

Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Psicología

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA A LOS INYECTABLES EN UNA USUARIA ADULTA

Trabajo Académico Para optar el Título de Segunda Especialidad en
Terapia Cognitivo Conductual

AUTORA:

Montero Suxe, María Orfelina

ASESOR:

Carlos Ventura, David

JURADO:

Mendoza Huamán, Vicente
Salcedo Angulo, Elena
Vallejos Flores, Miguel

Lima-Perú
2019

Pensamiento:

“Los mejores años de tu vida ocurren cuando decides tener responsabilidad sobre tus problemas. No culpes por ello a tu madre, la ecología o el presidente. Te das cuenta de que controlas tu propio destino”.

Albert Ellis

Dedicatoria

A mi familia: esposo e hija, por su comprensión, apoyo y su constante estímulo para seguir adelante en este proyecto de desarrollo profesional.

A mis padres, aunque físicamente ya no están, mi infinito amor y agradecimiento por su ejemplo de lucha y perseverancia en el logro de mis metas.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, que me acogió en su prestigiosa casa de estudio y me permitió seguir la segunda especialidad.

Al Sindicato de Psicólogos de EsSalud por la acertada coordinación con esta casa de estudios para hacer realidad mi crecimiento profesional.

A toda la plana docente, personal administrativo de la Universidad Nacional Federico Villarreal que me han guiado a lo largo del proceso de estudios con dinamismo y conocimientos.

A mi asesor David D. Carlos Ventura por su paciencia y apoyo que me ha guiado en la elaboración del presente estudio de caso.

Índice

Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice.....	5
Resumen	6
Abstract	7
1.Introducción	8
1.1. Descripción del problema.....	9
1.2. Propuesta de solución.....	10
1.3. Antecedentes	23
1.3.1.1. Antecedentes Nacionales.....	23
1.3.1.2. Antecedentes internacionales	24
1.3.2. Bases Teóricas Científicas	27
1.3.3. Estrategias a emplear.....	37
1.4. Objetivos	40
1.5. Justificación e Importancia.....	41
1.6. Impactos esperados del proyecto.....	41
2.Metodología	42
2.1 Tipo de investigación	41
2.2. Evaluación Psicológica	41
2.2.1. Historia Psicológica	42
2.2.2.Motivo de Consulta.....	43
2.3.Presentación actual del problema.....	43
2.4. Desarrollo cronológico del problema.....	45
2.5. Historia personal	46
2.6. Historia familiar	49
2.7. Instrumentos de recolección de datos.....	50
3. Viabilidad del proyecto	63
4. Productos	64
5. Procedimiento	64
6. Resultados	70
7. Discusión.....	72
8. Conclusiones	74
9. Recomendaciones.....	774
10. Referencias bibliográficas	76

Resumen

El presente trabajo de caso único tuvo como objetivo aplicar las técnicas cognitivo conductuales para disminuir la fobia al uso de inyectables en una mujer adulta en el año 2017; quien padecía de migraña y que muchas veces solo se calma con el medicamento que se le administra a través de inyectables. Debido a un suceso traumático desarrollado en cierto momento de su vida lo lleva a adquirir episodios de fuerte ansiedad acompañados de pensamientos anticipatorios negativos desencadenando respuestas fisiológicas, motoras, emocionales, cognitivas, cuyas reacciones de intenso miedo a los inyectables son considerados como una fobia específica generando limitaciones en la paciente porque lo limita en la ejecución de sus actividades en su vida cotidiana. Para intervenir el problema se ha hecho uso de las técnicas cognitivo conductuales como la Desensibilización Sistemática en sus tres componentes. Se puede afirmar que las técnicas usadas, la disponibilidad de la usuaria, el interés y dedicación depositada en la reestructuración del caso, han sido de éxito como se demuestra en el proceso de intervención, los productos y finalmente los resultados.

Palabras clave: ansiedad, fobia, inyectables.

Abstract

The following work of unique case had like an objective the application of cognitive behavioral techniques in order to diminish phobia to the use of injections in an adult girl in 2017, who suffers from migraine, and most of the time only calms down when she is administered and injection. On account of a traumatic episode developed in a certain moment in her life, she suffers from acute episodic anxiety, accompanied with anticipated negative thoughts releasing physiological, motor, emotional, and cognitive answers. The reactions of extremely fear of injections is considered like a specific phobia which causes limitations in the patient since he is limited in the execution of her daily life. To take actions against the, problem, cognitive behavioral techniques had been used, for instance the systematic desensitization in its three components. It can be affirmed that the used techniques, the availability of the patient, the interest and dedication which was given restructuring the case, had been a complete success, like is shown in the intervention process, products, and last but not least the results.

Keywords: anxiety, phobia, injections

1. Introducción

El presente estudio de caso único, es de una mujer adulta de 36 años de edad, con un diagnóstico principal de Fobia Específica a las agujas de inyectables, en el cual se describe los cambios terapéuticos generados a través de una intervención cognitivo-conductual, teniendo en cuenta el reconocimiento y eficacia del enfoque.

Entendiéndose por fobia específica como un temor persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. El individuo reconoce que el miedo es excesivo o poco razonable, está asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temida, según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

En el Perú el 7% de la población padece de ansiedad en general, las fobias; ese miedo intenso e irracional que hace sufrir a una persona ante objetos, animales, o situaciones concretas también puede ser el síntoma de un trastorno más complejo (Revista El popular.pe 2018).

Otras investigaciones reportan que la mayor prevalencia de todo tipo de trastorno lo presenta el sexo femenino, según el Ministerio de Salud- INSM “HD-HN” (2016).

El estudio de caso único, tiene como propósito disminuir la ansiedad fóbica al uso de los inyectables en la paciente. Definiéndose a la fobia, como el miedo desproporcionado irreal e incontrolable con respecto al peligro al que se expone. A pesar que la paciente con este tipo de fobia comprende que sus miedos son irreales, al enfrentarse al objeto temido provoca en ella un ataque de ansiedad severa. Teniendo en cuenta que: Una reacción de miedo fóbico se caracteriza frente a otros trastornos por ansiedad, por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situación concreta, y al contacto o la anticipación con la situación temida un patrón típico de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras (Lang, 1968). Por otro lado Modéjar (2010) menciona por su parte que la fobia específica se manifiesta en cuatro tipos de respuestas, las cuales son: psicofisiológicas, motoras, cognitivas y emocionales.

En el estudio del presente caso se observa que la paciente presenta frente al estímulo temido (inyecciones) respuestas fisiológicas, motoras, cognitivas y emocionales; como se demuestra en el diagnóstico funcional de conductas, análisis funcional de conductas y análisis cognitivo.

Para el tratamiento se ha tomado en consideración la terapia cognitivo-conductual, el cual se centra en los modelos de Beck (1979) y Ellis (1962), cuyas estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo conductual sostiene que a través de la restructuración cognitiva, el individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valorización subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive y de esta manera se estimula a este, para que altere los esquemas de pensamientos desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa (Bunge, Gomar & Mandill, 2011).

La terapia usada en nuestro trabajo es la desensibilización sistemática en sus tres componentes como se aprecia en el desarrollo de las sesiones, encontrando una respuesta favorable al problema que la paciente venia presentando, Actualmente es capaz de recibir tratamiento para sus enfermedades a través del uso de inyectables.

En el capítulo I se describe la descripción del problema, propuesta de solución al caso, los antecedentes tanto nacionales e internacionales, marco referencial incluyendo la técnica de tratamiento utilizada, los objetivos, justificación e importancia, los impactos esperados en el presente trabajo.

En el capítulo II se establece la metodología así como el tipo de investigación, se confecciona la historia psicológica, se realiza el informe psicológico y el uso de los instrumentos utilizados.

En el capítulo III se menciona la viabilidad del trabajo, se explica las condiciones en que se ejecutó, el acceso al caso, a los instrumentos, al ambiente físico donde tuvo lugar el desarrollo del presente trabajo.

En el IV capítulo se describe los productos obtenidos a través del programa de intervención, los procedimientos, resultados obtenidos, se realiza la discusión y resultados.

Finalmente, en el capítulo V se realiza las recomendaciones necesarias a partir del presente trabajo.

1.1. Descripción del problema

El presente estudio de caso trata sobre una mujer adulta de 36 años de edad, quien presenta fobia específica, refiriendo tener miedo exagerado a las inyecciones, y a pesar que sabía que su miedo era irracional no lograba controlar su ansiedad cada vez que debe

hacer uso de inyectables para calmar sus crisis de migraña; además aclara que no es temor a la medicina, ni a los médicos tampoco al hospital.

La conducta problema que manifiesta Patricia está relacionado con fobias específicas, experimentando miedo exagerado e irracional a los inyectables al cual trata de evitar. Ante esta situación emite respuestas tanto fisiológicas, motoras, cognitivas y emocionales; tal como Mondejar (2010) menciona que la fobia específica se manifiesta en cuatro tipos de respuestas los cuales son psicofisiológico, motor, cognitivo y emocional. Por otro lado se describe en el CIE 10 en Trastornos Mentales y del Comportamiento (1992: 173) a la Fobia: miedo irracional producido por una situación específica que la paciente trata de evitar. CIE 10 Trastornos mentales y del Comportamiento (1992: 172). Fobia: temor exagerado, generalmente patológico a algún tipo de estímulo o situación determinada.

Por lo expuesto se plantea la siguiente propuesta de trabajo

Problema de investigación:

¿En qué medida las estrategias Cognitivo Conductuales permitirá disminuir la fobia a los inyectables en una paciente mujer adulta?

1.2. Propuesta de solución

Este programa de intervención está dirigido a disminuir los pensamientos irracionales y modificar conductas de escape frente a estímulos fóbicos. Por lo que, se aplicó un programa de Intervención cognitivo conductual, con un modelo ABA, en quince sesiones con desensibilización sistemática, psicoeducación y reestructuración cognitiva.

Tabla 1

SESION N° 1: “Recopilación de Información”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Presentación y bienvenida	Recepción y saludo personal.	Recopilar información sobre el motivo de consulta.	Se saluda cordialmente, se da la bienvenida a la paciente. Se inicia la entrevista.	Consentimiento informado	5 min.
Entrevista	Recolección de datos	Recolectar datos para la historia psicológica	Se recolecta información para la historia psicológica.		15 min.
Desarrollo central de la actividad.	Encuadre	Establecer una alianza estratégica terapéutica a través de la motivación.	Se explica claramente en qué consistirá el proceso psicoterapéutico: 2 veces por semana/ duración 1 hora cada sesión. Se solicita compromiso formal para lograr cambios asertivos. Se detallan estrategias psicológicas, dinámicas que refuerzan y aumentan el aprendizaje cognitivo de las sesiones.		30 min.
Cierre	Despedida	Cierre de Sesión. Despedida.	Se acuerda la siguiente sesión, fecha, lugar, hora. Se brinda la oportunidad para que la paciente aclare dudas, interrogantes sobre su caso.		10 min.

Tabla 2

SESION N° 2: “Recopilación de información”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Bienvenida al paciente.	Recepción y saludo personal y raport	Incrementar la motivación y confianza de la paciente.	Recibimiento, bienvenida permitiéndole establecer confianza con la terapeuta, otorgarle comodidad en el lugar.		5 min.
Entrevista	Recolección de datos	Recolectar datos para la historia psicológica	Se continúa con la recolección de datos para la historia psicológica.		15 min.
Desarrollo central de la actividad.	Se recopila información: historia clínica Cognitivo Conductual. Aplicación de pruebas psicológicas.	Elaboración de historia clínica c.c. mediante pruebas psicológicas.	Aplicación de prueba psicológica, Cuestionario de personalidad de Eysenck (PEN).	Cuestionario de Eysenck (PEN) Lápiz, hoja de respuestas.	35 min.
Término y despedida de Sesión.	Referencias de los resultados.	Término y despedida de la sesión.	Resalto lo valioso de sus resultados, reconociendo sus respuestas y reforzando su individualidad. Luego se da por concluido.		5 min.

Tabla 3

SESION N° 3: “Recopilación de información”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Presentación y bienvenida personal a la sesión.	Recepción y saludo a la paciente.	Establecimiento del rapport .	Se le da bienvenida a la sesión Se establece breve diálogo preguntándole cómo se siente y cómo se ha sentido en los últimos días.	Entrevista	5 min.
Entrevista	Recolección de datos	Recolectar datos para la historia psicológica	Se continúa con la recolección de datos para la historia psicológica.		10 min.
Presentación Inicial de la actividad.	Se realiza el análisis funcional de las conductas problemas.	Reconocer y analizar sus conductas problemas.	Se analizan las conductas problemas que anteceden a la necesidad de recibir tratamiento para su migraña a través del uso de inyecciones como: ser capaz de dialogar con el esposo, disminuir la frecuencia de pedir permisos en su trabajo para acudir al hospital por emergencia por cefaleas, visitar sin dificultad a su suegra, aceptar salir de comisión en su trabajo sin dificultad.		10 min.
Aplicación de prueba	Aplicación de prueba psicológica	Aplicación de prueba psicológica.	Aplicación del test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck.	Cuestionario, hoja de rptas. lápiz	30 min.
Cierre de la sesión.	Fortalecimiento temático	Control de la conducta problema	Se debate sobre pensamiento, emoción y conducta.		5 min.

Tabla 4

SESION N° 4: “Psicoeducación” “Relajándome”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Bienvenida al paciente.	Recepción y saludo personal y raport	Incrementar la motivación y confianza de la paciente.	Recibimiento, bienvenida permitiéndole establecer confianza con la terapeuta, otorgarle comodidad en el lugar.		5 min.
Desarrollo central de la actividad.”	Explicar a la paciente conceptos relacionados a su problema.	Dar a conocer información para que la paciente comprenda su problema actual.	Se le brinda Psi coeducación: se le explica en que consiste la ansiedad, diferenciando entre una ansiedad natural y ansiedad patológica. Fases de la ansiedad, causas, síntomas logrando identificar sus propias respuestas de ansiedad. Se le explica en qué consiste la fobia específica, cómo se inician las fobias, en su caso la fobia a los inyectables, reconocimiento, análisis del inicio de su problema y el proceso de psicoterapia a seguir a través de las técnicas cognitivo conductuales.		10 min.
Desarrollo central de la actividad.	Explicación de la técnica.	Aplicar la técnica de relajación para manejar su ansiedad.	Se aplica la técnica de relajación Progresiva de Edmund Jacobson (primera parte).	Una silla cómoda para la terapia	40 min.
Término y despedida de Sesión.	Referencias de los resultados.	Término y despedida de la sesión.	Resalto lo valioso de sus resultados, reconociendo sus respuestas y reforzando su individualidad. Luego se da por concluido.		5 min.

Tabla 5

SESION N° 5: “Relajándome”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO	OBSERVACIONES
Bienvenida al paciente.	Recepción y saludo	Reforzar empatía y establecer estrategia de la sesión.	Se brinda un ambiente de confianza, privacidad, respeto y ética. Se conversa un poco sobre acontecimientos que le haya pasado durante los días sin sesión.		5 min.	
Presentación Inicial de la sesión.	Se explica la actividad a desarrollarse.	Presentación, sustentación y aceptación de la sesión.	Explico en qué consiste la técnica a desarrollarse, sus beneficios.		5 min.	
Desarrollo central de la actividad.	Explicación de la técnica.	Aplicar la técnica de relajación para manejar su ansiedad.	Se aplica la técnica de relajación Progresiva de Edmund Jacobson (primera parte).	Una silla cómoda para la terapia	40 min.	Tarea: practica la técnica aprendida en casa
Cierre de la sesión.	Evaluación, de la técnica aplicada.	Disminución de su ansiedad.	Aclarar dudas, reforzar la importancia de la práctica de la técnica para el manejo de su problema de ansiedad.		10 min.	

Tabla 6

SESION N° 6: “Jerarquización”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Establecimiento de rapport.	Saludo amable, clima cálido y confiable, resaltando su asistencia y puntualidad.		5 min.
Presentación Inicial de la sesión.	Se le explica la actividad a desarrollarse.	Reforzar conceptos de fobia.	Se explica brevemente conceptos de fobia específica. Concientizar a la paciente sobre la importancia de enfrentar los problemas en el lugar y momento oportuno.		10 min.
Desarrollo central de la sesión.	Psi coeducación	Psi coeducación	SA través de la psi coeducación se refuerza conceptos de fobia específica (fobia al os inyectables).		15 min.
Jerarquización	Jerarquización	Jerarquización de ítems	Se establece la construcción de jerarquías de ansiedad (SUD).		25 min
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se solicita su apreciación sobre la técnica realizada.		5 min.

Tabla 7

SESION N° 7: “Afrontando mis fobias”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Establecimiento de rapport.	Recibimiento brindando un ambiente de confianza, seguridad y ética profesional.	5 min.	
Presentación Inicial de la actividad.	Información de la actividad a desarrollarse en esta sesión.	Brindar soporte para afrontar la fobia.	Se explica de forma precisa la importancia en su vida d superar la fobia a los inyectables.	5 min.	
Desarrollo central de la sesión.	Reestructuración cognitiva	Modificar pensamientos inadecuados	-Se analiza pensamientos de distorsiones cognitivas respecto a las fobias a los inyectables. -Se explica el proceso de la técnica a trabajar.	10 min.	Se le pide que lo practique diariamente.
Desarrollo de actividades	DD. SS. En imaginación		-Se pone en práctica la técnica de DD.SS. en imaginación con la finalidad de intervenir la fobia específica a los inyectables para disminuir las respuestas de ansiedad y miedo para controlar las conductas de evitación. -Presentación de estímulos provocadores de ansiedad en imaginación o imágenes según el orden de la jerarquización. - Se aplica la relajación muscular profunda.	35 min	
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se refuerza la importancia de la técnica para lograr un cambio favorable.	5 min.	

Tabla 8

SESION N° 8: “Afrontando mis fobias”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Establecimiento de rapport.	Recibimiento brindando un ambiente de confianza, seguridad y ética profesional.	5 min.	
Presentación Inicial de la sesión.	Información breve de la actividad a desarrollarse.	Presentación de la actividad.	Reforzar información sobre las características de la actividad y su importancia de la práctica para superar su problema.		.
Desarrollo central de la sesión.	Reestructuración cognitiva	Modificar pensamientos inadecuados	-Se continúa con la reestructuración cognitiva.	15 min.	Se le pide que lo practique diariamente.
Desarrollo de actividades	DD. SS. En imaginación		-Se continua con la aplicación de la técnica de DD.SS. en imaginación con la finalidad de intervenir la fobia específica a los inyectables para disminuir las respuestas de ansiedad y miedo para controlar las conductas de evitación. -Presentación de estímulos provocadores de ansiedad en imaginación o imágenes según el orden de la jerarquización. - Se aplica la relajación muscular profunda.	35 min	Se le pide que lo practique diariamente.
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se refuerza la importancia de la técnica para lograr un cambio favorable.	5 min.	

Tabla 9

SESION N° 9: “Afrontando mis fobias”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Establecimiento de raport.	Recibimiento brindando un ambiente de confianza, seguridad y ética profesional.	5 min.	
Presentación Inicial de la sesión.	Información breve de la actividad a desarrollarse.	Presentación de la actividad.	Reforzar información sobre las características de la actividad y su importancia de la práctica para superar su problema. Se conversa sobre el avance del tratamiento.	10 min	.
Desarrollo central de la sesión.	Reestructuración cognitiva	Modificar pensamientos inadecuados	-Se continúa con la reestructuración cognitiva.	10 min.	Se le pide que lo practique diariamente.
Desarrollo de actividades	DD. SS. En imaginación		-Se continua con la aplicación de la técnica de DD.SS. en imaginación. - Se aplica la relajación muscular profunda.	30 min	Se le pide que lo practique diariamente.
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se refuerza la importancia de la técnica para lograr un cambio favorable.	5 min.	

Tabla 10

SESION N° 10: “Controlando mi fobia”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	TIEMPO
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Brindar tranquilidad y confianza.	Saludo de bienvenida, clima cálido de confianza, respeto y ética profesional; resaltando su asistencia y puntualidad.	5 min.
Presentación Inicial de la sesión.	Información breve de la actividad a desarrollarse.	Presentación de la actividad.	Reforzar información sobre las características de la actividad y su importancia de la práctica para superar su problema.	10 min.
Desarrollo central de la sesión.	Reestructuración cognitiva	Modificar pensamientos inadecuados	-Se continúa con la reestructuración cognitiva.	10 min.
Desarrollo central de la sesión.	DDSS en vivo	DDSS. En vivo	Según el orden de los ítems se le irá presentando los estímulos aversivos en vivo	30 min.
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se solicita su apreciación sobre la técnica realizada.	5 min.

Tabla 11

SESION N° 11: “Controlando mi fobia”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	TIEMPO
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Brindar tranquilidad y confianza.	Saludo de bienvenida, clima cálido de confianza, respeto y ética profesional; resaltando su asistencia y puntualidad.	5 min.
Presentación Inicial de la sesión.	Información breve de la actividad a desarrollarse.	Presentación de la actividad.	Reforzar información sobre las características de la actividad y su importancia de la práctica para superar su problema.	5 min.
Desarrollo central de la sesión.	Reestructuración cognitiva	Modificar pensamientos inadecuados	-Se continúa con la reestructuración cognitiva.	10 min.
Desarrollo central de la sesión.	Se explica el funcionamiento del taller. (Taller grupal en su centro de trabajo, participación de compañeros)	Disminuir su ansiedad cada vez que visita a su suegra.	-Se realiza taller vivencial en su centro laboral con la participación de sus compañeros d trabajo. -A través de la técnica del “perdón y oración” se le entrena a la paciente a aceptar a la familia del esposo con sus virtudes y defectos, perdonar las ofensas como método de sanación. -Se realiza psi coeducación en el tema. -Haciendo uso de colchonetas se le induce a la relajación. -Se realiza la técnica del “perdón y Oración”, durante la práctica se le observa episodio de labilidad y luego sonrisas.	40 min
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se solicita su apreciación sobre la técnica realizada.	5 min.

Tabla 12

SESION N° 12: “Controlando mi fobia”

ETAPAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO DE ACTIVIDAD	TIEMPO
Presentación y bienvenida.	Recibimiento y saludo.	Brindar tranquilidad y confianza.	Saludo de bienvenida, clima cálido de confianza, respeto y ética profesional; resaltando su asistencia y puntualidad.	5 min.
Presentación Inicial de la sesión.	Información breve de la actividad a desarrollarse.	Presentación de la actividad.	Reforzar información sobre las características de la actividad y su importancia de la práctica para superar su problema.	10 min.
Desarrollo central de la sesión.	Reestructuración cognitiva	Modificar pensamientos inadecuados	-Se continúa con la reestructuración cognitiva.	10 min.
Desarrollo central de la sesión.	Se le entrena en la técnica de DD.SS para disminuir su ansiedad. (SUD).	Disminuir la fobia al uso de inyectables.	Según el orden de los ítems se le irá presentando los estímulos aversivos en vivo -Se acude para práctica de inyectarse con suero fisiológico.	30 min
Cierre de la sesión.	Reforzamiento temático.	Despedida.	Se solicita su apreciación sobre la técnica realizada.	5 min.

1.3. Antecedentes

1.3.1. Estudios Nacionales e Internacionales

1.3.1.1. Antecedentes Nacionales

Según la (Revista el Popular.pe 2018); sobre la salud Mental en el Perú, refiere que de acuerdo con estudios del Ministerio de salud, el 7% de la población padece de ansiedad en general, con zonas de mayor prevalencia Lima metropolitana. Las fobias por ejemplo ese miedo intenso e irracional que hace sufrir a una persona ante objetos animales, cosas o situaciones concretas, también puede ser el síntoma de un trastorno más complejo.

El Ministerio de Salud- INSM “HD-HN” (2016) realizó un estudio Epidemiológico en niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el año 2007, en el cual se halló una prevalencia de trastornos de ansiedad en los adolescentes de (11 – 18 años), de 16,6 %; con 5,6 % de fobia específica, 5,2 % de TAG, 3,4 % de fobia social, 1,9 % de trastorno de ansiedad de separación, y 0,5 % de trastorno de angustia con agorafobia. Además se corroboró lo reportado en otras investigaciones en relación a mayor prevalencia de todo tipo de trastornos en el sexo femenino.

En el contexto peruano, Espinoza (2006) evaluó el Programa de Intervención Cognitivo-Conductual en un grupo de sujetos con trastorno de fobia social para determinar los efectos de la aplicación de dicho programa. La muestra estuvo constituida por cinco mujeres y un hombre que acudieron a un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana con el diagnóstico clínico de fobia social. El programa contó con ocho sesiones y una sesión de seguimiento. Respecto a los instrumentos, se utilizó un registro de conductas sociales, un registro de pensamientos, un registro fisiológico, la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS), los cuales indicaban los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales del trastorno. En el programa, se aplicaron técnicas cognitivo conductuales para incrementar las habilidades sociales (componente conductual), modificar el componente cognitivo que se presentan como pensamientos distorsionados tanto a nivel personal como social, y para disminuir y controlar la ansiedad en el componente fisiológico. Finalmente, los resultados mostraron un cambio significativo en los pacientes ya que no solo presentaron una disminución en los niveles de ansiedad, sino también, un pensamiento menos catastrófico y más racional, reflejando una mayor ejecución de sus habilidades sociales.

Fabián Fiesta, Mariana Piazza (2004-2005) realizaron un estudio que tiene como objetivo presentar resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental para Perú (EMSM – Perú), con respecto a la prevalencia de vida de 18 trastornos mentales de cinco de las mayores ciudades del país.

La población de estudio incluyó a residentes adultos de viviendas en la comunidad, que no corresponden a instituciones como hospitales, cuarteles, cárceles entre otros. Las ciudades seleccionadas fueron: Lima metropolitana, la cual alberga un tercio de la población peruana, Chiclayo en la costa, Huancayo y Arequipa en la sierra, e Iquitos en la selva. La muestra incluye adultos entre 18 y 65 años, un total de 4560 personas; (3376 en Lima, 256 en Chiclayo, 480 en Arequipa, 224 en Huancayo y 224 en Iquitos. Cuyos resultados fueron: 29% tuvieron al menos un trastorno psiquiátrico en su vida; 10.5% tuvieron dos o más diagnósticos y 4% tres o más trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad fueron los más comunes, con 14.9% de prevalencia, seguidos de los trastornos del humor con 8.2% y los trastornos por control de impulsos con 8.1%, mientras que los trastornos por consumo de sustancias tuvieron una prevalencia de 5,8%. Los cuatro trastornos individuales más comunes fueron las *fobias* específicas (6,6%). El estudio concluye que un tercio de la población urbana en el Perú sufre de alguna enfermedad psiquiátrica.

Velásquez (2002) realizó una investigación titulada Creencias irracionales y ansiedad en ingresantes de la Universidad Nacional de Ingeniería; que tuvo como objetivo identificar si existe correlación entre creencias irracionales y la ansiedad; y como estas contribuyen a la prevalencia emocional. La muestra estuvo conformada por un total de 652 estudiantes de ingresantes a la universidad Nacional de Ingeniería y los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Creencias Irracionales de Albert Ellis y el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo IDARE. Los resultados obtenidos evidencian que existe una correlación significativa entre ansiedad estado/rasgo y las creencias irracionales. También se encontró que la aparición de dos o más creencias en una misma persona generan más ansiedad que al presentarse sola.

1.3.1.2. Antecedentes Internacionales

Susan Mineka y Jon Sutton (Perspectivas en la Etiología de Miedos y Fobias, pág. 81) Durante mucho tiempo, las observaciones anecdóticas han sugerido que la gente

puede adquirir miedos y fobias intensos simplemente por observar a otro individuo que demuestra miedo en presencia de un objeto o situación potencialmente fóbicos. Los estudios retrospectivos de humanos con fobias han confirmado estas observaciones anecdóticas en una pequeña pero significativa proporción. Los sujetos de estudio por ejemplo Ost y Hugdahl (1981) encontraron que el 17% de su muestra de personas con fobias específicas reportaron que su experiencias de condicionamiento indirecto estaban implicados esencialmente en los orígenes de sus fobias, el 40% para personas con fobias hacia ciertos animales.

Muris y Merckelbach (2001) revisaron ocho estudios sobre niños con fobias y reportaron un amplio rango de estimados de que las experiencias modelos eran responsables, al menos en parte, de los orígenes de las fobias de los niños (entre 8% - 73 %).

Baños, Botella, Perpiña y Quero (2001) realizaron una investigación para conocer la efectividad del uso de la realidad virtual para tratar la fobia a viajar en avión en una mujer adulta de 41 años de edad. La ansiedad que siente ante el hecho de tener que volar aparece principalmente cuando está dentro del avión, es decir, situaciones de despegue, vuelo y aterrizaje. Además, presenta una leve ansiedad anticipatoria (los días o momentos antes del vuelo o en el aeropuerto) y no manifiesta ansiedad posterior a la situación fóbica ya que cuando baja del avión siente tranquilidad. La principal conducta objetivo de la terapia era subir en avión sola ya que cuando tiene que volar sólo lo hacía si es acompañada.

La evaluación se llevó a cabo mediante el uso de diversos instrumentos y sesiones de terapia. En cuanto a los instrumentos algunos de ellos fueron entrevistas estructuradas para conocer la historia del trastorno de ansiedad, así como descartar la existencia de algún otro problema psicológico, auto registros diarios que evalúe la conducta objetivo de la terapia (miedo a volar) en cuanto a su grado de temor, de evitación y de firmeza en los pensamientos catastróficos en una escala de 0 (en absoluto) a 10 (extremadamente). Así como la escala para evaluar las expectativas de peligro y ansiedad para el miedo a volar que va de 0 (Nunca) a 3 (Muchas veces) y la escala de miedo a volar el cual evalúa el grado de ansiedad percibido en relación a distintas situaciones relacionadas con el vuelo (miedo durante el vuelo y miedo a situaciones sin auto implicación) (Sosa, Capafons, Viña & Herrero, 1995).

Respecto a la terapia, se realizaron ocho sesiones las cuales las dos primeras fueron informativas, es decir, se le explicaba a la participante qué es una fobia y cuáles son sus consecuencias. Las seis siguientes sesiones se dedicaban a la exposición virtual. Se registraban los niveles de ansiedad antes, durante y al finalizar la exposición, y se pedía seguir cumpliendo con el registro diario de temor y evitación. Las escenas de realidad virtual fueron tres: preparándose para el viaje, esperando en el aeropuerto y preparándose para el despegue. Los resultados arrojaron que las escenas virtuales lograron inducir ansiedad a la participante. En la última sesión, la participante realizó un vuelo con muy baja ansiedad, lo cual indicaría que el tratamiento mediante la realidad virtual fue eficaz para esta persona, así mismo esto se corroboró con la comparación de las puntuaciones en los autoregistros.

En el estudio de Lipsitz y Cols (2002), el 90% de las fobias son a los animales, el 84% de las fobias a la sangre/inyecciones y el 67% de las fobias de tipo ambiente natural (alturas). Empezaron en la infancia (12 años) en comparación a sólo el 18 % de las fobias de tipo situacional (conducir, ascensores, espacios cerrados). Otros han señalado que las fobias de tipo situacional suelen tener una edad de comienzo bimodal con una elevación en la infancia y otra en la de los mitad de los 20 años. (Arturo Bados López, 20 de noviembre del 2005, pág. Fob-Esp-6).

Por otro lado, Brignardello-Petersen (2017) evaluó el efecto de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en un grupo de niños y adolescentes con fobia a la anestesia intra oral. La muestra estuvo conformada por 67 participantes (58% mujeres y 42% varones) quienes recibían tratamiento en un centro especializado en odontofobia. Se asignó de manera aleatoria dos grupos, uno de ellos recibió de manera inmediata terapia cognitiva; mientras que, el otro grupo esperó cinco semanas para iniciar el tratamiento. La terapia estuvo constituida por 5 sesiones en las que se aumentó la exposición a la jeringa y la aguja en cada sesión y se evaluaron y abordaron los pensamientos de los participantes. Para ello, se aplicaron dos escalas las cuales fueron Intra-Oral Injection Fear Scale y Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. Los participantes que recibieron inmediatamente la TCC tenían puntuaciones más bajas para la mayoría de los índices utilizados para la evaluación de la fobia. Esta reducción fue estadísticamente diferente de aquellos participantes que esperaron para recibir tratamiento. Posteriormente, todos los participantes fueron evaluados luego de un año de terapia y se encontró

reducciones significativas en todos los índices utilizados para evaluar la fobia en comparación con los puntajes iniciales.

Susan Mineka y Jon Sutton (Perspectivas en la Etiología de Miedos y Fobias, pág. 81).

Durante mucho tiempo, las observaciones anecdóticas han sugerido que la gente puede adquirir miedos y fobias intensos simplemente por observar a otro individuo que demuestra miedo en presencia de un objeto o situación potencialmente fóbicos. Los estudios retrospectivos de humanos con fobias han confirmado estas observaciones anecdóticas en una pequeña pero significativa proporción. Los sujetos de estudio por ejemplo Ost y Hugdahl (1981) encontraron que el 17% de su muestra de personas con fobias específicas reportaron que su experiencias de condicionamiento indirecto estaban implicados esencialmente en los orígenes de sus fobias, el 40% para personas con fobias hacia ciertos animales.

Muris y Merckelbach (2001) revisaron ocho estudios sobre niños con fobias y reportaron un amplio rango de estimados de que las experiencias modelos eran responsables, al menos en parte, de los orígenes de las fobias de los niños (entre 8% - 73 %).

1.3.2. Bases Teóricas Científicas

Alva Luque Gonzales (2017), refieren que existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, en el presente trabajo abordaremos la fobia específica.

Según el DSM V. (Asociación Americana de Psiquiatría 2013), define a la fobia específica como el miedo irracional intensa que una persona experimenta ante determinados objetos o situaciones. La fobia podríamos decir que tiene tres características que la definen: En primer lugar, el elevado grado de ansiedad generado ante la presencia o anticipación del estímulo temido, en segundo lugar, el deseo irrefrenable de huir o escapar. Y por último, la capacidad de reconocer, fuera de la situación fóbica, el carácter exagerado de su miedo, así como la incapacidad para eliminarlo por sí misma (Beck, 1980).

1.3.2.1 .Fobia a las Inyecciones

El miedo a las inyecciones tiene nombre: tripanofobia, es una de las fobias más comunes y se calcula que cerca del 10% de la población lo padece en algún grado. En ocasiones, este problema se debe a malas experiencias vividas en la niñez, las cuales incuban un terror inconsciente cuando somos adultos.

De acuerdo a Alejandra Cuevas Lic. En Nutrición y educadora en Diabetes, “ El miedo a inyectarse surge desde pequeños cuando algunas mamás o abuelas inculcan la idea errónea de que una inyección es dolorosa, además también acostumbran a amenazar con inyecciones como una medida de castigo (Bienestar 180, por Manuel J. Manuel reyes, Editor de Salud 180.com).

1.3.2.2. Fobia a las agujas

Según el DSM -IV (American Psychiatric Association, 1994), la fobia específica se define como un temor persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. El individuo reconoce que el miedo es excesivo o poco razonable, está asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temida. En algunas personas, la evitación fóbica es mínima, aunque la exposición a la situación produce con toda seguridad niveles intensos de ansiedad. Las fobias específicas se pueden diferenciar de otros trastornos fóbicos basándose en los tipos de situaciones que se evitan, así como en las características asociadas al trastorno. Por ejemplo, es probable que los individuos que evitan un conjunto de situaciones específicas asociadas de forma típica con la agorafobia (multitudes, conducir, lugares cerrados) reciban un diagnóstico de trastorno por pánico con agorafobia, especialmente si el centro de la aprensión en la situación temida es la posibilidad de experimentar un ataque de pánico. De igual manera, una persona que teme y evita situaciones que entrañan evaluación social (hablar en público, conocer a nuevas personas) es probable que reciba un diagnóstico de fobia social. Es así que, el DSM-IV no asigna un diagnóstico de fobia específica si el temor se explica mejor por otro trastorno mental.

Existe una gama de fobias específicas acorde a la naturaleza del estímulo, las más comunes son las fobias a los animales, a la sangre y a las heridas, a los médicos y dentistas, a las alturas, a los lugares cerrados, a los ruidos, a la oscuridad, a conducir o

viajar en avión (Marks, 1987). Sin embargo, existe una subdivisión la cual comprende fobia a los animales, fobias al ambiente natural, fobia al sangre/inyecciones/sufrir daño, fobias situacionales, y otros tipos (Himle, McPhee, Cameron & Curtis, 1989).

La fobia a los animales consiste en un miedo irracional a animales tales como pájaros, perros, gatos, ranas, serpientes, arañas, mariposas, abejas y avispas. Este tipo de fobia supone miedo y evitación a los animales en sí mismos y no tanto asco o miedo a la posible contaminación. Normalmente las personas temen a un tipo de animal y no a otras especies diferentes y, únicamente, una minoría muestra miedo por el daño que le pueda causar el animal. En general, en la mayor parte de los casos los fóbicos temen al pánico que pueden llegar a experimentar y mostrar ante la presencia del animal, y a las consecuencias negativas que ello puede tener.

Las fobias al ambiente natural incluyen miedos a las tormentas, al agua y a las alturas. Estos temores son muy frecuentes en el sexo masculino, asimismo, el temor a las alturas es la fobia específica más frecuente (Bourdon et al., 1988). Los miedos al ambiente natural suelen comenzar en la infancia, aunque existen evidencias de que las fobias a las alturas aparecen más tarde que otras fobias de este mismo tipo (Curtís, Hill & Lewis, 1990). Amplios estudios epidemiológicos han encontrado que las fobias a las tormentas y al agua son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (Bourdon et al., 1988, Agras, Sylvester & Oliveau, 1969). Con respecto a la razón por sexo, las fobias a las alturas parecen ser diferentes a las otras fobias al ambiente natural, ya que sólo el 58% de los individuos con fobias a las alturas suelen ser mujeres (Antony, 1994).

Las fobias a la sangre/inyecciones/sufrir daño incluyen los miedos a ver sangre, recibir inyecciones, observar o sufrir procedimientos quirúrgicos y otras situaciones médicas similares. Suelen comenzar en la infancia o principio de la adolescencia y son más frecuentes en mujeres (Agras et al., 1969; Öst, 1987, 1992). A diferencia de otras fobias, las que son a la sangre/inyecciones/sufrir daño se encuentran asociadas a menudo a una respuesta fisiológica bifásica durante la exposición a las situaciones temidas. Esta respuesta comienza con un aumento inicial de la activación, seguido por una brusca caída en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea, lo que a veces produce desmayos. Aproximadamente, el 70% de los individuos con fobia a la sangre y el 56% de los que tienen fobia a las inyecciones relatan una historia de desmayos en la situación temida (Öst, 1992). En este tipo de fobia parece que la ansiedad se relaciona más con la anticipación de un posible desvanecimiento que con el estímulo fóbico.

En la fobia a la SIH son frecuentes el mareo, el sudor, la palidez, las náuseas (sin vómitos) y el desvanecimiento. A diferencia de otras fobias, el patrón fisiológico de respuesta que se da en la fobia a la SIH es muy distinto. En concreto en otras fobias se produce un incremento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco ante el estímulo temido. En cambio en la fobia a SIH se produce una respuesta difásica en la que el citado incremento es seguido en breve (de segundos a cuatro minutos) por una rápida caída de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco de (30 – 45 pulsaciones por minuto), lo cual puede conducir al desmayo, no todos los fóbicos al SIH presentan la respuesta difásica (Arturo Bados López, 2005).

Por otro lado, las llamadas fobias situacionales abarcan un conjunto variado de situaciones, aunque las más representativas son la fobia a los aviones, la fobia a conducir, la fobia a los lugares muy concurridos, la fobia a las alturas y a los puentes. El aspecto más distintivo de este tipo de fobia específica frente a las fobias a los animales o las fobias a la sangre o las heridas, es que suele presentarse tanto en solitario, como formando parte del trastorno por angustia con agorafobia (Marks, 1987). Algunos autores han llegado a sugerir que las fobias específicas situacionales podrían considerarse como una forma moderada de agorafobia más que como una fobia específica (Himle et al., 1989).

Finalmente, en el DSM-IV se incluyó un apartado denominado “otros tipos” para describir a las fobias que no se clasifican fácilmente utilizando los cuatro principales tipos de fobia específica. Ejemplos de fobias incluidas en la sección de “otros tipos” incluyen los temores de asfixiarse, vomitar y a los globos, aunque cualquier fobia que no se clasifique fácilmente como uno de los otros cuatro tipos se incluiría en esta categoría.

1.3.2.3. Características y/o manifestaciones

Una reacción de miedo fóbico se caracteriza, frente a otros trastornos por ansiedad, por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situación concreta, y el contacto o la anticipación con la situación temida desencadena un patrón típico de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras (Lang, 1968).

En el plano fisiológico se pone en marcha todo un conjunto de respuestas fisiológicas características de un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo tales como aumento en la tasa cardíaca y respiratoria, sudoración, inhibición de la salivación, contracciones estomacales, náuseas, diarrea, elevación de la tensión arterial. El problema en este punto es que existen importantes diferencias individuales en el patrón

de reacciones autónomas, de forma que no existe una única medida que represente la reacción somática del miedo para todos los individuos (Lacey & Lacey, 1958). Dicho aspecto adquiere relevancia a la hora de establecer criterios de cambio o éxito terapéutico.

En el plano cognitivo o subjetivo el individuo puede desplegar toda una serie de creencias sobre la situación temida y sobre su capacidad para afrontarla, así como un amplio conjunto de interpretaciones subjetivas acerca de sus reacciones fisiológicas. Todo ello se puede traducir en imágenes o auto-verbalizaciones de las consecuencias negativas que espera. Finalmente, a nivel motor la reacción más frecuente puede ser abandonar la situación temida lo más rápidamente posible y tratar de evitarla en el futuro.

Por su parte, Mondéjar (2010) menciona que la fobia específica se manifiesta en cuatro tipos de respuesta los cuales son psicofisiológico, motor, cognitivo y emocional. En el cognitivo, el individuo siente miedo irracional pero también se le presentan imágenes, interpretaciones o creencias automáticas que se encuentran vinculadas al estímulo fóbico. En cuanto al emocional, este se da en torno a la ansiedad y miedo, es así que se generan mayores sentimientos negativos como culpabilidad o alteraciones.

Por otro lado, se han producido dos modificaciones relevantes en cuanto a los criterios diagnósticos para la fobia social (Frances & Widiger, 2012). El primero consiste en eliminar la necesidad de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su miedo-ansiedad sea excesivo o irracional. En vez de ello, se incluye que sea el clínico quien determine si esa ansiedad es desproporcionada respecto al peligro o amenaza real de la situación teniendo en cuenta factores culturales y contextuales. El segundo consiste en añadir el criterio temporal de que dichas alteraciones deben tener una duración mínima de 6 meses, aspecto que en el DSM-IV-TR se circunscribía a las fobias específicas en menores de 18 años.

En cuanto a los síntomas, el manual menciona que estos son involuntarios tales como palpitaciones, sudoración, sequedad en los labios, temblores y un ritmo cardíaco acelerado. Otros síntomas se encuentran relacionados al pecho y abdomen. Estos son la sensación de ahogo, dolor en el pecho, náuseas y dificultad de respirar. Un siguiente síntoma es en el estado mental. El individuo percibe mareos, pérdida del conocimiento, temor a morir y sensación de objetos irreales. Aquí se encuentran la sensación de hormigueo y escalofríos (Martín-Vegue, Vázquez-Barquero & Herrera, 2002).

1.3.2.4. Factores que influyen en la adquisición de una fobia

Según la (Revista de Actualización Clínica investiga versión impresa ISSN 2304-3768). Existen factores que pueden desencadenar fobias como:

Factores externos: como el ambiente social, familiar, tipo de educación recibida, sucesos de la vida personal de origen traumático, situaciones de estrés intenso, etc.

Factores internos: se toma en cuenta las características de personalidad y temperamento, que influiría para la presencia de la fobia. De esta manera las personas con menor capacidad de autoestima, son un grupo vulnerable para adquirir la enfermedad.

Algunos aspectos tales como las vivencias o experiencias traumatizantes, observación de otros que viven experiencias dolorosas o traumáticas.

Origen de las fobias

Gran parte de las fobias tienen su origen en la infancia, siendo la causa más común de adquirir una experiencia desagradable o traumatizante. A partir de la observación de una persona que sufre o vive la experiencia traumática, a través de información recibida o adquirida, por factores genéticos, factores ambientales, estrés.

1.3.2.5. Terapia Cognitiva Conductual

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por éstas en un sentido amplio a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc. (Bunge, Gomar & Mandil, 2011). La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular.

Es importante resaltar que existen diferencias entre la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia Cognitiva. Por un lado, la Psicología Cognitiva es el estudio y comprensión de las facultades del entendimiento humano, y abarca los diferentes procesos de la adquisición de conocimiento. Por otro lado, la Psicoterapia Cognitiva es el cuidado y cura del espíritu mediante la razón. En otras palabras, es un procedimiento mediante el cual se puede conocer, mejorar, curar y cultivar el alma humana (Smith, 1999).

Por lo tanto, la Psicología Cognitiva estudia procesos básicos tales como la memoria, la concentración, la formación de conceptos, el procesamiento de la información, etc. En cambio, la Psicoterapia Cognitiva, diseñó métodos específicos (tratamientos) a partir de algunos desarrollos de la Psicología Cognitiva, que permiten

ser aplicados a distintas personas con distintas problemáticas para mejorar su calidad de vida, solucionar problemas humanos y tratar trastornos mentales (Smith, 1999).

La Psicoterapia Cognitiva surgió desde dos sectores, por un lado, autores que venían del Psicoanálisis y, por otro lado, representantes del sector conductista. Pero más allá de estas dos corrientes se destaca Kelly (1955), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo. Kelly le daba una especial atención al fenómeno de la anticipación (Feedforward). La teoría de este autor se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle significación a la realidad y su terapia en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales para el individuo.

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1979), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón, la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica.

Ellis (1962) desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Ellis (1962) consideraba que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de sus tres fuentes: pensamiento, emoción y conducta. Se dedicó a explicar cómo los pensamientos inciden en las alteraciones psicológicas. Para el autor, las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente. Por ende, esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables.

Esto demuestra cómo se relacionan el pensamiento y la emoción. Ellis (1962) afirmaba que lo que causa la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede realmente (punto A), sino que las personas crean una estructura de creencias (punto B)

y refuerzan estas creencias en una forma negativa y muchas veces perjudicial, lo cual se manifiesta en las reacciones conductuales o emocionales (punto C).

Este cuerpo teórico y la terapia que surgió del mismo tuvo muchas críticas por parte de algunos profesionales del campo de la psiquiatría y de la misma psicología, al afirmar que pecaba de un exceso de "racionalismo" lo que causaba que la teoría se percibiera como no muy confiable y poco científica. No obstante, con el paso del tiempo, numerosos estudios e investigaciones sobre casos en donde se ha habido aplicado la TREC, revelaron una alta confiabilidad y excelentes resultados (Bahamón, 2010; Ibáñez, Gabriela Pérez & Vargas, 2012). Es por eso que la TREC, desde que fue creada por Albert Ellis hasta la actualidad se encuentra en la vanguardia de las psicoterapias.

Por otro lado, Beck (1979) comenzó a cuestionar algunos aspectos teóricos de la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis a partir de sus propias investigaciones con pacientes deprimidos en donde encontraba inconsistencias y a partir de los largos e ineficientes tratamientos realizados por sus colegas. Es así que comienza a desarrollar la "Terapia Cognitiva", lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión.

El modelo propuesto por Beck (1979) afirma que, ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares). Las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria son los "esquemas", que representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo.

Para Beck (1979), los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Estos provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos. En otras palabras, los esquemas son construcciones mentales

subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte del individuo.

Las “creencias” son los contenidos de los esquemas, y son el resultado directo de la relación entre la realidad y éstos. En otras palabras, es todo aquello en lo que el individuo cree, permiten dar sentido al mundo, y se construyen y generalizan a través de la experiencia. Finalmente, los “productos cognitivos” hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por situación, los esquemas y creencias y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos (Beck, 1979).

El modelo de Beck, y también el de Ellis, son una parte importante de las estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo conductual pues, a través de la reestructuración cognitiva, un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa (Bunge, Gomar & Mandil, 2011). Este tipo de terapias cognitivo conductuales reciben el nombre de “terapias relacionales o de reestructuración cognitiva”, pero también existen otro tipo de terapias cognitivas como son las terapias de entrenamiento de habilidades para afrontar y manejar situaciones o las terapias de resolución de problemas.

1.3.2.4. Modelos explicativos

1.3.2.4.1. Hipótesis de la vulnerabilidad

Espada, Olivares y Méndez (2005) mencionan que desde esta teoría se puede explicar el motivo por el cual algunas personas tienen mayores probabilidades a desarrollar un miedo, lo cual conlleva a una fobia. Los autores señalan la existencia de diversos factores para el origen de algún miedo irracional; sin embargo, se pueden llegar a encontrar dos tipos de vulnerabilidad.

La primera de estas es la vulnerabilidad biológica, donde el individuo posee factores genéticos que permiten el desarrollo de algún miedo o ansiedad. Sin embargo, no es lo único, ya que la persona puede presentar un sistema nervioso inestable o débil, desarrollando el mismo daño. El segundo tipo de vulnerabilidad es la psicológica en el

cual se argumenta que los acontecimientos vividos no permiten el control de ciertos estímulos como una pronta separación materna, carencia de habilidades de afrontamiento, sobreprotección del tutor, entre otros.

1.3.2.4.2. Condicionamiento Modificado

Mondéjar (2010) menciona que este condicionamiento llega a ser similar al condicionamiento clásico ya que también se asocian estímulos. La diferencia se centra en que el Condicionamiento Modificado se produce cuando la persona olvida o no interioriza los estímulos condicionantes. En otras palabras, las personas han conservado sólo la memoria emocional.

Para algunos autores (Bremner, Krystal & Southwick, 1995; Stein, 2005) lo antes mencionado se podría deber a ciertas dificultades o daños cerebrales que mantiene la persona. Se libera cortisol y ciertas hormonas que estropean la función hipocámpica, más no la amígdala. Además de que podría existir un deterioro o retraso en la parte madurativa del circuito cortical.

1.3.2.6.3. Modelo no asociativo

Desde esta teoría se plantea que los miedos o fobias específicas pueden formar parte de algún beneficio hacia la persona, ya que podría existir un desarrollo normal y adaptación al entorno por parte de la propia persona. Pero este tipo de fobia puede incrementarse si es que no se da un proceso de habituación. De esta manera, el individuo mantendrá dicho problema por carecer de la exposición de algunos estímulos o no aprenderlo a superarlo de manera experiencial o vivencial (Stein, 2005). El autor también menciona que este proceso de no habituación puede tener ciertos rasgos innatos. Esto quiere decir que es muy probable que el hijo de una persona con algún tipo de fobia pueda desarrollarla misma, ya que su entorno no buscará que lo afronte careciendo de los recursos necesarios.

1.3.3. Estrategias a emplear:

1.3.3.1.1. Tipo de Programas y Técnicas

En la primera mitad del siglo XX, las alternativas terapéuticas para las fobias, que hoy denominamos específicas, se reducían básicamente al psicoanálisis. A partir de la obra de Wolpe (1958), la llamada terapia de conducta entró en el campo de las fobias. Desde entonces la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican

algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas. En la práctica, se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al estímulo temido y que difieren en alguno de los siguientes parámetros: en la forma en que se presenta el estímulo temido (directamente o indirectamente, tiempo y tasa de exposición, etc.); en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico; en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente (terapeuta presente, modelado del terapeuta, etc.); o en la utilización o no utilización de estrategias de control cognitivo para que los pacientes aprendan a modificarlas respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos (Cabello, 2007).

Exposición: es uno de los tratamientos más usado el cual posee distintas modalidades de exposición y factores que pueden incrementar su eficacia. En primer lugar, está la exposición en vivo frente a exposición en imágenes el cual representa una de las dicotomías más investigadas en el campo de la exposición (American Psychiatric Association, 1994). En líneas generales, cuanto más cercana sea la práctica de exposición al hecho real, mejor resultado se puede obtener. De hecho, la exposición en vivo es considerada como el tratamiento más potente para las fobias específicas (Barlow, 1988; Barlow, Esler & Vitali, 1998).

Exposición de imágenes: Sin embargo, existen algunas excepciones pues la elección de exposición en imágenes es preferible en aquellos casos donde la exposición real sea difícilmente manipulable por parte del terapeuta. Por ejemplo, tratar el miedo a las tormentas y, especialmente, a los truenos o relámpagos; miedo a viajar en avión, especialmente en el momento del despegue o cuando el miedo se incrementa principalmente ante las turbulencias. Además, se considera la exposición en imágenes como alternativa frente a la real en aquellos casos en que el paciente muestre desconfianza a la terapia de exposición con estímulo fóbico real. Muchos pacientes advierten del abandono de la terapia si se les va a someter directamente al estímulo fóbico y otros advierten de experiencias de pánico intenso que dificultan cualquier habituación con la presencia del estímulo fóbico real. Cuando los pacientes presentan un cuadro clínico más complejo, la exposición real suele ir anticipada de algún tipo de exposición imaginada o de técnicas que fortalezcan el compromiso del paciente para someterse a la estimulación temida (Capafons, Avero & Sosa, 1997; Capafons, Sosa & Viña, 1999).

En segundo lugar, la duración e intervalos de la exposición han constituido un tema relevante dentro de esta terapia. En líneas generales, la exposición prolongada es mejor que la corta, llegando a configurarse tratamientos de una sola sesión de 60 a 180 minutos de duración, con una media aproximada de dos horas (Öst, 1989; Öst, Salkovskis & Hellström, 1991). El procedimiento consiste en que el paciente se comprometa a mantenerse en la situación de exposición hasta que la ansiedad desaparezca y no escape de la situación durante el tratamiento. Además, se anima al paciente a aproximarse al estímulo fóbico lo máximo posible y a mantenerse hasta que la ansiedad disminuya o desaparezca por completo. Cuando la ansiedad disminuye se le insta al paciente a que se aproxime más al estímulo fóbico, a que permanezca hasta que disminuya la ansiedad, y a que se vaya acercando lo máximo posible.

Finalmente, la sesión de terapia termina únicamente cuando el nivel de ansiedad se ha reducido un 50% del valor más alto, o cuando ha desaparecido por completo. La exposición masiva y prolongada incrementa su eficacia si el terapeuta modela los primeros acercamientos y si es posible dar una información razonable al paciente del porqué del método, del propósito del tratamiento. En aquellas fobias donde la presentación del estímulo fóbico pueda realmente verse libre de todo peligro real, es decir, que la exposición al estímulo fóbico no es seguida de ninguna consecuencia temida, se incrementará la eficacia. Por ejemplo, la fobia a animales (arañas, gatos, perros, ratones, etc.), a las alturas, a lugares cerrados son candidatos a que se aplique este tipo de exposición.

Otro tratamiento muy usado es la terapia cognitivo- conductual, cuya finalidad es cambiar los patrones de pensamiento, insistiendo en la diferencia entre pensamientos realistas e irrealistas o la diferencia entre posible y probable (Marshall, Bristol, & Barbaree, 1992). Se pretende que los pacientes fóbicos accedan a la exposición al estímulo fóbico con la menor ansiedad anticipatoria posible y con atribuciones adaptativas de sus reacciones motoras y fisiológicas (Antony, Craske & Barlow, 1995). En líneas generales, se persigue informar al paciente, en un lenguaje adecuado, acerca de distintos conceptos relacionados con la adquisición y mantenimiento de su fobia. En la fobia a viajar en avión, por ejemplo, se trata de informar al paciente de distintos aspectos aeronáuticos (¿por qué vuela un avión?, factores que afectan a un vuelo, etc.) y de las medidas de seguridad de que dispone el transporte aéreo en la actualidad.

A partir de esta explicación el paciente se centra en la búsqueda de las posibles causas y en la búsqueda de soluciones que palien o eliminen el problema. Terapeuta y paciente elaboran, por tanto, un plan de acción y lo ponen en práctica. Se mantiene, pues, la idea de que la posesión de un conocimiento lo más completo y exacto posible acerca de las causas o factores que originan y/o mantienen las conductas y reacciones fóbicas, contribuirá de modo decisivo a la erradicación de las mismas (Cabello, 2007). Las posibles ventajas de este acercamiento radican en que el paciente adopta una actitud más activa ante el tratamiento, con lo que se puede facilitar la exposición posterior. Lo característico de la mayoría de las terapias que incluyen componentes cognitivos a la terapia de exposición radica, justamente, en facilitar instrumentos que predispongan al paciente a tal exposición.

Finalmente, otro tratamiento, muy usado actualmente, es la realidad virtual. La exposición por medio de la realidad virtual se ha propuesto como una alternativa a los procedimientos de exposición real o *in vivo*. En ese sentido, la tecnología virtual se fundamenta en dar al usuario la sensación de presencia o inmersión en el entorno virtual. Por tanto, se distingue del sistema multimedia en la medida en que el sujeto no es un mero espectador, sino que debe conseguirse la sensación de que el sujeto participa en el contexto, es decir, está integrado en él. Esto se fortalece con la visión de un mundo virtual que cambia de forma natural con el movimiento corporal del sujeto (Botella, García-Palacios, Baños & Quero, 2007).

Este tratamiento tiene múltiples ventajas. Primero, muchos estímulos reales pueden ser caros de adquirir para llevar a cabo una sesión de exposición real. Segundo, la realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto y no que tenga que desplazarse a dicho contexto. Tercero, permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperados. Cuarto, se garantiza de mejor manera la seguridad y la privacidad del paciente. Esto es, se garantiza la confidencialidad. Sin embargo, el presente tratamiento posee algunas desventajas o limitaciones. Primero, no sustituye totalmente a la exposición real, es así que, tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última. Segundo, el costo del hardware y del software es todavía muy elevado para la mayoría de los clínicos. Tercero, algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual. Cuarto, no existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a técnicas imaginativas o de sugestión (Botella, Quero, Serrano, Baños & García-Palacios, 2009).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Al final del programa la evaluada será capaz de enfrentar situaciones temidas para ella, con niveles de ansiedad menores o igual a 6 de ansiedad, alcanzando un performance del 70 % en 10 ensayos consecutivos.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Quedarse en casa aunque piense que le dolerá la cabeza.
- b) Evitar decirle al médico que le recete un medicamento alternativo a la inyección.
- c) Evitar poner excusas al esposo para irse de la casa de la suegra.
- d) Quedarse en la posta hasta ser atendida, aun cuando haya observado a la enfermera aplicar una inyección.
- e) Caminar cerca a la posta.
- f) Salir de comisión sin excusa alguna.
- g) Reducir los pensamientos automáticos que le causan emociones intensas de ansiedad, miedo, frustración, mayores o iguales a un SUD de 8 y consecuentemente a huir y evitar situaciones relacionadas con inyecciones.

1.5. Justificación e Importancia

El presente trabajo de caso único de una paciente, mujer adulta con fobia específica; evidencia ser de importancia, ya que permite a través de la intervención Cognitiva Conductual superar satisfactoriamente la dificultad que tiene frente al uso de inyectables.

Resulta beneficioso identificar a tiempo los pensamientos automáticos negativos anticipatorios generadores de miedos intensos que muchas personas experimentan y que resultan incapacitantes para quienes lo padecen porque limitan sus actividades en su vida cotidiana. Suele ser difícil convencer a estas personas que sus miedos son irracionales, a pesar que lo saben no logran controlar sus miedos, ya que determinados estímulos que rodean a las personas lo conducen al miedo automáticamente denominados fobias específicas; en este caso fobia a los inyectables (Según el DSM-IV-R).

Asimismo, la utilidad de la investigación servirá para ser aplicada en los diferentes casos de fobias específicas que permitirá a los que lo padecen reestructurar sus pensamientos irracionales restableciendo su estabilidad emocional a través de las técnicas Cognitivo Conductuales haciendo uso de la técnica de Desensibilización Sistemática; Además permitirá elaborar programas de tratamiento para fobia a los Inyectables en beneficio de la salud mental.

1.4. Impactos esperados del proyecto

Existe una gran expectativa con respecto al proyecto, porque se espera contribuir con la psicología para posteriores investigaciones y colaboraciones de programas de tratamientos mejorando la salud mental y la calidad de vida de las personas.

Asimismo en el campo de la salud podemos extender estos resultados a las situaciones de rechazo en tratamientos clínicos aversivos como cirugías, RX, e intervenciones odontológicas, en donde con frecuencia los pacientes se resisten a recibirlo debido a falsas creencias y temores elaborados.

Cabe señalar que este proyecto promueve además investigaciones en el campo de la educación, donde se nos permita acceder a tratamientos invasivos como una necesidad de recuperación en salud sin resistencias ni temores, generados por una educación prejuiciosa y temeraria que nos conllevan desde muy temprana edad a tener temores en temas de salud.

2. Metodología

2.1. Tipo de investigación: Aplicada (Kerliger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015)

Diseño univariable multicondicional ABA.

2.2. Evaluación Psicológica

2.2.1 Historia Psicológica

2.2.2. Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	:	Patricia C. D.
Edad	:	36 años
Lugar y fecha de nac.	:	Pucallpa 28 de julio de 1982
Estado Civil	:	Casada
Grado de instrucción	:	Técnico Superior
Ocupación	:	Digitadora
Religión	:	Católica
Domicilio	:	Jr. Dos de Mayo Cuadra 5. Chachapoyas. Amazonas
Teléfono	:	943130397
Fecha de entrevista	:	16-10-17
Lugar de entrevista	:	Hospital I Higos Urco – Chachapoyas.
Terapeuta	:	Ps. María Montero Suxe

2.2.3. Motivo de Consulta

Paciente mujer acude a consulta psicológica por interconsulta del servicio de emergencia para apoyo psicológico por crisis de ansiedad. Tiene los párpados hinchados producto del llanto persistente, que trata de disimular moviendo la cabeza y agitando el cabello.

La paciente refiere “Tenía fuerte dolor de cabeza y mis compañeros de trabajo me han traído por emergencia del hospital. El médico indicó que me apliquen una inyección y como yo le tengo miedo a las agujas de inyectables me desesperé, es que yo no soy de esta ciudad y no tengo familia” me refiero a mi madre, hermanos. El esposo manifiesta que sus cefaleas son intensas que solo calman con inyecciones. Y que ello resulta ser un gran problema pues le tiene terror a las inyecciones.

2.3. Presentación actual del problema

Cada vez que Patricia discute con su esposo piensa “seguro que hoy me va a doler la cabeza y voy a tener que ir al hospital” “me van a tener que poner inyección”, experimentando ante este último pensamiento, intenso miedo (10) y ansiedad (10), que va acompañado con sensación de asfixia, por lo que, sale de su casa, situación que la alivia un poco. Esto sucede alrededor de 7 veces por semana.

En otra ocasión Patricia, cuando tiene mucho dolor de cabeza, pide permiso en su trabajo para ir de emergencia al hospital, sin embargo, durante el trayecto piensa que quizá le tengan que poner inyección, por lo que, estando a dos cuadras del hospital comienza a experimentar miedo (10) y ansiedad (10), y piensa “si me inyectan, la medicina me va chocar, voy a perder el aire y me voy a morir”, acompañado de temblor de piernas, opresión en el pecho, taquicardia, sensación de asfixia, al llegar al hospital, el medico de turno le indica que le va a poner una inyección para calmar el dolor de cabeza, a lo que la evaluada solicita al médico que le recete cualquier otro medicamento alternativo sin importar el tiempo en hacer efecto, por lo que el galeno accede y le indica inhalador y pastillas en altas dosis. Sintiendo más tranquila y disminuyendo los síntomas ansiosos. Esto ocurre cada vez que Patricia tiene que acudir al hospital para aplicarse una inyección, aproximadamente 4 veces por semana.

Patricia, cada vez que visita a su suegra por exigencia de su esposo, experimenta sudoración en el rostro, opresión en el pecho, cólera (8) e impotencia (8) y dolores de cabeza porque escucha comentarios desagradables sobre su persona por el hecho de ser poco sociable, teniendo pensamientos como “Esta familia no me quiere, no hubiera venido, en adelante evitaré visitar a mi suegra”, “seguro que hoy me sentiré mal y a lo mejor tendré que ir al hospital, el médico indicará inyecciones”, le dice al esposo excusas como tener que alistar el uniforme de del hijo, preparar las cosas para el lunes con el fin de salir rápido de la casa de la suegra, el esposo accede y de regreso a casa, se alivia del dolor de cabeza. Tal situación sucede tres veces por semana.

En una ocasión, Patricia tuvo que llevar a la posta a su hijo para chequeos médicos. Estando en la sala de espera vio como le estaban colocando sus vacuna a una bebe, por lo que, comenzó a sentir mareos, náuseas y sudoración profusa, pensando, “que nervios, es horrible”, debido a ello, cogió fuertemente de la mano a su hijo y se

retiró no pudiendo asistir a la cita pactada. Esta conducta se repite cada vez que tiene que asistir a los chequeos de su hijo.

Cada vez que Patricia pasa cerca de una posta médica, experimenta ansiedad (8), miedo (8) y sudoración, pensando “seguramente están vacunando a los niños”, por lo que, prefiere darse la vuelta o cruzar la calle para no pasar cerca de la puerta del lugar, lo que le hace sentir alivio. Esta conducta sucede 13 veces a la semana.

Cada vez que Patricia tiene que salir a un pueblo de comisión de servicio, tiene que pasar por exámenes médicos y vacunas preventivas para evitar contraer alguna enfermedad por picadura de mosquitos. Por lo que piensa “que miedo que me vacunen, seguro me caerá mal la vacuna”, experimentando ansiedad (10), miedo (9), optando por hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión. Cuando el jefe acepta su pedido dichos síntomas van desapareciendo, al mismo tiempo que experimenta cierta tranquilidad a medida que disminuye su ansiedad y miedo. Esta conducta se da cada vez que tiene que salir de comisión de servicio dos veces a la semana.

2.4. Desarrollo cronológico del problema

- A la edad de 5 años: Patricia sufre el fallecimiento de su padre un veinticinco de diciembre, su madre quien no tenía recursos económicos suficientes porque no contaba con trabajo y en una situación de pobreza extrema (con diez hijos, tres varones y siete mujeres), al no poder mantenerlos: alimentarlos, educarlos; comienza a regalar a sus hijos a diferentes familias, quedándose con Patricia por ser la más pequeñas; la ausencia de los hermanos en casa le afecta, sufre de miedos, y constantemente se enfermaba.

- A la edad de 8 años: Fue entregada a una mujer que la lleva a vivir a Chanchamayo, vivió con esta familia alrededor de diez años. Atravesó una vida muy difícil porque le trataban mal, sometida a maltratos, le pegaban, le insultaban y le echaban en cara la comida y techo que le daban, fue a la escuela con carencias, no le compraban útiles, no la dejaban salir, vivía todo el tiempo encerrada y sometida a los quehaceres de la casa, considerada como una sirvienta que tenía que trabajar para devolver lo que comía.

- A la edad de 10 años: Continuaban los maltratos, trataba de averiguar sobre su madre y sus hermanos, pero le resultaba difícil ubicarlos, vivía con mucho miedo, tenía constantes pesadillas por las noches y a veces le era difícil controlar la orina por lo que era víctima de castigos, tenía miedo a la oscuridad, y parte de sus castigos era quedarse encerrada en el cuarto con la luz apagada, empezaba a experimentar sus primeras crisis de cefaleas, lo cual se calmaba con pastillas.

- A la edad de 12 años: Patricia fue abusada sexualmente por uno de los hijos de la familia que lo adoptó, por más que se quejó no fue escuchada, no recibió apoyo porque simplemente no creían en su relatos acusándola de mentirosa y con amenazas de ser castigada si persistía en sus quejas, almacenando cólera, miedo, resentimientos, sus cefaleas eran cada vez más frecuentes, además aparecen sus primeras crisis de asma.

- A la edad de 18 años: Patricia fue llevada a Lima, a la otra casa que poseía la familia, allí logró comunicarse con una hermana mayor quien vivía con otra familia en mejor situación, al reencontrarse la hermana lo lleva a vivir con ella, al mismo tiempo lo lleva con un psicólogo porque su comportamiento era extraño, poco comunicativa, retraída, indiferente, temerosa, colérica. Persisten las cefaleas y se incrementa sus crisis de asma.

- A la edad de 19 años: Tiene novio sintiéndose protegida, se aferra a esta persona y queda embarazada al mismo tiempo que fue abandonada, viene a Chachapoyas con una hermana que es casada con un policía y allí se reencuentra con su madre mostrando resentimiento y reprochando la actitud que tuvo al darle como regalo a una familia que no la trató con aprecio, empieza a trabajar en un restaurante criando sola a su hija con carencias, pero por lo menos contaba con el apoyo de su hermana eventualmente.

- A la edad de 22 años: Conoce al que actualmente es su esposo, con quien tuvo una convivencia de un año “saludable”, luego se van a vivir a la casa de los suegros, quienes no lo aceptan por tener una hija, y porque siendo el hijo profesor no puede establecer relación con una mujer que no tiene profesión, a partir de esto comienzan los conflictos con el esposo, en esta familia vuelve a vivir desprecios, insultos, amenazas, indiferencia, críticas. Ante este maltrato se revela con la familia y con el esposo, y luego de catorce años de convivencia se separa, consigue un trabajo, alquila una casa y se va a vivir con su hija, posteriormente el esposo y el hijo de ambos se unen con ella, pero persisten los conflictos entre ellos porque le reprocha el no haberse enfrentado a su familia para defenderla; al mismo tiempo sus cefaleas se incrementan y en oportunidades acude al

hospital para recibir tratamiento, siendo diagnosticada de migraña, sus crisis de asma ocurren eventualmente.

- A la edad de 36 años: refiere Patricia que debido a sus fuertes dolores de cabeza, acudió al hospital de Es Salud por el servicio de emergencia, el médico de turno ordenó aplicarle una inyección para calmar la cefalea, al poco momento empieza a sentir falta de aire, se cierra su garganta, tiene mareos, sentía que su corazón dejaba de latir, se soltó su cuerpo, sintió desvanecimiento, a lo que siente además mucho miedo, ansiedad, angustia, aflicción, posteriormente desmayo por espacio de treinta minutos, luego sometida a diversos exámenes como electrocardiogramas no evidencia compromiso orgánico, catalogándose como crisis de pánico; siendo el psiquiatra quien diagnostica “fobia específica”, desde entonces experimenta mucho miedo frente a las inyecciones evitando de diferentes formas la administración de inyectables, porque piensa que se puede morir, sus hijos se quedarán solos.

2.5. Historia personal

- **Desarrollo Inicial:**

Embarazo de la madre no planificado, aparentemente saludable, nacimiento por parto normal, en casa, asistido por la partera del lugar. Fue recibido con entusiasmo por el padre y por los hermanos mayores, mientras que la madre mostró descontento, preocupación por la manutención ya que era la décima hija y con una economía precaria.

- **Conductas Inadecuadas más resaltantes de la infancia:**

Conductas de miedo a la oscuridad, miedo a dormir sola y a separarse de la madre.

Cuando llegaba la noche manifestaba cierto nerviosismo, tenía dificultad para desplazarse por la casa debido a que tenía miedo a la oscuridad, necesitaba la compañía de alguien para entrar a la cocina, al baño y cómo vivían en un lugar con escaso acceso a luz eléctrica, con iluminación limitada, esto hacía que se incrementa su miedo a la oscuridad.

Cuando se tenía que ir a dormir se negaba a dormir sola, casi siempre hacía sus reacciones de rabietas solicitando refugiarse ya sea con los hermanos mayores o con la madre, algunas noches presentaba insomnio con crisis de llanto.

Cuando la madre se ausentaba de casa por algún motivo o se demoraba fuera de casa, Patricia empezaba a inquietarse haciendo sus episodios de llanto.

- **Actitudes de la familia frente a la niña:**

El padre y las hermanas mayores refuerzan sus conductas de miedo al permitir refugiarla por las noches cuando tenía miedo.

- **Educación**

Tabla 13

Desarrollo Educativo:

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X						X	
Primaria	X		X	X	X	X		
Secundaria	X						X	

Patricia logró terminar la secundaria a los treinta años edad a través de la modalidad educación nocturna, le costó mucho esfuerzo ya que no disponía de tiempo para el estudio debido a sus quehaceres del hogar, la crianza de los hijos; a pesar de sus dificultades se esfuerza y logra tener un nivel promedio. Refiere que su nivel inicial no tuvo problemas porque contaba con el apoyo del padre que aún estaba con vida, pero en la primaria con la muerte de su padre bajo su nivel académico, presentó problemas de adaptación y aprendizaje.

- **Área Laboral**

Desde la edad diez años cuando fue entregada a una familia que la llevó a vivir a Chanchamayo, fue sometida a trabajos que no era para su edad; refiere: “desde muy pequeña estuve acostumbrada a trabajar”, trabajó como ayudante en un restaurante, hace un año ingresa a trabajar a una institución como personal de limpieza en condición de contratada; por su empeño laboral y sus buenas relaciones humanas ha sido promovida en su cargo, actualmente se desempeña como auxiliar de archivo teniendo mayor satisfacción.

- **Desarrollo Psicosexual**

Refiere fue abusada sexualmente a la edad de doce años, no hubo justicia para ella porque simplemente no le creyeron. Creció con conflictos emocionales, resentimientos, temores, pesadillas. A los veinte años tiene una relación de pareja del cual tiene una hija,

la relación no funcionó por maltrato e infidelidad de la pareja. A los veinticinco años conoce al que actualmente es su esposo, al inicio la convivencia fue saludable, posteriormente la relación de pareja se deteriora y enfrentan conflictos, refiere rechazo al sexo por recuerdos traumáticos.

- **Actitudes religiosas**

Profesa la religión católica porque lo aprendió estando en el seno familiar sobre todo de su padre. Hay temporadas en que frecuenta constantemente a la iglesia buscando tranquilidad y refugio. Participa con mucha devoción en las actividades religiosas de su comunidad.

2.6. Historia familiar

Tabla 14

Relación de parentesco familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Dedicación
Padre	Humberto Cotrina Segura			Fallecido
Madre	Isabel Dávila Guevara	74	Primaria	Su casa
Hermana 1	Rosa Isabel Cotrina Dávila	50	Secundaria	Comercio
Hermana 2	Ana Lucía Cotrina Dávila	44	Superior	Enfermera
Esposo	Segundo Tuesta Mendoza	47	Superior	Docente
Hija	Jessica Ayala Cotrina	18	Secundaria	Estudiante
Hijo	Erick Tuesta Cotrina	14	2do. Secundaria	Estudiante
Suegra	Elvira Mendoza Bazán	82		Su casa

- **Relaciones familiares**

La relación de Patricia con su padre fue buena, siempre existió afecto, protección, refiere fue todo bonito hasta que a los cinco años de edad, el padre falleció, siendo el trauma más significativo de su vida.

La relación con su madre no ha sido grata, ya que la madre siempre estaba contrariada, cansada y aburrida por la sobrecarga familiar, incrementándose los conflictos a la muerte de su padre. Recuerda los castigos, los insultos hacia los hermanos,

sus quejas constantes y sus desprecios. Actualmente con la hermana mayor tiene buena comunicación, está agradecida con ella porque piensa que la rescató en un momento difícil de su vida. Con la segunda hermana, refiere que en su niñez no había comprensión, generándose conflictos constantes, pero en la adultez fue diferente. Actualmente se visitan de vez en cuando.

La relación con su esposo al inicio fue buena, refiere “fui feliz”, pero todo cambió cuando llegó a vivir a casa de los suegros, actualmente la relación es hostil, falta de comunicación, no cuenta con apoyo afectivo, asimismo existe violencia psicológica y antecedentes de maltrato físico.

Con su hija, refiere que no hay dificultades, con ella encuentra tranquilidad, además trata de protegerla para que no sufra en la vida.

La relación con su hijo es conflictiva, refiere es machista como su padre, no obedece, es rebelde, impulsivo, agresivo, insulta a la madre y a la hermana, desprecia a las mujeres, vive amargado, resentido con la familia.

La relación con su suegra es hostil, nunca lograron entenderse, siempre está criticando sus errores y es responsable de la mayor parte de los conflictos con el esposo. Su trato despectivo le ha generado muchos episodios de cefaleas.

- **Antecedentes familiares**

Madre agresiva e impulsiva, primo materno con esquizofrenia.

- **Tratamiento psicológicos y/o psiquiátricos recibidos**

A los 18 años logró reencontrarse con su hermana mayor, al percatarse que mostraba alteraciones emocionales como tristeza, llantos repentinos, miedo para salir a la calle, rechazo a la figura masculina, pesadillas, reacciones de cólera; fue llevada a un psicólogo, con quien recibió tratamiento por dos meses, superando en algo su problema. A los 32 años es referida a psiquiatría con diagnóstico de depresión, no llegó a cumplir con el tratamiento porque —refiere—, “no contaba con el apoyo de mi esposo”.

2.6. Instrumentos de recolección de datos

Las pruebas psicológicas que han servido como instrumentos para la recolección de datos son las siguientes:

- Cuestionario de personalidad de Eysenck (PEN)
- Test de pensamientos automáticos de Aaron Beck

Cuestionario de Personalidad de Eysenck (PEN)

I. Datos de filiación

Nombre y apellidos: Patricia
Edad: 36 años
Entrevistador: Ps. María montero Suxe
Fecha de Informe: Noviembre del 2017

II. Motivo de la evaluación

- Perfil de personalidad.

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica.
- Cuestionario de personalidad de Eysenck- PEN (2000).

IV. Resultados

Tabla 15

Interpretación de dimensiones del cuestionario de personalidad de Eysenck-PEN

DIMENSIÓN	PUNTAJE DIRECTO	PUNTAJE PERCENTILAR	DIAGNÓSTICO
Extraversión	1	5	Introversión
Neuroticismo	18	100	Neuroticismo
Psicoticismo	9	90	Psicoticismo
Mentiras	3	25	La prueba se valida

V. Interpretación

Patricia, presenta características de una personalidad introvertida, socialmente retraída, reservada, ordenada, cuenta con escaso grupo de amistades, le cuesta establecer contacto con los demás, prefiere en sus tiempos libres dedicarse a actividades del hogar como atender a su familia, cultivar flores, criar animales domésticos cuyes, gallinas. Muestra un alto grado de neuroticismo que lo manifiesta con ansiedad, inseguridad,

timidez, irritabilidad, fobia estrés, trastorno psicossomático, y es propensa a desarrollar trastorno de pánico, depresión. Por otro lado también se observa alto grado de psicoticismo manifestándose como una persona solitaria, problemática, asociado a conducta poco sociable, dificultad para interactuar con la familia del esposo, a quienes les muestra rechazo considerándoles como hostiles.

En situaciones que las cosas no resultan de acuerdo a sus deseos, manifiesta un comportamiento impulsivo, irritable y tiende a evadir con la finalidad de no experimentar malestar y tener que acudir por ayuda médica y evitar someterse a la administración de inyectables.

Patricia manifiesta una personalidad ansiosa experimentando baja tolerancia frente a situaciones de estrés, reaccionando muchas veces de forma intensa ante estímulos externos, como las peleas con el esposo, las dificultades en cuanto al comportamiento o rendimiento escolar del hijo, a las críticas de la familia, los enfrentamientos con la suegra; reaccionando con fuertes dolores de cabeza o incrementándose sus crisis de asma; situaciones que lo llevan hasta el hospital y para que su malestar ceda tienen que necesariamente inyectarla a lo que ella reacciona con crisis emocionales, evitando ser inyectada lo que significa que tienen que incrementar las dosis de pastillas para el dolor.

Su nivel de ansiedad se incrementa por sobre lo normal debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo, que la hace sensible ante situaciones que demandan tensión o estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de tensión y ansiedad. Suele ajustarse a las reglas sociales y familiares.

VI. Conclusiones

- Características de personalidad con tendencia a la introversión.
- Los síntomas psicológicos o vegetativos, son las manifestaciones primarias de la ansiedad que presenta la paciente.
- Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos (agujas para inyección) o situaciones fóbicas específicas.
- Ansiedad, sostenible por labilidad del sistema nervioso central.
- Logra ajustarse a las reglas sociales y familiares.

VII. Recomendaciones

- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad a través de terapias cognitivos conductual.

Test de Pensamientos automáticos de Aarón Beck

I. Datos de filiación

Nombre y apellidos : Patricia C. D.
Edad : 36 años
Entrevistador : Ps. Maria Montero Suxe
Fecha de Informe : Noviembre del 2017

II. Motivo de evaluación

- Identificación de pensamientos automáticos.

III. Técnica e instrumentos aplicados

- La entrevista Psicológica.
- Test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck.

IV. Resultados

Tabla 16

Puntajes e indicadores de pensamientos automáticos

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	PUNTAJE	INDICADOR
Interpretación del pensamiento	9	Produce sufrimiento emocional debido a su forma de interpretar los hechos.
Falacia de justicia	9	Produce sufrimiento emocional.
Filtraje	8	Produce sufrimiento emocional.
Falacia de cambio	7	Produce sufrimiento emocional.
Falacia del control	6	Produce sufrimiento emocional.
Falacia de recompensa divina	5	Produce emociones negativas que afecta su vida de manera importante
Debería	4	Produce emociones negativas que afecta su vida de manera importante
Falacia de razón	4	Produce emociones negativas que afecta su vida de manera importante

V. Interpretación

Patricia, con respecto a sus pensamientos automáticos, presenta características de pensamientos anticipatorios de interpretar que piensan o sienten los demás y porque se comportan de la forma como lo hacen antes de hablar con ellos como cuando piensa con respecto a la familia del esposo “esta familia no me quiere, no hubiera venido a visitarlos, en adelante evitaré visitar a mi suegra, siempre me critican” “estarán pensando lo peor de mí” (interpretación de pensamientos).

En ocasiones cuando acude al colegio de su hijo para recoger la libreta de notas sospechando el resultado, comienza a experimentar ansiedad a la vez que piensa “si me desmayo, quien me va a ayudar”, “terminaré en el hospital en una camilla con una vía y yo le tengo miedo a las agujas”, ante esto decide llamar al esposo para solicitarle apoyo, pidiéndole que sea el quien recoja la libreta de notas porque de esta forma le estará demostrando su interés en ella, porque después de sufrir ella cree merecer que algo bueno hagan por ella (falacia de justicia).

Se observa cuando suceden ciertos acontecimientos que no le agradan, tiende a magnificar solo los hechos negativos dejando de lado las experiencias favorables; por ejemplo: cuando tiene que salir de comisión de servicio de su trabajo piensa “voy a tener mareos y me voy a desmayar y me van a inyectar”, optando hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión, piensa que el viaje le va a afectar experimentando ansiedad, miedo, dejando de lado lo agradable que resulta viajar junto a sus compañeros de trabajo disfrutando de un día diferente, saliendo de la rutina diaria, relajándose con el panorama del lugar; actúa en función del pensamiento automático de que “todo resulta negativo, no puedo resistirlo, nada es positivo” (filtraje).

Cuando espera que el esposo cambie su costumbre de llegar de madrugada a casa, para que ella se sienta bien incluso evita preguntarle dónde pasó la noche, con riesgo a discutir para evitar que le duela la cabeza e ir al hospital de emergencia a que la inyecten donde puede “perder el aire y morir asfixiada” (falacia de cambio).

Patricia que en ocasiones sufre de asma siente que tiene dificultad para respirar, está en horario de trabajo y tiene que pedir permiso para ir al hospital, pero al mismo tiempo se preocupa tener que ausentarse del trabajo porque según ella nadie puede realizar el trabajo tan bien como ella pudiendo generarse un desorden, pero al mismo tiempo piensa “si dejo pasar las horas me voy a ahogar”, viéndose obligada a pedir permiso para ir por emergencia al hospital (falacia de control).

Cuando Patricia espera la comprensión del esposo al expresar excusas como tener que alistar el uniforme del hijo, preparar las cosas para el lunes con la finalidad de salir rápido de la casa de la suegra, lugar donde no se siente cómoda y a donde acude por exigencia del esposo, haciendo un sacrificio, aparecen pensamientos como: “seguro que me sentiré mal y a lo mejor tendré que ir al hospital, el médico indicará inyecciones” (falacia de recompensa divina).

Patricia posee un concepto de normas sociales, reglas de cómo deberían los demás actuar o tratarla y cuando transgreden esas normas la alteran llevándola a tensionarse y experimentar cólera e impotencia, cuando escucha comentarios desagradables sobre su persona por el hecho de ser poco sociable, según ella cree que debería ser diferente para tener mejor aceptación de la familia del esposo, se desenvuelve en función del pensamiento distorsionado (debería).

En situaciones cuando tiene problemas en casa, como discusiones con el esposo y piensa “seguro que hoy me va a doler la cabeza voy a tener que ir al hospital”, “me van a poner una inyección, voy a tener asfixia y pérdida del equilibrio”, ante esto trata de salir rápido de su casa, cuando está en la calle con dirección a su centro de trabajo, experimenta tranquilidad debido a que actúa en función a su pensamiento automático de “tengo razón al salir rápido de casa para evitar seguir discutiendo y calmar mi miedo y ansiedad (falacia de razón).

VI. Conclusiones

La examinada presenta los siguientes pensamientos automáticos:

- Interpretación de pensamientos: “piensan lo peor de mí”
- Falacia de justicia: “si accede a mi pedido estará demostrando su interés en mí, porque después de haber sufrido merezco algo bueno que hagan por mí”.
- Filtraje: “todo resulta negativo”, “no puedo resistirlo, nada es positivo”.
- Falacia de cambio: “espera que el esposo cambie de actitud de llegar de madrugada a casa para que ella se sienta bien”.
- Falacia de control: “se preocupa tener que ausentarse del trabajo porque cree que nadie puede realizar el trabajo tan bien como ella”.
- Falacia de recompensa divina: “espera la comprensión del esposo al excusarse que tiene que alistar el uniforme del hijo, preparar las cosas para el lunes, para salir de la casa de su suegra donde se siente incómoda ya que acude a ese lugar por exigencia de su esposo haciendo un sacrificio”.

- Debería: “Debo ser diferente para tener mejor aceptación de la familia del esposo”.
- Falacia de razón: “Tengo razón al salir rápido de la casa para evitar discutir, y calmar mi miedo y ansiedad”.

VII. Recomendaciones

Reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados.

Informe psicológico integrado

I. Datos de filiación

Nombre y apellidos : Patricia C. D.
 Edad : 36 años
 Sexo : femenino
 Fecha de nacimiento : 28/07/1982
 Lugar de nacimiento : Pucallpa
 Estado Civil : Casada
 Grado de Instrucción : Técnico Superior
 Ocupación : Digitadora
 Entrevistador : Ps. María Montero Suxe
 Fecha de Informe : Noviembre del 2017

II. Motivo de evaluación

- Perfil Psicológico

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- La entrevista y observación.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck- PEN (adaptado).
- Test de Pensamientos Automáticos de Aaron Beck.

IV. Resultados

Patricia, presenta características de una personalidad introvertida, socialmente retraída, reservada, ordenada, cuenta con escaso grupo de amistades, le cuesta establecer contacto con los demás, prefiere en sus tiempos libres dedicarse a actividades del hogar como atender a su familia, cultivar flores, criar animales domésticos cuyes, gallinas.

Muestra un alto grado de neuroticismo que lo manifiesta con ansiedad, inseguridad, timidez, irritabilidad, fobia estrés, trastorno psicosomático, propensa a desarrollar trastorno de pánico, fobia, depresión. Por otro lado también se observa alto grado de psicoticismo manifestándose como una persona solitaria, problemática, asociado a conducta poco sociable, dificultad para interactuar con la familia del esposo, a quienes les muestra rechazo considerándoles como hostiles.

En situaciones que las cosas no resultan de acuerdo a sus deseos, manifiesta un comportamiento impulsivo, irritable y tiende a evadir con la finalidad de no experimentar malestar y tener que acudir por ayuda médica y evitar someterse a la administración de inyectables.

Patricia manifiesta una personalidad ansiosa experimentando baja tolerancia frente a situaciones de estrés, reaccionando muchas veces de forma intensa ante estímulos externos, como las peleas con el esposo, las dificultades en cuanto al comportamiento o rendimiento escolar del hijo, a las críticas de la familia, los enfrentamientos con la suegra; reaccionando con fuertes dolores de cabeza o incrementándose sus crisis de asma; situaciones que lo llevan hasta el hospital y para que su malestar ceda tienen que necesariamente inyectarla a lo que ella reacciona con crisis emocionales, evitando ser inyectada lo que significa que tienen que incrementar las dosis de pastillas para el dolor.

Su nivel de ansiedad se incrementa por sobre lo normal debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo, que la hace sensible ante situaciones que demandan tensión o estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de tensión y ansiedad. Suele ajustarse a las reglas sociales y familiares.

Patricia, con respecto a sus pensamientos automáticos, presenta características de pensamientos anticipatorios de interpretar que piensan o sienten los demás y porque se comportan de la forma como lo hacen antes de hablar con ellos como cuando piensa con respecto a la familia del esposo “ esta familia no me quiere, no hubiera venido a visitarlos, en adelante evitaré visitar a mi suegra, siempre me critican” “estarán pensando lo peor de mi” (interpretación de pensamientos).

En ocasiones cuando acude al colegio de su hijo para recoger la libreta de notas sospechando el resultado, comienza a experimentar ansiedad a la vez que piensa “si me desmayo, quien me va a ayudar”, “terminaré en el hospital en una camilla con una vía y

yo le tengo miedo a las agujas”, ante esto decide llamar al esposo para solicitarle apoyo, pidiéndole que sea el quien recoja la libreta de notas porque de esta forma le estará demostrando su interés en ella, porque después de sufrir ella cree merecer que algo bueno hagan por ella (falacia de justicia).

Se observa cuando suceden ciertos acontecimientos que no le agradan, tiende a magnificar solo los hechos negativos dejando de lado las experiencias favorables; por ejemplo: cuando tiene que salir de comisión de servicio de su trabajo piensa “ voy a tener mareos y me voy a desmayar y me van a inyectar”, optando hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión, piensa que el viaje le va a afectar experimentando ansiedad, miedo, dejando de lado lo agradable que resulta viajar junto a sus compañeros de trabajo disfrutando de un día diferente, saliendo de la rutina diaria, relajándose con el panorama del lugar; actúa en función del pensamiento automático de que “todo resulta negativo, no puedo resistirlo, nada es positivo” (filtraje).

Cuando espera que el esposo cambie su costumbre de llegar de madrugada a casa, para que ella se sienta bien incluso evita preguntarle dónde pasó la noche, con riesgo a discutir para evitar que le duela la cabeza e ir al hospital de emergencia a que la inyecten donde puede “perder el aire y morir asfixiada” (falacia de cambio).

Patricia que en ocasiones sufre de asma siente que tiene dificultad para respirar, está en horario de trabajo y tiene que pedir permiso para ir al hospital, pero al mismo tiempo se preocupa tener que ausentarse del trabajo porque según ella nadie puede realizar el trabajo tan bien como ella pudiendo generarse un desorden, pero al mismo tiempo piensa “si dejo pasar las horas me voy a ahogar”, viéndose obligada a pedir permiso para ir por emergencia al hospital (falacia de control).

Patricia posee un concepto de normas sociales, reglas de cómo deberían los demás actuar o tratarla y cuando transgreden esas normas la alteran llevándola a tensionarse y experimentar cólera e impotencia, cuando escucha comentarios desagradables sobre su persona por el hecho de ser poco sociable, según ella cree que debería ser diferente para tener mejor aceptación de la familia del esposo, se desenvuelve en función del pensamiento distorsionado (debería).

En situaciones cuando tiene problemas en casa, como discusiones con el esposo y piensa “seguro que hoy me va a doler la cabeza voy a tener que ir al hospital”, “me van a poner una inyección, voy a tener asfixia y pérdida del equilibrio”, ante esto trata de salir

rápido de su casa, cuando está en la calle con dirección a su centro de trabajo, experimenta tranquilidad debido a que actúa en función a su pensamiento automático de “tengo razón al salir rápido de casa para evitar seguir discutiendo y calmar mi miedo y ansiedad (falacia de razón).

V. Conclusiones

- Características de personalidad con tendencia a la introversión.
- Los síntomas psicológicos o vegetativos, son las manifestaciones primarias de la ansiedad que presenta la paciente.
- Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos (agujas para inyección) o situaciones fóbicas específicas.
- Ansiedad, sostenible por labilidad del sistema nervioso central.
- Logra ajustarse a las reglas sociales y familiares.
- Pensamientos automáticos:
- Interpretación de pensamientos: “piensan lo peor de mí”
- Falacia de justicia: “después de haber sufrido merezco algo bueno que hagan por mí”.
- Filtraje: “todo resulta negativo”, “no puedo resistirlo, nada es positivo”.
- Falacia de control: “nadie puede realizar el trabajo tan bien como yo”.
- Falacia de recompensa divina: espera la comprensión del esposo ya que refiere “me sacrifico para visitar a mi suegra”.
- Debería: “Debo ser diferente para tener mejor aceptación de la familia del esposo”.
- Falacia de razón: “Tengo razón al salir rápido de la casa para evitar discutir, y calmar mi miedo y ansiedad”.

VI. Recomendaciones

- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad a través de terapias cognitivo conductuales.
- Aprendizaje de nuevas estrategias para el manejo emocional a través de terapias cognitivo conductuales para pensamientos automáticos

- **Análisis funcional de las conductas**

Tabla 17

Análisis funcional de las conductas de ansiedad fóbica

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
- Pensar que por discutir con su esposo le dolerá la cabeza y por ende le inyectaran	- Salir de su casa	- Síntomas ansiosos desaparecen.
- El médico de turno le indica que le va a poner una inyección para calmar el dolor de cabeza	- solicita al médico que le recete cualquier otro medicamento alternativo sin importar el tiempo en hacer efecto	- El galeno accede y le indica inhalador y pastillas en altas dosis. - Disminuye las respuestas de ansiedad y miedo así como las respuestas fisiológicas
- Escuchar los comentarios desagradables sobre su persona por el hecho de ser poco sociable.	- Se excusa con el esposo para salir pronto diciendo tener que alistar el uniforme del hijo.	- El esposo accede y de regreso a casa se alivia del dolor de cabeza.
- Ver cómo le aplicaban una vacuna a una bebe	- Se retiró de la posta	- Disminución de los síntomas de ansiedad.
- Pasar cerca de una posta medica	- Se da la vuelta o cruza la calle.	- Siente aliviada.
- Cuando va a salir a un pueblo de comisión de servicio de su trabajo, recuerda que los viajes le producen mareos, dolor de cabeza.	- Habla con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión.	- El jefe acepta su pedido, dichos síntomas van desapareciendo, al mismo tiempo que experimenta cierta tranquilidad a medida que disminuye su ansiedad y miedo.

- **Análisis cognitivo**

Tabla 18

Análisis cognitivo de las conductas de ansiedad fóbica

A	B	C
- Discute con su esposo	- Pensamiento “me va a doler la cabeza, me van a poner una inyección”	- Miedo (10) y ansiedad (10) - Sensación de asfixia - Salir rápido de su casa.
- Ir al hospital debido al fuerte dolor de cabeza.	- Pensamiento “si me inyectan, la medicina me va chocar, voy a perder el aire y me voy a morir”.	- <u>miedo</u> (10) y <u>ansiedad</u> (10) - solicita al médico que le recete otra medicina alternativa a la inyección.
- Escuchar los comentarios desagradables sobre su persona por el hecho de ser poco sociable.	- Pensamiento “Esta familia no me quiere, no hubiera venido, en adelante evitaré visitar a mi suegra”, “seguro que hoy me sentiré mal, y a lo mejor tendré que ir al hospital, el médico indicará inyecciones”.	- Cólera (8), impotencia (8) - Se excusa con el esposo por tener que alistar el uniforme de del hijo, preparar las cosas para el lunes para salir rápido de la casa de la suegra,
- Ver cómo le aplicaban una vacuna a una bebe	“que nervios, es horrible”	- Se retiró de la posta
- Pasar cerca de una posta medica	“seguramente están vacunando a los niños”	- Ansiedad (8), miedo (8) - Sudoración - Se da la vuelta o cruza la calle.
- Salir a un pueblo de comisión de servicio de su trabajo.	- Pensamiento “que miedo que me vacunen, seguro me caerá mal la vacuna”	- Ansiedad (10), miedo (9) - Hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión.

3. Viabilidad del proyecto

El presente trabajo de investigación es viable debido a que se centra en las siguientes afirmaciones:

- Se desarrolla en un centro hospitalario donde los pacientes con frecuencia padecen de ansiedad, fobias o temores a tratamientos específicos.
- La infraestructura permite contar con un consultorio privado, acondicionado e implementado.
- Se cuenta con los instrumentos para la recolección de datos, como las pruebas psicológicas, papel, lápiz, etc.
- El tiempo cronológico de intervención es progresivo, el tiempo programado para la intervención facilita programar hasta dos sesiones por semana de manera ininterrumpida, de cuarenta y cinco a una hora cada sesión, compatibles con el programa de intervención, tomando en cuenta además con los parámetros de tiempo que determina la institución.
- Requiere de un manejo individual y/o colectivo.
- Los materiales a utilizarse generan muy bajos costos accesibles al paciente.
- El compromiso de la evaluada.

4. Productos

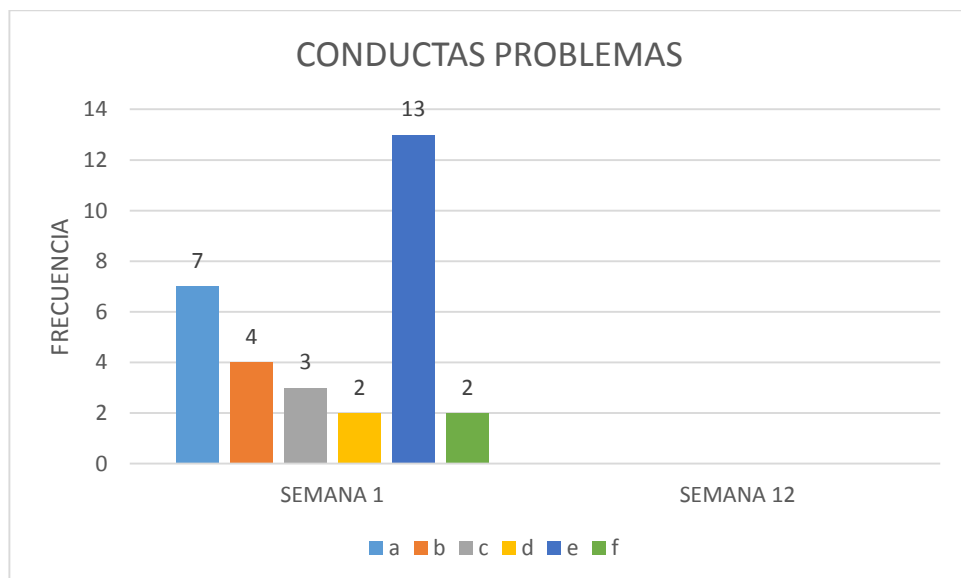
Programa de Intervención: Cognitivo Conductual

Establecimiento del Repertorio de Entrada

Tabla 19

Registro semanal de frecuencia de la conducta de la paciente

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Salir de su casa	II		II		III			7
b) Solicitar al médico que le recete cualquier otro medicamento alternativo sin importar el tiempo en hacer efecto	I	I					II	4
c) Decirle al esposo que tiene que irse de la casa de la suegra por tener que alistar el uniforme del hijo.		I		I		I		3
d) Retirarse de la posta aún sin haber asistido a la cita.	I		I					2
e) Darse la vuelta o cruzar la calle para evitar pasar cerca de la posta médica.	II	II	II	II	II	II	I	13
f) Hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión.		I			I			2



5. Procedimiento

Para el presente caso de fobia específica se aplicó la técnica de desensibilización sistemática en sus tres componentes: Relajación muscular, Jerarquización, desensibilización propiamente dicha.

- Aplicación de la técnica Desensibilización Sistemática

Es una técnica desarrollada por Joseph Wolpe (1958), es una de las primeras técnicas de intervención específica para las fobias, tiene como objetivo terminar tanto las respuestas de ansiedad como las conductas de evitación propias de los trastornos ansiosos.

La DS., tal como lo propone Joseph Wolpe, se basa en el condicionamiento clásico.

El procedimiento estandarizado de la desensibilización sistemática incluye cuatro pasos:

- Entrenamiento en relajación
- Una construcción de las jerarquías
- Evaluación y practica en imaginería
- Desensibilización propiamente dicha.

Para lograr los objetivos a, b, c, d, e y f se realizó los siguientes pasos:

Paso 1: Relajación

Se enseñó a la paciente la relajación progresiva de Jacobson, el cual consiste en:

Un método de la relajación conocido como Relajación Progresiva. Creado por Edmund Jacobson para relajarse cuya finalidad es la de provocar una tranquilidad mental al suprimir todas las tensiones muscular. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo.

Jacobson, descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y relajación, una persona puede eliminar casi completamente las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva (1938).

Por lo tanto, El lugar para realizar la relajación progresiva debe cumplir ciertos requisitos mínimos:

- Ambiente tranquilo: Sin demasiado ruido y lejos de los posibles estímulos externos que perturben la actividad.
- Temperatura adecuada: La habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- Luz moderada: Es importante que se mantenga la habitación con luz tenue.

Una vez reunido estos requisitos se comenzó a entrenar a la evaluada en la técnica de relajación progresiva de Jacobson con el objetivo de disminuir el nivel de la tensión muscular, respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad. Se entrena en el consultorio el cual se le pide que se ubique cómodamente en un sillón reclinable para proceder a la técnica; este entrenamiento se realizará en cada sesión y se le pedirá que lo practique en casa, al menos 3 veces durante la semana.

Paso 2: Jerarquización de ítems

Para ello se requiere:

Elaboración conjunta de la jerarquía de los ítems a desensibilizar (descomponer la situación de que le apliquen una inyección).

Tabla 20

Establecimiento de las jerarquías de ansiedad de menor a mayor (1-10)

Jerarquías de Ítems	SUD
Observar una jeringa	6.0
Observar una jeringa llena de medicamento	6.2
Observar un dibujo de una inyección	6.5
Pararse 3 metros cerca de la posta medica	6.8
Pararse 2 metros cerca de la posta medica	7.0
Entrar a la posta y quedarse 5 minutos	7.8
Entrar a la posta y quedarse 15 minutos aun cuando haya observado a la enfermera aplicar una inyección.	8.0
Entrar a la posta y quedarse hasta ser atendida aun cuando haya observado a la enfermera aplicar una inyección.	8.5
Manipular una jeringa de inyectable con medicamento	9.0
Dejar que el medico decida que medicamento recetarle.	9.5
Que la inyecten	10

Nota: SUD = escala de medida subjetiva.

Paso 3: Aplicación de la desensibilización sistemática propiamente dicha.

Para la aplicación de la técnica, el esquema seguido en cada sesión fue el mismo:

Primero se comenzaba la misma repasando las tareas para la casa (tras la primera sesión de desensibilización se pidió a la paciente que realizase una auto exposición en imaginación; es decir, se le pedía que practicase en casa la imaginación de las situaciones que se habían trabajado y desensibilizado en consulta).

A continuación, se procedía a la desensibilización en imaginación de ítems (relajación, imaginación y relajación).

Al final de cada sesión, se comentaban las tareas de auto exposición en imaginación que debía realizar.

Cuando alguno de los ítems no quedaba desensibilizado, se volvía al ítem anterior, de modo que la sesión siempre acabase con ítems cuyas SUD no fuesen superiores a 4.

Después de haber superado los ítems mediante la desensibilización sistemática en imaginación, se procedió a la realización en vivo.

Se realizaron 15 sesiones con un tiempo de 45 a 60 minutos por sesión, de las cuales las 12 últimas fueron de tratamiento, con una frecuencia de dos veces por semana.

Para lograr el objetivo g se realizó lo siguiente:

Paso 1: Reestructuración cognitiva

Tabla 21

Reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados

A	B	C	D	E
- Discute con su esposo	Pensamiento “me va a doler la cabeza, me van a poner una inyección””.	miedo (10), y ansiedad (10) Salir rápido de su casa.	¿Por qué crees que te dolerá la cabeza? ¿Qué te hace pensar que terminarás inyectada en emergencia del hospital?	Existe la posibilidad hoy no aparezca dolor de cabeza. Es posible que no tenga que ir al hospital.
Ir al hospital debido al fuerte dolor de cabeza...	Piensa “Si me inyectan, la medicina me va a chocar, voy a perder el aire y me voy a morir”.	Siento miedo (10) y ansiedad (10) Solicita al médico que le recete otra medicina alternativa a la inyección.	¿Qué pruebas tienes que la medicina te va a chocar? ¿Qué te hace pensar que si te inyectan vas a perder el aire y te vas a morir? ¿Has estado a punto de pasar por ello? ¿Has visto a alguien que le haya sucedido eso? ¿Es adecuado, lo que Ud. Le solicita al doctor? ¿Evitar enfrentar nuestros temores es lo ideal?	No siempre cuando las personas que acuden a recibir tratamiento con inyecciones la medicina les va achocar. Nunca he visto a ninguna persona morirse por ponerse una inyección. Debemos enfrentar nuestros temores
Escuchar los comentarios sobre su persona por el hecho de ser poco sociable.	Piensa: “esta familia no me quiere, no hubiera venido, en adelante evitaré visitar a mi suegra”, “seguro que hoy me sentiré mal, tendré que ir al hospital, el médico indicará inyecciones.	Siente cólera(8), impotencia (8) Se excusa con el esposo por tener que alistar el uniforme de del hijo, preparar las cosas para el lunes para salir rápido de la casa de la suegra,	¿Por qué crees que la familia de tu esposo no te quiere? ¿Alguna vez te han dicho que no te quieren? ¿Qué pruebas tienes para sacar esas conclusiones? ¿Qué posibilidades hay de que ocurra esto?	Tal vez la familia de tu esposo si te quiere. Existe la posibilidad que te brinde afecto por ser la esposa de su hijo. Llegará la oportunidad que se logre una adecuada convivencia con la familia de tu esposo.

Pasar cerca de una posta medica	“seguramente están vacunando a los niños”	- Ansiedad (8), miedo (8) - Sudoración - Se da la vuelta o cruza la calle.	¿Qué crees que pueda pasarte si pasas cerca a la posta medica? ¿Tienes pruebas de que solo estén vacunando niños en la posta? ¿Crees que lo mejor es huir?	El hecho de pasar cerca a la posta no quiere decir que me vayan a vacunar. No tengo pruebas de que estén vacunando a los niños. Huir de ello no es la mejor solución.
- Salir a un pueblo de comisión de servicio de su trabajo.	- Pensamiento “que miedo que me vacunen, seguro me caerá mal la vacuna”	- Ansiedad (10), miedo (9) - Hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión.	¿Tienes pruebas de lo que dices? ¿Te ha sucedido alguna vez? ¿Has visto que a otros les ha sucedido?	No tengo pruebas de que la vacuna me haga mal.

6. Resultados

Conforme a los objetivos; la entrevista, la observación, las sesiones de tratamiento realizadas a Patricia, estuvieron enfocados en los siguientes aspectos:

- Se logró conseguir que Patricia disminuya su ansiedad generada por el uso de inyectables y pueda recibir tratamiento adecuado frente a sus crisis de migraña y asma, haciendo uso de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.
- Logra afrontar su fobia a las inyecciones superando el cuadro de los ítems de las jerarquías a través de la técnica Desensibilización sistemática.

Tabla 22

Cuadro comparativo de SUD antes y después del tratamiento

Jerarquías de ítems	SUD (antes del tratamiento)	SUD (después del tratamiento)
	SUD	SUD
Observar una jeringa	6.0	0
Observar una jeringa llena de medicamento	6.2	0
Observar un dibujo de una inyección	6.5	0
Pararse 3 metros cerca de la posta medica	6.8	2
Pararse 2 metros cerca de la posta medica	7.0	3
Entrar a la posta y quedarse 5 minutos	7.8	3
Entrar a la posta y quedarse 15 minutos aun cuando haya observado a la enfermera aplicar una inyección.	8.0	4
Entrar a la posta y quedarse hasta ser atendida aun cuando haya observado a la enfermera aplicar una inyección.	8.5	4
Manipular una jeringa de inyectable con medicamento	9.0	5
Dejar que el medico decida que medicamento recetarle.	9.5	5
Que la inyecten	10	5

Como se observa en el cuadro de jerarquías de ansiedad, antes y después del tratamiento: la evaluada ha logrado superar significativamente su fobia a los inyectables. Disminuyendo en gran medida sus niveles de ansiedad frente al uso de inyectables.

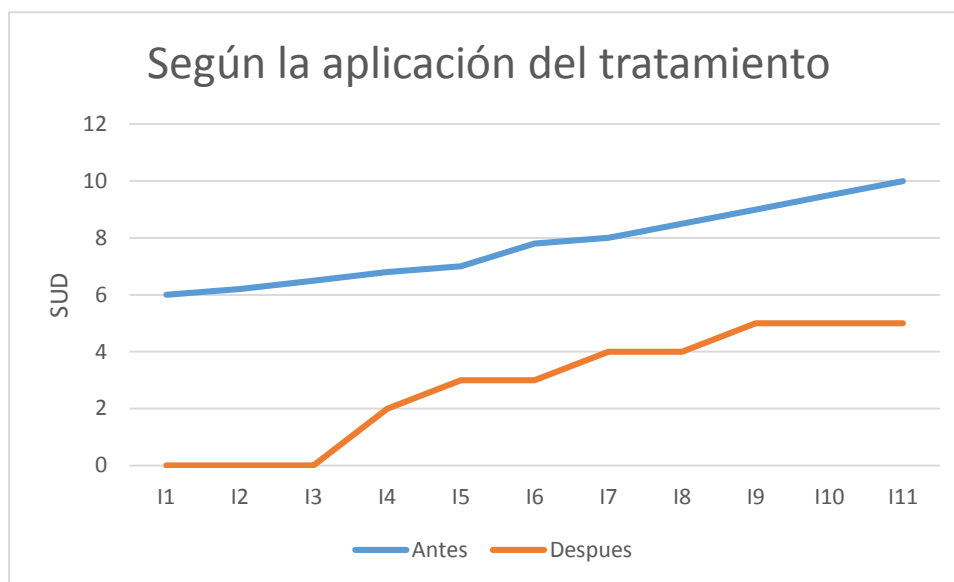


Figura 1. Comparación del antes y después del tratamiento, según SUD.

Tabla 23

Registro de la frecuencia de las conductas al inicio y al final del programa.

Conductas	Al inicio	Al final
a) Salir de su casa	7	2
b) Solicitar al médico que le recete cualquier otro medicamento alternativo sin importar el tiempo en hacer efecto	4	1
c) Decirle al esposo que tiene que irse de la casa de la suegra por tener que alistar el uniforme del hijo.	3	0
d) Retirarse de la posta aún sin haber asistido a la cita.	2	0
e) Darse la vuelta o cruzar la calle para evitar pasar cerca de la posta médica.	13	2
f) Hablar con su jefe para solicitar dispensa para no salir de comisión.	2	0

En el cuadro de la frecuencia de sus conductas problema que Patricia manifestaba, se puede apreciar el cambio significativo, lo que queda demostrado la efectividad de las técnicas utilizadas, la colaboración y responsabilidad de Patricia en su proceso de tratamiento ha generado cambios favorables, ahora puede realizar sus actividades con mayor normalidad.

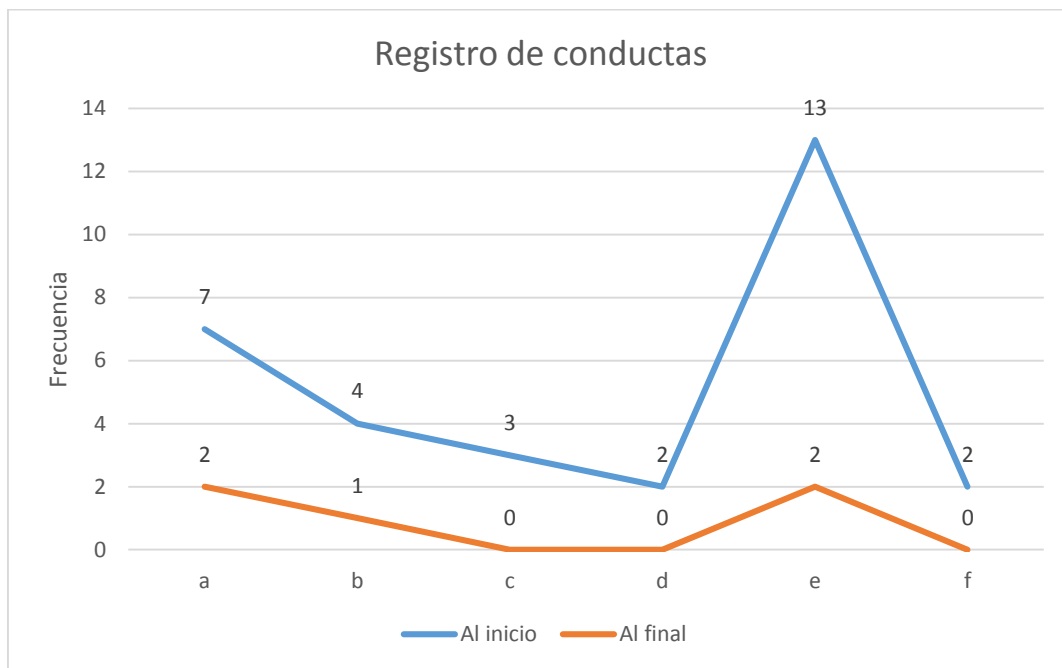


Figura 2. Comparación del registro de conductas antes y después del tratamiento.

7. Discusión

El presente trabajo tuvo como propósito presentar un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer de 36 años con fobia específica, para ello se identificó y describió aquellas conductas inadecuadas las cuales daban cuenta de su problema. El diseño es de tipo ABA que incluye una evaluación al inicio y al final del tratamiento.

En la actualidad según la Revista el Popular.pe (2018); sobre la salud mental en el Perú, de acuerdo a los estudios realizados por el Ministerio de Salud, refiere que: el 7% de la población padece de ansiedad en general, afirmando que las fobias es un miedo intenso e irracional que hace sufrir a una persona ante objetos, animales, cosas o situaciones concretas; también puede ser el síntoma de un trastorno más complejo. Este

estudio reafirma lo que la paciente del presente estudio de caso presenta: miedo intenso e irracional ante objetos, en este caso fobia a los inyectables.

En el estudio realizado por Fabián Fiesta, Mariana Piazza (2004-2005) acerca de la encuesta mundial de Salud Mental para Perú (EMSM-Perú), cuando afirma que el 10.5% tuvieron dos o más diagnósticos, esto confirma la realidad de la paciente que además de sufrir de ansiedad por fobia a los inyectables también tiene otros diagnósticos como migraña, asma.

Las técnicas cognitivo conductuales, utilizadas para la intervención del presente estudio de caso, muestra gran efectividad para disminuir y controlar la ansiedad en el componente fisiológico y también generar cambios significativos en los pensamientos anticipatorios negativos, volviéndolos más racionales que le permite tener mayores habilidades en el desempeño de sus actividades de la vida diaria, afirmación que se sustenta en la referencia de Espinoza (2006).

La crisis de ansiedad que experimenta la paciente en el momento de recibir tratamiento con uso de inyectables es bastante fuerte, pero ya existe episodios anticipatorios cuando se enfrenta a situaciones de tensión ya sea por discusiones con el esposo, cuando visita a su suegra por exigencia del esposo, cuando tiene que salir de comisión en su trabajo, etc. Aparecen pensamientos anticipatorios como: "me va a doler la cabeza, me van a poner una inyección, voy a tener asfixia, voy a perder el equilibrio, me va a faltar el aire, me voy a morir", etc. Estos malestares lo experimenta antes y sobre todo cuando se enfrenta al hecho mismo, más no hay ansiedad posterior a la situación fóbica, como lo explica Baños, Botella, Perpiña y Quero (2001).

En el estudio de caso, la fobia a los inyectables que experimenta Patricia probablemente los inicios de su fobia estuvo en la infancia con una madre impulsiva que generaba miedo en los hijos, luego en la niñez con la muerte repentina del padre quien era su protector, la separación de los hermanos, posteriormente la vivencia traumática que vivió en la niñez y adolescencia; como hace referencia (Arturo Bados López, 2005-pág. Fob-Esp-6).

Cuando la paciente se enfrenta al objeto temido desencadena manifestaciones de fuerte ansiedad y miedo acompañados de respuestas fisiológicas, cognitivas, motoras, emocionales; lo cual coincide con la explicación que menciona Mondéjar (2010).

8. Conclusiones

- En el desarrollo del presente caso clínico queda demostrado que gran parte de las fobias específicas como en el caso de Patricia, es adquirido muchas de ellas a temprana edad, debido a sucesos traumáticos que se han ido acentuando a través del tiempo.
- El origen de la fobia de Patricia fue adquirido por aprendizaje vicario y condicionamiento clásico y su mantenimiento por condicionamiento operante.
- A través del desarrollo de este caso clínico se puede comprobar la eficacia de las técnicas cognitivo conductual como la Desensibilización Sistemática en sus tres componentes, para el tratamiento de las fobias específicas, reduciendo los niveles de ansiedad, devolviéndole su estabilidad, facilitando la ejecución de sus actividades diarias y finalmente mejorando su salud mental y calidad de vida de la paciente.
- Es importante mencionar la aplicación de otras técnicas adicionales que resultaron de gran utilidad en el tratamiento del problema de la paciente como la psicoeducación, auto instrucciones, técnicas de exposición que ayudaron a controlar los niveles de ansiedad y permitió a que Patricia enfrente su problema con mayor eficacia y en corto tiempo.

9. Recomendaciones

- Reconocer los cambios logrados a través del programa de intervención con el uso de las técnicas cognitivo conductual, como técnicas efectivas en el tratamiento de las fobias específicas, para mejorar la salud mental y calidad de vida de la paciente.
- Fortalecer constantemente una adecuada interrelación familiar, aceptándolos con sus virtudes y defectos, reconociendo la importancia de la unión familiar como base de una convivencia saludable.
- Fomentar talleres vivenciales que involucren a la familia como soporte emocional, y se comprometan adoptar actitudes de cambio con respecto al trato con la paciente.
- Recomendar la continuidad de sus controles al establecimiento de salud, para seguimiento del caso que garantice su recuperación plena, sobre todo cuando se presenten situaciones que pueda debilitar su estado emocional para evitar posibles recaídas.
- Fomentar la elaboración de programas psicoeducativos con respecto a la ansiedad, fobias específicas informando y sensibilizando para brindar apoyo oportuno a las personas que son víctimas de este problema y logren mejorar su calidad de vida.
- Promover la aplicación de la terapia cognitivo conductual como técnicas efectivas en el tratamiento de las fobias, reconociendo su viabilidad de aplicación en el alto porcentaje de su efectividad.

10. Referencias bibliográficas

- Agras, S., Sylvester, D. & Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- Antony, M., Craske, M. & Barlow, D. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, New York: Graywind Publications
- Antony, M. (1994). *Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV*. Tesis doctoral no publicada, University at Albany: State University of New York.
- Bados-López, A. (2005). Fobias Específicas. Universidad de Barcelona-facultad de psicología – departamento de personalidad, evaluación, tratamiento psicológicos.
- Bados A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia *Psicothema*, 13 (3) 453-464.
- Bados-López, A. (2005). *Fobias específicas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bahamón, M. (2010). Intervención cognitivo conductual en un caso de ludopatía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 19-38.
- Baños, R., Botella, C., Perpiña, C. & Quero, S. (2001) Tratamiento mediante realidad Virtual para la fobia a volar: Un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12 (3), 391-404.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford.
- Barlow, D., Esler, J. & Vitali, A. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan & Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Botella, c., Garcia-Palacios, A., Baños, R & Quero, S. (2007). Realidad Virtual y tratamientos psicológicos. *Medicina Psicoanalítica y psiquiatría de Enlace*, 82, 17-31
- Botella c., & Quero, s., & Serrano, B., & Baños, R., & Garcia – palacios, A (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40 (2), 155-170.

- Bourdon, H., Boyd, J., Rae, D., Burns, B., Thompson, W. & Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Bremner, J.D., Krystal, J.H. & Southwick, S.M. (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *Trauma Stress*, 8, 527-553.
- Brignardello-Petersen, R. (2017). Cognitive behavioral therapy was effective for reducing intraoral injection phobia in children and adolescents. *JADA*, 148(6).
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2011). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Buenos Aires: Librería AKADIA Editorial.
- Cabello, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*. España: siglo XXI.
- Capafons, J., Sosa, C., & Averó, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema* 9, 17-25.
- Capafons, J., Sosa, C., & Viña, C. (1999). A reattributional training program as a therapeutic strategy for flying phobia. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 30, 259-272
- CIE 10 en Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (año: 1992, página: 173), Organización Mundial de la Salud – Ginebra, editado en español por el profesor J.J LOPEZ IBOR
- Curtis, G., Hill, M. & Lewis, J. (1990). *Heterogeneity of dsm-iii-r simple phobia and the simple phobia/agoraphobia boundary: Evidence from the eca study*. (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group.) Ann Arbor, Mi: University of Michigan.
- Ellis, A. (1962) *Psicoterapia racional emotiva*. México: Herrero Hermanos Sucesores.
- Espada, J., Olivares, J. & Mendez, F. (2005) *Terapia Psicológica. Casos prácticos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espinoza, G. (2006) *Programa de intervención cognitivo conductual para pacientes con fobia social*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

- Fiestas, Fabián y Piazza, Marina. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev. perú. med. exp. salud publica [online]. 2014, vol.31, n.1, pp.39-47. ISSN 1726-4634.
- Graske, M., Hremans Dirk, Vonsteen Wegen Debora (2008), miedos y fobias: de los procesos básicos a la implicancia clínica. Mexico: al Manual Moderno.
- Graske, M., Hermans Dirk, Vonsteen Wegen Debora (2008), Miedos y Fobias: de los procesos básicos a las implicancias clínicas. Mexico: al Manual Moderno.
- Himle, J., McPhee, K., Cameron, O. & Curtis, G. (1989). Simple phobia: Evidence for heterogeneity, *Psychiatry Research*, 28, 25-30
- Ibañez, E., Onofre, G. & Vargas, J. (2012) Terapia racional emotiva: Una revisión actualizada de la investigación. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15 (4), 1454- 1475.
- Jonathan García- Allen. <https://psicología y mente.com/autores/Jonathan – García- allen>.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Lacey, J. & Lacey, B. (1958). Verification and extension of the principle of autonomic response stereotype. *American Journal of Psychology*, 71, 50-73.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating aconstruct. En J.M. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy*.(Vol. 3).Washington: American Psychological Association.
- Luque-Gonzales, A. (2017). Tratamiento de un caso de fobia a las inyecciones sin respuesta bifásica. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental Nro. 1*, 1-24.
- Mahoney, Michael J. "Cognición y Modificación de Conducta", editorial Trillas México- Primera Edición 1983
- Ministerio de Salud- Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental "Delgado- Hideyo Noguchi" (2006)
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Martín-Vegue,R., Vázquez-Barquero, J. & Herrera, S. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructural general. *Pápeles Médicos*, 11(1), 24-35.

- Mondejar, A. (2010). Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional. España: Universidad Oberta de Catalunya.
- Olivares, J. (2009) Evaluación y tratamiento de la fobia social en la población infanto-juvenil de habla española y portuguesa. *Anuario de psicología*, 40, 7-21.
- Olivares, J. Piqueras, J., & Alcázar, A. (2006). Características Sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-212.
- Popular.pe, E. (7 de Mayo de 2018). *El Popular.pe*. Obtenido de El Popular.pe: <https://www.elpopular.pe/actualidad-policiales/2018-05-07-salud-mental-7-poblacion-padece-ansiedad-fobia-peru>
- Reyes, M. J. (18 de Diciembre de 2018). *Bienestar180*. Obtenido de Bienestar 180: <https://www.salud180.com/salud-dia-dia/miedo-las-inyecciones>
- Smith, J.C. (1999). *ABC relaxation theory. An evidence-based approach*. NewYork: Springer
- Universitat de Barcelona, evaluación de Fobia a la sangre e inyecciones con Realidad Virtual, David Ruiz Garcia. Curso Académico. 2014/2015