específico.

G. Recomendaciones y/o sugerencias

Involucrarse en un programa destinado a modificar conductas con el fin de disminuir los síntomas.

2.5.4.3 Informe de Registro de pensamientos, respuestas fisiológicas y conductuales

A. Datos de filiación

Nombre: M.LH.

Edad: 32 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cusco 01 de junio de 1991

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Domicilio: Cusco-Huaro/ Pucutu pista principal S/N

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Idioma: Español

Informante: Paciente

B. Motivo de evaluación

Identificar los pensamientos irracionales, sintomatología fisiológica y conductuales presentes.

C. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista

Observación psicológica

Autorregistro de pensamientos, respuestas fisiológicas y conductuales

D. Resultados

Tabla 4

Línea base de la frecuencia de los pensamientos identificados

Pensamientos Identificados (Línea Base)	L	M	M	J	V	S	D	Total	Promedio de la Frecuencia S1
"Me volveré a atragantar y podría morir"	8	9	7	8	7	8	9	56	8
"Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar"	7	6	7	7	8	6	7	48	7

Pensamientos Identificados (Línea Base)	L	M	M	J	V	S	D	Total	Promedio de la Frecuencia S1
"Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida"	6	7	6	6	7	8	8	48	7
"Se me quedaran restos de comida en la garganta"	6	7	6	6	6	6	5	49	7
"No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido"	9	7	8	7	6	7	8	53	8
"No puedo comer sentado solo comer parado evitara que me atragante"	7	9	8	8	7	6	7	53	8
"Si como parado la comida digerirá, más rápido"	6	7	6	7	6	7	7	46	7
"La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles de masticar e imposible pasar"	7	7	6	7	6	7	6	46	7

Tabla 5

Línea base de la frecuencia de las respuestas fisiológicas

Respuestas fisiológicas Línea Base	L	M	M	J	V	S	D	Total	Promedio de la Frecuencia S1
Tensión de cuello cara y espalda	8	9	9	8	9	9	9	61	8
Aceleración del ritmo cardiaco	8	9	8	9	9	8	8	67	9
Sensación de ahogo	8	9	8	9	8	9	8	59	7
Sudor de manos	6	7	9	8	9	8	9	56	8
Sequedad de boca	8	7	8	9	9	9	7	57	8

Tabla 6*Línea base de la frecuencia de las respuestas conductuales*

Respuestas conductuales Línea Base	L	M	M	J	V	S	D	Total	Promedio de la Frecuencia S1
Comer alimentos licuados	2	3	3	2	3	3	1	17	2
Escapar a otros ambientes donde no haya comida	4	3	4	4	3	4	4	26	4

Tabla 7*Línea base de la intensidad de las emociones*

Respuestas emocionales Línea Base	L	M	M	J	V	S	D	Total	Promedio de la Frecuencia S1
Ansiedad	9	10	10	9	10	10	10	68	10
Miedo	10	9	10	10	10	10	10	69	10
Tristeza	7	8	7	7	7	8	8	52	7

Se encuentra que las horas más frecuentes de aparición de la sintomatología son las horas principales de comida, las cuales son desayuno, almuerzo y cena; sin embargo, en el transcurso del día también suelen ocurrir estos sin la necesidad previa de algún estímulo relacionado con la fobia, el promedio de la frecuencia de los pensamientos más recurrentes identificados durante la primera semana de evaluación son: "Me volveré a atragantar y podría morir" (8) , "Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar"(7), "Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida" (7), "Se me quedaron restos de comida en la garganta" (7), "No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido" (8), "No puedo comer sentado solo comer parado evitara que me atragante"(8), "Si como parado la comida digerirá, más rápido" (7), "La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles de masticar e imposible pasar"(7). El promedio de la frecuencia de la aparición de la

sintomatología fisiológica persistente, durante la primera semana es, tensión de cuello cara y espalda (8), aceleración del ritmo cardíaco (9), sensación de ahogo (7), sudor de manos (8), sequedad de boca (8). En cuanto al promedio de la frecuencia de las respuestas conductuales, durante la primera semana, se identifica que el paciente ingiere solo alimentos licuados 2 veces al día y escapa a otros ambientes evitando contacto con la comida 4 veces al día. Finalmente, en cuanto a la intensidad de las emociones recurrentes son la ansiedad oscilan entre (10 /10), miedo (10/10) y tristeza (7/10).

2.5.6 Informe psicológico integrador

1.-Datos de filiación

Nombre: M.LH.

Edad: 32 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cusco 01 de junio de 1991

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Domicilio: Cusco-Huaro Pucutu pista principal S/N

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Idioma: Español

Informante: Paciente

2. Motivo de evaluación

Evaluar el perfil psicológico del paciente

3. Técnicas e instrumentos aplicados

- o Entrevista
- o Observación psicológica
- o Inventario de miedos QF
- o Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
- o Autorregistro de pensamientos, respuestas fisiológicas y conductuales

4. Resultados

El evaluado presenta fobia en la ingesta de alimentos sólidos, la cual es severamente molesta; descartando algún otro tipo de fobia, ansiedad generalizada o fobia social; presentando una ansiedad de estado, lo cual significa que la ansiedad se da en un momento particular o situacional específico; en la cual los pensamientos más recurrentes identificados son: "Me volveré a atragantar y podría morir" , "Mi garganta está cerrada, absolutamente nada solido puede pasar", "Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida", "Se me quedaran restos de comida en la garganta", "No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido" ,"No puedo comer sentado solo comer parado evitara que me atragante", "Si como parado la comida digerirá, más rápido" "La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles, de masticar e imposible pasar". La sintomatología fisiológica persistente es la tensión de cuello, cara y espalda, aceleración del ritmo cardíaco, sudor de manos, sequedad de boca; así como los niveles de ansiedad, miedo y tristeza oscilan entre 7 a 10 puntos.

5. Conclusiones

El evaluado presenta una fobia específica a la ingesta de alimentos sólidos, con rasgos de ansiedad presentes en un momento particular o situacional específica; en la cual la sintomatología cognitiva (pensamientos), fisiológica, emocional presenta unidades subjetivas

con puntuaciones altas entre 7 a 10 puntos, las cuales hacen que el evaluado evite consumir cualquier alimento sólido.

6. Recomendaciones y/o sugerencias

Participar en un programa cognitivo-conductual para disminuir los pensamientos, respuestas fisiológicas y conductas de evitación.

2.5.5.1 Diagnóstico funcional

Tabla 8

Diagnóstico Funcional

Conducta en aumento	Conductas en déficits
<p>Aumento de sus pensamientos repetitivos sobre el riesgo de atragantamiento o malestar, lo que refuerza su conducta de evitación, tales como:</p> <p>"Me volveré a atragantar y podría morir"</p> <p>"Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar"</p> <p>"Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida"</p> <p>"Se me quedaran restos de comida en la garganta"</p> <p>"No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido"</p> <p>"No puedo comer sentado, solo comer parado evitará que me atragante"</p> <p>"Si como parado la comida digerirá, más rápido"</p> <p>"La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles de masticar e imposible pasar"</p> <p>Incremento del consumo de líquidos o alimentos muy blandos (purés) como una forma de evitar el malestar asociado con los alimentos sólidos.</p> <p>Grita a su madre y hermana para que lo dejen y no le insistan en comer.</p> <p>Incremento de emociones como: Miedo 10/10, Ansiedad 10/10 y Tristeza 7/10</p>	<p>No ingiere ningún alimento sólido.</p> <p>Evita compartir espacios de desayuno, almuerzos y cena con su familia.</p> <p>No sale con sus amigos para evitar que propongan consumir algún alimento.</p> <p>No acude a los restaurantes que solía visitar con regularidad con su familia.</p>

2.5.5.2 Análisis funcional

Tabla 9

Análisis funcional

Estímulos Discriminativos	Respuesta	Estímulos Consecuentes
<p><u>Externos:</u></p> <p>Exposición a alimentos sólidos. Incluye frutas, verduras, legumbres, carnes rojas, blancas etc.</p> <p>Personas insistiéndole para comer un alimento sólido. Sentarse en la mesa a la hora de comida.</p> <p>Ver carnes (rojas, blancas)</p> <p><u>Internos:</u></p> <p>Recordar su atragantamiento previo con el trozo de carne.</p>	<p><u>Cognitivo:</u></p> <p>"Me volveré a atragantar y podría morir"</p> <p>"Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar"</p> <p>"Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida"</p> <p>"Se me quedarán restos de comida en la garganta"</p> <p>"No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido"</p> <p>"No puedo comer sentado, solo comer parado evitara que me atragante"</p> <p>"Si como parado, la comida digerirá más rápido"</p> <p>"La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles de masticar e imposible pasar"</p> <p><u>Emocional:</u></p> <p>Ansiedad: 10/10</p> <p>Miedo: 10/10</p> <p>Tristeza: 7/10</p> <p><u>Fisiológico:</u></p> <p>Tensión a nivel de cuello, cara y espalda</p> <p>Aceleración del ritmo cardíaco</p> <p>Sensación de ahogo</p> <p>Sudoración de manos</p> <p>Sequedad en la boca</p> <p><u>Motor:</u></p> <p>Evita comer cualquier alimento sólido</p>	<p><u>Externo:</u></p> <p>La madre le da alimentos licuados.</p> <p>Evita compartir espacios de desayuno, almuerzos y cena con su familia.</p> <p>No sale con sus amigos, para evitar que propongan consumir algún alimento.</p> <p>Grita a su madre y hermana para que lo dejen y no le insistan en comer.</p> <p><u>Interno:</u></p> <p>Alivio al comer alimentos licuados o purés.</p>

2.5.5.3 Diagnóstico cognitivo

Tabla 10

Diagnóstico cognitivo

A antecedente	B pensamientos	C consecuencias
<p>Exposición a alimentos sólidos (incluye frutas, verduras, legumbres, carnes rojas, blancas etc.)</p> <p>Personas insistiendo para que coma algún alimento sólido</p> <p>Sentarse en la mesa a la hora de la comida</p>	<p>"Me volveré a atragantar y podría morir"</p> <p>"Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar"</p> <p>"Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida"</p> <p>"Se me quedarán restos de comida en la garganta"</p> <p>"No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido"</p> <p>"No puedo comer sentado solo comer parado evitara que me atragante"</p> <p>"Si como parado la comida digeriré, más rápido"</p> <p>"La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles de masticar e imposible pasar"</p>	<p>No ingiere alimentos sólidos.</p> <p>Evita compartir espacios de desayuno, almuerzos y cena con su familia.</p> <p>No sale con sus amigos para evitar que le propongan consumir algún alimento.</p> <p>Grita a su madre y hermana para que lo dejen y no le insistan en comer.</p> <p>Siente:</p> <p>Miedo: 10/10</p> <p>Ansiedad: 10/10</p> <p>Tristeza: 7 /10</p>

2.5.5.4 Diagnóstico tradicional

Tabla 11

Diagnóstico tradicional

Criterios del DSM-5-TR	Síntomatología del paciente varón de 32 años
<p>A. A. Miedo o ansiedad marcados o insistentes mayor a 6 meses (p.ej. volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).</p> <p>B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.</p> <p>C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.</p> <p>E. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).</p>	<p>A. Miedo y ansiedad intensa por un objeto o situación específica (ingerir algún alimento sólido), durante 7 meses.</p> <p>B. El ingerir alimentos sólidos siempre le provoca miedo o ansiedad inmediata.</p> <p>C. El consumo de alimentos sólidos es evitado o resistido activamente debido a un intenso miedo o ansiedad. En varias ocasiones, la persona se ha alejado de lugares donde debía comer o se le presionaba para hacerlo. Además, ha llegado a gritar a su madre y hermana para que lo dejen en paz y no le insistan en comer.</p> <p>D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural, ya que ingerir un alimento sólido es una actividad vital que el cuerpo humano necesita para subsistir y tener un adecuado funcionamiento.</p> <p>E. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ya que, no consume alimentos sólidos en las horas de desayuno, almuerzos, cenas.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas</p>

G. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia, como abuso de drogas, medicamentos o enfermedades medicas como alguna enfermedad a la tiroides.

Especificar si (según el estímulo fóbico):

- 300.29 (F40.218) Animal (p.ej. arañas, insectos, perros).
- 300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej. alturas, tormentas, agua).
- 300.29 (F40.23X) Sangre-inyección-herida (p.ej. agujas, procedimientos médicos invasivos).
- 300.29 (F40.248) Situacional (p.ej. avión, ascensor, sitios cerrados).
- 300.29 (f40.298) Otra (p.ej. situaciones que pueden derivar en ahogo, vómitos; en niños, p.ej. sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

G. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni enfermedad médica, ya que el paciente fue evaluado integralmente en aspectos a enfermedades fisiológicas, siendo todas descartadas.

F40.298 Otra Fobia específica a la ingesta de alimentos sólidos.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

El plan de intervención constó de 24 sesiones terapéuticas basadas en el modelo cognitivo-conductual. Cada sesión, de 45 a 60 minutos de duración, incluyó técnicas y actividades adaptadas específicamente al caso de fobia particular que se abordó. Las sesiones se programaron con una frecuencia de una a cuatro veces por semana, a lo largo de un período de cuatro meses, desde el inicio del tratamiento hasta la evaluación final.

El proceso se compuso de varias etapas que incluyeron: la evaluación pretratamiento, que abarca la historia psicológica, el problema actual, el desarrollo cronológico del problema, la historia personal, la evaluación psicométrica, los registros de autor y los diagnósticos funcional, cognitivo, análisis funcional y tradicional. Posteriormente, se aplicó un programa de TCC que incorporó técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática (incluyendo respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson y exposición en vivo). Finalmente, se llevó a cabo un seguimiento para prevenir recaídas mediante postests y la evaluación de autorregistros.

Tabla 12

Calendarización del plan de intervención

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnicas de tratamiento
1	03/07/23	45'	5 días	Madre y paciente	Entrevista y observación
2	08/07/23	45'	2 días	Paciente	Instrumentos psicométricos

3	10/07/23	45'	5 días	Paciente	Instrumentos (autorregistros)
4	15/07/23	45'	4 días	Paciente	Reestructuración cognitiva
5	17/07/23	45'	2 días	Paciente	Reestructuración cognitiva
6	22/07/23	45'	5 días	Paciente	Reestructuración cognitiva
7	25/07/23	45'	4 días	Paciente	Respiración diafragmática
8	29/07/23	45'	4 días	Paciente	Relajación progresiva de Jacobson
9	05/08/23	50'	6 días	Paciente	Relajación progresiva de Jacobson
10	11/08/23	50'	6 días	Paciente	Relajación progresiva de Jacobson
11	18/08/23	45'	7 días	Paciente	Relajación progresiva de Jacobson
12	25/08/23	45'	6 días	Paciente	Relajación progresiva de Jacobson
13	31/08/23	45'	5 días	Paciente	Exposición gradual en vivo
14	04/09/23	45'	2 días	Paciente	Exposición gradual en vivo

15	06/09/21	45'	4 días	Paciente	Reestructuración cognitiva
16	10/09/23	45'	3 días	Paciente	Reestructuración cognitiva
17	13/09/23	45'	6 días	Paciente	Exposición gradual en vivo
18	15/09/93	45'	2 días	Paciente	Exposición gradual en vivo
19	17/09/23	45'	2 días	Paciente	Exposición gradual en vivo
20	19/09/23	45'	2 día	Paciente	Exposición gradual en vivo
21	22/09/23	45'	6 días	Paciente	Exposición gradual en vivo
22	21/10/23	45'	1 mes	Paciente	Post test y seguimiento
23	22/11/23	45'	1 mes	Paciente	Post test y seguimiento
24	20/12/23	45'	1 mes	Madre paciente	y Seguimiento

2.6.2. Programa de intervención

A. Fase inicial

Tabla 13

Procedimiento realizado en la sesión 1

Sesión	Objetivos	Técnicas	Procedimiento	Actividades
1	Efectuar el proceso de entrevista, evaluación y psicoeducación al paciente desde el modelo Cognitivo-conductual en un caso de fobia específica.	Entrevista psicológica Observación	1° Se realizó la anamnesis donde se obtuvo información exhaustiva sobre la vida del paciente, incluyendo sus antecedentes familiares, experiencias de vida, salud física y mental, así como su desarrollo psicológico.	Se asignó la tarea de llevar un diario para registrar pensamientos y emociones que causan malestar.

Tabla 14

Procedimiento realizado en la sesión 2

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
2	Efectuar el proceso de entrevista, evaluación y psicoeducación al paciente desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de fobia específica.	Entrevista psicológica Observación	1° Se aplicó el Inventario miedos QF. 2° Se aplicó la Escala de ansiedad estado-rasgo STAI. 3° Se psicoeducó al paciente sobre su diagnóstico y el tratamiento desde el modelo cognitivo-conductual.	Se delegó completar un registro para identificar la sintomatología fisiológica durante la situación fóbica.

Tabla 15*Procedimiento realizado en la sesión 3*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
3	Efectuar el proceso de entrevista, evaluación y psicoeducación al paciente desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de fobia específica.	Entrevista psicológica Observación	1° Se elaboró y enseñó el manejo adecuado y correcto llenado de los autorregistros de pensamientos, respuestas fisiológicas y conductuales. 2° Se brindó psicoeducación sobre la importancia de completar los autorregistros de manera precisa y responsable, resaltando su relevancia en el proceso terapéutico. 3° Se elaboró un listado de los alimentos sólidos, los cuales fueron clasificados de menor a mayor intensidad de ansiedad.	Se designó llenar los autorregistros de pensamientos, respuestas fisiológicas y conductuales.

B. Fase de intervención**Tabla 16***Procedimiento realizado en la sesión 4*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
4	Disminuir distorsiones cognitivas y creencias irracionales en un varón adulto con fobia específica.	Reestructuración cognitiva	1° Se le hizo leer una infografía, de cómo los pensamientos influyen en nuestras emociones y conductas. 2° Se identificó de los pensamientos automáticos en los autorregistros llenados por el paciente. 3° Se proporcionó psicoeducación sobre la fobia y la reestructuración cognitiva. 4° Se le enseñó la técnica del "diagrama de pensamiento" para visualizar el vínculo entre situaciones, pensamientos y emociones.	Se asignó identificar y aplicar la técnica "diagrama de pensamientos irracionales" y generar la asociación entre pensamientos, emociones y conductas.

Tabla 17*Procedimiento realizado en la sesión 5*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
5	Disminuir distorsiones cognitivas y creencias irracionales en un varón adulto con fobia específica	Reestructuración cognitiva	1° Se revisó el diario de pensamientos que el paciente usó para su registro. 2° Se evaluó la validez de estos pensamientos, a través del diálogo socrático y didáctico. 3° Se fomentó el pensamiento crítico y se reforzó la capacidad de cuestionar sus propias ideas y reflexionar sobre sus pensamientos.	Se designó identificar sus pensamientos irracionales, formulando preguntas que cuestionen la validez de sus pensamientos y seguidamente, escriba pensamientos más realistas y adaptativos.

Tabla 18*Procedimiento realizado en la sesión 6*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
6	Disminuir distorsiones cognitivas y creencias irracionales en un varón adulto con fobia específica	Reestructuración cognitiva	1° Se revisaron los pensamientos disfuncionales identificados en la actividad asignada. 2° Se discutió las conclusiones obtenidas al evaluar la validez de estos pensamientos. 3° Se guió al paciente en la creación de pensamientos alternativos y más adaptativos. 4° Se utilizó la técnica de “reevaluación” para generar pensamientos más realistas y positivos. 5° Se practicó la sustitución de pensamientos disfuncionales por pensamientos alternativos en diferentes situaciones, realizando el juego de roles.	Se delegó identificar sus pensamientos irracionales, formular preguntas que cuestionen la validez de sus pensamientos y seguidamente escribir pensamientos más realistas y adaptativos, para finalmente revisar el impacto emocional de este nuevo pensamiento en comparación con el original.

Tabla 19*Procedimiento realizado en la sesión 7*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
7	Reducir la activación fisiológica de la fobia específica	Respiración diafragmática	<p>1° Se describió la diferencia entre respiración diafragmática y torácica, usando una ilustración para mostrar el movimiento del diafragma.</p> <p>2° Se instruyó al paciente sobre la postura correcta, la colocación de las manos y la técnica de respiración (inhalar por la nariz y exhalar por la boca), sugiriendo un ritmo de 4-5 segundos para cada fase.</p> <p>3° Se guió al paciente a través de ejercicios de respiración diafragmática, corrigiendo la técnica, según sea necesario.</p> <p>4° Se explicó cómo aplicar la técnica en situaciones estresantes y practicar respiración diafragmática mientras se imaginaba la situación fóbica.</p> <p>5° Se resumieron los puntos clave de la sesión, se respondieron preguntas y recaló la importancia de la práctica regular.</p>	Se asignó tareas, como practicar la respiración diafragmática durante 5-10 minutos, 2-3 veces al día.

Tabla 20*Procedimiento realizado en la sesión 8*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
8	Reducir la activación fisiológica de la fobia específica	Relajación progresiva de Jacobson	<p>1° Se explicó el propósito de la técnica, destacando beneficios como la reducción del estrés y la mejora del bienestar general.</p> <p>2° Se detalló que la técnica se basa en la contracción y relajación de grupos musculares para aliviar la tensión, aclarando la diferencia entre tensión y relajación muscular.</p> <p>3° Se guió al paciente en la práctica, instruyendo la contracción de los músculos de las manos, los brazos y cara, durante 5-10 segundos, seguida de su relajación por 20-30 segundos.</p>	Se dejó como actividad practicar 2 veces al día la técnica aprendida.

Tabla 21*Procedimiento realizado en la sesión 9*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
9	Reducir la activación fisiológica de la fobia específica	Relajación progresiva de Jacobson	<p>1° Se revisó la técnica de contracción y relajación de la sesión anterior.</p> <p>2° Se introdujo la contracción y relajación de los músculos de los hombros, cuello y espalda.</p> <p>3° Se brindó Instrucciones detalladas para la práctica, manteniendo el enfoque en la correcta identificación de la tensión y la relajación.</p> <p>4° Se guió al paciente en una serie de ejercicios que incluyeron los músculos trabajados en la sesión anterior y los nuevos grupos musculares.</p>	Practicar 2 a 3 veces al día la técnica aprendida, agregando los nuevos grupos musculares.

Tabla 22*Procedimiento realizado en la sesión 10*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
10	Reducir la activación fisiológica de la fobia específica	Relajación progresiva de Jacobson	<p>1° Se repasó la técnica de los grupos musculares trabajados la sesión anterior.</p> <p>2° Se introdujo y practicó la contracción y relajación de los músculos del abdomen y pecho.</p> <p>3° Se priorizó brindar instrucciones detalladas para asegurar la correcta aplicación de la técnica.</p> <p>4° Se realizó la práctica guiada que incluyó los grupos musculares trabajados (abdomen y pecho).</p>	Practicar 2 a 3 veces al día la técnica aprendida, agregando los nuevos grupos musculares.

Tabla 23*Procedimiento realizado en la sesión 11*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
11	Reducir la activación fisiológica de la fobia específica	Relajación progresiva de Jacobson	<p>1° Se repasó la técnica de relajación progresiva incluyendo todos los grupos musculares trabajados, incluyendo los nuevos grupos musculares como los muslos, piernas y pies.</p> <p>2° Se guió al paciente en la aplicación de la técnica en situaciones imaginadas o reales que le generan ansiedad</p> <p>3° Se enseñó al paciente a usar la técnica en momentos de ansiedad o tensión.</p> <p>4° Se practicó la relajación progresiva en escenarios simulados imaginariamente, ajustando la técnica según la respuesta del paciente.</p>	Se le delegó practicar la técnica, mínimamente 2 veces al día imaginando estar expuesto a los alimentos sólidos que menos ansiedad le generaban en la lista de jerarquización de miedos, elaborada en la sesión 3.

Tabla 24*Procedimiento realizado en la sesión 12*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
12	Reducir la activación fisiológica de la fobia específica	Relajación progresiva de Jacobson	<p>1° Se realizó una práctica guiada completa que incluía todos los grupos musculares.</p> <p>2° Se ajustó la técnica según fue necesario para asegurar la correcta aplicación.</p> <p>3° Se ayudó al paciente a desarrollar un plan para continuar practicando la técnica de forma independiente.</p> <p>4° Se discutió cómo integrar la técnica en la rutina diaria.</p>	Se le delegó practicar la técnica, mínimamente 3 veces al día imaginando estar expuesto a los alimentos sólidos que moderada ansiedad le generaban en la lista de jerarquización de miedos, elaborada en la sesión 3.

Tabla 25*Procedimiento realizado en la sesión 13*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
13	Incrementar la conducta de afrontamiento	Exposición en vivo	<p>1° Se empezó la sesión realizando una psicoeducación sobre la importancia de la técnica de exposición en vivo</p> <p>2° Se practicó técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.</p> <p>3° Se realizó la primera exposición con el alimento que le generaba el menor nivel de ansiedad.</p> <p>4° Se utilizó técnicas de relajación antes, durante y después de la exposición.</p>	Practicar una vez al día la técnica con alimentos que le generen menor nivel de ansiedad reiterando el uso de técnicas de relajación antes, durante y después de la exposición.

Tabla 26*Procedimiento realizado en la sesión 14*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
14	Incrementar la conducta de afrontamiento	Exposición gradual en vivo	<p>1° Se progresa en la jerarquía de exposición, basándose en la lista de jerarquización de miedo moderado.</p> <p>2° Se revisó y practicó técnicas de relajación (antes, durante y después) de la exposición.</p> <p>3° Se expuso a un alimento ligeramente más desafiantes.</p> <p>4° Se registraron niveles de ansiedad antes, durante y después de la exposición.</p>	Incluir en su dieta diaria las porciones de los alimentos incluidos llenando sus registros de niveles de ansiedad antes, durante y después de la exposición.

Tabla 27*Procedimiento realizado en la sesión 15*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
15	Disminuir las Distorsiones cognitivas y creencias irracionales	Reestructuración cognitiva	<p>1° Se revisó el autorregistro de pensamientos y se identificó nuevas creencias irracionales que dificultaban el avance de las siguientes sesiones.</p> <p>2° Se discutió la validez de estos nuevos pensamientos.</p> <p>3° Se guió al paciente en la creación de pensamientos alternativos y más adaptativos relacionados a los nuevos pensamientos.</p>	Se designó que identifique sus nuevos pensamientos irracionales y se formule preguntas que cuestionen la validez de sus pensamientos y seguidamente escribir pensamientos más realistas y adaptativos.

Tabla 28*Procedimiento realizado en la sesión 16*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
16	Disminuir las distorsiones cognitivas y creencias irracionales	Reestructuración cognitiva	<p>1° Se revisó el autorregistro y con los pensamientos que surgieron se empleó la técnica de "reevaluación" para crear pensamientos que sean más realistas y optimistas.</p> <p>2° Se practicó el reemplazo de pensamientos disfuncionales por otros alternativos en diversas circunstancias.</p> <p>3° Se realizaron ejercicios de juego de roles y simulaciones para ensayar la reestructuración cognitiva en la situación fóbica.</p>	El paciente debe identificar sus nuevos pensamientos irracionales, formular preguntas que cuestionen la validez de sus pensamientos y seguidamente escribir pensamientos más realistas y adaptativos, para finalmente revisar el impacto emocional de este nuevo pensamiento en comparación con el original.

Tabla 29*Procedimiento realizado en la sesión 17*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
17	Incrementar la conducta afrontamiento	Exposición gradual en vivo	<p>1° Se hizo que el paciente afronte un alimento que le provocaba una ansiedad moderada, según su lista de jerarquización.</p> <p>2° Se aseguró la utilización de técnicas de relajación.</p> <p>3° Se elaboró y estableció un calendario para exposiciones periódicas a alimentos previamente temidos para mantener el progreso.</p> <p>4° Evaluación y discusión sobre la experiencia de la sesión.</p>	Se le asignó cumplir con el calendario elaborado en la sesión donde el paciente incluya a sus desayunos, almuerzos o cenas, los alimentos previamente trabajados con la técnica de exposición.

Tabla 30*Procedimiento realizado en la sesión 18*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
18	Incrementar la conducta de afrontamiento	Exposición gradual en vivo	<p>1° Se revisó y discutió la experiencia asignada en la anterior sesión</p> <p>2 ° Durante la sesión se practicó las técnicas de relajación (antes, durante y después) para seguidamente hacer que el paciente afronté los alimentos que le provocaba una ansiedad alta.</p> <p>3° Evaluación y discusión sobre la experiencia de la sesión.</p>	Se le delegó practicar una vez al día, practicar independientemente la sesión con el alimento que le generaba una ansiedad más considerable (carnes blancas), utilizando las técnicas de relación antes, durante y después de la exposición.

Tabla 31*Procedimiento realizado en la sesión 19*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
19	Incrementar la conducta de afrontamiento	Exposición gradual en vivo	<p>1° Se preparó al paciente para la exposición más desafiante (carnes rojas), reforzando la confianza del paciente.</p> <p>2° Se realizó la exposición al alimento más temido, con apoyo constante, incluyendo las técnicas de relajación (antes, durante y después))</p> <p>3° Se evaluaron las respuestas emocionales y físicas durante la exposición</p> <p>4° Se coordinó un almuerzo familiar con la madre y hermana para la siguiente sesión, explicándoles a los familiares y paciente la dinámica de la siguiente sesión.</p>	Se le delegó practicar una vez al día, practicar independientemente la sesión con el alimento que le generaba una ansiedad más considerable (carnes rojas), utilizando las técnicas de relación antes, durante y después de la exposición.

Tabla 32*Procedimiento realizado en la sesión 20*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
20	Incrementar la conducta de afrontamiento	Exposición gradual en vivo	<p>1° Durante el almuerzo se dio indicaciones para recordar practicar las técnicas y afrontar la situación fóbica.</p> <p>2° Una vez finalizado el almuerzo se discutió con el paciente sus logros a lo largo del tratamiento.</p> <p>3° Se identificaron los alimentos que ahora puede consumir sin ansiedad significativa y cómo se sintió al consumir alimentos con más personas.</p> <p>4° Se evaluó la capacidad del paciente para manejar la ansiedad en diferentes escenarios.</p>	Se le indicó al paciente que debía procurar incluirse en exposiciones tanto en contextos familiares, como sociales.

Tabla 33*Procedimiento realizado en la sesión 21*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
21	Incrementar la conducta de afrontamiento	Exposición gradual en vivo	<p>1° Se discutió sobre cómo generalizar los avances a situaciones de la vida real.</p> <p>2 ° Se expuso a un alimento en un entorno diferente (como un restaurante junto a su familia).</p> <p>3° Se desarrolló de un plan de mantenimiento, incluyendo prácticas regulares de exposición y relajación, así como la identificación de posibles desencadenantes de recaídas y estrategias para manejarlos.</p>	Se motivó al paciente a llevar un diario donde registré sus exposiciones, respuestas emocionales y estrategias de afrontamiento utilizadas, así como el incremento a salidas sociales relacionadas con la ingesta de comidas.

C. Fase de seguimiento

Tabla 34

Procedimiento realizado en la sesión 22

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
22	Prevenir las recaídas a través de las sesiones de seguimiento	Entrevista y Observación	1° Se evaluó el estado actual del paciente y revisó los logros alcanzados durante el proceso terapéutico. 2° Se verificó la implementación adecuada de las estrategias aprendidas en la situación fóbica. 3° Se revisaron los autorregistros y se aplicó los cuestionarios para medir la eficacia de la terapia y el nivel actual de la fobia.	Se motivó al paciente a continuar llevando los autorregistros y continúe registrando sus exposiciones, respuestas emocionales y estrategias de afrontamiento utilizadas, así como el incremento a salidas sociales relacionadas con la ingesta de comidas.

Tabla 35

Procedimiento realizado en la sesión 23

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
23	Prevenir las recaídas a través de las sesiones de seguimiento	Entrevista y Observación	1° Se revisaron los progresos desde la última sesión de terapia hasta la actualidad, abarcando las situaciones en las que el paciente implementó las técnicas adquiridas. 2° Se entregaron resultados del pretest y postest. 3° Se revisó y ajustó el plan de acción para mantener y mejorar los resultados logrados.	Se alentó al paciente a incrementar sus participaciones en eventos sociales, como salidas con amigos o a comer a restaurantes donde haya gente desconocida relacionada con la ingesta de alimentos.

Tabla 36*Procedimiento realizado en la sesión 24*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades
24	Prevenir las recaídas a través de las sesiones de seguimiento	Entrevista y Observación	<p>1° Se realizó una evaluación final para asegurar que el paciente se sienta preparado para continuar por su cuenta al haber concluido el proceso terapéutico.</p> <p>2° Se incentivó al paciente a seguir el plan de manejo continuo de la fobia y a aplicar las técnicas de afrontamiento, con el objetivo de lograr y mantener una gestión autónoma de la fobia.</p>	Se le recomendó utilizar las técnicas de relajación para integrarlas en su vida diaria.

2.7 Procedimiento

El estudio se desarrolló en tres fases. La primera fase, que abarcó desde la sesión 1 hasta la sesión 3, consistió en la obtención del consentimiento informado y en la realización de entrevistas y anamnesis con el paciente. El propósito de las primeras sesiones fue comprender el motivo de consulta, identificar la problemática del paciente y recabar información sobre su historial familiar y antecedentes. Durante esta fase también se realizó la evaluación psicológica utilizando instrumentos psicométricos validados en el país, como el cuestionario de miedos QF, la escala de ansiedad STAI y autorregistros de pensamientos, conductas y emociones. Estos instrumentos se emplearon para complementar la información obtenida en las entrevistas.

Posteriormente, se elaboraron informes psicológicos detallados para cada prueba y se consolidó un informe psicológico integral. Se presentó al paciente un resumen de los resultados y se le ofreció retroalimentación sobre el informe. A continuación, se estableció una línea base de los pensamientos distorsionados, respuestas fisiológicas, y conductas utilizando los autorregistros. Con esta información, se planificó y ejecutó un programa de intervención cognitivo-conductual.

La segunda fase de intervención, abarcó desde la sesión 4 hasta la sesión 21, las cuales se enfocaron en la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales, tales como la reestructuración cognitiva, el cuestionamiento socrático y la desensibilización sistemática, esta última técnica incluyó la respiración diafragmática, la relajación progresiva de Jacobson y la exposición gradual en vivo, con el objetivo de reducir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales del paciente.

En la tercera fase, se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento, comprendidas desde la sesión 21 hasta la 24, con el objetivo de evaluar los cambios terapéuticos postintervención y prevenir posibles recaídas.

Finalmente, los resultados fueron organizados en tablas y figuras, los que se observan en la sección de resultados. El análisis y la discusión de estos resultados se contrastaron con estudios nacionales e internacionales para verificar la efectividad de la TCC.

2.8 Consideraciones éticas

La investigación de caso único de fobia específica tomó en consideración el Código de Ética y Deontológico del Colegio de Psicólogos del Perú, capítulo 3, artículo 24, haciendo uso así del consentimiento informado. Se le realizó la invitación al paciente para participar en el presente estudio, detallándole el proceso (evaluación, intervención y seguimiento), así como los beneficios, riesgos y alcances. Se le explicó la reserva del caso y de su identidad personal. Después de lo referido, el paciente aceptó y firmó dicho documento de manera voluntaria.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del programa de TCC, basado en la aplicación de pruebas psicológicas y la evaluación de la línea base. Los instrumentos utilizados incluyeron la Escala de Miedos QF y la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI, así como el seguimiento de los autorregistros relacionados con pensamientos, respuestas fisiológicas, conductas y emociones. Estos datos servirán para identificar y analizar la importancia y efectividad del tratamiento cognitivo-conductual aplicado. La comparación de las puntuaciones pre y postratamiento en las escalas mencionadas, junto con la información recopilada a través de los autorregistros, proporcionará una visión detallada del progreso del paciente y la efectividad del programa en la gestión y reducción del miedo y la ansiedad.

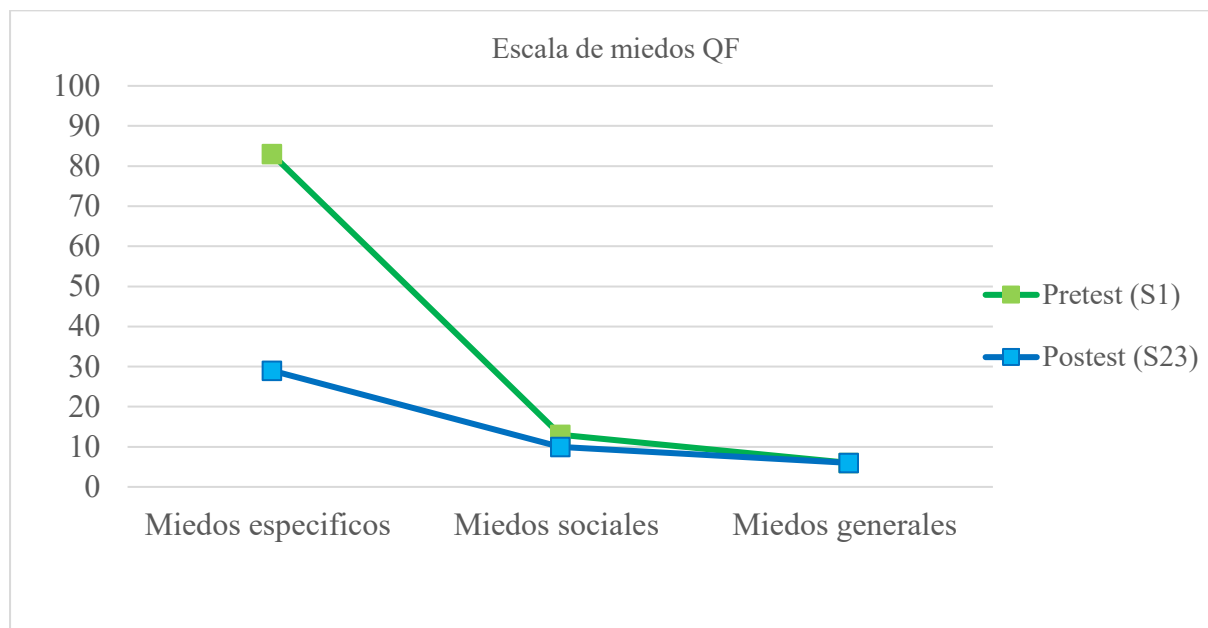
Tabla 37

Puntajes de los resultados de la escala de miedos QF del pretest y posttest

Escala de miedos QF		
Subescalas	Pretest (S1)	Posttest (S23)
Miedos específicos	83	29
Miedos sociales	13	10
Miedos generales	6	5

Figura 1

Puntajes de los resultados de la escala de miedos QF del pretest y postest



En la tabla 37 y figura 1, se presentan las puntuaciones del Inventario de Miedos QF antes y después de la intervención cognitivo-conductual. Los datos revelan una reducción significativa en las puntuaciones de la subescala de miedos específicos, que pasaron de 83 a 29. En la subescala de miedos sociales, las puntuaciones disminuyeron de 13 a 10, mientras que, en la subescala de miedos generales, las puntuaciones bajaron de 6 a 5. Estos resultados evidencian una notable disminución en el miedo específico relacionado con la ingesta de alimentos.

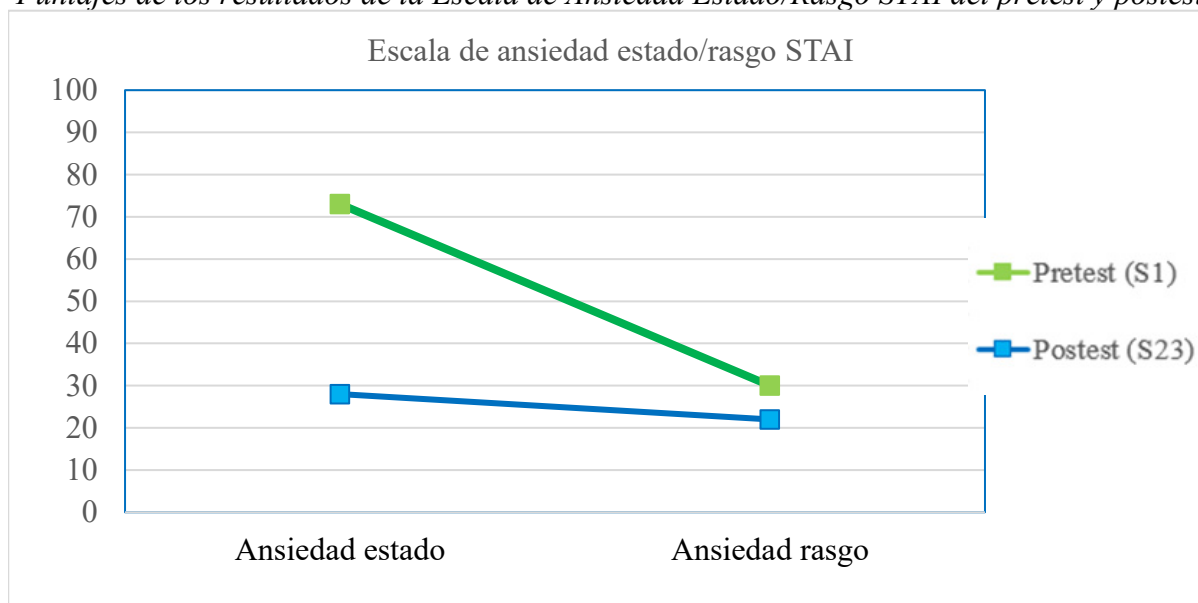
Tabla 38

Puntajes de los resultados de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI del pretest y postest

Escala de ansiedad estado/rasgo STAI		
Subescalas	Pretest (S1)	Postest (S23)
Ansiedad estado	73	28
Ansiedad rasgo	30	22

Figura 2

Puntajes de los resultados de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI del pretest y postest



En la tabla 38 y figura 2, se presentan las puntuaciones de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI antes y después de la intervención cognitivo-conductual. Las puntuaciones de ansiedad estado disminuyeron de 73 a 28, mientras que las puntuaciones de ansiedad rasgo pasaron de 30 a 22; encontrando una reducción significativa en la ansiedad estado.

Tabla 39

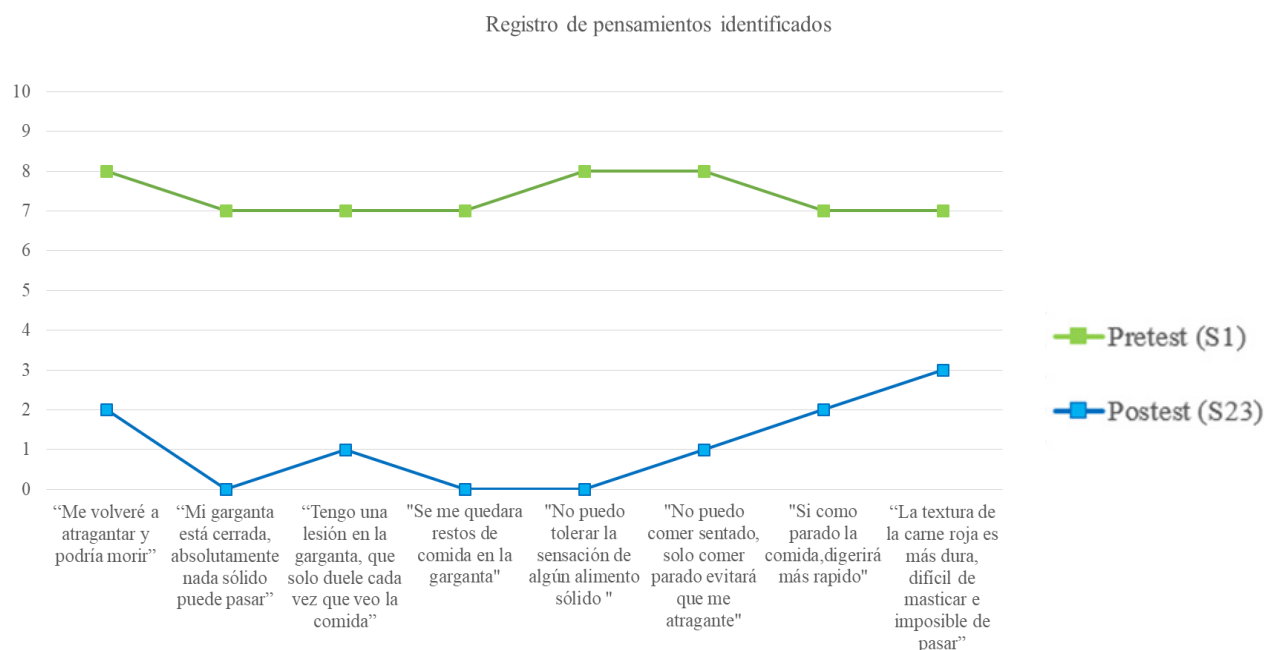
Pensamientos identificados en el pretest y postest

Pensamientos identificados	Pretest (S1)	Postest (S23)
"Me volveré a atragantar y podría morir"	8	2
"Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar"	7	0
"Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida"	7	1
"Se me quedara restos de comida en la garganta"	7	0
"No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido "	8	0

Pensamientos identificados	Pretest (S1)	Postest (S23)
"No puedo comer sentado, solo comer parado evitará que me atragante"	8	1
"Si como parado la comida, digerirá más rápido"	7	2
"La textura de la carne roja es más dura, difícil de masticar e imposible de pasar"	7	3

Figura 3

Pensamientos identificados en el pretest y postest



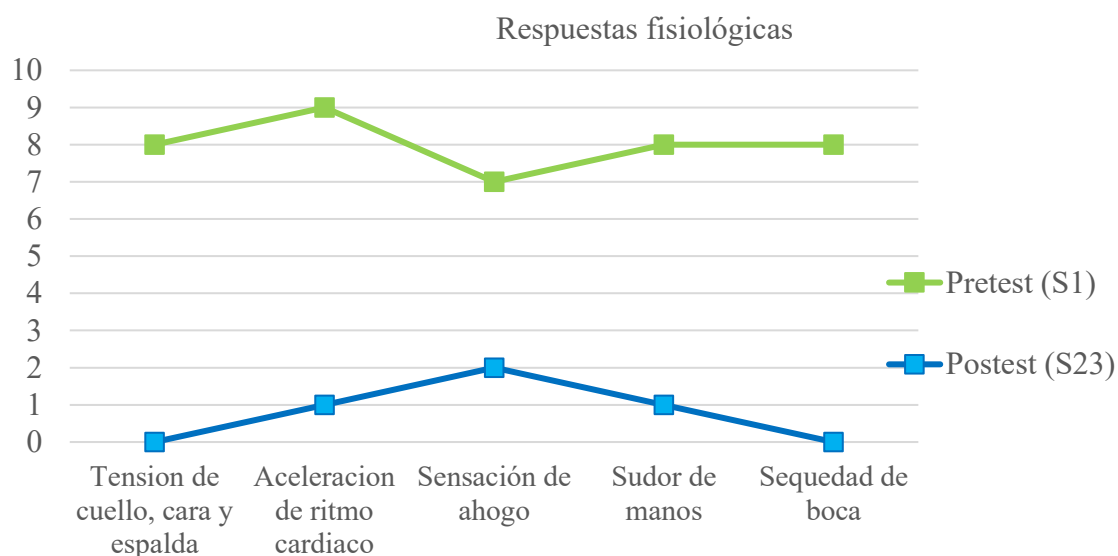
En la tabla 39 y figura 3, se observan las puntuaciones de los registros de pensamientos antes y después de la intervención cognitivo-conductual, comparando los resultados de la línea base de la primera sesión y la última sesión, en la que podemos observar que el promedio de la frecuencia de los pensamientos disminuyeron significativamente de la siguiente manera: "Me volveré a atragantar y podría morir" de 8 a 2; "Mi garganta está cerrada, absolutamente nada sólido puede pasar" de 7 a 0; "Tengo una lesión en la garganta, que solo duele cada vez que veo la comida" de 7 a 1; "Se me quedaran restos de comida en la garganta" de 7 a 0; "No puedo tolerar la sensación de algún alimento sólido" de 8 a 0; "No puedo comer sentado solo

comer parado evitara que me atragante" de 8 a 1; "Si como parado la comida digerirá, más rápido" de 7 a 2; "La textura de la carne rojas, blancas son más duras y difíciles de masticar e imposible pasar" de 7 a 3.

Tabla 40
Respuestas fisiológicas en el pretest y postest

Respuestas fisiológicas	Pretest (S1)	Postest (S23)
Tensión de cuello, cara y espalda	8	0
Aceleración de ritmo cardiaco	9	1
Sensación de ahogo	7	2
Sudor de manos	8	1
Sequedad de boca	8	0

Figura 4
Respuestas fisiológicas en el pretest y postest



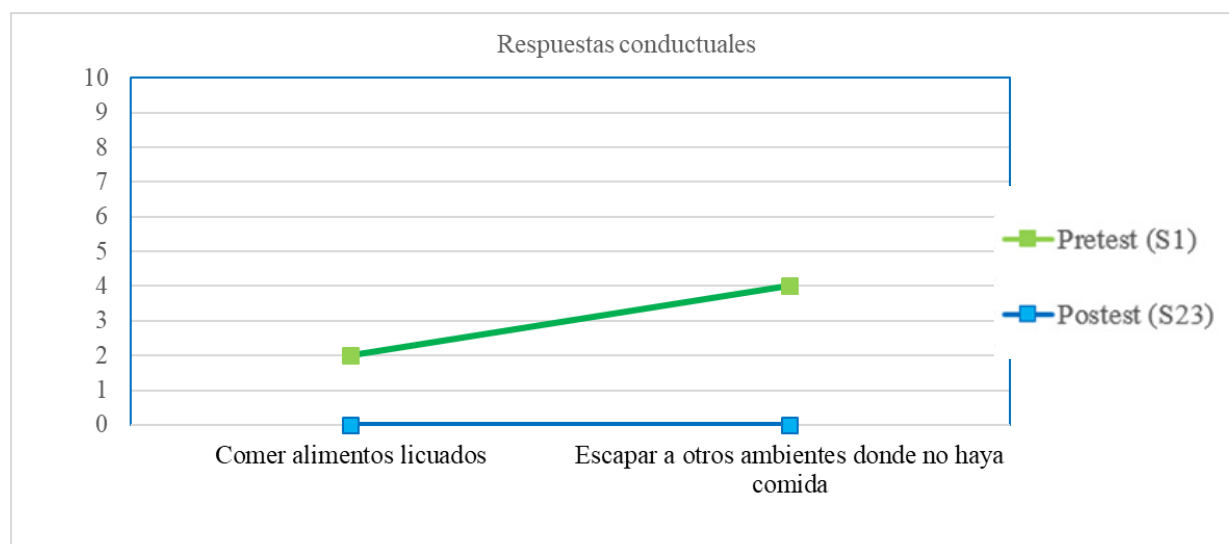
En la tabla 40 y figura 4, se observan las líneas base de las puntuaciones del registro de respuestas fisiológicas antes y después de la intervención cognitiva conductual; donde se observa que disminuyeron significativamente de la siguiente manera: la tensión del cuello de

cara y espalda de 8 a 0; aceleración del ritmo cardíaco de 9 a 1; sensación de ahogo de 7 a 2; sudor de manos de 8 a 1; sequedad de boca de 8 a 1.

Tabla 41
Respuestas conductuales en el pretest y posttest

Respuestas conductuales	Pretest (S1)	Posttest (S23)
Comer alimentos licuados	2	0
Escapar a otros ambientes donde no haya comida	4	0

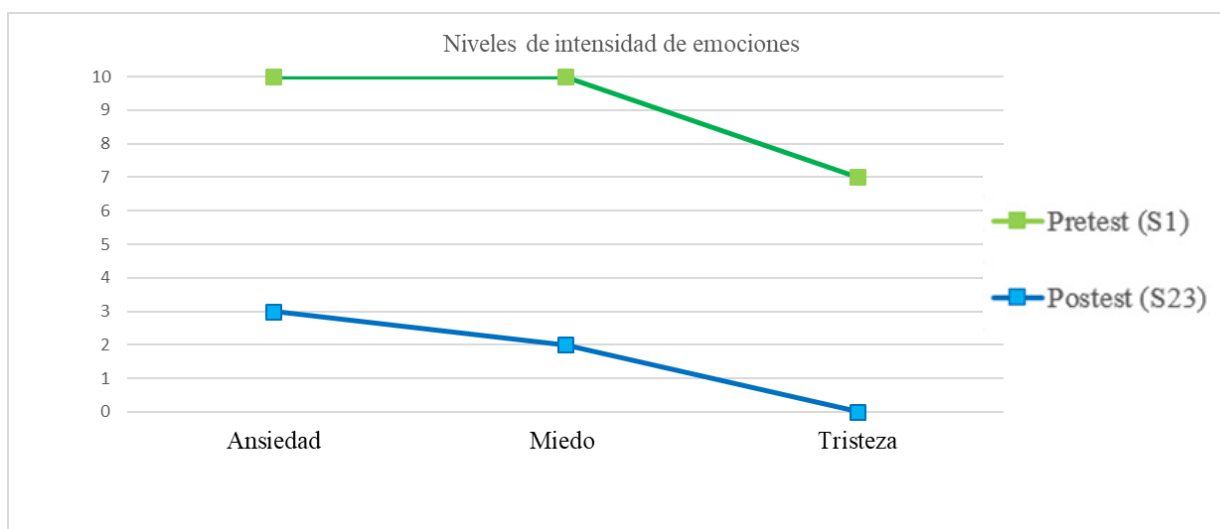
Figura 5
Respuestas conductuales en el pretest y posttest



En la tabla 41 y figura 5, se observan las líneas base del registro conductual antes y después de la intervención cognitiva conductual; donde se evidencia una disminución significativa de las puntuaciones de la siguiente manera: en la conducta de comer alimentos licuados de 2 a 0; escapar a otros ambientes donde no haya comida de 4 a 0.

Tabla 42*Niveles de intensidad de las emociones en el pretest y postest*

Emociones / Intensidad (0-10)	Pretest (S1)	Postest (S23)
Ansiedad	10/10	3/10
Miedo	10/10	2/10
Tristeza	7/10	0/10

Figura 6*Niveles de intensidad de las emociones en el pretest y postest*

En la tabla 42 y figura 5, se muestran los registros de la intensidad de las emociones antes y después del tratamiento cognitivo-conductual; donde se observa una disminución significativa en la intensidad de las emociones identificadas: la ansiedad disminuyó de 10 a 3, el miedo de 10 a 2 y la tristeza de 7 a 0.

3.2 Discusión de resultados

En el presente estudio, el objetivo general fue reducir los síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales asociados a la fobia específica en un adulto de 32 años, mediante la implementación de un programa de TCC que integró la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática. Al concluir las 24 sesiones de intervención, se observaron mejoras significativas en la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual del paciente. Estos resultados respaldan la efectividad del enfoque terapéutico empleado, las cuales son consistentes con la literatura existente sobre el tratamiento de fobias y trastornos de ansiedad. Las técnicas de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática han sido ampliamente validadas por Beck (1985) y Wolpe (1958), quienes demostraron su eficacia en la modificación de patrones de pensamiento disfuncionales y en la reducción de la ansiedad, a través de la exposición gradual a los estímulos temidos. Además, los hallazgos de esta investigación se alinean con estudios recientes que refuerzan la utilidad de estas técnicas. Investigaciones como las de Zeballos (2022), Artica (2021), Inga (2020) y Ortiz (2013) han mostrado resultados positivos al aplicar estrategias cognitivo-conductuales similares, confirmando la efectividad y aplicabilidad de la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática en el manejo de fobias.

El primer objetivo específico de este trabajo fue efectuar el proceso de entrevista, evaluación y psicoeducación al paciente desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de fobia específica. Este enfoque resultó esencial para desarrollar un plan de intervención adecuado y eficaz, ya que Bados (2017) subraya que la entrevista es crucial en este modelo, porque, permite recopilar información relevante, identificar con precisión el problema y formular hipótesis bien fundamentadas, lo que facilita una comprensión detallada de cada caso.

Así también, Muñoz et al. (2019) destacaron que la evaluación no solo ayuda a identificar el problema con precisión, sino que también permite diseñar planes de intervención específicos, adaptados a las condiciones ambientales y las variaciones en el comportamiento del paciente. Este enfoque personalizado asegura que el tratamiento se ajuste a las necesidades individuales del paciente, maximizando su efectividad. Respecto a la psicoeducación, Díaz et al. (2012) indicaron que esta es eficaz para reducir la ansiedad y fomentar una mayor motivación para participar activamente en la terapia. Beck (2011) refuerza esta idea, destacando que la psicoeducación proporciona al paciente las herramientas necesarias para aplicar las estrategias de tratamiento de manera autónoma, mejorando así la adherencia terapéutica y los resultados a largo plazo. Este enfoque integral y estructurado demuestra que en el tratamiento de fobias específicas, no basta con aplicar técnicas terapéuticas de manera aislada, sino que la combinación de una evaluación exhaustiva, un plan de intervención personalizado y una adecuada psicoeducación son claves no sólo para abordar los síntomas inmediatos, sino también para fomentar una comprensión más profunda del trastorno y promover un cambio duradero en el comportamiento del paciente.

El segundo objetivo específico fue disminuir distorsiones cognitivas y creencias irracionales en el paciente, a través de la reestructuración cognitiva. Se constató que técnicas como la identificación de pensamientos, el análisis y evaluación lógica, la evaluación empírica, el diálogo socrático y didáctico, y las autoinstrucciones resultaron efectivas, reduciendo la frecuencia de pensamientos irracionales. Estos resultados son consistentes con las investigaciones de Zeballos (2022), Inga (2020), Pacheco (2018), Pérez (2016), García (2014) y Velepuche (2020), quienes utilizaron técnicas similares con éxito en el tratamiento de fobias específicas; Así también concuerdan con la literatura existente de Beck (2011) quien

proporcionó una base teórica sólida para estos resultados; enfatizando que la modificación de las cogniciones inducen a cambios positivos en las emociones y conductas del paciente.

El tercer objetivo específico fue reducir la activación fisiológica asociada a la fobia específica mediante la aplicación de respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson. Estas técnicas lograron reducir la sintomatología fisiológica identificada en el paciente. Los resultados coinciden con los estudios de Ortiz (2013), García (2014), Inga (2020) y Obregón (2021) quienes observaron disminuciones similares en la sintomatología fisiológica relacionada con fobias específicas, como el miedo a las palomas y a volar en aviones. Además, Jacobson (1938) y Chóliz (1995) demostraron que estas técnicas son efectivas para reducir la tensión muscular y las alteraciones respiratorias, promoviendo una relajación profunda y disminuyendo la ansiedad.

El cuarto objetivo específico fue incrementar la conducta de afrontamiento mediante la técnica de exposición gradual en vivo. Esta técnica mostró mejoras significativas en la conducta de afrontamiento del paciente. Estos resultados son congruentes con las investigaciones de Inga (2020), Velepuche (2020), Cabañas et al. (2018), Pérez (2016) y García (2014), quienes también encontraron que la exposición en vivo es altamente efectiva para reducir las conductas de evitación en casos de fobias específicas. Así también, Telch (2008) señaló que la exposición en vivo sigue siendo el método más eficaz para tratar trastornos de ansiedad, especialmente, fobias específicas.

El quinto objetivo específico fue prevenir las recaídas, a través de sesiones de seguimiento, las cuales se completaron en su totalidad. Esta fase del proceso resultó esencial para mantener los resultados obtenidos y evitar recaídas tras la intervención cognitivo-conductual. En este sentido, Hofmann. (2012) y Diaz et al. (2012) coinciden en que la fase de

seguimiento en la TCC es crucial para consolidar los cambios y prevenir recaídas, así como para monitorear el uso autónomo de las herramientas aprendidas durante el tratamiento.

3.3 Seguimiento

Un mes después de haber finalizado el tratamiento, el paciente reportó una mejora significativa en su estado general. Indicó que había estado aplicando las técnicas aprendidas durante la terapia, como el consumo de alimentos sentado y en ocasiones, en lugares públicos. Estos cambios lo llevaron a una reducción notable en sus síntomas fóbicos.

Durante el segundo seguimiento, realizado a los dos meses, los resultados mostraron que las mejoras se mantenían estables. El paciente continuó aplicando las estrategias de la terapia y reportó que su nivel de ansiedad se mantenía bajo control, situándose entre 2 y 3 en la escala de ansiedad. La situación fóbica se volvió más manejable y el paciente expresó una sensación de mayor confianza en su capacidad para enfrentar las situaciones que anteriormente le causaban angustia.

En el tercer seguimiento, realizado a los tres meses, el paciente confirmó que su estado continuaba siendo positivo y estable. Además, se revisó la frecuencia de sus autorregistros desde la primera semana de terapia hasta la penúltima, lo que ayudó a reforzar la conciencia sobre los logros alcanzados durante la terapia. El paciente manifestó que, en general, ha superado la dificultad que lo llevó a buscar ayuda y ahora se siente más seguro y en control en las situaciones relacionadas con su fobia.

En resumen, el seguimiento a lo largo de los tres meses demostró que el paciente experimentó una mejora sostenida y significativa en su condición, reflejando el éxito del tratamiento y la efectividad de las técnicas empleadas.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 El programa cognitivo-conductual implementado mostró un impacto significativo en la mejora de la sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual del paciente con fobia específica. La aplicación de un enfoque integral y estructurado, que combina técnicas efectivas, permitió al paciente reducir de manera efectiva los síntomas asociados con su fobia, mejorando así su calidad de vida y funcionamiento diario.
- 4.2 Un proceso exhaustivo de entrevista y evaluación, crucial para alcanzar un diagnóstico preciso y fundamentar la elección del modelo de intervención más adecuado, junto a la integración de la psicoeducación, demostraron ser pilares fundamentales en el tratamiento de la fobia específica. La psicoeducación, al proporcionar al paciente información relevante sobre su condición y estrategias para manejarla, facilitó su procesamiento emocional y mejoró el afrontamiento de los miedos, promoviendo un mayor entendimiento y control sobre sus reacciones emocionales, lo que contribuyó a la efectividad de la intervención.
- 4.3 La intervención cognitivo-conductual, que combinó técnicas de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática, demostró ser altamente efectiva para abordar la fobia específica. Mientras la reestructuración cognitiva permitió identificar y modificar las ideas irracionales del paciente, desafiando y cambiando sus patrones de pensamiento disfuncionales, la desensibilización sistemática, a través de un enfoque estructurado y gradual de exposición progresiva y técnicas de relajación, facilitó una reducción sostenida del miedo, permitiendo al paciente afrontar sus temores de manera controlada, segura y con una disminución efectiva de la ansiedad.
- 4.4 Las técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson lograron disminuir notablemente la sintomatología fisiológica del paciente. La implementación

de estas técnicas contribuyó a la gestión de las respuestas físicas asociadas a la ansiedad, mejorando así el bienestar general del paciente.

- 4.5 La técnica de exposición gradual en vivo fue efectiva para que el paciente se enfrente a su fobia de manera directa. Esta exposición llevó a una disminución significativa de las conductas de evitación, permitiendo al paciente experimentar y superar gradualmente sus miedos en situaciones reales.
- 4.6 El seguimiento terapéutico en el tratamiento cognitivo conductual es fundamental para mantener la eficacia y la sostenibilidad del tratamiento, ya que permite ajustar el tratamiento según la respuesta del paciente, prevenir recaídas, y reforzar las técnicas aprendidas, asegurando una gestión efectiva y una recuperación duradera de la fobia
- 4.7 Los estudios y la evidencia científica corroboran que los programas cognitivo-conductuales son altamente efectivos para la reducción de los síntomas fóbicos y el manejo de la ansiedad asociada. Existe una amplia y sólida bibliografía que respalda su efectividad y eficacia en el tratamiento de fobias específicas.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Considerar la aplicación del programa cognitivo-conductual utilizado en este estudio como modelo de intervención para personas diagnosticadas con fobia específica, teniendo en cuenta los resultados positivos obtenidos.
- 5.2 Implementar un proceso exhaustivo de entrevista y evaluación para asegurar un diagnóstico preciso y aplicar el modelo de intervención adecuado, integrando la psicoeducación para mejorar la comprensión del paciente sobre su condición y el proceso terapéutico, aumentando así la eficacia general de la intervención.
- 5.3 Integrar técnicas de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática en el tratamiento de las fobias específicas. Mientras la reestructuración cognitiva facilita la identificación y modificación de ideas irracionales, promoviendo creencias más realistas y adaptativas, la desensibilización sistemática ofrece un enfoque estructurado para reducir gradualmente el miedo a través de la exposición controlada a los estímulos temidos, combinada con técnicas de relajación. Esta combinación permite abordar tanto los patrones de pensamiento disfuncionales como las respuestas de ansiedad condicionadas, mejorando la respuesta emocional y comportamental del paciente frente a las situaciones temidas.
- 5.4 Incluir las técnicas de respiración diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson de manera conjunta en el tratamiento de fobias específicas, ya que la respiración diafragmática es eficaz para estabilizar la respuesta fisiológica al estrés, promoviendo un estado de calma al disminuir la activación del sistema nervioso y la relajación progresiva de Jacobson reduce la tensión muscular, induciendo una relajación profunda

y controlada. Al utilizar estas técnicas de manera conjunta, se potencia la capacidad del paciente para manejar la ansiedad durante la exposición a estímulos temidos.

- 5.5 Priorizar la técnica de exposición gradual en vivo en casos de fobia específica. Esta técnica demostró ser efectiva para facilitar la exposición a la situación temida y reducir significativamente las conductas de evitación, siendo actualmente una de las más recomendadas en el tratamiento de fobias específicas.
- 5.6 Realizar un seguimiento terapéutico para asegurar la efectividad y continuidad del tratamiento cognitivo conductual, dado que permite ajustar el tratamiento según el avance del paciente, ayudando a evitar recaídas y reforzando las técnicas aprendidas, asegurándonos una gestión exitosa y una recuperación duradera de la fobia específica.
- 5.7 Fomentar la realización de investigaciones adicionales sobre la intervención cognitivo-conductual en casos de fobias específicas de casos únicos en diferentes poblaciones, grupos etarios, culturales y sociales, a fin de orientar la generalización de los hallazgos y consolidar su eficacia.

VI. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Artica, A. (2021). *Programa cognitivo conductual en casos de fobia social y dependencia emocional atendidos en un centro psicológico* [Tesis de posgrado, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5546>
- Bados, A. (2005). *Fobias específicas*. Departamento de Psicología de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf>
- Bados, A. (2017). *Fobias específicas: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Facultad de Psicología Clínica, Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115722/1/Fobias%20espec%c3%adficas.pdf>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S. y Hofmann, S. G. (2017). The efficacy of pharmacological and psychological treatments for anxiety disorders: A meta analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 16 (3), 243-256. <https://doi.org/10.1002/wps.20471>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.

Barlow, D., Raffa, S. y Cohen, E. (2002). *Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder*. (3ª ed.). Oxford University Press.

https://www.researchgate.net/publication/313755158_Psychosocial_treatments_for_panic_disorders_phobias_and_generalized_anxiety_disorder University Press.

Beck, A. (1976). *Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales*. International Universities Press.

Beck, A. (1985). *Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión y desarrollos recientes*. Journal of Clinical Psychology.

Beck, A. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.

Benson, H. (1977). *La respuesta de relajación*. HarperTorch.

Bernstein, D. y Borkovec, T. (1973). Entrenamiento en relajación para la reducción de la ansiedad: Un estudio controlado. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(3), 434-439. <https://psycnet.apa.org/record/1974-11691-000>

Cabañas V., Casanova, I. y Rodríguez, I. (2018). Terapia cognitivo-conductual en un caso único de fobia a la conducción. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 71-83. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6642693.pdf>

Cacioppo, J. y Petty, R. (1983). *Psicofisiología social: Un enfoque estímulo-respuesta*. Editorial McGraw-Hill.

- Capafons, J., Sosa, C. y Prieto, P. (2004). Comparación de tres programas terapéuticos para la fobia a viajar en avión. *Psicothema*, 16(4), 661-666.
- Chaves, L. (2013) Beta-bloqueadores y su aplicación actual. *Costarr*, 15(2) ,4. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v15n2/art01v15n2.pdf>
- Campbell, D. y Stanley, J. (1963). Diseños experimentales y cuasi-experimentales para la investigación. Rand McNally.
- Cairós, A. (2019). *Fobia específica: Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (Trabajo de pregrado). Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14599/Fobia%20Especifica%20Diagnostico,%20Evaluacion%20y%20Tratamiento%20.pdf?sequence=1>
- Chand, S. y Marwaha, R. (2023). *Ansiedad*. Librería Nacional de Medicina. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
- Creswell, J. (2014). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y métodos mixtos*. Sage Publications.
- Chóliz, M. (1998). *Técnicas para el control de la activación. Relajación y Respiración*. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G. y Hollon, S. D. (2016). The Effects of Psychotherapy for Depression on Remission. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714000640>

Danza, A., Cristiani, F. y Tamosiunas, G. (2019). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Scielo Uruguay*.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2009000300005

Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer.

García, G. (2014). Un caso de fobia específica situacional a viajar en avión: Evaluación, tratamiento y seguimiento. *Universitas*, <https://losverticesdeltiempo.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/02/informe-final1.pdf>

Gelenberg, A. J., Fawcett, J. y DeRubeis, R. J. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd ed.). *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1-152. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20667285/>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Inga, D. (2020). *Intervención cognitiva conductual en un caso de fobia específica*. [Tesis de posgrado, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNVF.

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6070/TESIS_INGA_VI_LLANUEVA_DENISE_PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jacobson, E. (1938). *Relajación progresiva*. University of Chicago Press.

King, N., Hamilton, C. y Ollendick, T. (1994). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de problemas internalizantes en niños: El papel de los datos longitudinales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 918–927. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.918>

Keller, M. B., Reynolds, C. F., Meoni, P. y others. (2007). Efficacy of duloxetine in patients with generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 790-796. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0604>

Lazarus, R. (1971). *El Papel del Afrontamiento en el Proceso de Estrés*. Springer.

Lieb, R., Miché, M., Gloster, A., Beesdo, K., Meyer, A. y Wittchen, H. (2016). Impacto de la fobia específica en el riesgo de aparición de trastornos mentales: Un estudio prospectivo y longitudinal de 10 años en una comunidad de adolescentes y jóvenes adultos. *Depression and Anxiety*, 3(83).

Lipsitz, J., Barlow, D., Mannuza, S., Hofmann, S. y Fyer, A. (2002). Características clínicas de cuatro subtipos específicos del DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 471-478.

- Marks, I. (1987). *Fobias, miedos y rituales: Pánico, ansiedad y sus trastornos*. Oxford University Press.
- Mineka, S. y Cook, M. (1988). Temeridad y adquisición de fobias en monos de laboratorio. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 179-186.
- Miller, N. y Dollard, J. (1941). *Aprendizaje social e imitación*. Yale University Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2 de febrero del 2023). *Casos de afecciones de salud mental incrementaron casi 20% durante el 2022*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/747822-casos-de-afecciones-de-salud-mental-incrementaron-casi-20-durante-el-2022>
- More Pintado, J. (2020). *Propiedades psicométricas del inventario ansiedad: Rasgo-Estado en jóvenes futbolistas del departamento de Piura* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/46465/More_PJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mowrer, O. (1947). Sobre la doble naturaleza del proceso de aprendizaje: Una reinterpretación del condicionamiento y la resolución de problemas. *Psychological Review*, 54(6), 350-364.
- Muñoz, M., Ausín, B. y Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.

Obregón López, G. M. (2021). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Avances en Psicología*, 29(2), 253–266.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care#:~:text=Este%20detallado%20trabajo%20ofrece%20un%20plan%20maestro%20a,ayudar%20al%20mundo%20a%20transformar%20la%20salud%20mental>.

Organización Panamericana de la Salud (10 de octubre del 2023). *Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Ortiz, A. (2013). *Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a las palomas* [Tesis de posgrado, Universidad Autónoma de Madrid].Repositorio institucional UAM <https://libros.uam.es/tfm/catalog/download/374/689/511?inline=1>

Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. Oxford University Press.

Pacheco, G. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo conductual para un caso de fobia social*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres].

Repositorio

Institucional

USMP.

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4306/pacheco_cpl.pdf?sequence=3

Parsons, T. y Rizzo, A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: *A meta-analysis*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 250-261. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.07.007>

Pavlov, I. (1936). *Reflejos condicionados: Investigación de la actividad fisiológica de la corteza cerebral*. Oxford University Press.

Pérez, M. (2016). *Intervención cognitivo-conductual de un paciente con fobia específica de 6 años: Estudio de caso único* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5834/1140842236.pdf?sequence=1>

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Posada, J. A., Buitrago, J. P., Medina, Y. y Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental. *NOVA publicación científica*, 4(6), 33-41. <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/358/1185>

Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2(3), 307-320.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789471800643>

Skinner, B. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.

Van, D. y Meyer, W. (1983). *Manual de técnica de la investigación educacional*. Paidós.

Vargas, E. (2010). *La autorregulación emocional y su impacto en el bienestar psicológico*.
Universitaria.

Velepuche, J. (2020). *Estudio de un caso clínico con trastorno de fobia específica* [Tesis de posgrado, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Institucional UTMACHALA.
<https://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15502>

Watson, J. (1920). La psicología tal como la ve el conductista. *Psychological Review*, 27(2),
168-177.

Wolpe, J. (1958). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. McGraw-Hill.

Zeballos, S. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con ansiedad social*. [Tesis de posgrado, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6191/UNFV_F_P_Zeballos_Simiona_Segunda_especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zinbarg, R. (2006). El papel de la información en la adquisición y mantenimiento de fobias específicas. *Behaviour Research and Therapy*, 44(5), 695-710