



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Psicología

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA PARA LA FOBIA A LOS PERROS EN UNA MUJER ADULTA

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Terapia Cognitivo Conductual

AUTORA:

DA SILVA CORNEJO, MARÍA DEL PILAR

ASESOR:

TACSA PAMPAS, PABLO

JURADO:

SALCEDO ANGULO, ELENA

HENOSTROZA MOTA, CARMELA

CAPA LUQUE, WALTER

Lima-Perú

2019

Dedicatoria

Este presente trabajo está dedicado ante todo a Dios por darnos la dicha de estar vivos, a mis padres que siempre me han demostrado su apoyo incondicional, en especial a mi padre Juan que a pesar de su partida repentina sigue siendo y será el ejemplo del verdadero amor, a mi pareja por nuestra nueva etapa de vida, por mi hijo recién nacido Alessandro, que con su llegada iluminó de dicha nuestro hogar, y quien será el motor y motivo para continuar perseverando en todas mis metas y logros trazados y sobre todo en mi desarrollo personal y académico.

Agradecimiento

Agradezco a mis profesores de la segunda especialidad en especial al Dr. Favio Roca por todas sus enseñanzas, apoyo y sobre todo por la dedicación y espíritu de vocación que tiene tanto hacia la carrera como para su cargo que dignamente dirige en la Universidad, así mismo quiero agradecer a la Dra. Maria Elena Salazar que como representante de los alumnos de la segunda especialidad, ha sabido como hacer frente a las dificultades, inquietudes, dudas, apoyándonos y a su vez dedicando tiempo y sobre todo perseverancia para lograr el tan ansiado título.

Por último, agradezco a mis compañeros por su dedicación y esfuerzo al llevar y haber culminado la segunda especialidad conmigo.

Indice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de Tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Antecedentes	11
1.2.1 Estudios nacionales	11
1.2.2 Estudios internacionales	12
1.2.3 Base teórica	12
1.2.4 Estrategias a emplear	17
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivo Especifico	18
1.4 Justificación	18
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	19
II. Metodología	20
2.1 Historia Psicológica	20
2.2 Historia Familiar	25
2.3 Instrumentos de Recolección de Datos	26
III. Resultados	53
IV. Conclusiones	60
V. Recomendaciones	61
VI. Referencias	62

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Presentación de problemas y rendimiento de su etapa escolar</i>	25
Tabla 2	<i>Datos relevantes de sus familiares</i>	25
Tabla 3	<i>Registro de la frecuencia de conductas</i>	34
Tabla 4	<i>Registro de antecedentes y consecuentes</i>	35
Tabla 5	<i>Lista de Jerarquización de las conductas aversivas</i>	38
Tabla 6	<i>Lista de Jerarquización de las conductas aversivas</i>	43
Tabla 7	<i>Lista de Jerarquización de las conductas aversivas</i>	46
Tabla 8	<i>Registro de Línea Base</i>	53
Tabla 9	<i>Registro de Línea de Tratamiento (1era semana)</i>	54
Tabla 10	<i>Registro de Línea de Tratamiento (2da semana)</i>	55
Tabla 11	<i>Registro de Línea de Tratamiento (3ra semana)</i>	56
Tabla 12	<i>Registro de Línea de Tratamiento (4ta semana)</i>	57
Tabla 13	<i>Registro de Línea de Tratamiento (5ta semana)</i>	58
Tabla 14	<i>Registro de Línea de Seguimiento</i>	59

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA PARA LA FOBIA A LOS PERROS EN UNA MUJER ADULTA

MARÍA DEL PILAR DA SILVA CORNEJO

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

El objetivo del presente estudio de caso es reducir las respuestas de escape, miedo y evitación en una mujer de 27 años, quien presenta fobia a los perros. Se realiza registro de antecedentes y consecuentes, análisis funcional, y se emplea una intervención de tipo cognitivo conductual, basada principalmente en la Desensibilización sistemática, así como moldeamiento por aproximaciones sucesivas, técnica de relajación de Jacobson, reforzamiento positivo y extinción. Los instrumentos aplicados son la Escala de Personalidad de Eysenck y Registro de Opiniones de Albert Ellis. Los resultados muestran una disminución de las conductas problema, esto se evidencia con los registros semanales que se realizó. Donde se evidencia que la técnica de Desensibilización Sistemática aplicada a la fobia a los perros es eficaz. De esta manera, se logra que la paciente sea capaz de permanecer a 01 metro de distancia de un perro con una performance de 80% en 10 ensayos consecutivos, reduciendo respuestas de escape, miedo y evitación, así como sus niveles de ansiedad (menor o igual a 6).

Palabras clave: fobia, desensibilización sistemática, intervención cognitivo conductual.

SYSTEMATIC DESENSITIZATION FOR PHOBIA IN DOGS IN AN ADULT WOMAN

MARÍA DEL PILAR DA SILVA CORNEJO

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

The objective of the present case study is to reduce the escape, fear and avoidance responses in a 27-year-old woman, who has a phobia of dogs. Record of antecedents and consequent, functional analysis is made, and an intervention of cognitive behavioral type is used, based mainly on systematic desensitization, as well as shaping by successive approximations, Jacobson's relaxation technique, positive reinforcement and extinction. The instruments applied are the Eysenck Personality Scale and the Albert Ellis Opinion Record. The results show a decrease in the problem behaviors, this is evidenced by the weekly records that were made. Where it is evident that the technique of Systematic Desensitization applied to dog phobia is effective. In this way, the patient is able to remain at a distance of 1 meter from a dog with a performance of 80% in 10 consecutive trials, reducing escape, fear and avoidance responses, as well as their anxiety levels (lower or equal to 6).

Keywords: phobia, systematic desensitization, cognitive behavioral intervention

I. Introducción

La fobia se caracteriza por un significativo y persistente miedo a una situación u objeto específico que causa una marcada interferencia (American Psychiatric Association (APA), 2002). Según Kessler et al. (2005), presenta una prevalencia a lo largo de la vida del 12,5% dentro de los trastornos de ansiedad la fobia específica se sitúa como la más común. Se dividen en cuatro subtipos: situacional (miedo a volar, a los espacios cerrados), ambiental (miedo al agua, a las tormentas, a las alturas), animal (miedo a los perros, serpientes, arañas), y sangre, daño, inyecciones (miedo a ver sangre, a procedimientos médicos o dentales, inyecciones), siendo los más prevalentes los subtipos ambiental y animal (Curtis, Magee, Eaton, Wittchen y Kessler, 1998).

Las fobias específicas como muchos trastornos de ansiedad, muestran un curso crónico con tasas bajas de remisión espontánea. Se puede asociar con un significativo deterioro. Del mismo modo, Wittchen, Nelson y Lachner (1998) encontraron que tanto jóvenes como adultos con diagnóstico de fobia específica alcanzaron un deterioro grave en sus actividades diarias durante el peor momento de su trastorno.

De acuerdo con la APA (2002), en el DSM-IV-TR, los tipos de fobia específica pueden variar en frecuencia respecto al sexo. Aproximadamente el 75-90 % de las personas que padecen fobia ambiental o animal son mujeres, al igual que la fobia situacional con la misma prevalencia, asimismo las mujeres constituyen el 55-70 % con fobia a la sangre-inyecciones-daño. Aunque se manifiesta en la población general, las fobias rara vez provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para determinar el diagnóstico de fobia específica. Las cifras de prevalencia pueden variar según sus indicios. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9 %, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3 %.

En Lima, el 10% de la población adulta (aproximadamente más de 600 mil personas ha presentado alguna vez en su vida problemas de ansiedad, el cual son más frecuentes en mujeres pudiéndose originar por factores tales como experiencias negativas tempranas, conflictos familiares, estrés crónico, drogas, factores hereditarios o genéticos (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2014). Por lo tanto, es importante que los trastornos de ansiedad sean tratados ante la presencia de alguna señal, con la ayuda de un tratamiento oportuno a través de la terapia psicológica (terapia cognitivo conductual), el cual se está tratando en este trabajo de investigación; y la medicación.

En el presente estudio, se describe el caso de un mujer adulta que presenta fobia a los perros, manifiesta conductas de evitación cada vez que ve dicho animal, o cada vez que piensa que tiene que enfrentarlo, así mismo tantos los padres como algunos de sus amigos refuerzan su conducta, al protegerla o al cubrirla cada vez que pasa por lugares donde hay perros en el camino, así mismo manifiesta pensamientos como: “si me acerco al perro me va a atacar, me va a morder”, generándole angustia, ansiedad (miedo), a su vez taquicardia, sudoración en las manos, punzón en el estómago, etc..., esto le genera problemas para poder socializarse, cada vez que tiene que ir a la casa de un familiar o amigo, pregunta si tienen perros para que lo escondan, o cada que tiene que caminar por la ciudad universitaria de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos donde trabaja, tiene temor de encontrar perros en el camino, esto le impide desenvolverse adecuadamente en su trabajo, así mismo del paradero a su casa, cuando encuentra perros en las casas aledañas al de ella.

Es por eso que la intervención de la terapia cognitivo conductual, resulta importante y útil para tratar fobias específicas en este caso (fobia a los perros) a través de sus diversas técnicas. Para lograr los objetivos; el presente caso está estructurado tal y como se detalla:

El primer capítulo presenta el marco teórico que mantiene y fundamenta la propuesta. Se ejecuta una revisión conceptual de las variables de estudio como es la fobia a los perros y la desensibilización sistemática.

En el segundo capítulo se ubica la historia psicológica con los datos de filiación, motivo de consulta, problema actual, historia personal, familiar y diagnóstico psicológico del caso estudiado.

Asimismo en el mismo capítulo se encuentra los informes psicológicos de cada instrumento aplicado, así como el informe psicológico integrado, también se describe todo el procedimiento de la intervención, las técnicas cognitivo conductuales aplicadas, la efectividad del tratamiento

En el tercer capítulo se detalla los resultados de la intervención.

En el cuarto capítulo conclusiones

En el quinto capítulo las recomendaciones

Finalmente en el sexto y último capítulo se detalla las referencias utilizadas.

1.1 Descripción del Problema

Fobia a los perros en una mujer adulta.

La examinada de 27 años presenta conductas de evitación con pensamientos “si me acerco más al perro me atacará y me va a morder”, experimentando ansiedad (10), miedo (10), a su vez sudoración en las manos, taquicardia, punzón en el estómago, esta conducta se repite a diario ya que camino a su casa hay perros en el camino.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Estudios Nacionales

No se encontró investigaciones sobre fobias específicas con su respectivo tratamiento, sin embargo, existen algunas investigaciones sobre el tema de ansiedad como se detalla a continuación:

Araoz (2014) elaboró un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de ansiedad y calidad del sueño en el personal de salud del Hospital Regional del Sur de Arequipa. El método que empleó en su investigación fue realizar una encuesta al personal de salud del Hospital Militar Regional, usando una ficha de datos. El tipo de investigación fue un estudio descriptivo de corte transversal. Los instrumentos empleados fueron el índice de calidad de sueño de Pittsburg y el cuestionario de Ansiedad de Zung. Finalmente, en los resultados se obtuvo la mayoría de los trabajadores no presentaron ansiedad y no tuvieron dificultad para dormir.

Meza (2018) realizó una investigación con el objetivo de aplicar los conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar y explicar los trastornos psicológicos o mentales del caso evaluado. La muestra estuvo conformada por una persona de 58 años. Los instrumentos usados fueron el Test de Personalidad de Millon, Test de la Figura Humana de Karen

Machover y Test de Inteligencia No Verbal Toni- 2 Forma A. Para procesar los datos y elaborar el informe psicológico se empleó un análisis, síntesis de la historia clínica psicológica, informe psicométrico, anamnesis y examen mental, con los cuales se estableció el diagnóstico, en función a ello preparar el plan terapéutico. Por último, como resultado del trabajo elaborado, se obtuvo que el paciente presenta un diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo y fobia específica situacional.

1.2.2 Estudios Internacionales

Acevedo (2014) realizó en Colombia una investigación cuyo objetivo fue adaptar e implementar una terapia cognitivo conductual apoyada en los fundamentos teóricos y empíricos de la terapia de Heimberg y otros (1990) para el tratamiento de fobia social. El tipo de diseño que empleo fue pre- experimental con un solo grupo. La muestra estuvo conformada por nueve estudiantes universitarios, seis femeninos, tres masculino. Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario sobre el Temor a Hablar en Público de Clavijo y Restrepo (1989); la Escala de Ansiedad y Evitación Social de Watson y Friend (1969) y Cuestionario Breve de Auto Informe para el diagnóstico de la Fobia Social de Rey (2006). Por último, el resultado obtenido de la investigación demuestra que el programa fue efectivo para reducir significativamente el temor a hablar en público.

1.2.3 Base Teórica Científica

El miedo se considera como una respuesta frecuente a los peligros y amenazas que pueden percibir las personas en su vida cotidiana. De esta manera si el temor persiste y llega a ser de mayor intensidad, es considerado como un problema desadaptativo y denominado fobia. En otros términos, esto es un miedo intenso que siente la persona ante alguna situación o contexto (Méndez, 2000). Del mismo modo, Capafons (2001) afirma que un miedo adaptativo es un conjunto de sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante

peligros reales; sin embargo, de este proceso de respuesta normal ante ciertas situaciones reales, se pueden presentar respuestas ante amenazas no reales, dejando de ser adaptativo para convertirse en una fobia.

Cabe recalcar que el miedo es más frecuente en niños. Se puede encontrar en cada 40 o 45 de 100. Caso contrario en la fobia, la cual se podría evidenciar en cada 5 u 8 de 100 niños. Además de que frecuentemente se estaría generando en la niñez, perdurando en la etapa adulta y perjudicando la sociabilización (Echeburúa, 2006).

Muy aparte de que, si la fobia debería disminuir a mayor edad cronológica o su aparición por diversos contextos, ésta genera malestar en la vida de las personas. Asimismo, se producen conflictos no solo en lo emocional, sino que en las relaciones familiares y/o sociales (Mikulas y Coffman, 1989).

Cabe mencionar que, según sexo, las mujeres pueden presentar mayores fobias. Esto puede deberse al aspecto evolutivo ya que ellas tienen un rol de “cuidada”; en pocas palabras, necesitan de alguien para ser protegidas. Mientras que, en el varón, mantienen el rol de “cuidador”, siendo quienes deben enfrentar sus miedos y de esta manera proteger a los demás (Sandín, Chorot Valiente, y Santed, 1998).

Respecto a la fobia específica, Caballo (2007) menciona:

El individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o poco razonable, tiene que estar 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 temidos (p.3).

Asimismo, Ajno (2013) señala que la fobia es el miedo desproporcionado que manifiesta un individuo ante un peligro que se expone, generando temor de manera

incontrolable e irracional. Por ello, las personas con fobias saben que sus miedos son irracionales, pero cuando se enfrentan a las situaciones temidas, estas les generan ansiedad severa o ataques de pánico, por ejemplo, una persona con fobia podría tener habilidades en diferentes áreas, pero al mismo tiempo presentar dificultad al hablar o exponer ante un público, manifestando ansiedad y temor extremo. Por otro lado, cada vez más personas experimentan fobias específicas tales como fobias a animales o insectos, a espacios abiertos o cerrados, a las alturas, a manejar en autopistas, a volar, al agua, a enfermedades ajenas o propias, a la sangre, etc.

Para Bados (2009), cuando la persona percibe una situación como fóbica, las evita, ya que le generan una ansiedad o malestar intenso permanecer en ellas. De esta manera, este miedo intenso interfiere en sus actividades cotidianas, tanto laborales, académicas y sociales.

La prevalencia general, en casos de fobias específicas en animales, se encuentra alrededor del 5%, siendo su edad de inicio entre los 7 y 9 años (Lipsitz, Barlow, Mannuza, Hofmann y Fyer, 2002). Por otra parte, Antony, Brown y Barlow (1997) hallaron que el miedo a los animales, de quienes en un futuro los diagnosticaron con fobia específica, empieza alrededor de los 11 años, y como trastorno propiamente dicho, a los 20 años.

En las fobias a los animales lo que más se teme es los movimientos de éstos (perros, gatos, serpientes, pájaros, arañas, insectos voladores), sobre todo si son repentinos; también lo que se teme de estos animales son la apariencia física, los sonidos que emiten y sus propiedades táctiles. Muy aparte el posible daño que pueda causar, como miedo a perder el control, hacer el ridículo, hacerse daño al intentar escapar, tener un ataque cardíaco, así como morir de miedo (Bados, 2009).

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), en las fobias específicas se da un miedo persistente e intenso que a su vez es excesivo o irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicas: animales, lugares cerrados, alturas, oscuridad etc. En la mayoría de los casos el estímulo fóbico es evitado, el cual interfiere significativamente en su vida y actividades cotidianas tales como relaciones sociales o laborales. La persona puede reconocer que este miedo es excesivo e irracional, en cambio en los niños puede faltar este reconocimiento, pudiéndose más bien manifestarse en conductas tales como berrinches, lloros, abrazos. En los menores de 18 años los síntomas deben haberse manifestado de 06 meses como mínimo.

Asimismo, en el CIE 10 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992) la señalan como fobias restringidas, a situaciones muy específicas tales como a determinados animales, truenos, altura, oscuridad, viajar en avión, espacios cerrados; su aproximación o presencia puede producir pánico como la fobia social y agorafobia. Las fobias específicas suelen manifestarse por primera vez en la infancia o inicio de la vida adulta y pueden permanecer durante décadas sino son tratadas a tiempo.

En ese sentido, según lo planteado por los autores expuestos en las fobias específicas se manifiesta un miedo irracional y exagerado, muchas veces incontrolable, ante una situación que la persona considere como estresante o amenazante, uno de los subtipos es la fobia a los animales como el presente caso (fobia a los perros), el cual lo que genera o activa el temor intenso son los movimientos de éstos, sobre todo si son repentinos, pudiendo interferir en diversas áreas de la vida cotidiana ya sea personal, social, laboral, y que en la mayoría de casos se presentan más en mujeres que en varones, los estados más comunes que preceden a que la persona se tenga que evitar o escapar de la situación en que la persona asume como

estresante, generándole alivio y calma (Ajno, 2013; Bados 2009; Méndez, 2000; Valiente, Sandín, Chorot, y Tabar, 2003).

Tratamiento

Para la intervención de las fobias específicas la estrategia más empleada, y con mayor eficiencia demostrada por estudios, es la Exposición, que está incluida en la desensibilización sistemática (Katzman et al., 2014).

La Terapia de Exposición, quiere decir que se pone a la persona en contacto con el estímulo que le genera la fobia. De esta manera se busca solucionar el problema de manera rápida. Sin embargo, esta puede generar mayores traumas en los individuos. Lo principal es conocer cómo la persona puede interactuar contra dicho momento, además de no encontrarse sola; es así que serviría para conocer la gravedad (Pérez, 2005).

Respecto a la desensibilización sistemática, ésta busca que la persona de manera gradual se acerque a la fobia. La diferencia con lo antes mencionado, terapia de exposición, es la no presencia necesariamente de refuerzos externos. La persona llega a interactuar con la realidad física (Barabasz, 1973; Mann y Rosenthal, 1969).

Asimismo, la desensibilización sistemática es una de las técnicas de modificación de conducta. Desarrollada por Wolpe en 1958 y empleada en el tratamiento de las fobias, se trata de un procedimiento de extinción, exponiendo al paciente al estímulo fóbico haciendo que desaparezca la respuesta de ansiedad (L. Vallejo y M. A. Vallejo, 2016).

Modelo Teórico

El modelo a desarrollar en el presente estudio de caso es el cognitivo conductual basado en la teoría del aprendizaje, el cual se orienta al cambio del estilo de vida y filosofía de

vida a través de técnicas derivadas del condicionamiento clásico, condicionamiento operante, condicionamiento vicario y aprendizaje cognitivo. Del mismo modo, sobre la Terapia cognitivo conductual, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan:

El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también se dirige a modificar los procesos cognitivos que están a base del comportamiento (p. 83).

1.2.4 Estrategias a Emplear

Se aplicará programa cognitivo conductual para la fobia a los perros en una mujer adulta de 27 años. Las técnicas a utilizar son: Desensibilización Sistemática, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, técnica de relajación de Jacobson, reforzamiento positivo, extinción.

Desensibilización sistemática

Magallanes (2010) señala que la desensibilización sistemática fue desarrollada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe en 1958, para el tratamiento de fobias simples, para descondicionar emociones de ira y pena, las fobias sociales y disfunciones sexuales. Consta de cuatro fases:

- a) Relajación
- b) Elaboración de una lista con todos los temores
- c) Construir una jerarquía de escenas ansiógenas
- d) Con la imaginación entrar a las escenas ansiógenas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

La examinada será capaz de permanecer a 01 metro de distancia de un perro con una performance de 80% en 10 ensayos consecutivos, reduciendo respuestas de escape, miedo y evitación, así como sus niveles de ansiedad (menor o igual a 6).

1.3.2 Objetivo Específicos

- Pasar a un metro de distancia de un perro, sin pasarse a la acera del frente.
- Mantenerse en su sitio y pasar cerca de un perro, sin cubrirse con otras personas.
- Visitar a un familiar y /o amistad, sin previamente avisar que escondan al perro.
- Reestructurar los pensamientos anticipatorios negativos respecto a los perros: “me va morder”.

1.4 Justificación

La fobia es un miedo persistente, un temor a situaciones o cosas que no son peligrosas, es decir es un miedo infundado. Las fobias pueden clasificarse en agorafobia, fobias sociales, fobias específicas, siendo esta última en donde está incluida la fobia a perros. La fobia a perros o también llamado cinofobia se caracteriza porque la persona siente ansiedad extrema cuando está cerca del animal o simplemente cuando piensan en encontrárselo, experimentando además síntomas fisiológicos como taquicardias, falta de aire, temblores, sudoración, necesidad de huir o evitar una situación relacionada con un perro, por ende, la sintomatología no es diferente a la de cualquier fobia específica. Y son estos síntomas los que generan en la persona quien padece de este trastorno una serie de dificultades para desenvolverse tanto en su ámbito personal, familiar, social, etc. Por otra parte, la desensibilización sistemática es una técnica, cuyo objetivo es terminar con las respuestas de ansiedad y/o conductas de evitación propias de los trastornos ansiosos; es

decir, se trata de una técnica muy empleada para el tratamiento en fobias. Debido a ello, y a la dificultad que ello conlleva, surgió el interés por realizar la presente investigación, así como el aplicar, principalmente, la técnica de la desensibilización sistemática, la cual ha evidenciado resultados favorables en diversas investigaciones.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

- Salir de su casa con más frecuencia sin estar preocupada si habrá perros en el camino.
- Visitar a sus amigos y familiares sin previo aviso.
- Mejora de la autoestima, seguridad.
- Mejorar sus relaciones interpersonales.
- Mejor desenvolvimiento en su trabajo.

II. Metodología

Tipo de Investigación: Aplicada (Kerlinger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

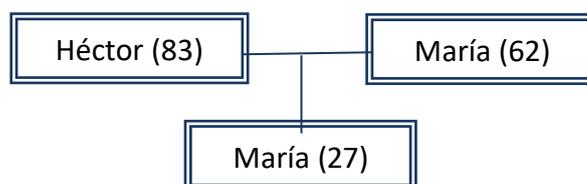
Evaluación Psicológica

2.1 Historia Psicológica

Datos de filiación

- Nombre y apellidos : María I.P. V .
- Edad : 27 años
- Fecha y lugar de nacimiento : Lima, 03 de febrero de 1991
- Grado de Instrucción : Superior (Economía)
- Dirección : La Perla
- Persona responsable : Hermelinda J.B
- Parentesco : Madre
- Fechas de entrevistas : 20/07/2018 al 15/11/2018
- Lugar de la entrevista : Consultorio de psicología
- Terapeuta : Ps. Maria del Pilar Da Silva Cornejo

Estructura familiar



Descripción del examinado

Paciente se presenta con vestimenta apropiada a la estación, en adecuadas condiciones de aseo personal, es de tez clara, estura alta, contextura gruesa, cabello corto, castaño, de postura erguida, sin deficiencias físicas manifiestas.

Se mostró colaboradora con la entrevista, de lenguaje coherente, orientada en tiempo espacio y persona.

Motivo de consulta

La Paciente refiere “tengo miedo a los perros, de cualquier tamaño, sobre todo los grandes, cuando voy a pasar por un lugar donde hay perros me da miedo, empiezo a temblar y prefiero alejarme, eso me ayuda a estar más tranquila, siempre los evito”

Problema actual

- Presentación actual del problema

María de 27 años, cuando sale de su casa o regresa a ella y observa perros en el camino, piensa “si me acerco más, el perro me va a atacar y me va a morder”, a la vez que experimenta ansiedad (10) y miedo (10), sudoración en las manos, enrojecimiento en el rostro, punzón en el estómago y taquicardia, inmediatamente piensa “mejor me alejo antes que me ataque”, optando por alejarse del perro cambiando de rumbo, regresando o pasando a la vereda de enfrente, comienza a sentir tranquilidad, alivio, porque disminuye su nivel de ansiedad y miedo, así como las respuestas fisiológicas de sudoración, enrojecimiento del rostro, el temblor de piernas y taquicardia, esta conducta se repite a diario ya que camino a su casa hay perros que habitan en las casas aledañas a la de ella.

En otra ocasión cuando esta con sus compañeros de trabajo y tienen que trasladarse para ir a comprar y en el camino hay un perro durmiendo en la acera piensa: “espero no se despierte porque si lo hace me puede asustar y me va a morder”, experimenta miedo (10), ansiedad (10), luego piensa “voy a usar de escudo a la señora Elsa (compañera de trabajo) para poder pasar”, optando por cambiarse de sitio y cubrirse al costado de la Sra. Elsa, experimentando también sudoración, temblor en la manos, cuando ya se aleja del perro,

experimenta alivio, disminuye el miedo y la ansiedad, esta conducta se repite 2 a 3 veces por semana cuando salen a comprar con sus compañeros de trabajo.

En otro momento cuando va a ir a cumpleaños o de visita a la casa de sus mejores amigos y estos tienen mascotas (perros), piensa: “si tienen perros mejor no voy a su casa, no vaya a ser que el perro ataque y yo pase la vergüenza de mi vida”, experimenta miedo (10), ansiedad (10), preocupación (10), luego piensa: “mejor les digo que guarden a sus perros para poder ir, así estaré más tranquila”, es cuando decide pedirles a sus amigos que escondan a sus mascotas cada que ella va a su casa, experimentando temblor en las manos, sudoración, taquicardia, cuando sus amigos acceden a su petición y va a su casa y no encuentra ningún perro, experimenta alivio, tranquilidad, disminuyendo la ansiedad y el miedo, esta conducta se repite 2 o 3 veces al mes aproximadamente cuando va a la casa de sus amigos.

En otra ocasión cuando va a visitar a su tía que tiene perros en su casa, piensa: “y ahora qué hago, los perros me van a asustar o morder”, experimenta miedo (10), ansiedad (10), luego piensa: “le voy a decir a mi papa que le diga a mi tía que lleve a sus perros a la azotea para estar más tranquila”, es cuando el padre le dice a su hermana que lleve a los perros a la azotea, experimentando sudoración en las manos, taquicardia, cuando su tía accede a su petición y no hay ningún perro en el primer piso, experimenta tranquilidad, alivio, disminuyendo la ansiedad y el miedo, esta conducta se presenta 01 vez por semana cuando va a la casa de su tía.

En otro momento cuando está en la cola de la tesorería de la Universidad donde trabaja, pasaron 02 perros, piensa: “uy hay 02 perros, se van a acercar y me van a atacar”, experimenta miedo (10), ansiedad (10), luego piensa: “mejor me voy atrás, al costado de mi amigo y así pasaran sin darse cuenta que yo estoy ahí”, es cuando decide pedirle a su amigo ponerse atrás o al costado de él, experimentando temblor en las manos, sudoración,

taquicardia, cuando su amigo accede a su petición y ella se coloca atrás de él, experimenta alivio, tranquilidad, disminuyendo la ansiedad y el miedo, esta conducta se repite 2 a 3 veces al mes aproximadamente cuando tiene que ir a tesorería a hacer pagos.

- **Desarrollo cronológico de los síntomas**

A la edad de 6 años, cuando estuvo de visita en la casa de su tía, María Isabel subió sola al segundo piso, mientras sus padres, tíos y primos estaban en el primer piso; entra a la biblioteca y cuando gira hacia la derecha, observa que uno de los perros de la familia (raza pastor alemán adulto) estaba mirándola fijamente a su altura y muy cerca de su cara, y acto seguido le ladró muy fuerte; ella gritó aterrorizada, corrió al cuarto de su abuela, cerró la puerta y se escondió debajo de la cama.

María Isabel no recuerda qué sucedió después, sólo sabe por su madre que la encontraron llorando; muy asustada, según manifiesta desde ese entonces tiene mucho miedo a los perros de todo tamaño y forma, especialmente se asusta con los ladridos.

A la edad de 08 años, cada que subía la escalera su papá le agarraba la pantorrilla simulando que un perro le estuviera mordiendo, lo cual la asustaba mucho y cuando ella le decía ¿Por qué haces eso? Él le decía “para que pierdas el miedo”.

A la edad de 13 años, durante la adolescencia, cuando estaba en la secundaria, sus compañeros de aula la fastidiaban, se burlaban de ella por su aspecto físico, cuando uno de sus compañeros se enteró que tenía miedo a los perros, le contó a los demás y éstos simulaban ladridos (como lo de los perros) y le decían, “tan grande y miedosa”, esto le mortificaba mucho.

A la edad de 20 años, durante la etapa universitaria, Su enamorado fue un apoyo para ella ya que según manifiesta nunca la juzgó ni la hizo sentir mal por el miedo a los perros, al

contrario, la protegía y acompañaba siempre.

A la edad de 25 años, su enamorado decidió terminar la relación, en un inicio María Isabel pensó que éste la terminaba porque estaba cansado por su miedo a los perros (sintiéndose culpable), al pasar los días se entera que su ex enamorado la estaba engañando con otra chica, es cuando la paciente se deprime, sintiéndose desprotegido e incrementa su temor a los perros, a pesar de que sus padres sobre todo la madre le han estado apoyando.

Historia personal

- Desarrollo Inicial

Embarazo en un hogar constituido, recibido con mucho cariño, parto por cesárea de emergencia, se pasó 01 semana de la fecha normal de parto, hubo algunas complicaciones, pero no afectaron a la madre ni al bebe, recibió lactancia hasta los 06 meses luego se alimentó con fórmula, empezó a caminar al año y a hablar a los 02 años, empezó el nido a los 04 años, siempre destacaba en los estudios, se relacionaba más con niños tranquilos, poco sociable, tenía cierta dificultad en su desarrollo motor.

- Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

María Isabel no ha tenido conductas inadecuadas, al contrario, desde muy pequeña siempre ha sido muy responsable y cuidadosa.

- Actitudes de la familia frente al niño

La madre era quien le brindaba mayor atención, era muy afectuosa, siempre le apoyaba en todo lo que necesitaba y estaba pendiente de ella.

El padre poco afectivo, se dedicaba más al trabajo, la relación de los padres no fue tan buena ya que existía muchos desacuerdos entre ambos sin embargo trataban de evitar discutir

delante de la niña, aunque en ocasiones lo hacían.

- Educación

Tabla 1

Presentación de problemas y rendimiento de su etapa escolar

Estudios	Concluyó		Presencia de problemas de			Rendimiento		
	Sí	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	X							X
Primaria	X							X
Secundaria	X							X
Universidad	X							X

2.2 Historia familiar

- Datos familiares

Tabla 2

Datos relevantes de sus familiares

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Dedicación
Padre	Hector Elmer Perales Meza.	83	Superior	Jubilado (estudió administración y fue inspector de importaciones y exportaciones)
Madre	María Valera Tuanama.	62	Superior Técnico	Ama de casa (trabajaba como secretaria hasta el embarazo de su hija)
Media Hermana	María Teresa Perales Ruiz.	Entre 56 y 61	Técnico	Trabaja a tiempo parcial.

- **Relaciones familiares**

La relación entre María Isabel y su padre no es muy buena, tiene momentos de calma, en los que se llevan con cordialidad y cariño, pero en varias ocasiones pelean por los malos tratos que él realiza hacia su madre. Él le ofende verbalmente, María Isabel defiende a su madre y se enfrascan en una discusión.

La relación con su madre es muy buena, existe mucha confianza entre ambas, respecto, han existido pocas discusiones entre ambas, indica que la madre le aconseja mucho, se lleva muy bien con ella.

No existe relación con su media hermana, no la conoce, es media hermana por parte de su padre solo sabe que existe y que apoya económicamente a su padre.

- **Antecedentes familiares**

Padre tuvo depresión algunos años antes de que nacer María Isabel, madre es diabética e hipertensa.

2.3 Instrumentos de recolección de datos

INFORME DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

- **Datos de filiación**

- Nombre y apellidos : María I. P. V.
- Edad : 27 años
- Fecha de evaluación : Agosto 2018
- Psicóloga : Lic. María del Pilar Da Silva
- Fecha del Informe : 24 de agosto 2018

- **Motivo de evaluación**

Perfil psicológico

- **Técnicas e Instrumentos aplicados**

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

- **Resultados**

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	11	30	Introversión
Neuroticismo	11	70	Tendencia al neuroticismo
Psicoticismo	6	75	Tendencia al psicoticismo
Mentiras	4	25	La prueba se valida

Interpretación

María, presenta características de personalidad introvertida, es decir, retraída socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, planifica sus actos, ordenada, “primero piensa, luego actúa”. Ocasionalmente presenta tendencia a relacionarse con sus pares, cuando lo hace es innovadora, creativa, da soporte a las personas mayores y se expresa con buen trato.

Por otro lado, en la escala de Neuroticismo, tiende a ser ansiosa, insegura, hipersensible al dolor ajeno, vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, emitiendo conductas de evitación y escape en el futuro, por ejemplo, a salir sola, uno de sus temores es encontrarse con un perro en el camino, o dirigirse a lugares lejanos sola sobre todo en altas horas de la noche, piensa que se puede perder o le puede pasar algo malo. Cuando algo no le sale bien tiende a desesperarse, ya que está acostumbrada a realizar sus cosas lo mejor posible, tiende a ser perfeccionista

Al respecto, su nivel de ansiedad tiende a elevarse debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad, frecuentemente evidencia tensión, indecisión e inquietud, se muestra aprensiva de algunos problemas pasados y de la inminencia de problemas futuros.

Respecto a Psicoticismo, muestra tendencia a poder tener un desajuste a las reglas sociales y familiares debido a la predisposición ante las variables ambientales como el grado de estrés experimentado.

Conclusiones

- Características de personalidad introvertida
- Tendencia al neuroticismo con sistema nervioso central lábil
- Tendencia al psicoticismo con ligero desajuste a las reglas sociales y familiares

Recomendaciones

- Entrenamiento en competencias personales – sociales
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)

INFORME DEL REGISTRO DE OPINIONES

- Datos de filiación

- Nombre y apellidos : María I.P. V .
- Edad : 27 años
- Fecha de evaluación : Agosto 2018
- Psicóloga : Lic. María del Pilar Da Silva
- Fecha del Informe : 24 de agosto 2018

- Motivo de evaluación

Perfil psicológico

- **Técnicas e Instrumentos aplicados**
 - La entrevista psicológica
 - Registro de Opiniones – Forma A

- **Resultados**

Escala	CREENCIA IRRACIONAL	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

- Interpretación

Respecto a sus esquemas de pensamiento se observa que, tiene la idea que si alguien emite alguna conducta inapropiada debe ser condenado o castigado de esa manera pueda ayudar a modificar sus conductas inadecuadas; así mismo tiene la idea que la infelicidad humana es por causa de acontecimientos externos, piensa que para ser feliz o evitar estar triste se tiene que controlar los acontecimientos externos, esto le genera una sensación de infelicidad y ansiedad crónica, atribuir la infelicidad a los acontecimientos, es una manera de evitar enfrentarse con la realidad.

La examinada presenta as siguientes creencias irracionales:

- “Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”.
- “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos”.

- Recomendación

- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADO

- Datos de filiación

- Nombre y apellidos : María I.P. V .
- Edad : 27 años
- Fecha de evaluación : agosto 2018
- Psicóloga : Lic. María del Pilar Da Silva
- Fecha del Informe : 24 de agosto 2018

- **Motivo de evaluación**

Perfil psicológico

- **Técnicas e Instrumentos aplicados**

- La entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck
- Registro de Opiniones – Forma A

- **Resultados**

Respecto a sus esquemas de pensamiento se observa que, tiene la idea que si alguien emite alguna conducta inapropiada debe ser condenado o castigado de esa manera pueda ayudar a modificar sus conductas inadecuadas; así mismo tiene la idea que la

María, presenta características de personalidad introvertida, es decir, retraída socialmente, reservada, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, planifica sus actos, ordenada, “primero piensa, luego actúa”. Ocasionalmente presenta tendencia a relacionarse con sus pares, cuando lo hace es innovadora, creativa, da soporte a las personas mayores y se expresa con buen trato. Por otro lado, tiende a ser muy ansiosa, insegura, hipersensible al dolor ajeno, vulnerable a los acontecimientos externos adversos que la hacen rápidamente condicionarse en forma de “traumas psicológicos”, aprendiendo a evitar y escapar de situaciones similares debido a niveles altos de ansiedad que experimenta.

Cuando algo no le sale bien tiende a desesperarse, ya que está acostumbrada a realizar sus cosas lo mejor posible, tiende a ser perfeccionista.

Su nivel de ansiedad tiende a elevarse debido a que su actividad cortical funciona con un sistema nervioso central lábil, es decir, biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés. Por ello, su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de

ansiedad, frecuentemente evidencia tensión, indecisión e inquietud, se muestra aprensiva de algunos problemas pasados y de la inminencia de problemas futuros, así como hipersensibilidad a situaciones o ambientes específicos, como salir sola a lugares lejanos, o por la noche.

Tendencia a un desajuste a las reglas sociales y familiares debido a la predisposición ante las variables ambientales como el grado de estrés experimentado.

Respecto a sus esquemas de pensamiento se observa que, ante una persona que emita una conducta inapropiada ella piensa que debe ser condenada o castigada tiene la idea que la felicidad depende de estímulos externos, sus creencias son: *“Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”* y *“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos”*.

Se desenvuelve en una familia en donde el padre es autoritario, de pensamiento rígido, conflictivo en ocasiones ha tendido adjetivos calificativos que denigran la autoestima de la paciente, han tenido problemas económicos, haciendo que existan mayores conflictos a nivel familiar, la madre es condescendiente y sobreprotectora, esto ha hecho de que sus temores se incrementen ya que la madre la acompaña o refuerza sus conductas de miedo tales como: salir sola, enfrentarse a un perro, la acompaña incluso a sus actividades, consultas médicas etc...está al pendiente de la paciente en todo momento.

Competencias personales-sociales a desarrollar con Maria son las siguientes:

- Toma de decisiones
- Autoestima
- Independencia
- Manejo de emociones

Conclusiones

- Características de personalidad introvertida
- Neuroticismo con sistema nervioso central lábil
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares
- Evita personas y situaciones que podrían generarle cierto riesgo, hipervigilante y desconfiada.
- Baja autoestima por percibirse incompetente en resolver sus propios problemas que se presenten en su vida cotidiana.
- Baja tolerancia a la frustración, abandonando las cosas con ansiedad y desesperación cuando no le sale como lo esperaba.
- “Si alguien cometió una falta debería pagar por ello”
- “Mi felicidad depende de estímulos externos”

Recomendaciones

- Entrenamiento en competencias personales – sociales
- Seguir un Programa de manejo emocional (ansiedad)
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones para ella aversivas. A través de técnicas de exposición: imaginal, virtual, en vivo.
- Desarrollar un programa de habilidades sociales para mejorar sus competencias interpersonales.
- Programa de tratamiento para incrementar la autoestima a través del entrenamiento en conductas de afronte frente a situaciones problemáticas
- Programa de tratamiento dirigido a la Exposición a situaciones adversas para poner en práctica la Persistencia y nuevos intentos frente a la frustración de no alcanzar el objetivo.
- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.

Programa de intervención:**Repertorio de entrada**

Se estableció la línea base con un registro de antecedentes y consecuentes más un Registro de frecuencia.

Tabla 3

Registro de la frecuencia de conductas

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro	III	II	III	II	III	II	II	18
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro	I	I	I	II	I			6
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I		I	II	I		II	7
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero	I	II	II	I	II			8

Tabla 4

Registro de antecedentes y consecuentes

Ed	C	Er
Perros en el camino	Alejarse de los perros cambiando de rumbo regresando o pasando a la vereda del frente.	Disminución del nivel de ansiedad y miedo
Perro durmiendo en la acera	Cambiarse de sitio y cubrirse al costado de la Sra. Elsa	Disminución del nivel de miedo y ansiedad
Cuando ve a un perro camino al paradero o de regreso a su casa y es acompañada de su padre	Se pasa a la vereda del frente	Disminución del nivel de miedo y ansiedad
Cuando está en la calle acompañada de su madre y ve un perro	le dice a su madre vamos por la otra vereda	y la madre opta por acceder a su petición Disminución del nivel de miedo, ansiedad y tristeza
Cuando sale con sus amigos al cine o a un centro comercial y hay un perro	Ponerse en medio de sus amigos	Disminución del nivel de miedo y ansiedad
Cuando va a ir a cumpleaños o de visita a la casa de sus mejores amigos y estos tienen mascotas (perros)	decide pedirles a sus amigos que escondan a sus mascotas cada que ella va a sus casas	Disminución del nivel de ansiedad y miedo
Cuando va a visitar a su tía que tiene perros en su casa	Pide a su padre que le diga a su tía que esconda a los perros	Disminución del nivel de ansiedad y miedo
Cuando está en la cola de la tesorería de la Universidad donde trabaja, pasaron 02 perros	decide pedirle a su amigo ponerse atrás o al costado de él	Disminución del nivel de miedo y ansiedad

1. Conductas pre-recurrentes

- Capacidad de atención y comprensión adecuada
- Adecuado nivel de seguimiento de instrucciones
- Sobresaliente en el colegio, la universidad y en el trabajo

2. Objetivo Terminal

La examinada será capaz de permanecer a 01 metro de distancia de un perro con una performance de 80% en 10 ensayos consecutivos.

3. Selección del diseño

Univariable multicondicional AB

4. Objetivos específicos

- 4.1. Pasar a un metro de distancia de un perro, sin pasarse a la acera del frente
- 4.2. Mantenerse en su sitio y pasar cerca de un perro, sin cubrirse con otras personas
- 4.3. Visitar a un familiar y /o amistad, sin previamente avisar que escondan al perro
- 4.4. Reestructurar los pensamientos anticipatorios negativos respecto a los perros: “me va morder”

5. Procedimiento

- 5.1. Para alcanzar el objetivo 4.1: Pasar a un metro de distancia de un perro, sin pasarse a la acera del frente
 - Paso1: *Etapa informativa*, Se explica al paciente que es el miedo y entiendo esto como una emocional natural y adaptativa, el cual es una conducta emocional aprendida mediante asociación de estímulos. Analizando el caso la paciente aprendió esta conducta a los 6 años cuando un perro le ladró fuertemente muy cerca de la cara. Para entender cómo se mantiene la conducta fóbica se grafica La Triple Relación de Contingencias, el cual el Estímulo Discriminativo (Ed) es pasar cerca de un perro; la conducta o respuesta es la de evitar, pasándose al otro lado de la acera o cubriéndose de sus amigos o familiares; y éstas conductas se van a

mantener a través de un Proceso de Reforzamiento Negativo, en donde el alivio que siente al evitar tales situaciones, se convierte en el Estímulo Reforzador (Er).

- Paso 2: *Entrenamiento en la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson*, Se entrena al paciente en esta técnica con el objetivo de disminuir el nivel de la tensión muscular, respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad. Se entrena al paciente en el consultorio el cual se le pide al paciente que se ubique cómodamente en un sillón reclinable para proceder a la técnica de relajación; éste entrenamiento se realizará en la primera y segunda sesión terapéutica, al final se le entregará un audio con la voz grabada del terapéutica, acompañado de un registro de relajación para que lo pueda practicar en su casa, 2 veces por día, durante una semana el cual deberá ser registrado, esto permitirá que el paciente sea capaz de relajarse muscularmente al escuchar la grabación.
- Paso 3: *Jerarquización de situaciones aversivas*, se le solicita al paciente que escriba en una hoja una lista de las situaciones que le generan rechazo o temor, sin tomar en cuenta aun la jerarquía, sólo que las enumere; luego se procede a la jerarquización, con la ayuda del terapeuta, las situaciones aversivas de acuerdo al nivel de ansiedad que le producen, expresadas en unidades SUD (Unidad Subjetiva de Disturbios), unidad que es empleada como medida subjetiva de la ansiedad experimentada al momento de enfrentar la situación aversiva, empleando el sistema decimal, en donde:

SUD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAJACIÓN				ALERTA			ANSIEDAD ALTA		

- 1 representa un nivel alto de relajación (es decir, no existen signos de ansiedad)
- 5 a 7 es un nivel de alerta, donde el paciente experimenta ansiedad que le produce ligeras perturbaciones.
- 8 es un nivel de ansiedad a partir del cual puede “bloquear” o “paralizar” al paciente.
- 10 indica un nivel muy alto de ansiedad (donde obviamente no existe la relajación).

De acuerdo a esta Escala de Valorización, se obtiene la siguiente lista de Jerarquización de las conductas aversivas:

Tabla 5

Lista de Jerarquización de las conductas aversivas

ORDEN	CONDUCTAS AVERSIVAS	SUD
1	Ver a un perro camino al paradero o a su casa estando acompañada por uno de sus padres	6
2	Salir con sus amigos y en el lugar donde se dirigen encuentran a un perro	6
3	Ir a visitar a sus amigos o familiares a sus casas y estos tienen perros.	7
4	Ver a un perro durmiendo en la acera	8
5	Cruzarse con un perro cuando está en el trabajo (ciudad universitaria San Marcos)	8
6	Ver a un perro en el camino estando sola.	9

- Paso 4: *Exposición a situaciones aversivas mediante afronte imaginal*, el paciente se ubica cómodamente en el sillón reclinable del consultorio y se le relaja mediante la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson, para la cual ha recibido entrenamiento previo, luego se le pide que imagine el ítem que le produce el menor nivel de ansiedad, que en este caso corresponde a: “ver a un perro camino al paradero o a su casa estando acompañada por uno de sus padres”, se provocan imágenes adrede, con la mayor cantidad posible de detalles, de las personas u

objetos implicados en la situación aversiva que se quiere recrear imaginariamente; si éstas imágenes logran incrementar tanto la ansiedad, que la imagen creada se pierde, se le pide al paciente que se vuelva a relajar y cuando lo haya logrado, nuevamente se le solicita que imagine la situación del ítem en cuestión. Si por segunda vez la imagen se pierde a causa del aumento de ansiedad, nuevamente se relaja y se le vuelve a pedir que repita el procedimiento. Después de dos ensayos consecutivos en que el paciente logre imaginar el ítem sin interrupción debido al incremento de la ansiedad, se da por culminado el trabajo con ese ítem y se pasa a trabajar el siguiente; y así sucesivamente con los siguientes ítems hasta que el paciente sea capaz de imaginar sin interrupción y sin incrementar el nivel de ansiedad, el último ítem de la lista de jerarquización. En el caso de María Isabel, este procedimiento se desarrolla durante tres meses, a través de doce terapéuticas, logrando cumplir los objetivos planteados.

- Paso 5: *Exposición a situaciones aversivas mediante afronte en vivo*, a medida que el paciente alcanza la imaginación completa de los ítems de la lista de jerarquización, se le indica que trabaje paralelamente dichos ítems en vivo, es decir en situaciones de la vida real, manteniendo una secuencia de continuidad temporal con el trabajo que se realiza en el consultorio.

En el presente caso, se dispone de 3 sesiones, por la tarde, en donde el terapeuta acompaña a María Isabel a su domicilio para ayudarla a entrenarse para la aplicación de la técnica de Exposición en vivo con Prevención de Respuesta. Dicho procedimiento consiste en trabajar con el primer ítem de la Lista de Jerarquización.

En la primera sesión, María Isabel se coloca al costado del terapeuta para poder salir por las calles de su casa en donde hay perros. Se empieza a caminar primero por calles donde hay pocos perros, se le pregunta sobre su nivel de ansiedad que experimenta y menciona que está en 5; se le pide que realice la técnica de relajación muscular, mientras se sigue caminando; mientras tanto el terapeuta conversa con ella sobre temas de su interés como por ejemplo Literatura, después de 15 minutos, empezamos a caminar por lugares donde hay más perros por la vereda y se le pregunta a la paciente sobre lo que experimenta a lo que responde que sigue en 5, se continúa conversando sobre literatura; después de 10 minutos más, nos vamos acercando más donde hay 3 perros en la acera por donde se va a pasar, es donde la paciente refiere que la ansiedad se incrementa a 7 y se le pide nuevamente que se relaje muscularmente poniendo mucha atención a los músculos que nota que más se contraen; logra relajarse y bajar a 5 y se continuamos caminando y se da por concluida la primera sesión de afronte en vivo.

En la segunda sesión, se empieza a caminar por las calles en donde están la mayor cantidad de perros, en donde el paciente refiere presentar una ansiedad de 6; se le pide que se relaje, con lo cual logra bajar a 4. Se sigue caminando durante 30 segundos, en el momento que justamente se va a pasar por la acera en donde están varios perros (3) se solicita a la paciente practicar la técnica de relajación e inmediatamente conversar sobre otro tema que le gusta que es historia, ante lo cual la paciente muestra un nivel de ansiedad de 4 se sigue caminando durante unos 05 minutos es donde el terapeuta hace notar al paciente los logros que se van observando y lo bien que lo está haciendo, además de conversar sobre otros temas.

En la tercera sesión, se repite el procedimiento anterior, para afianzar los avances hasta aquí logrados.

Terminada la sesión de afronte en vivo, retornamos a su casa y se le indica que igual procedimiento deberá aplicar a los demás ítems de la lista, con el objetivo de que adquiera habilidad en la aplicación de la Técnica de Relajación para lograr la disminución de la ansiedad.

Los logros alcanzados imaginariamente fueron también acompañados de los logros en vivo casi simultáneamente, según lo indicado por el paciente.

5.2. Para alcanzar el objetivo 4.2: Mantenerse en su sitio y pasar cerca de un perro, sin cubrirse con otras personas.

- Paso 1: ***Etapas informativas***, Se explica al paciente que es el miedo y entiendo esto como una emocional natural y adaptativa, el cual es una conducta emocional aprendida mediante asociación de estímulos. Analizando el caso la paciente aprendió esta conducta a los 6 años cuando un perro le ladró fuertemente muy cerca de la cara. Para entender cómo se mantiene la conducta fóbica se grafica La Triple Relación de Contingencias, el cual el Estímulo Discriminativo (Ed) es pasar cerca de un perro; la conducta o respuesta es la de evitar, pasándose al otro lado de la acera o cubriéndose de sus amigos o familiares; y éstas conductas se van a mantener a través de un Proceso de Reforzamiento Negativo, en donde el alivio que siente al evitar tales situaciones, se convierte en el Estímulo Reforzador (Er).

- Paso 2: ***Entrenamiento en la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson***, Se entrena al paciente en esta técnica con el objetivo de disminuir el nivel de la tensión muscular, respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad. Se entrena al paciente en el consultorio el cual se le pide al paciente que se ubique cómodamente en un sillón reclinable para proceder a la técnica de relajación; éste

entrenamiento se realizará en la primera y segunda sesión terapéutica, al final se le entregará un audio con la voz grabada del terapeuta, acompañado de un registro de relajación para que lo pueda practicar en su casa, 2 veces por día, durante una semana el cual deberá ser registrado, esto permitirá que el paciente sea capaz de relajarse muscularmente al escuchar la grabación.

- Paso 3: **Jerarquización de situaciones aversivas**, se le solicita al paciente que escriba en una hoja una lista de las situaciones que le generan rechazo o temor, sin tomar en cuenta aun la jerarquía, sólo que las enumere; luego se procede a la jerarquización, con la ayuda del terapeuta, las situaciones aversivas de acuerdo al nivel de ansiedad que le producen, expresadas en unidades SUD (Unidad Subjetiva de Disturbios), unidad que es empleada como medida subjetiva de la ansiedad experimentada al momento de enfrentar la situación aversiva, empleando el sistema decimal, en donde:

SUD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAJACIÓN				ALERTA			ANSIEDAD ALTA		

1 representa un nivel alto de relajación (es decir, no existen signos de ansiedad)

5 a 7 es un nivel de alerta, donde el paciente experimenta ansiedad que le produce ligeras perturbaciones.

8 es un nivel de ansiedad a partir del cual puede “bloquear” o “paralizar” al paciente.

10 indica un nivel muy alto de ansiedad (donde obviamente no existe la relajación).

De acuerdo a esta Escala de Valorización, se obtiene la siguiente lista de Jerarquización de las conductas aversivas:

Tabla 6

Lista de Jerarquización de las conductas aversivas

ORDEN	CONDUCTAS AVERSIVAS	SUD
1	Ver a un perro camino al paradero o a su casa estando acompañada por uno de sus padres	6
2	Salir con sus amigos y en el lugar donde se dirigen encuentran a un perro	6
3	Ir a visitar a sus amigos o familiares a sus casas y estos tienen perros.	7
4	Ver a un perro durmiendo en la acera	8
5	Cruzarse con un perro cuando está en el trabajo (ciudad universitaria San Marcos)	8
6	Ver a un perro en el camino estando sola.	9

- Paso 4: *Exposición a situaciones aversivas mediante afronte imaginal*, el paciente se ubica cómodamente en el sillón reclinable del consultorio y se le relaja mediante la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson, para la cual ha recibido entrenamiento previo, luego se le pide que imagine el ítem que le produce el menor nivel de ansiedad, que en este caso corresponde a: “salir con sus amigos y en el lugar donde se dirigen encuentran a un perro”, se provocan imágenes adrede, con la mayor cantidad posible de detalles, de las personas u objetos implicados en la situación aversiva que se quiere recrear imaginalmente; si éstas imágenes logran incrementar tanto la ansiedad, que la imagen creada se pierde, se le pide al paciente que se vuelva a relajar y cuando lo haya logrado, nuevamente se le solicita que imagine la situación del ítem en cuestión. Si por segunda vez la imagen se pierde a causa del aumento de ansiedad, nuevamente se relaja y se le vuelve a pedir que repita el procedimiento. Después de dos ensayos consecutivos en que el paciente logre imaginar el ítem sin interrupción debido al incremento de

la ansiedad, se da por culminado el trabajo con ese ítem y se pasa a trabajar el siguiente; y así sucesivamente con los siguientes ítems hasta que el paciente sea capaz de imaginar sin interrupción y sin incrementar el nivel de ansiedad, el último ítem de la lista de jerarquización. En el caso de María Isabel, este procedimiento se desarrolla durante tres meses, a través de doce terapéuticas, logrando cumplir los objetivos planteados.

- Paso 5: ***Exposición a situaciones aversivas mediante afronte en vivo***, a medida que el paciente alcanza la imaginación completa de los ítems de la lista de jerarquización, se le indica que trabaje paralelamente dichos ítems en vivo, es decir en situaciones de la vida real, manteniendo una secuencia de continuidad temporal con el trabajo que se realiza en el consultorio.

5.3 Para alcanzar el objetivo 4.3: Visitar a un familiar y /o amistad, sin previamente avisar que escondan al perro.

- Paso 1: ***Etapas informativa***, Se explica al paciente que es el miedo y entiendo esto como una emocional natural y adaptativa, el cual es una conducta emocional aprendida mediante asociación de estímulos. Analizando el caso la paciente aprendió esta conducta a los 6 años cuando un perro le ladró fuertemente muy cerca de la cara. Para entender cómo se mantiene la conducta fóbica se grafica La Triple Relación de Contingencias, el cual el Estímulo Discriminativo (Ed) es pasar cerca de un perro; la conducta o respuesta es la de evitar, pasándose al otro lado de la acera o cubriéndose de sus amigos o familiares; y éstas conductas se van a mantener a través de un Proceso de Reforzamiento Negativo, en donde el alivio que siente al evitar tales situaciones, se convierte en el Estímulo Reforzador (Er).

- Paso 2: **Entrenamiento en la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson**, Se entrena al paciente en esta técnica con el objetivo de disminuir el nivel de la tensión muscular, respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad. Se entrena al paciente en el consultorio el cual se le pide al paciente que se ubique cómodamente en un sillón reclinable para proceder a la técnica de relajación; éste entrenamiento se realizará en la primera y segunda sesión terapéutica, al final se le entregará un audio con la voz grabada del terapéutica, acompañado de un registro de relajación para que lo pueda practicar en su casa, 2 veces por día, durante una semana el cual deberá ser registrado, esto permitirá que el paciente sea capaz de relajarse muscularmente al escuchar la grabación.

- Paso 3: **Jerarquización de situaciones aversivas**, se le solicita al paciente que escriba en una hoja una lista de las situaciones que le generan rechazo o temor, sin tomar en cuenta aun la jerarquía, sólo que las enumere; luego se procede a la jerarquización, con la ayuda del terapeuta, las situaciones aversivas de acuerdo al nivel de ansiedad que le producen, expresadas en unidades SUD (Unidad Subjetiva de Disturbios), unidad que es empleada como medida subjetiva de la ansiedad experimentada al momento de enfrentar la situación aversiva, empleando el sistema decimal, en donde:

SUD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAJACIÓN				ALERTA			ANSIEDAD ALTA		

1 representa un nivel alto de relajación (es decir, no existen signos de ansiedad)

5 a 7 es un nivel de alerta, donde el paciente experimenta ansiedad que le produce ligeras perturbaciones.

8 es un nivel de ansiedad a partir del cual puede “bloquear” o “paralizar” al paciente.

10 indica un nivel muy alto de ansiedad (donde obviamente no existe la relajación).

De acuerdo a esta Escala de Valorización, se obtiene la siguiente lista de Jerarquización de las conductas aversivas:

Tabla 7

Lista de Jerarquización de las conductas aversivas

ORDEN	CONDUCTAS AVERSIVAS	SUD
1	Ver a un perro camino al paradero o a su casa estando acompañada por uno de sus padres	6
2	Salir con sus amigos y en el lugar donde se dirigen encuentran a un perro	6
3	Ir a visitar a sus amigos o familiares a sus casas y estos tienen perros.	7
4	Ver a un perro durmiendo en la acera	8
5	Cruzarse con un perro cuando está en el trabajo (ciudad universitaria San Marcos)	8
6	Ver a un perro en el camino estando sola.	9

- Paso 4: *Exposición a situaciones aversivas mediante afronte imaginal*, el paciente se ubica cómodamente en el sillón reclinable del consultorio y se le relaja mediante la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson, para la cual ha recibido entrenamiento previo, luego se le pide que imagine el ítem que le produce el menor nivel de ansiedad, que en este caso corresponde a: “ir visitar a sus amigos o familiares a sus casas y éstos tienen perros”, se provocan imágenes adrede, con la mayor cantidad posible de detalles, de las personas u objetos implicados en la

situación aversiva que se quiere recrear imaginalmente; si éstas imágenes logran incrementar tanto la ansiedad, que la imagen creada se pierde, se le pide al paciente que se vuelva a relajar y cuando lo haya logrado, nuevamente se le solicita que imagine la situación del ítem en cuestión. Si por segunda vez la imagen se pierde a causa del aumento de ansiedad, nuevamente se relaja y se le vuelve a pedir que repita el procedimiento. Después de dos ensayos consecutivos en que el paciente logre imaginar el ítem sin interrupción debido al incremento de la ansiedad, se da por culminado el trabajo con ese ítem y se pasa a trabajar el siguiente; y así sucesivamente con los siguientes ítems hasta que el paciente sea capaz de imaginar sin interrupción y sin incrementar el nivel de ansiedad, el último ítem de la lista de jerarquización. En el caso de María Isabel, este procedimiento se desarrolla durante tres meses, a través de doce terapéuticas, logrando cumplir los objetivos planteados.

- Paso 5: *Exposición a situaciones aversivas mediante afronte en vivo*, a medida que el paciente alcanza la imaginación completa de los ítems de la lista de jerarquización, se le indica que trabaje paralelamente dichos ítems en vivo, es decir en situaciones de la vida real, manteniendo una secuencia de continuidad temporal con el trabajo que se realiza en el consultorio.

5.4 Para alcanzar el objetivo 4.4: Reestructurar los pensamientos anticipatorios negativos respecto a los perros: “me va morder”.

- Paso 1: Explicar al paciente que es un pensamiento distorsionado y cual no ejemplo: si me acerco, el perro me va a morder.
- Paso 2: Explicar de dónde proviene las emociones
- Paso 3: Explicar las consecuencias conductuales

- Paso 4: Explicar el ABC
- Paso 5: Explicar DE cómo se debate
- Paso 6: ABCDE
-

Programa de Intervención

Etapa informativa se realizó en 01 sesión durante una semana.

Entrenamiento en la Técnica de Relajación Muscular de Jacobson se realizó en 02 semanas; 02 sesiones terapéuticas durante 01 semana, el cual el paciente lo practicará en casa 02 veces al día durante una semana más.

Jerarquización de situaciones aversivas se realizó en 02 sesiones terapéuticas durante una semana.

Exposición a situaciones aversivas mediante afronte imaginal, el procedimiento se desarrolló en 12 sesiones terapéuticas durante 12 semanas.

Exposición a situaciones aversivas mediante afronte en vivo, se realizó en 03 sesiones 03 veces en una semana.

Una vez que se realizó las sesiones antes mencionadas se procedió al tratamiento que se efectuó en 15 sesiones, con una duración de 05 semanas tal y como se detalla:

- **Primera semana:** El paciente aplicó técnica de desensibilización sistemática imaginal y en vivo, apoyándose de la Reestructuración Cognitiva con una reducción de las conductas fóbicas:
 - a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro con una reducción de un total de 09 veces a la semana.
 - b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro con una reducción de 04 veces a la semana.

- c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro con una reducción de 05 veces a la semana.
 - d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero con una reducción de 06 veces a la semana.
- **Segunda semana:** El paciente aplicó técnica de desensibilización sistemática imaginal y en vivo, apoyándose de la Reestructuración Cognitiva con una reducción de las conductas fóbicas:
 - a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro con una reducción de un total de 05 veces a la semana.
 - b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro con una reducción de 02 veces a la semana.
 - c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro con una reducción de 03 veces a la semana.
 - d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero con una reducción de 04 veces a la semana.
- **Tercera semana:** El paciente aplicó técnica de desensibilización sistemática imaginal y en vivo, apoyándose de la Reestructuración Cognitiva con una reducción de las conductas fóbicas:
 - a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro con una reducción de un total de 03 veces a la semana.
 - b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro con una reducción de 01 veces a la semana.
 - c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro con una reducción de 02 veces a la semana.
 - d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero con una reducción de 03 veces a la semana.

- **Cuarta semana:** El paciente aplicó técnica de desensibilización sistemática imaginal y en vivo, apoyándose de la Reestructuración Cognitiva con una reducción de las conductas fóbicas:
 - a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro con una reducción de un total de 05 veces a la semana.
 - b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro con una reducción de 02 veces a la semana.
 - c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro con una reducción de 03 veces a la semana.
 - d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero con una reducción de 04 veces a la semana.

- **Quinta semana:** El paciente aplicó técnica de desensibilización sistemática imaginal y en vivo, apoyándose de la Reestructuración Cognitiva con una reducción de las conductas fóbicas:
 - a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro con una reducción de un total de 01 vez a la semana.
 - b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro con una reducción de 0 veces a la semana.
 - c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro con una reducción de 01 vez a la semana.
 - d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero con una reducción de 0 veces a la semana.

El seguimiento se realizó 01 vez por semana durante un mes

Mediador terapéutico

El mismo paciente

Programas de reforzamiento y designación de reforzadores

Auto refuerzos

Cuando el propio paciente se dice a sí mismo “lo estoy logrando, me estoy relajando”, “ya no siento tanto miedo como antes”

Reforzadores sociales

Se dan a través de un Programa de Razón Fija Continua (RF-1), en donde se refuerza en forma continua todas y cada una de las respuestas esperadas, a través de comentarios positivos tales como: “vamos bien María Isabel”, “siga así, lo está haciendo muy bien”, “eso es, vamos”, “perfecto”.

También a través de un Programa de Razón Variable (RV), en donde se refuerza las respuestas esperadas, en cualquier momento del proceso terapéutico, a través de comentarios positivos, tales como: “Va bien María Isabel, si sigue así lograremos el propósito”, “la terapia está surtiendo efecto porque Ud. está poniendo empeño, muy bien”.

Técnicas terapéuticas

Reforzamiento Positivo

Consiste en la aplicación contingente de un estímulo como consecuencia de la emisión de una conducta, produciendo un efecto de fortalecimiento de la misma. En este caso, cada vez que María Isabel ejecuta la conducta de relajarse y lograr imaginar la situación de un ítem, sin experimentar ansiedad, el terapeuta le presenta reforzadores como: “lo está haciendo bien “, “eso es, “muy bien”.

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas

Consiste en otorgar reforzamiento diferencial de manera sistemática a los pequeños pasos o aproximaciones sucesivas hacia la conducta meta. En el presente caso se aplica el reforzamiento en cada vez que el paciente logra reducir el nivel ansiedad en cada uno de los ítems jerarquizados, siendo ellos el objetivo meta.

Generalización

Consiste en aplicar la conducta de afronte a conductas ansiógenas, aprendida en el consultorio y frente al terapeuta, a lugares diferentes y frente a otras personas. En el presente caso, cuando María Isabel era capaz de imaginar la conducta fóbica sin presentar un nivel alto de ansiedad, traslada esta conducta de manejo de la ansiedad hacia situaciones reales de su vida cotidiana.

Desensibilización sistemática

La cual incluye la Relajación Muscular de Jacobson que ya fue descrita anteriormente, la exposición imaginal y luego la exposición en vivo, del paciente frente al estímulo fóbico.

III. Resultados

Tabla 8

Registro de Línea Base

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro	III	II	III	II	III	II	II	18
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro	I	I	I	II	I			6
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I		I	II	I		II	7
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero	I	II	II	I	II			8

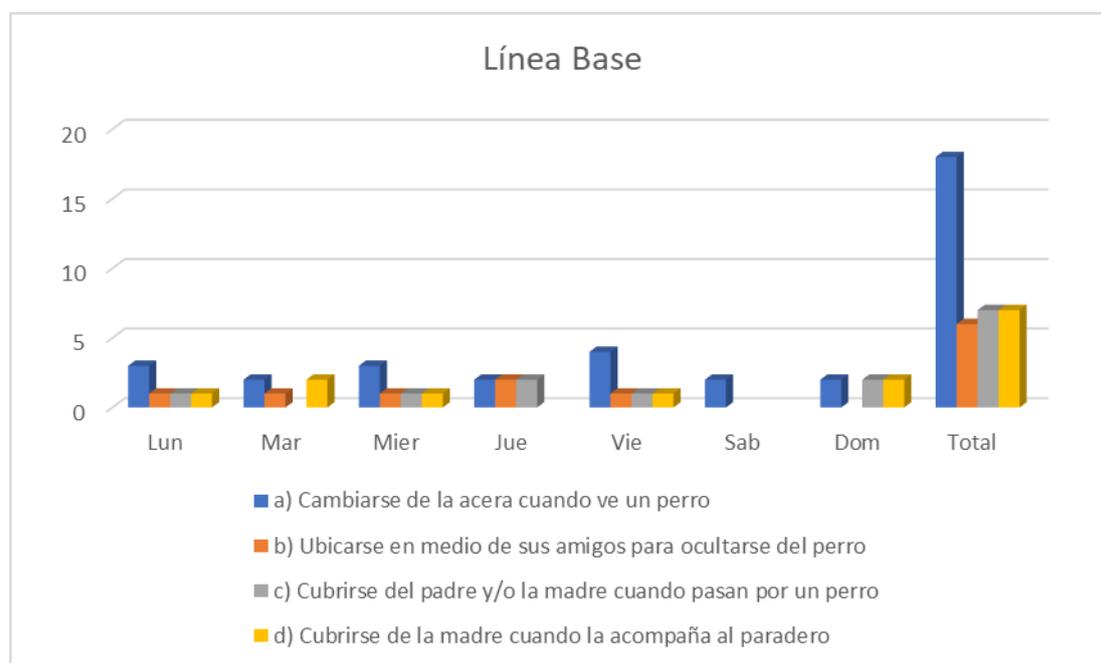


Tabla 9

Registro de Línea de Tratamiento (1era semana)

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro	I	I	II	I	II	I	I	9
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro	I	I		I	I			4
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I		I	I	I		I	5
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero	I	I	I	I	I			6

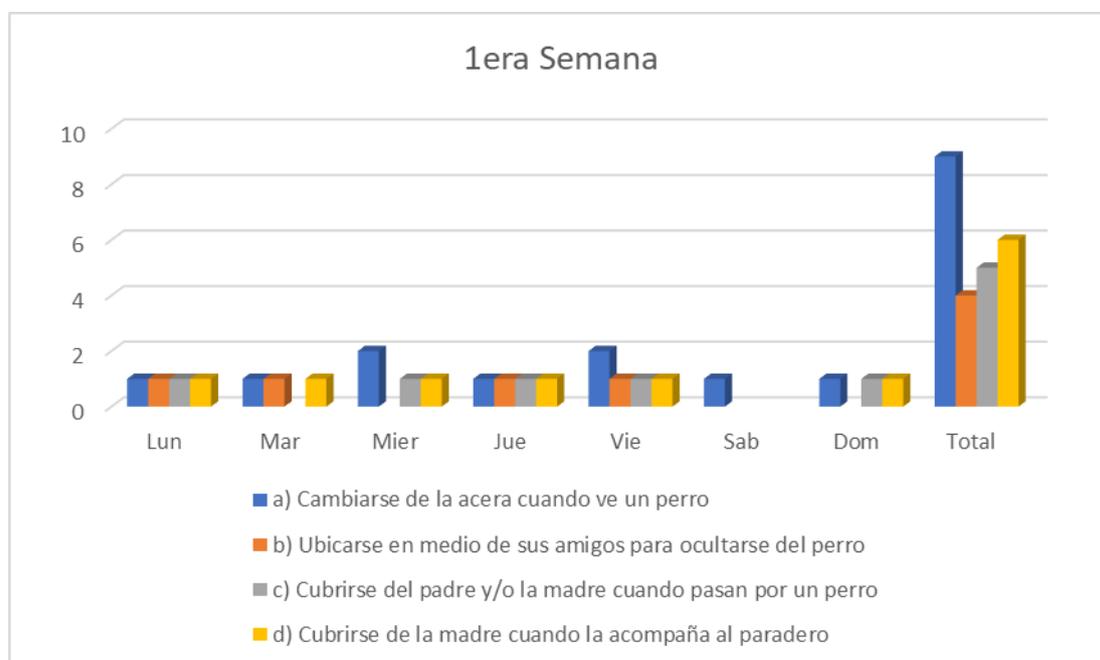


Tabla 10

Registro de Línea de Tratamiento (2da semana)

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro	I		I	I	I		I	5
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro para ocultarse del perro		I		I				2
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I			I			I	3
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero	I		I		I		I	4

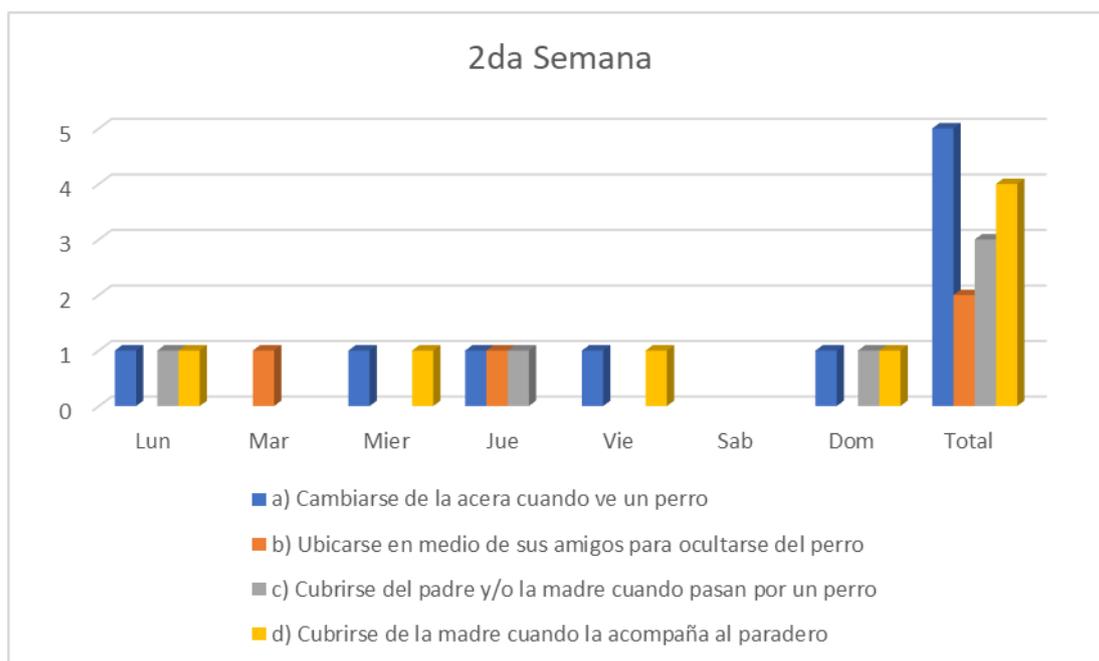


Tabla 11

Registro de Línea de Tratamiento (3ra semana)

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro	I			I			I	3
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro para ocultarse del perro		I						1
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I						I	2
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero	I				I		I	3

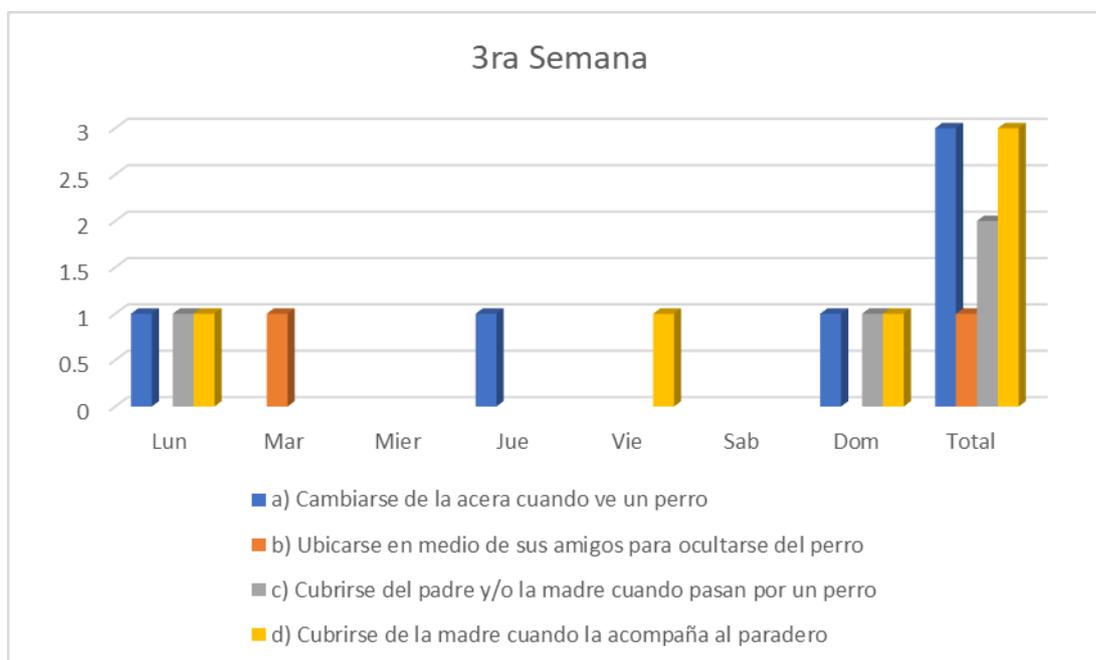


Tabla 12

Registro de Línea de Tratamiento (4ta semana)

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro	I			I				2
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro para ocultarse del perro		I						1
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I							1
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero					I			1

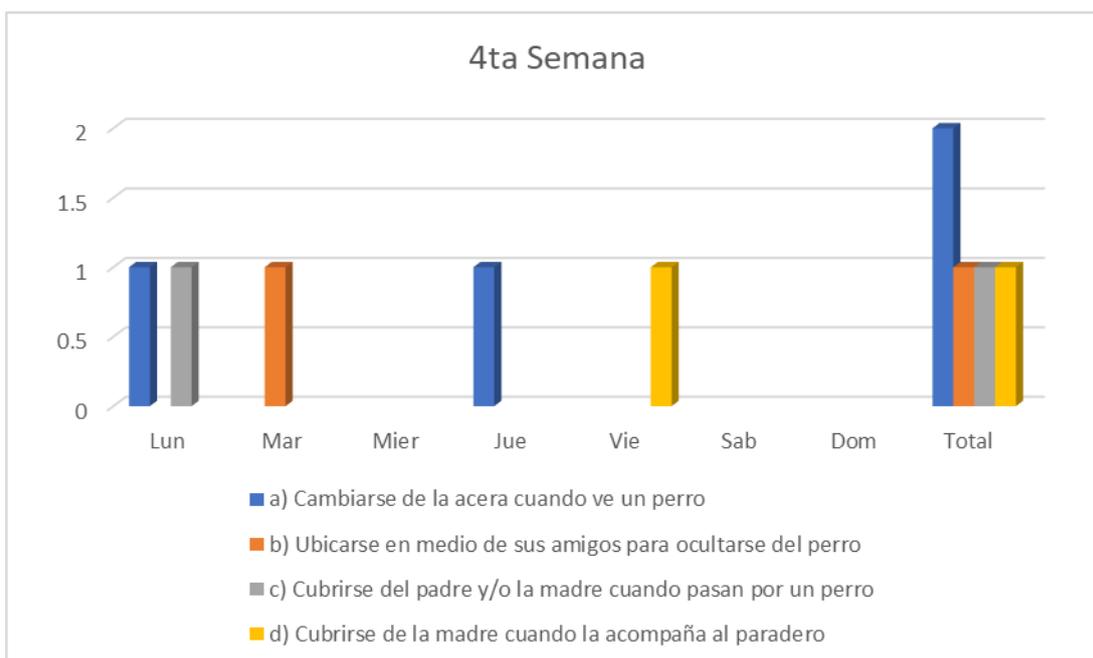
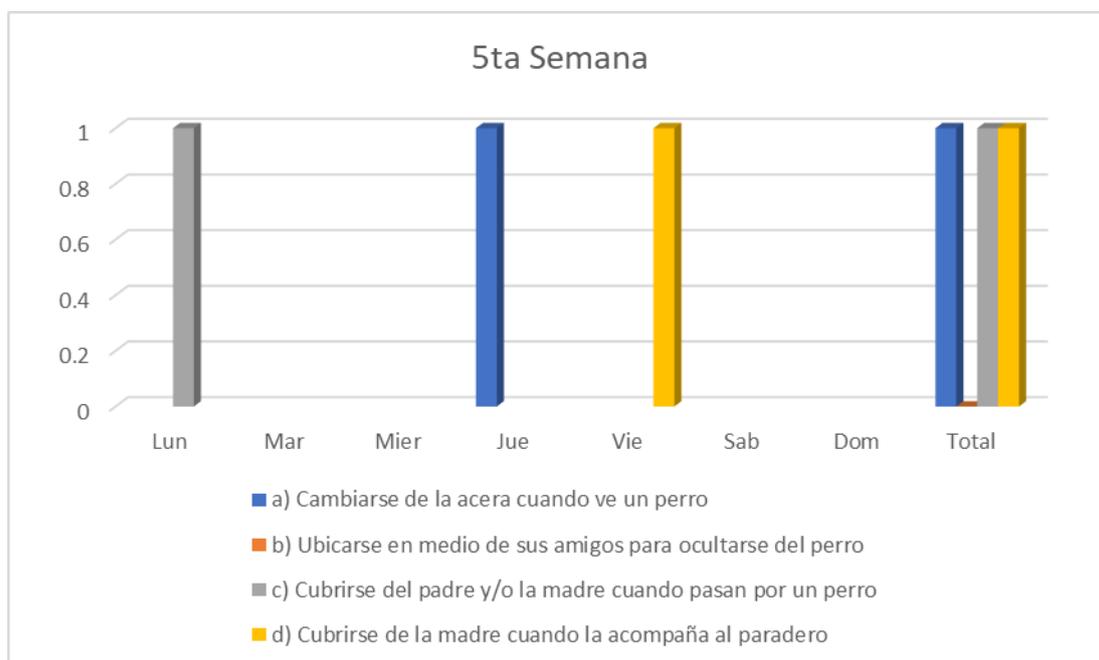


Tabla 13

Registro de Línea de Tratamiento (5ta semana)

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Cambiarse de la acera cuando ve un perro				I				1
b) Ubicarse en medio de sus amigos para ocultarse del perro								0
c) Cubrirse del padre y/o la madre cuando pasan por un perro	I							1
d) Cubrirse de la madre cuando la acompaña al paradero								0



IV. Conclusiones

- Respecto a la conducta de pasar a un metro de distancia de un perro, la evaluada disminuyó considerablemente la frecuencia de evitar dicha conducta, pasando de 18 veces a la semana a 1, esto a través de la técnica de desensibilización sistemática imaginal y en vivo.
- La evaluada eliminó la conducta de escape, pasando de 6 veces a la semana a 0 veces, logrando mantenerse en su sitio y pasar cerca de un perro sin cubrirse con otras personas, esto a través de la desensibilización sistemática imaginal y en vivo.
- Respecto a la conducta de visitar a un familiar, sin previamente advertir que escondan al perro que tienen como mascota, la evaluada incrementó la frecuencia de las visitas, esto a través de la desensibilización sistemática imaginal y en vivo.
- La evaluada logró modificar el pensamiento anticipatorio negativo “los perros me van a morder”, con el cual disminuyó considerablemente el miedo ante la presencia del mismo, esto a través de la Reestructuración cognitiva.

V. Recomendaciones

- Es importante seguir practicando la técnica de la desensibilización en vivo para eliminar la conducta evitativa. Teniendo en cuenta, la precaución necesaria que se debe tomar, en este caso, ante un canino desconocido.
- Tener en cuenta la precaución necesaria en estos casos, sin que ello afecte o incremente conductas inadecuadas.
- Sería importante, seguir con la conducta de visitar a los familiares sin previamente advertir que escondan al perro, a fin de mantener la conducta de no evitación y familiarización de dichas situaciones (con el perro).
- Es fundamental la práctica de este procedimiento a fin de modificar los pensamientos causantes de emociones negativas, para así poder mejorar la calidad de vida en la evaluada.

VI. Referencias

- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social* (Tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- Ajno, G. (2013). Fobia. *Revista de Actualización Clínica*, 35, 1815-1818. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800006&script=sci_arttext
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Antony, M. M., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1997). Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1089-1100.
- Araoz, J. (2014). *Nivel de ansiedad y calidad del sueño en el personal de la salud del Hospital Militar Regional del Sur de Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4787/70.1793.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bados, A. (2009). *Fobias específicas*. Madrid, España: Pirámide.
- Bados, A. y Garcia, E. *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Barabasz, A. (1973). Group desensitization of test anxiety in elementary school. *Journal of Psychology*, 83, 295-301.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

- Capafons, B. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13 (3), 447-452. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=467>
- Curtis, G. C., Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., & Kessler, R. C. (1998). Specific fears and phobias. Epidemiology and classification. *British Journal of Psychiatry*, 173, 212-217.
- Echeburúa, E. (2006). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid, España: Pirámide.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Mc Graw Hill.
- Meza, P. (2018). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral: Caso Clínico de trastorno mixto ansioso depresivo y fobia específica situacional*. (Tesis de postgrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6031/PSSmerope.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2014, Mayo). *Más de 600 mil personas adultas de Lima presentó problemas de trastorno de ansiedad alguna vez en su vida*. Recuperado el 04 de enero de 2019, de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/016.html>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Cghokka, P., Kjernisted, K. y Van Amerigen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(1). S1. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kerlinger, F. N. (1975). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*, México D.F., México: Nueva editorial interamericana.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R.; Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch gen psychiatry*, 62,593602.http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler_DSMIV_AGP_2009.pdf

- Lipsitz, J. D., Barlow, D. H., Mannuzza, S., Hofmann, S. G. y Fyer, A. J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific phobias subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 471-478.
- Magallanes, M. (2010). *Terapia cognitivo-conductual*. Lima: Fondo Editorial de la UIGV.
- Pérez, A. (2005). Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: Una propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia Psicológica, 23*(1), 25-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523103>
- Mann, J. y Rosenthal, T. (1969). Vicarious and direct counterconditioning of test anxiety through individual and group desensitization. *Behaviour Research and Therapy, 7*(4), 359-367. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(69\)90065-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(69)90065-5)
- Méndez, F. (2000). *Miedos y temores en la infancia: Ayuda a los niños a superarlos*. Madrid, España: Pirámide.
- Mikulas, W. L. y Coffman, M. G. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C. E. Schaefer y J. M. Bricsmeister (Eds.), *Handbook of parent training*, 179-202. Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Ed. Méditor.
- Ruiz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Browser.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Santed, M. Á. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: Datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 3*(1), 15-25. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.3.num.1.1998.3853>
- Vallejo, L. y Vallejo, M.A. (2016). Sobre la Desensibilización Sistemática. Una Técnica Superada o Renombrada. *Revista Acción Psicológica, 13*(2), 157-168. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344049074014.pdf>
- Valiente, R.; Sandín, B., Chorot P. y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos

basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3), 414-419. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1081>

Wittchen, H. U., Nelson, C. B. y Lachner, G. (1998). Prevalence of Mental Disorders and Psychosocial Impairments in Adolescents and Young Adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291797005928>