

FOBIAS ESPECÍFICAS

Tratamiento psicológico con TCC



NeuroClass

FOBIAS ESPECÍFICAS

Tratamiento psicológico con TCC

Este documento es un resumen que recoge los apuntes y contenidos académicos del curso *online* Fobias específicas: Tratamiento psicológico con TCC.

Objetivos:

1. Comprender los fundamentos prácticos de algunas técnicas, especialmente de la terapia de exposición y su aplicación en el tratamiento de fobias específicas.
2. Aprender a realizar una evaluación de las fobias específicas, identificando los estímulos fóbicos y evaluando la gravedad de los síntomas.
3. Desarrollar habilidades prácticas en la planificación e implementación de la terapia de exposición, utilizando técnicas de exposición graduada y desensibilización sistemática.
4. Familiarizarse con estrategias para la gestión de la resistencia y las dificultades comunes durante el tratamiento de las fobias específicas.
5. Mejorar las competencias clínicas para ofrecer un tratamiento efectivo y basado en la evidencia a personas que sufren de fobias específicas, centrándose en la reducción de la ansiedad y la mejora de la calidad de vida.

Disertante:



Elena Flores, PhD(c)

Graduada en Psicología por la Universidad de Salamanca (USAL), en Salamanca, España. Máster Universitario en Neuropsicología por la USAL. Máster en Psicología Clínica y de la Salud y Máster en Psicoterapia Cognitivo Conductual por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), en Madrid, España. Grado de experto en docencia de la Neuroeducación e inteligencia emocional en la primera infancia por la Universidad Nebrija, en Madrid, España. Candidata a Doctorado en la USAL. Cofundadora de NeuroClass y ponente en diversos cursos.

Índice

Introducción	1
MÓDULO I	
Introducción a las fobias	2
Concepto y características	4
Etiología	6
Epidemiología	8
MÓDULO II	
Evaluación	9
Síntomas	10
Herramientas de evaluación	11
MÓDULO III	
Diagnóstico	18
Diagnóstico diferencial	19
Diferencias con otros diagnósticos para considerar	20
Génesis de la fobia	21
Dos tipos de fobia según la adquisición	23
El proceso de mantenimiento de la fobia	24
Pronóstico y complicaciones	26

MÓDULO IV

Procedimientos en el tratamiento27

Inundación o implosión	29
Evaluación inicial	30
Establecimiento de objetivos	32
Creación de una jerarquía de exposición	35
Preparación del paciente	37
Exposición intensiva	39
Manejo de la ansiedad	41
Reforzamiento y seguimiento	42
Exposición gradual	44
Creación de una jerarquía de ansiedad	45
Establecimiento de objetivos específicos	46
Desarrollo de estrategias de afrontamiento	47
Exposición gradual y sistemática	49
Reevaluación de las creencias irracionales	50
Refuerzo y generalización	52
Reestructuración cognitiva	54
Tabla de reestructuración cognitiva	56
Aspectos que evitar	57
Relajación muscular progresiva y respiración profunda	58
Estructura del procedimiento	59
Aspectos para tener en cuenta	60
Terapia de exposición virtual	60
Tratamientos farmacológicos	62
Pasos para una correcta psicoeducación en psicofármacos ...	64

MÓDULO V	
Mejorar los resultados del equipo de atención de salud	67
Detalles que marcan la diferencia	68
La importancia del compromiso fuera de la terapia	70
MÓDULO VI	
Psicoeducación en el tratamiento de las fobias específicas	72
Pasos fundamentales en la educación del consultante	77
Posibles intervenciones en la educación del consultante	79
Qué evitar en la terapia para fobias específicas	80
Consideración del factor vergüenza	81
MÓDULO VII	
Indicaciones para considerar durante y después de la intervención	83
Trabajo en la alianza terapéutica	85
Aparición de resistencias	86
Solución a posibles obstáculos	89
Tras la intervención, el seguimiento	91
Casos clínicos y diálogos en consulta	93
Caso María	94
Caso Javier	96
Caso Alicia	98
Referencias bibliográficas	102

MÓDULO VI	
La familia ante el acoso escolar	63
6.1. Recomendaciones generales para las familias	64
6.2. La familia de la víctima	65
6.2.1. Establecer canales de comunicación	65
6.2.2. ¿Cómo reaccionar frente a la confirmación de la víctima?	66
6.2.3. Posibles formas de reaccionar de la víctima	66
6.2.4. Cuando la víctima no admite la situación	66
6.2.6. Actuar con el centro educativo	67
6.2.7. ¿Qué se debe evitar hacer?	67
6.3. La familia del acosador	68
6.3.1. Señales que pueden ayudar a identificar la situación de acoso	68
6.3.2. ¿Cómo reaccionar y qué hacer frente a una situación así?	69
6.3.3. La importancia de actuar	69
6.4. La familia de los espectadores	70
Reflexión final	70
Referencias bibliográficas	72

Introducción

Bienvenidos al curso sobre el tratamiento de las fobias específicas. En este programa académico, indagaremos en este trastorno, abordando tanto sus aspectos clínicos como terapéuticos de manera integral. Las fobias específicas, a pesar de su alta prevalencia, son a menudo pasadas por alto en el ámbito clínico, lo que subraya la importancia de profundizar en su comprensión y en las estrategias efectivas de intervención.

Durante esta formación, exploraremos la naturaleza de las fobias específicas, desde su prevalencia hasta su relación con otros trastornos mentales, pasando por los factores de riesgo asociados y su impacto en la vida cotidiana de los afectados. Además, analizaremos las principales teorías explicativas. Un enfoque central recaerá, por supuesto, en el estudio de algunas de las modalidades terapéuticas disponibles para tratar las fobias específicas, con especial atención en la terapia de exposición gradual, considerada el tratamiento de elección.

Con lo anterior, también se expondrán los principios fundamentales de la exposición gradual, su implementación práctica y las estrategias de afrontamiento asociadas. Además, examinaremos enfoques farmacológicos emergentes y otras modalidades complementarias, como la terapia cognitiva. Por lo que el objetivo es que, una vez terminada la formación, puedas comprender los fundamentos teóricos de la terapia de exposición y su aplicación en el tratamiento de fobias específicas; aprender a realizar una evaluación exhaustiva de las fobias específicas, identificando los estímulos fóbicos y evaluando la gravedad de los síntomas; desarrollar habilidades prácticas en la planificación e implementación de la terapia de exposición, utilizando técnicas de exposición graduada; familiarizarte con estrategias para la gestión de la resistencia y las dificultades comunes durante el tratamiento de las fobias específicas; y, en definitiva, mejorar las competencias clínicas para ofrecer un tratamiento efectivo y basado en la evidencia a personas que sufren de fobias específicas, centrándose en la reducción de la ansiedad y la mejora de la calidad de vida.

En resumen, este curso proporcionará una sólida base teórica y práctica para abordar de manera efectiva las fobias específicas en el ámbito clínico. ¡Esperamos que disfrutes de este aprendizaje!

MÓDULO I

Introducción a las fobias

Antes de nada... Imagina que eres M. U., una estudiante universitaria brillante y talentosa. Sin embargo, desde hace un tiempo, enfrentas un problema que está afectando seriamente tu vida: tienes fobia a hablar en público. Esta fobia ha estado contigo desde la escuela secundaria, pero ahora que estás en la universidad, se ha vuelto aún más difícil de manejar.

Cada vez que te enfrentas a la posibilidad de hacer una presentación en clase, sientes un nudo en el estómago y un intenso miedo que te paraliza por completo. El semestre pasado, tuviste que dar una presentación importante en tu clase de psicología. A medida que se acercaba la fecha, tu ansiedad aumentaba. Pasaste noches sin dormir, preocupada por cómo te iría. El día de la presentación, te sentiste mareada, con las manos sudorosas y el corazón latiendo rápido.

Cuando llegó tu turno de hablar, apenas podías respirar. Tu mente se quedó en blanco y no pudiste decir ni una palabra. Tu profesor y compañeros de clase te miraban, esperando a que comenzaras, pero te sentías tan abrumada por el miedo que no podías hacerlo. Finalmente, tu compañero tuvo que hacer la presentación por ti. Después de ese incidente, te sentiste humillada y avergonzada. Te diste cuenta de que tu fobia a hablar en público estaba afectando seriamente tu rendimiento académico y tu autoestima. Empezaste a evitar clases y actividades que implicaban hablar frente a otros, lo que solo empeoró las cosas.

Después de ese incidente, te sentiste humillada y avergonzada. Te diste cuenta de que tu fobia a hablar en público estaba afectando seriamente tu rendimiento académico y tu autoestima. Empezaste a evitar clases y actividades que implicaban hablar frente a otros, lo que solo empeoró las cosas.

Las cosas empeoraron cuando llegó el momento de inscribirte para el siguiente semestre. Evitaste deliberadamente cualquier curso que supusiera presentaciones en público o exposiciones, limitando así tus opciones académicas y profesionales. Así, poco a poco, el miedo a hablar en público se convirtió en una barrera que impedía tu crecimiento personal y profesional. Te sentías atrapada en un ciclo de evitación y ansiedad, sin saber cómo salir de él.

La evitación constante de situaciones que desencadenaban tu fobia solo empeoraba las cosas. Te sentías cada vez más sola y desesperada, sin saber a quién acudir o cómo pedir ayuda.

Aunque sabías que necesitabas ayuda para superar tu fobia, el simple pensamiento de tener que enfrentarte a ella te llenaba de terror. Sin embargo, también sabías que no podías seguir viviendo así, dejando que el miedo controlara tu vida.

Este caso hace referencia a la glosofobia, una fobia situacional que solamente se da ante el contexto específico de tener que hablar ante un público. Ahora, antes de proseguir, hemos de destacar un dato. Y es que, el 18,7 % de las personas con un diagnóstico de fobia específica de 12 meses informan un deterioro grave del papel en al menos uno de los cuatro dominios que consisten en el hogar, el trabajo, las relaciones y la vida social (Wechsler et al., 2019).

Concepto y características

Comenzaremos este curso diciendo que el miedo es una emoción fundamental y primitiva que todos los seres humanos experimentamos. Esta emoción tiene un valor adaptativo importante, ya que nos prepara para la supervivencia. La fobia, por otro lado, es una forma extrema e irracional de miedo que surge en respuesta a situaciones que no representan una amenaza real. Estas se caracterizan por un miedo intenso y desproporcionado hacia un objeto o situación específica, lo que provoca una respuesta de evitación o huida por parte de la persona que lo experimenta.

Ahora, es importante diferenciar el estrés, la ansiedad y la fobia, que son estados emocionales interrelacionados pero distintos entre sí. El estrés es una respuesta del organismo ante situaciones que demandan un esfuerzo físico o emocional, pudiendo ser tanto positivas como negativas y generalmente temporales. Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de preocupación o miedo ante situaciones percibidas como amenazantes, pudiendo ser más difusa y persistente que el estrés. Finalmente, la fobia es un tipo específico de trastorno de ansiedad en el que una persona experimenta un miedo intenso y desproporcionado ante un objeto o situación específica, lo que puede llevar a comportamientos de evitación que interfieren significativamente en su vida diaria.

Tras este inciso, volvamos a focalizar las fobias. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5, en inglés) la fobia específica se define como una ansiedad intensa ante un objeto o situación concreta, como volar, las alturas, los animales, la administración de una inyección o la visión de sangre. Esta ansiedad es desproporcionada a la situación y persiste durante más de 6 meses, causando malestar significativo en diversas áreas de la vida del paciente. Además, la amenaza percibida debe ser desproporcionada en relación con la amenaza real y el contexto sociocultural. Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision, CIE-10, en inglés) establece que los síntomas de ansiedad deben limitarse a la situación temida o a la contemplación de la misma.

En la primera edición del DSM en 1952, se describió el diagnóstico de reacción fóbica en dos párrafos breves, mencionando que las formas comúnmente observadas de reacción fóbica incluían el miedo a la sífilis, la suciedad, los lugares cerrados, los lugares altos, los lugares abiertos, los animales, entre otros. Se señalaba, con esto, que el paciente intentaba controlar su ansiedad evitando el objeto o situación fóbica. Por suerte, y desde entonces, se ha ampliado y especificado de manera más estrecha los tipos de fobias, como las fobias sociales, la agorafobia y las fobias específicas. Además, se han desarrollado subtipos de fobias específicas, como las relacionadas con la sangre, las inyecciones y las lesiones.

Dicho esto, indagemos en el concepto. Una fobia es un patrón complejo de respuesta multicanal de comportamiento que consiste en al menos tres sistemas diferentes pero interrelacionados: el cognitivo-subjetivo, el conductual y el fisiológico. Los pacientes con una fobia específica experimentan altos niveles de ansiedad junto con un miedo excesivo e irrazonable debido a la exposición a un estímulo fóbico, a la anticipación de la exposición a un estímulo fóbico e incluso hablar sobre el estímulo temido. Como resultado, tratarán de evitar el estímulo que provoca ansiedad en la medida de lo posible

Figura 1.



Muchos de los pacientes con este cuadro tienen un fuerte historial familiar de fobia específica. Sin embargo, es necesario realizar más estudios para descartar la transmisión no genética de fobias específicas. Por ejemplo, hay una alta tendencia familiar en el tipo de lesión por inyección de sangre. Así, las fobias específicas se pueden clasificar en las siguientes subcategorías:

- Animales [arañas, insectos, perros]
- Tipo de entorno natural [alturas, tormentas, agua]
- Tipo de lesión por inyección de sangre [agujas, procedimientos médicos invasivos]
- Tipo de situación [aviones, ascensores, espacios cerrados]
- Otros tipos de fobias que no encajan en las 4 categorías anteriores

Ahora, al parecer, algunos investigadores cuestionan la utilidad y validez de la clasificación de las fobias específicas, especialmente en lo que respecta a las categorías de entorno natural, situacional y otras. Bados señala que asignar una fobia a un tipo específico a veces resulta difícil, y también destaca que tener una fobia de un cierto tipo aumenta la probabilidad de desarrollar otra fobia del mismo tipo. Estos argumentos se alinean con lo que indicó la Asociación Americana de Psiquiatría [American Psychiatric Association, APA, en inglés] en el DSM (2014), donde se mencionaba que es común que las personas tengan múltiples fobias específicas. De hecho, según la APA, aproximadamente el 75% de las personas con fobias específicas temen a más de una situación u objeto [Bados, 2009].

Aun así, parece que se ha encontrado evidencia que sugiere que diferentes procesos fisiológicos en algunos sistemas biológicos pueden estar involucrados en la diferente reacción de miedo de subtipos específicos de fobia. Por ejemplo, las personas con fobia animal muestran elevaciones desencadenadas en la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la norepinefrina y la epinefrina cuando están expuestos al estímulo fóbico. Por otro lado, aquellos con fobia a la inyección de sangre muestran un aumento inicial de la frecuencia cardíaca y la presión arterial seguido de un desmayo vasovagal caracterizado por bradicardia e hipotensión. Y, concretamente, además, algunas pruebas sugieren sustratos neurobiológicos parcialmente distintos de la inyección de sangre y la fobia a los animales [Witthauer et al., 2016].

Etiología

Se desconoce la etiología exacta de las fobias específicas. Sin embargo, algunas teorías sugieren que la fobia específica también puede desarrollarse debido a una **asociación** de un objeto o situación específica con emociones como el miedo y el pánico. En cuanto a esto, se han propuesto dos teorías para mostrar este emparejamiento: La teoría más común, **el modelo de condicionamiento clásico**, postula que una fobia se precipita cuando un evento que provoca miedo o ansiedad se combina con un evento neutral. Un ejemplo de esto sería en el que un evento específico, como conducir, se combina con una experiencia emocional como un accidente.



Como resultado, la persona es susceptible a una asociación emocional crónica entre conducir y ansiedad. Aunque una persona puede no experimentar un ataque de pánico o cumplir con los criterios para un trastorno de pánico, puede desarrollar un miedo que se expresa como tener una fobia específica. Otro mecanismo de asociación es a través de la **modelización**, en la que una persona observa una reacción en otra persona e internaliza los miedos o advertencias de esa otra persona sobre los peligros de un objeto o situación específica [véase una extensión con sus críticas correspondientes en Coelho y Purkis, 2009]. Con esto, no olvidemos los tres componentes que conforman una fobia:

- **Fisiología o activación del sistema nervioso simpático:** Cuando una persona experimenta ansiedad, su sistema nervioso simpático se activa, lo que desencadena una serie de respuestas físicas automáticas destinadas a preparar al cuerpo para enfrentar una situación de peligro o estrés. Estas respuestas pueden incluir:
 - Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca).
 - Temblores o sensación de temblor en el cuerpo.
 - Sudoración excesiva.
 - Sensación de opresión en el pecho o dificultad para respirar.
 - Mareos o sensación de desmayo.
 - Sensación de hormigueo en las extremidades.
 - Dolor de cabeza o tensión muscular.
- **Pensamientos, imágenes o expectativas catastróficas o ansiógenas:** Estos son pensamientos irracionales que contribuyen a aumentar la ansiedad de la persona. Pueden ser ideas como:
 - Creer que algo terrible va a suceder (por ejemplo, "me va a morder", "caerá un rayo", "me caeré al vacío", etc.).
 - Creer que no se podrá manejar la ansiedad o la aversión que produce la situación temida.
 - Expectativas exageradas sobre las consecuencias negativas de enfrentar la situación temida.
 - Pensamientos de incapacidad o falta de control.

- **Conductas:** Las conductas que acompañan a la ansiedad pueden ser de varios tipos:
 - **Evitación y escape:** La persona puede tratar de evitar por completo la situación que desencadena su ansiedad o puede intentar escapar de ella una vez que se encuentra en ella. Por ejemplo, evitar lugares o situaciones que desencadenen la ansiedad, o abandonarlos rápidamente si se encuentran en ellos.
 - **Conductas de búsqueda de seguridad:** Son comportamientos destinados a reducir la ansiedad o a protegerse de las situaciones temidas. Estas conductas pueden incluir ir acompañado de alguien de confianza, llevar consigo ciertos objetos considerados "seguros" (como medicamentos o un teléfono móvil), realizar comprobaciones repetitivas (como comprobar varias veces si se ha cerrado la puerta con llave), o realizar rituales específicos para sentirse más seguros.

Epidemiología

Desde el DSM-5, las fobias específicas son los trastornos de ansiedad más comunes, con una prevalencia de por vida del 7-9% en la población general. Se estima que afectan aproximadamente al 10% de los adultos y al 15-20% de los niños y adolescentes. En general, tienden a comenzar en la infancia o la adolescencia y pueden persistir durante años si no se tratan adecuadamente, afectando más a mujeres (APA, 2013).

Concretamente, esta fobia específica afecta entre el 5 % y el 10 % de la población de los Estados Unidos (EE. UU.) Se puede ver una distribución bimodal del inicio con fobias específicas. La fobia animal, la fobia al medio ambiente natural y el tipo de fobia por lesión por inyección de sangre tienden a tener un pico en la infancia, mientras que hay un pico en la edad adulta temprana para la fobia situacional (Samra y Abdijadid, 2023).

MÓDULO II

Evaluación

Síntomas

Hay un marcado miedo o ansiedad con respecto a un objeto o situación específica, a menudo incluyendo las siguientes características:

- El objeto o situación específica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediato.
- Los niños pueden expresar el miedo o la ansiedad llorando, haciendo rabietas, congelándose o aferrándose.
- El objeto o situación fóbica se evita de forma activa y persistente durante 6 meses o más.
- El miedo o la ansiedad que se experimenta es desproporcionado con respecto al peligro real que plantea el objeto o situación específico.
- Es evidente una angustia o deterioro clínico notable en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Los síntomas no se pueden explicar por otro trastorno psiquiátrico, como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de ansiedad por separación o el trastorno de ansiedad social.

Los signos/síntomas más comunes que se pueden ver en la fobia específica son:

- Sensación de náuseas, mareos o desmayos.
- Dificultad para respirar, opresión en el pecho o latidos cardíacos rápidos.
- El miedo o la ansiedad fuera de proporción al peligro real que plantea el objeto o situación específica.
- Las modalidades comunes de tratamiento incluyen:
 - Desensibilización sistemática.
 - Inundaciones.
 - Medicamentos como betabloqueantes y benzodiazepinas.
- El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y suelen durar 6 meses o más.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causan una angustia o discapacidad clínicamente significativa en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas relevantes del funcionamiento.

La evaluación psicológica se realiza a través de una evaluación psiquiátrica detallada y una historia psicosocial elaborada, con el objetivo de determinar la cronicidad de la sintomatología y obtener una comprensión integral de la situación del paciente. Esta evaluación incluye una entrevista clínica exhaustiva, el uso de cuestionarios y escalas psicométricas, la observación directa del paciente y una evaluación detallada de su historia médica, psiquiátrica y psicosocial. Este proceso permite obtener una imagen completa y precisa de la situación del paciente, lo que facilita la elaboración de un diagnóstico preciso y la planificación de un tratamiento adecuado.

Así, en la evaluación clínica es importante obtener información sobre diversos aspectos, como las situaciones temidas y evitadas, las conductas problemáticas de tipo cognitivo, motor, autónomo y emocional, las condiciones que agravan o reducen el problema, las variables situacionales y personales que mantienen las conductas problemáticas, la interferencia del problema en la vida diaria del individuo, la historia y fluctuaciones del problema, los intentos previos de superar el problema y los resultados obtenidos, la motivación, expectativas de tratamiento y objetivos del cliente, los recursos y limitaciones del cliente, y otros problemas que pueda presentar el cliente. Es recomendable también entrevistar a personas significativas, especialmente en el caso de niños, para obtener información adicional relevante.

Herramientas de evaluación

En general, al igual que con otros trastornos, durante la entrevista clínica es fundamental recopilar información sobre los siguientes aspectos:

- Situaciones que generan miedo y que la persona evita.
- Comportamientos problemáticos de tipo cognitivo (por ejemplo, pensamientos o imágenes de peligro), motor (por ejemplo, evitación, conductas defensivas), autónomo (por ejemplo, palpitaciones) y emocional (por ejemplo, miedo), incluyendo su intensidad, frecuencia y duración.
- Factores que agravan o reducen el problema (por ejemplo, movimientos bruscos del animal, tipo de avión). Antony, Craske y Barlow (1995) proporcionan listas de variables y situaciones que afectan al miedo en diversos tipos de fobias: a la sangre, inyecciones, médicos, intervenciones dentales, lugares cerrados, animales, alturas, conducir, volar en avión, tormentas y agua.
- Variables situacionales (por ejemplo, adaptación de la familia a los comportamientos problemáticos) y personales (por ejemplo, sensibilidad al asco, problemas de oído interno en una persona con fobia a las alturas) que mantienen los comportamientos problemáticos e interrelación entre estas últimas.

- Impacto del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales de la persona.
- Historia y cambios en el problema con el tiempo.
- Intentos previos para superar el problema y resultados obtenidos.
- Motivación, expectativas de tratamiento y resultados, y objetivos del cliente.
- Recursos y limitaciones del paciente.
- Otros problemas que el consultante pueda presentar.

Además, una vez obtenido el correspondiente permiso, es importante entrevistar también a personas significativas, ya que pueden proporcionar información relevante que el paciente no menciona. Esto es especialmente importante en el caso de los niños.

Sumado a lo anterior, y aunque conviene recordar que se aconseja llevar a cabo una evaluación multimétodo, veamos algunas herramientas útiles:

Escala de Severidad de Fobia Específica (*Specific Phobia Severity Scale, SPSS*):

Descripción: La SPSS es un cuestionario autoadministrado que evalúa la severidad de las fobias específicas. Está diseñado para medir el grado de miedo, evitación y perturbación asociados con la fobia específica.

Número de ítems: La SPSS consta de 12 ítems que evalúan el miedo, la evitación y el impacto funcional de la fobia específica.

Puntuación: Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 indica ninguna molestia y 4 indica una molestia severa. La puntuación total oscila entre 0 y 48.

Cuestionario de Fobia Específica (*Specific Phobia Questionnaire, SPQ*):

Descripción: El SPQ es un cuestionario autoadministrado que evalúa la presencia y severidad de fobias específicas en adultos.

Número de ítems: El SPQ consta de 42 ítems que evalúan la presencia y la gravedad de las fobias específicas en tres subescalas: animal, sangre-inyección-daño, y situacional.

Puntuación: Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 indica ninguna molestia y 4 indica una molestia extrema. La puntuación total oscila entre 0 y 168.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI):

Descripción: El BAI es un cuestionario autoadministrado diseñado para medir la gravedad de la ansiedad en adultos y adolescentes.

Número de ítems: El BAI consta de 21 ítems que evalúan los síntomas de ansiedad como temor, sensación de muerte inminente, palpitaciones, etc.

Puntuación: Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, donde 0 indica "nada" y 3 indica "severamente". La puntuación total oscila entre 0 y 63.

Escala Visual Analógica (Visual Analogic Scale, VAS):

Descripción: La VAS es una herramienta de autoevaluación que mide la intensidad de un síntoma, en este caso, la ansiedad asociada con la fobia específica.

Número de ítems: La VAS consta de una línea horizontal de 100 mm, donde el sujeto marca su nivel de ansiedad, siendo 0 mm "ninguna ansiedad" y 100 mm "máxima ansiedad imaginable".

Puntuación: La puntuación se mide en milímetros desde el extremo 0 mm hasta la marca realizada por el sujeto.

Por supuesto, hay muchas más que incluso están enfocadas a diferentes tipos de fobia específica. Veamos, ahora, un ejemplo de autorregistro. Una herramienta que permite recopilar información en el entorno natural sobre las situaciones fóbicas y los pensamientos, emociones y comportamientos asociados. Esta información resulta invaluable para planificar el tratamiento, ya que facilita la identificación de situaciones desencadenantes, sensaciones físicas y pensamientos para la jerarquía de exposición y el cambio cognitivo. Veamos un ejemplo:

Tabla 1. Ejemplo de autorregistro para fobias específicas de un paciente.

Fecha y situación desencadenante	¿Qué emociones he experimentado 0-10?	¿Qué sensaciones he experimentado?	¿Qué pensamientos o imágenes han pasado por mi cabeza?	¿Qué he temido que pudiera pasar?	¿Qué he hecho para tranquilizarme?
25/06 Extracción de sangre	Asco (7)	Miedo	Es repugnante. No sé si volveré a ser capaz.	Nausas, mareo	Irme

En esta primera tabla proporcionada se registra una situación específica que ocurrió el 25 de junio, la cual fue una extracción de sangre. El individuo experimentó una intensa sensación de asco, calificada con un nivel de 7 en una escala del 0 al 10, así como sentimientos de miedo, náuseas y mareo. Reporta que los pensamientos que pasaron por su cabeza incluyeron la idea de que la situación era repugnante y la duda sobre si sería capaz de tolerarla nuevamente en el futuro. Aunque no se especifica qué temía que pudiera pasar ni qué acciones tomó para tranquilizarse durante la experiencia, este registro detallado permite identificar las emociones, sensaciones y pensamientos asociados con la situación desencadenante, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente.

Tabla 2. Otro ejemplo de autorregistro diferente para fobias específicas de un paciente.

Situación	Pensamiento y emoción	Pensamiento alternativo
<i>Voy a tomar el coche con mi hermano de acompañante.</i>	<i>P: Hace mucho tiempo que no conduzco por autovía, no sé si voy a ser capaz de aguantar todo el trayecto. E: Ansiedad, miedo...</i>	<i>He conducido muchas veces por autovía y nunca he tenido problemas. Voy a ser capaz de lograrlo. Ya he avanzado mucho.</i>
<i>Por la tarde preparando las clases de inglés del próximo día.</i>	<i>P: No sé si podré volver a conducir con la misma seguridad de antes. E: Un poco de tristeza, inseguridad...</i>	<i>He conseguido todas las cosas que me he propuesto. Si antes lo hacía por qué no voy a poder hacerlo otra vez.</i>
<i>Por la noche, en la cama.</i>	<i>P: ¿Y si vuelvo a perder el control? ¿Y si es otro conductor el que provoca un accidente? Todos los días no hay accidentes de tráfico. E: Ansiedad, miedo...</i>	<i>No tiene por qué volver a pasarme. He demostrado con años de carnet que soy una buena conductora. Incluso en aquella ocasión logré evitar el accidente. Lo normal es que no ocurran accidentes de tráfico.</i>

En la segunda tabla se presenta una situación específica, el pensamiento y la emoción asociada a esa situación, así como un pensamiento alternativo que ayuda a contrarrestar el pensamiento inicial negativo. En cada fila se describe una situación diferente relacionada con la conducción y se detallan los pensamientos y emociones asociados a ella. A continuación, se proporciona un pensamiento alternativo más racional y positivo que ayuda a la persona a enfrentar y superar su ansiedad o miedo relacionado con la conducción. Esta tabla refiere a uno de los casos titulado Alicia que veremos en la sección de ejercicios cuando hayamos terminado el curso.

Detallemos el autorregistro en sí, no sin antes mencionar que algunos pacientes pueden temer que el autorregistro aumente sus miedos. Aunque esto puede ocurrir inicialmente, es crucial explicar al paciente que este efecto es temporal y que la ansiedad disminuirá si continúa con el autorregistro. De hecho, el autorregistro puede conceptualizarse como una forma de exposición. Bien, prosigamos. Para asegurarnos de que el autorregistro se complete de manera efectiva, es importante proporcionar al paciente algunas instrucciones claras y específicas:

- **Explicación detallada:** Antes de comenzar a utilizar el autorregistro, es importante explicar al paciente en qué consiste y por qué es útil. Debes asegurarte de que entienda que el objetivo del autorregistro es ayudarlo a identificar patrones en sus pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con su fobia.
- **Formato claro y sencillo:** Asegúrate de que el formato del autorregistro sea claro y fácil de entender. Debe incluir campos para la fecha y hora, la situación desencadenante, las emociones experimentadas, las sensaciones físicas, los pensamientos o imágenes, los temores anticipados y las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- **Registro regular:** Recomienda al paciente que complete el autorregistro de manera regular, idealmente justo después de experimentar una situación que desencadene su fobia. Esto garantizará que la información recopilada sea precisa y relevante.
- **Ser honesto y detallado:** Anima al paciente a ser honesto y detallado al completar el autorregistro. Debe incluir todos los pensamientos, emociones y comportamientos que experimenta, incluso si le parecen insignificantes.
- **Identificar patrones:** Ayuda al paciente a revisar regularmente sus autorregistros para identificar patrones y desencadenantes comunes. Esto puede ayudarlo a entender mejor su fobia y a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.
- **No juzgar:** Asegúrale al paciente que no estás evaluando sus pensamientos o emociones, sino que estás ahí para ayudarlo a comprender mejor su fobia y a encontrar formas de manejarla.

Sumado a lo anterior, la observación en las fobias específicas es una herramienta importante para entender y evaluar el comportamiento del individuo frente a los estímulos temidos. A través de la observación directa o de la autoevaluación en situaciones controladas, los terapeutas pueden recopilar datos objetivos sobre la ansiedad experimentada, la reacción fisiológica y el nivel de exposición tolerado por el individuo. Esto proporciona información valiosa para diseñar estrategias de intervención adecuadas, como la exposición gradual, que es fundamental en el tratamiento de las fobias específicas.

Sin embargo, la observación en situaciones naturales puede ser poco factible en la práctica clínica debido a limitaciones económicas y logísticas, lo que limita la aplicación de esta técnica en entornos reales fuera del consultorio. Además, algunos métodos de observación, como las escalas de valoración del perfil conductual, pueden requerir entrenamiento específico y ser poco prácticos en la clínica. Por lo tanto, aunque la observación es una herramienta útil, es importante considerar estas limitaciones al diseñar intervenciones para tratar las fobias específicas. Aun así, veamos algunos datos de esto:

- **Dificultades de la observación en situaciones naturales:** Aunque la observación directa en situaciones naturales es teóricamente posible, en la práctica clínica suele ser poco factible debido a restricciones económicas.
- **Alternativas para la observación:** Acompañar al cliente a situaciones temidas y observar su comportamiento a distancia es una alternativa viable. Un familiar o amigo también puede actuar como observador, registrando la frecuencia de las conductas temidas. Por ejemplo, los padres de un niño con fobia a la oscuridad podrían llevar un registro del número de noches que duerme solo y sin luz.
- **Escala de Valoración del Perfil Conductual de Melamed (*Melamed Behavioral Rating Scale, 1996*):** Utilizada en entornos dentales, esta escala registra la ocurrencia de 27 conductas en intervalos de 3 minutos. Sin embargo, este tipo de escalas requieren entrenamiento y pueden ser poco prácticas en la clínica.
- **Test de evitación o aproximación conductual (*Behavioral Avoidance or Approach Tests*):** Se realizan en entornos controlados y permiten medir diferentes aspectos de la fobia específica, como la distancia al estímulo temido, el tiempo de exposición, la intensidad del estímulo o el número de actividades realizadas gradualmente más difíciles.

Por ejemplo:

- Para la fobia a las alturas, hay que pedir que suba por una escalera exterior y se detenga un cierto tiempo en cada peldaño.
- Para la fobia a la oscuridad, se puede exponer a la persona a condiciones de iluminación cada vez más débiles durante un período de tiempo específico.
- Para la fobia a los perros, realizar diversas actividades relacionadas con los perros, como acariciarlos, pasearlos o alimentarlos.
- Para la fobia a los ruidos, exponer a la persona a ruidos cada vez más intensos a distancias progresivamente más cortas.

- **Autoevaluación de la ansiedad** (*Self-Assessment of Anxiety*): Durante estos test, los pacientes suelen evaluar la ansiedad experimentada utilizando escalas de 0 a 10 o termómetros de colores. También se pueden utilizar escalas de valoración por parte del terapeuta o de jueces externos.
- **Ejemplo de evaluación de la conducta de desmayo**: Por ejemplo, durante la exposición de una persona con fobia a la sangre a un vídeo de una operación quirúrgica, se puede evaluar su conducta de desmayo utilizando una escala del 0 al 4, donde 4 significa que el consultante se desmaya y no responde cuando se le habla, y 0 significa ausencia de reacciones.
- **Evaluación del comportamiento de los padres en niños**: Después de completar el test de aproximación conductual, se puede pedir al niño que lo repita en presencia de sus padres, lo que proporciona información valiosa sobre el comportamiento de los padres y cómo este puede influir en la fobia del menor.
- **Método de evaluación del miedo a volar de Capafons et al.** (*Method for Evaluating Fear of Flying, 1997*): Implica la exposición del cliente a un vídeo que simula un viaje en avión, mientras se registran medidas fisiológicas como el ritmo cardíaco y la temperatura dermal. Este método puede ser efectivo, pero requiere tiempo y una sesión previa de habituación, y su sensibilidad a los efectos del tratamiento no está clara.
- **Adaptación de los métodos a avances recientes en fobias específicas**: Es importante adaptar estos métodos de evaluación y tratamiento para garantizar su eficacia y relevancia clínica, teniendo en cuenta los avances más recientes en el campo de las fobias específicas.

MÓDULO III

Diagnóstico

Para diagnosticar una fobia específica, se requiere la presencia de un miedo irracional asociado con un objeto o situación específica, la evitación del objeto o situación, la persistencia del miedo con el tiempo y la presencia de angustia o deterioro clínicamente significativo asociado con el miedo o la evitación. Asimismo, el requisito de que el individuo reconozca su fobia como irrazonable resalta la importancia de disponer de información sobre la condición, lo que sugiere que los métodos de evaluación, ya sea a través de entrevistas clínicas o autoinformes en encuestas realizadas por un entrevistador, son probablemente medios válidos para el diagnóstico.

Las fobias específicas, en concreto, pueden identificarse con solo unas pocas preguntas. Por ejemplo, en el programa de entrevistas de diagnóstico de la tercera edición revisada, utilizado en estudios como el de la Encuesta Epidemiológica de la Comunidad [Community Epidemiological Survey, ECA, en inglés], se plantea inicialmente sobre la presencia de miedo y evitación, como en el caso de la fobia a la sangre o a las inyecciones, donde se pregunta: "¿Alguna vez has sentido un miedo irracional al ver sangre, recibir una inyección o ir al dentista que te haya llevado a evitarlo?". Luego, se consulta sobre la persistencia de estos temores durante un período prolongado, seguido por una serie de preguntas sobre la angustia o discapacidad asociada, como buscar atención médica, tomar medicamentos o ausentarse del trabajo [Eaton et al., 2018].

Diagnóstico diferencial

Es importante determinar qué tipo de trastorno de ansiedad presenta un determinado paciente para poder establecer un adecuado manejo psicológico y el esquema farmacológico más pertinente en caso de ser necesario. Por lo que para establecer el diagnóstico de fobia específica se debe seguir los siguientes criterios diagnósticos según la guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM-5:

- A.** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. Ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- B.** El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C.** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Diferencias con otros diagnósticos para considerar

- Las condiciones médicas que pueden resultar en el desarrollo de una fobia incluyen el uso de sustancias, en particular, alucinógenos y simpaticomiméticos, tumores del sistema nervioso central (SNC) y enfermedades cerebrovasculares. Sin embargo, en estas condiciones, los síntomas fóbicos son poco probables en ausencia de hallazgos adicionales en los exámenes del estado físico, neurológico y mental.
- Los pacientes con esquizofrenia también pueden presentar síntomas fóbicos. Sin embargo, los pacientes con fobia tienen una visión intacta de sus miedos irracionales y carecen de síntomas psicóticos asociados con la esquizofrenia.
- También es importante descartar el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de personalidad evitativo. Puede ser difícil distinguir la fobia específica del trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de personalidad evitativo. Sin embargo, en fobias específicas, estos pacientes tienden a experimentar ansiedad o miedo inmediatamente después de la exposición al estímulo fóbico. Además, los pacientes con fobia específica no muestran signos de miedo o ansiedad cuando no se enfrentan o no anticipan el estímulo fóbico.
- Es importante descartar otras afecciones como el trastorno de ansiedad por enfermedad (más conocido como hipocondriasis o ansiedad por la salud) el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de personalidad paranoica. Hay una sutil diferencia entre la hipocondriasis y la fobia específica. Por ejemplo, los pacientes con hipocondriasis temen tener la enfermedad, y los pacientes con fobia específica temen contraer la enfermedad. Lo mismo ocurre con la diferencia entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica. Por ejemplo, los pacientes con TOC pueden evitar los cuchillos porque tienen pensamientos compulsivos de hacer daño a sus hijos; mientras que los pacientes con una fobia específica pueden evitar los cuchillos porque temen cortarse a sí mismos. Los pacientes con trastorno de personalidad paranoico tienen miedo generalizado, que no se encuentra en pacientes con fobia específica.



Génesis de la fobia

Las fobias, al igual que otros trastornos de ansiedad, se originan a partir de tres tipos de factores principalmente: vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica. Veamos, junto con dichos factores, un ejemplo breve de casos relacionados:

Vulnerabilidad biológica: Este tipo de vulnerabilidad se refiere a una predisposición hereditaria y neurobiológica que aumenta la probabilidad de desarrollar fobias y otros trastornos de ansiedad. Una predisposición que puede manifestarse en rasgos temperamentales como la sensibilidad al estrés, la introversión y la tendencia a experimentar emociones *negativas* de manera intensa y persistente. Además, ciertas personas pueden tener un sistema nervioso autónomo más reactivo, lo que significa que son más propensas a experimentar respuestas de ansiedad intensas frente a estímulos específicos. Estos factores biológicos, influenciados por la genética y la configuración neuroquímica del individuo, contribuyen a crear una base sobre la cual se desarrollan las fobias.

Caso de L. A.:

L. A., una mujer de 30 años, ha experimentado ansiedad desde la infancia. Tiene antecedentes familiares de trastornos de ansiedad, con varios miembros de su familia que han sido diagnosticados con fobias específicas. La consultante recuerda haber sido una niña introvertida y nerviosa, con una tendencia a preocuparse fácilmente por las cosas. A medida que creció, desarrolló una fobia intensa a los espacios cerrados, particularmente a los ascensores. Y, a pesar de comprender racionalmente que los ascensores son seguros, experimenta ataques de pánico severos cuando intenta usar uno. Su respuesta de miedo parece estar fuertemente influenciada por su predisposición biológica, incluidos sus rasgos temperamentales y sus antecedentes familiares.

Vulnerabilidad psicológica generalizada: Se relaciona con las experiencias tempranas de vida y la percepción de las situaciones estresantes como impredecibles o incontrolables. Los niños que crecen en entornos familiares caracterizados por un exceso de control o una falta de apoyo emocional tienden a desarrollar una sensibilidad exagerada al estrés y una baja autoeficacia para manejar las dificultades de la vida. Patrones de crianza que pueden contribuir a la formación de una visión del mundo marcada por la ansiedad y la incertidumbre, lo que aumenta la susceptibilidad a que se produzcan fobias y otros trastornos de ansiedad en la vida adulta.

Caso de A. R.:

En este caso, el individuo, joven de 25 años, relata haber experimentado ansiedad desde la adolescencia. Sus relaciones con sus padres son tensas, ya que estos tienen expectativas poco realistas sobre él y lo critican constantemente por su desempeño tanto en la escuela como en el trabajo. El paciente reporta haber sido sobreprotegido por sus padres y haber recibido escaso apoyo emocional por parte de ellos. Igual que el caso anterior, conforme fue creciendo, desarrolló una fobia social severa, evitando activamente situaciones en las que temía ser juzgado o criticado por los demás. En este caso, es posible que la vulnerabilidad psicológica generalizada haya sido moldeada por el ambiente familiar y sus primeras experiencias de aprendizaje, dando paso al problema que le acontece.

Vulnerabilidad psicológica específica: Por último, esta forma de vulnerabilidad se centra en las experiencias de aprendizaje específicas que vinculan ciertos estímulos o situaciones con respuestas de ansiedad intensa. Por ejemplo, una persona que experimenta un evento traumático relacionado con animales puede desarrollar una fobia específica a los perros o a otros animales similares. Estas experiencias de aprendizaje, ya sea directas (como ser atacado por un perro) o indirectas (como presenciar a alguien ser atacado por un perro), pueden establecer asociaciones emocionales poderosas que persisten a lo largo del tiempo y desencadenan respuestas de ansiedad desproporcionadas en situaciones similares en el futuro.

Caso de C. E.:

C. E. es un hombre de 40 años que desarrolla una fobia específica a los perros después de ser mordido por uno cuando era niño. Aunque no experimenta ansiedad significativa en otras áreas de su vida, siente un miedo intenso y evita cualquier situación en la que pueda encontrarse con perros, incluso cruzar la calle para evitarlos. Su fobia específica se origina en esa experiencia traumática de la infancia y se mantiene a lo largo de los años debido al temor persistente y la asociación negativa con los perros.

Dos tipos de fobia según la adquisición

Antes de nada, hay que aclarar que la diferenciación entre la fobia específica no experiencial y la experiencial surge de una comprensión más profunda de los procesos de aprendizaje y condicionamiento implicados en la adquisición y mantenimiento del miedo en cada tipo de fobia. De esta manera, la fobia específica no experiencial se desencadena por estímulos que provocan miedo sin una asociación previa de aprendizaje directo o indirecto. Factores genéticos, familiares, ambientales o de desarrollo pueden contribuir a su desarrollo. Un ejemplo común es el miedo a la oscuridad en niños, que puede sensibilizarse con el tiempo, manifestándose en reacciones emocionales exageradas. Además, este tipo de fobia se caracteriza por una respuesta emocional intensa a ciertos estímulos, sin necesidad de haber experimentado previamente eventos negativos asociados con ellos.

Por otro lado, la fobia específica experiencial surge como resultado de una experiencia desafortunada, donde el individuo ha asociado un estímulo neutral con un evento aversivo, generando así una respuesta de miedo condicionada. Mismamente, alguien que sufre un ataque de pánico en un ascensor puede desarrollar una fobia específica al montar en ascensores. En este caso, el miedo se adquiere a través del condicionamiento del miedo clásico, donde una señal neutra se asocia con un evento negativo, generando una respuesta condicionada de miedo.

Las fobias específicas, ya sean experienciales o no experienciales, encuentran sus raíces en los principios fundamentales del aprendizaje humano. Por ejemplo, en el caso de la fobia específica no experiencial, la sensibilización juega un papel crucial. Este fenómeno implica una respuesta emocional exagerada ante ciertos estímulos, sin la necesidad de una experiencia previa de aprendizaje asociativo directo. Así, volviendo al ejemplo mencionado previamente, muchos niños experimentan miedo a la oscuridad, una reacción que puede intensificarse con el tiempo a medida que se exponen repetidamente a la oscuridad, incluso en ausencia de eventos traumáticos asociados. Además, la falta de habituación contribuye a la persistencia del miedo, ya que la respuesta emocional no disminuye con la exposición repetida al estímulo temido.

La fobia específica experiencial, por su parte, se basa en los principios del condicionamiento clásico y observacional. En el condicionamiento clásico, el miedo se adquiere a través de la asociación directa entre un estímulo neutro y uno aversivo. Con esto, si una persona experimenta un evento traumático mientras está cerca de un perro, es probable que desarrolle miedo a los perros en el futuro debido a esta asociación. Además, el condicionamiento observacional puede influir en la adquisición del miedo, donde la observación de las reacciones de miedo de otros hacia un estímulo particular puede inducir miedo en el observador. Por ejemplo, si un niño ve a su hermano mayor mostrar miedo extremo hacia las arañas, es probable que desarrolle su propia fobia a las arañas sin haber experimentado directamente una situación aversiva con ellas.

El proceso de mantenimiento de la fobia

La persistencia de una fobia puede ser influenciada por una serie de factores, y aunque cada caso es único, existen varios principios psicológicos que pueden explicar por qué algunas fobias se mantienen durante períodos prolongados. En primer lugar, la evitación de los estímulos temidos puede reforzar la fobia al proporcionar al individuo un alivio inmediato de la ansiedad experimentada. Este proceso de evitación puede fortalecer la creencia del paciente de que el estímulo temido es peligroso y debe ser evitado a toda costa, lo que perpetúa el ciclo de miedo y evitación.

Además, las fobias pueden persistir debido a la falta de exposición gradual y controlada a los estímulos temidos. La exposición gradual es un componente clave en el tratamiento de las fobias, ya que permite que el individuo se acostumbre gradualmente al estímulo temido, desensibilizando así su respuesta de ansiedad. Sin embargo, si la persona evita sistemáticamente cualquier situación que pueda desencadenar su fobia, es menos probable que experimente una reducción significativa en su miedo.

Otro factor importante que contribuye a la persistencia de las fobias es la presencia de creencias irracionales o distorsionadas sobre el peligro asociado con el estímulo temido. Estas creencias pueden ser difíciles de abordar sin la intervención de un profesional de la salud mental y pueden mantener la fobia incluso cuando el individuo está expuesto al estímulo temido.



Detallémoslo un poco más. La anticipación de las situaciones fóbicas conlleva la expectativa de experimentar miedo intenso, pánico e incluso asco, así como la percepción de peligro asociado con esas emociones y/o la situación temida. Esta respuesta puede variar dependiendo de diversos factores, como las características específicas del estímulo fóbico (por ejemplo, si un perro está suelto o atado, el tamaño de un avión), la sensación de control sobre la situación, la posibilidad de escapar, la presencia de señales de seguridad (como la compañía de personas de confianza) y el nivel de estrés presente en el momento.



Con lo anterior, las expectativas elevadas de miedo, pánico, asco y peligro, junto con la percepción de falta de recursos para afrontar la situación, pueden conducir a la evitación de las situaciones temidas. Este comportamiento de evitación se ve reforzado negativamente ya que reduce la ansiedad y, según la percepción del individuo, evita consecuencias desagradables. Sin embargo, la evitación también puede mantener las expectativas de peligro al no permitir la verificación de la realidad de las amenazas y al interferir con actividades deseadas. Además, la fobia puede ser reforzada positivamente por la atención y el apoyo de otras personas, lo que contribuye al mantenimiento del miedo

Ahora, cuando no es posible evitar las situaciones temidas, es probable que aparezca un aumento en la atención hacia los estímulos fóbicos, lo que facilita la reacción de escape. Y, aunque la existencia de este aumento en la atención no está clara en todas las fobias, la exposición a la situación temida puede intensificar el miedo, el asco y la percepción de peligro, lo que puede provocar comportamientos defensivos como agarrar fuertemente el volante al conducir o buscar distracciones.

Aquí, es importante tener en cuenta que las expectativas de peligro pueden ser conscientes o inconscientes, y las personas pueden responder a los estímulos fóbicos incluso si no son conscientes de ellos. Las conductas de evitación y defensivas contribuyen a mantener las expectativas de peligro al evitar el procesamiento emocional de las amenazas percibidas y al atribuir la ausencia de consecuencias temidas a estas acciones. Además, ciertos errores cognitivos, como la sobreestimación del riesgo o la subestimación de los propios recursos, pueden reforzar estas expectativas negativas.

Los nuevos episodios de consecuencias aversivas en la situación temida o el conocimiento de tales experiencias en otros pueden mantener las expectativas de peligro y miedo. Además, los eventos estresantes pueden contribuir a esta percepción negativa. Y, sobra decir que las fobias pueden tener consecuencias negativas en diversos aspectos de la vida de una persona, como el trabajo, los estudios, las relaciones sociales o la salud física, lo que puede motivar la búsqueda de ayuda para abordar el problema.



Pronóstico y complicaciones

Cuando no se tratan, las fobias pueden durar toda la vida, sin embargo, los estudios muestran que las fobias tienden a atenuarse espontáneamente con el tiempo. Con las técnicas de comportamiento y los medicamentos adecuados (en caso de requerirse), el pronóstico es bueno. Ahora, si no se tratan, las fobias específicas pueden afectar significativamente el funcionamiento. Y es que, por lo general, si un paciente no puede participar en una dinámica social normativa debido a una ansiedad debilitante, este puede terminar aislado de la sociedad. Y no solo eso:

- **Limitaciones en la vida cotidiana:** Las fobias específicas no tratadas pueden llevar a limitaciones significativas en la vida diaria del individuo. Misma mente, una persona con fobia a volar evitará viajar en avión, limitando sus opciones de vacaciones o de viajes de negocios. Del mismo modo, alguien con fobia a los espacios cerrados puede evitar lugares como ascensores o túneles, afectando su capacidad para desplazarse libremente.
- **Impacto en las relaciones sociales:** Por su parte, la evitación de situaciones específicas puede llevar a la incomodidad en eventos sociales o familiares, e incluso puede causar conflictos con amigos y seres queridos que no entienden la naturaleza del problema.
- **Deterioro en el rendimiento académico o laboral:** Por ejemplo, un estudiante con fobia a hablar en público puede evitar presentaciones en clase, lo que afecta sus calificaciones y su capacidad para aprender. De manera similar, un profesional con fobia a los espacios cerrados puede tener dificultades para asistir a reuniones o eventos laborales importantes.
- **Desarrollo de otros trastornos mentales:** Pueden aumentar el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales, como la ansiedad generalizada o la depresión. Pues la evitación constante de situaciones temidas puede generar un ciclo de ansiedad y estrés que afecta negativamente la salud mental. En comparación con otros trastornos mentales, la fobia específica se asocia con una discapacidad relativamente baja. Sin embargo, como hemos dicho, la fobia específica predice la aparición posterior de otros trastornos mentales, especialmente en el dominio de la internalización. En consecuencia, la fobia específica, particularmente cuando se generaliza, puede ser un marcador temprano de una vulnerabilidad internalizadora. Y no solo eso, la investigación ha sugerido que, además de ser comórbida con otros trastornos mentales, la fobia específica también puede ser muy comórbida con enfermedades físicas. Tener cualquier trastorno de ansiedad durante el último año se ha asociado con enfermedades neurológicas, vasculares, respiratorias, gastrointestinales, metabólicas, óseas e infecciosas.

MÓDULO IV

Procedimientos en el tratamiento

Lamentablemente, solo alrededor de una décima a una cuarta parte de las personas con fobias específicas finalmente reciben tratamiento, posiblemente porque evitar puede reducir el estrés y el deterioro. Los predictores para recibir tratamiento incluyen tener un deterioro más grave, tener fobias particulares (por ejemplo, las personas con fobias de vuelo, espacios cerrados o alturas tienen más probabilidades de buscar tratamiento) y tener un mayor número de fobias. Así, muchos pacientes son ambivalentes respecto al tratamiento, ya que afrontar los miedos supone un coste emocional importante.

Una de las modalidades de tratamiento más eficaces para mitigar las fobias específicas es la **terapia conductual**. La terapia conductual incluye la implementación de los principios del condicionamiento operante y el aprendizaje de la extinción a través de la desensibilización sistemática y la inundación. En la desensibilización metódica, el paciente está expuesto a una lista de estímulos que se clasifican desde el menor hasta el que provoca la ansiedad. Con este método, se les enseñan varias técnicas para lidiar con la ansiedad, como la relajación, el control de la respiración y los enfoques cognitivos alternativos.

Por su parte, el **enfoque cognitivo-conductual** incluye reforzar la comprensión de que el estímulo fóbico es seguro. A medida que el consultante domina estas técnicas, se le enseña a usarlas frente a los estímulos que provocan ansiedad e inducen la relajación. Así, según los pacientes se vuelven insensibles a cada estímulo de la escala, siguen subiendo hasta que los estímulos que más provocan ansiedad ya no provocan miedo o ansiedad. Sumado a ello, no olvidar también otras formas de tratamiento que se pueden considerar, entre las que se incluye la **terapia virtual**, en la que el consultante está expuesto o interactúa con el estímulo fóbico en una pantalla de ordenador, u otras modalidades de tratamiento que incorporan **terapia de apoyo y terapia familiar**.

También se utilizan tratamientos como la **terapia cognitiva no basada en la exposición** o la farmacoterapia, pero la evidencia de estos es limitada, y la evidencia disponible sugiere que aquellos basados en la exposición son más efectivos, particularmente a largo plazo. Así mismo, otras formas de enfoques de exposición para la fobia específica incluyen la exposición imaginal y la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR, en inglés). Intervenciones de exposición que han demostrado diferentes niveles de éxito en el tratamiento con diferentes tipos de fobias específicas [Thng et al., 2020].

Lo cierto es que la fobia específica se considera generalmente un trastorno relativamente fácil de tratar. De hecho, se ha encontrado que los tratamientos basados en la exposición, incluida la exposición a la realidad *in vivo*, imaginaria y virtual, son efectivos para la fobia específica, y varios estudios han encontrado tasas de respuesta muy altas ($\geq 80\%$) a la exposición *in vivo*, en particular entre los que completan el tratamiento. Incluso el tratamiento de exposición de una sola sesión puede ser muy efectivo [de Vries et al., 2021].

Sea como fuere, el objetivo general de todas estas formas de terapia es ayudar al paciente a reconocer que el estímulo temido no es peligroso y proporcionar apoyo emocional mientras aprenden a enfrentarse a sus miedos de manera gradual y controlada. Al ofrecer una variedad de opciones de tratamiento, los profesionales de la salud mental pueden adaptar el enfoque terapéutico a las necesidades específicas de cada paciente, mejorando así sus posibilidades de éxito en el tratamiento de las fobias específicas.

En cuanto al tiempo, varía según la técnica empleada, por ejemplo, en la terapia de exposición, las sesiones pueden durar entre 45 y 60 minutos. En algunos casos, las sesiones pueden ser más cortas o más largas, dependiendo de las necesidades del paciente y del enfoque terapéutico específico. En la terapia cognitivo-conductual, por su parte, las sesiones suelen durar entre 45 y 60 minutos. Esta puede combinar técnicas de exposición con otras estrategias cognitivas y de reestructuración. Por su parte, la terapia de realidad virtual puede ser un poco más largas, entre 60 y 90 minutos, ya que involucran el uso de tecnología de realidad virtual. Y en la terapia breve, en algunos casos, se pueden llevar a cabo sesiones más cortas, especialmente en terapias breves de exposición intensiva.



Inundación o implosión

La inundación, también conocida como implosión (aunque esta implica más una exposición intensiva al estímulo temido por medio de escenarios vívidos y detallados), es otra técnica de comportamiento que se puede utilizar para tratar fobias específicas. Esta técnica implica aumentar la exposición al estímulo para inducir la habituación y disminuir la ansiedad. Para tener éxito, la terapia conductual requiere que el paciente esté comprometido con el tratamiento, hay problemas y objetivos claramente identificados, y hay estrategias alternativas para lidiar con los sentimientos del cliente. Se aconseja a los pacientes con fobia a las lesiones por inyección de sangre que tensen sus cuerpos y permanezcan sentados durante la exposición para evitar la posibilidad de desmayarse por una reacción vasovagal.

Evaluación inicial

El terapeuta se reúne con el paciente para realizar una evaluación exhaustiva de su fobia específica. Durante esta evaluación, el profesional recopila información sobre la naturaleza de la fobia del cliente, su historia clínica, cualquier experiencia previa de tratamiento y cualquier factor desencadenante específico de la fobia. Así mismo, también evalúa el impacto que tiene la fobia en la vida diaria de la persona, incluidas sus relaciones interpersonales, su funcionamiento laboral y bienestar emocional general. Veamos, a continuación de cada una de las fases un breve role-playing que plasme lo dicho:

Terapeuta: Buenos días, Juan. Gracias por venir hoy. ¿Cómo te encuentras?

Juan: Hola, estoy un poco nervioso, pero bien, gracias.

T: Entiendo. Es normal sentirse así al hablar sobre temas difíciles. Quiero que sepas que estoy aquí para ayudarte. Antes de comenzar, ¿te gustaría algo de agua o té?

J: No, estoy bien, gracias.

T: De acuerdo. Para comenzar, me gustaría saber más sobre lo que te trae aquí hoy. ¿Podrías contarme un poco sobre tu fobia específica y cómo ha estado afectando tu vida?

J: Claro. Tengo fobia a los espacios cerrados, especialmente a los ascensores. Desde que era niño, me ha resultado casi imposible entrar en uno. Solo pensar en estar atrapado allí me pone muy ansioso.

T: Entiendo. ¿Podrías decirme cuándo comenzaste a experimentar esta fobia?

J: Creo que empezó cuando tenía unos diez años. Recuerdo haberme quedado atrapado en un ascensor durante un corte de energía y desde entonces, el miedo ha ido empeorando.

T: ¿Has buscado algún tipo de tratamiento o ayuda para lidiar con este miedo antes?

J: No realmente. He intentado evitar los ascensores tanto como sea posible, pero últimamente se ha vuelto más difícil, especialmente en el trabajo.

T: Entiendo. ¿Cómo ha afectado esta fobia tu vida diaria, especialmente en términos de tus relaciones y trabajo?

J: Ha sido difícil. Evito situaciones que involucren ascensores, lo que limita mis opciones de trabajo y actividades sociales. Mis amigos no entienden por qué evito ciertos lugares, y en el trabajo, he tenido que explicar por qué siempre tomo las escaleras.

T: Veo. Quiero asegurarme de entender completamente cómo esta fobia te está afectando. ¿Hay alguna otra información sobre tu historial médico o experiencias pasadas que crees que sería importante para mí saber?

J: No, no creo que haya nada más relevante.

T: Bien. Gracias por compartir eso conmigo. Quiero que sepas que estamos aquí para trabajar juntos en superar esta fobia y mejorar tu calidad de vida. En las próximas sesiones, nos enfocaremos en desarrollar estrategias efectivas para enfrentar tus miedos y reducir tu ansiedad. ¿Tienes alguna pregunta o preocupación antes de que terminemos por hoy?

J: No, creo que estoy listo para empezar. Gracias por escucharme.

T: De nada, Juan. Estoy aquí para ayudarte en cada paso del camino. Nos vemos en nuestra próxima sesión.

Bien, acabamos de reflejar un diálogo que puede surgir en terapia cuando acude un consultante con este cuadro. Ahora, durante esta primera etapa, hemos de tener en cuenta que dicho proceso va más allá de simplemente identificar la naturaleza de la fobia de la persona; implica explorar su historia clínica, contexto socioeconómico, red de apoyo y creencias personales, entre otros aspectos. El fin de esto es que el profesional logre una comprensión integral de estos factores que le permiten desarrollar una imagen clara de la situación del paciente y diseñar un plan de tratamiento personalizado que aborde sus necesidades específicas. Además de lo dicho, algunos elementos clave que han de estar involucrados en la evaluación inicial de pacientes con fobias específicas son:

- **Contexto socioeconómico:** Entender el contexto socioeconómico del cliente implica considerar factores como su estatus socioeconómico, nivel educativo, acceso a recursos financieros y condiciones de vida. Por ejemplo, un paciente con recursos limitados podría experimentar estrés adicional debido a preocupaciones financieras relacionadas con el tratamiento o ausencias laborales.
- **Historial educativo y laboral:** El historial educativo y laboral también proporciona información sobre su entorno y presiones diarias. Mismamente, un individuo con un trabajo exigente o un entorno académico competitivo puede reportar más estrés, lo que puede influir en la manifestación y severidad de su fobia.
- **Red de apoyo:** Sin dudas, la presencia de una red de apoyo sólida puede ser un factor crucial en el manejo de la fobia. Al investigar la red de apoyo del paciente, el profesional puede identificar personas clave en la vida de este que pueden brindar apoyo emocional, práctico o logístico durante el tratamiento. Esto podría incluir familiares, amigos cercanos, compañeros de trabajo o miembros de grupos de apoyo comunitario.

- **Creencias y valores personales:** Dado que pueden influir en la forma en que perciben y manejan su fobia. Por ejemplo, alguien con creencias arraigadas sobre la autoeficacia o la percepción del control puede responder de manera diferente al tratamiento en comparación con quien tiene creencias negativas sobre sí mismo o el mundo. De esta forma, explorar tales creencias puede ayudar al terapeuta a identificar posibles barreras cognitivas o emocionales para el progreso en el tratamiento y trabajar en ellas de manera colaborativa.
- **Respuestas fisiológicas:** Durante la evaluación, es importante observar y registrar las respuestas fisiológicas del consultante ante situaciones relacionadas con la fobia. Esto puede incluir síntomas como sudoración, palpitaciones cardíacas, temblores o respiración agitada. Y es que, dichas respuestas pueden proporcionar una ventana a la intensidad de la ansiedad experimentada por el paciente y ayudar al terapeuta a comprender mejor su experiencia subjetiva. Además, monitorear las respuestas a lo largo del tratamiento puede servir como una medida objetiva del progreso del paciente y la efectividad de las intervenciones terapéuticas.
- **Historia de trauma o eventos significativos:** Este tipo de eventos pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de la fobia. Véase, un incidente traumático relacionado con el objeto o situación fóbica podría haber desencadenado la fobia inicialmente, o experiencias pasadas de invalidación emocional podrían haber exacerbado los síntomas.
- **Expectativas y motivaciones del paciente:** Es esencial discutir las expectativas y motivaciones del paciente para el tratamiento desde el principio. Lo que implica explorar sus metas y deseos en relación con la terapia, así como cualquier preocupación o duda que puedan tener. Este paso es clave porque al alinear las expectativas del consultante con los objetivos terapéuticos y asegurar su compromiso con el proceso, se puede establecer una base sólida para la colaboración y el progreso terapéutico.

Establecimiento de objetivos

Basándose en la evaluación inicial, el terapeuta y el paciente colaboran para establecer objetivos claros y medibles para el tratamiento. Estos objetivos pueden incluir reducir la ansiedad relacionada con la fobia, mejorar la capacidad del paciente para enfrentar sus miedos y mejorar su calidad de vida en general.



T: Hola, Juan, gracias por venir hoy. Antes de comenzar, quiero hablar contigo sobre el establecimiento de objetivos para nuestro tratamiento de inundación de fobias específicas. ¿Cómo te sientes acerca de eso?

J: Hola, sí, estoy listo para hablar sobre eso. Creo que mi objetivo principal es reducir la ansiedad que siento cuando me enfrento a mi fobia. También quiero poder manejar mejor mis miedos y tener una mejor calidad de vida en general.

T: Entiendo. Esos son objetivos muy importantes y completamente alcanzables. Para asegurarnos de que estamos en la misma página, ¿podrías especificar un poco más sobre cómo te gustaría que abordemos estos objetivos durante nuestro tratamiento?

J: Claro. Creo que necesito trabajar en exponerme gradualmente a mi fobia para poder superarla. Quiero poder enfrentarla sin que me paralice el miedo y sin que afecte tanto mi vida diaria. También quiero aprender técnicas para calmarme cuando me siento ansioso.

T: Perfecto, esos son objetivos muy claros y medibles. Entonces, ¿estarías de acuerdo en que un objetivo específico sería reducir tu ansiedad relacionada con la fobia al menos en un X% durante el próximo mes?

J: Sí, eso suena bien. Creo que es un objetivo alcanzable.

T: Genial. También podríamos establecer otro objetivo relacionado con tu capacidad para enfrentar tus miedos, como practicar ciertas técnicas de afrontamiento al menos X veces a la semana. ¿Qué piensas?

J: Sí, creo que eso sería útil. Quiero poder enfrentar mis miedos de manera más efectiva, así que practicar esas técnicas sería importante.

T: Perfecto. Entonces, además de estos objetivos, también mantendremos un seguimiento regular de tu progreso y ajustaremos nuestro enfoque según sea necesario para garantizar que estemos avanzando hacia tus metas. ¿Hay algo más que te gustaría agregar o modificar en relación con nuestros objetivos?

J: No, eso suena bien para mí. Me siento motivado para trabajar en esto.

T: Estoy contento de escuchar eso. Creo que estamos en camino hacia un tratamiento exitoso. ¿Listo para comenzar?

J: Sí, estoy listo.

Bien, en el proceso terapéutico de tratamiento de la fobia específica mediante la técnica de inundación, no hay que olvidar que es fundamental establecer una base sólida desde el inicio. Aspecto que implica la creación de objetivos terapéuticos claros y medibles, en los cuales tanto el terapeuta como el paciente colaboren activamente. Sin embargo, más allá de la simple definición de metas, es esencial tener en cuenta una serie de consideraciones psicológicas cruciales para garantizar el éxito del tratamiento:

- **Establecimiento de objetivos claros y medibles:** En esta fase, es esencial que se trabaje conjuntamente para definir objetivos que sean específicos, alcanzables, relevantes y limitados en el tiempo (SMART). Estos objetivos proporcionan una dirección clara para el tratamiento y permiten una evaluación objetiva del progreso.
- **Colaboración terapéutica:** Por su parte, sabemos que la relación terapéutica se caracteriza por una colaboración activa entre el terapeuta y el paciente. Una colaboración que implica participación activa por parte del cliente en la identificación de sus propios objetivos terapéuticos, lo que promueve un sentido de autonomía y responsabilidad en su proceso de cambio.
- **Individualización del tratamiento:** Cada individuo es único, y por lo tanto, el enfoque terapéutico debe adaptarse a las características específicas de Juan. Esto implica tener en cuenta sus experiencias pasadas, su contexto social y cultural, así como sus fortalezas y áreas de vulnerabilidad, para diseñar un plan de tratamiento personalizado que se ajuste a sus necesidades individuales, como hemos comentado anteriormente.
- **Evaluación continua del progreso:** Durante todo el proceso terapéutico, es importante llevar a cabo una evaluación continua del progreso de Juan hacia sus objetivos. Teniendo en cuenta el monitoreo regular de su sintomatología, así como de los factores que pueden influir en su bienestar psicológico, de cara a identificar posibles barreras o áreas de mejora que requieran una atención adicional.
- **Flexibilidad terapéutica:** El terapeuta debe estar dispuesto a adaptar su enfoque terapéutico según las necesidades cambiantes del paciente. Es decir, ha de ser receptivo a las señales de este, así como a los cambios en su contexto o circunstancias, y estar preparado para ajustar el plan de tratamiento en consecuencia para optimizar los resultados terapéuticos.
- **Empatía y apoyo incondicional:** Durante esta fase, es crucial que el profesional brinde un ambiente terapéutico caracterizado por la empatía, la comprensión y el apoyo incondicional hacia Juan. Lo que se consigue al validar sus experiencias emocionales, proporcionar un espacio seguro para la expresión de sus sentimientos y preocupaciones, y ofrecer orientación y aliento a lo largo del proceso terapéutico.

- **Confidencialidad y respeto por la privacidad:** El experto, finalmente, debe garantizar la confidencialidad de la información compartida por Juan durante las sesiones terapéuticas, así como el respeto por su privacidad y autonomía.

Creación de una jerarquía de exposición

El experto y el paciente trabajan juntos para desarrollar una lista jerárquica de situaciones o estímulos relacionados con la fobia, ordenados desde los menos temidos hasta los más temidos. Por ejemplo, si la persona tiene fobia a volar, la jerarquía podría incluir ver imágenes de aviones, visitar un aeropuerto y finalmente tomar un vuelo corto. Sigamos con el ejemplo:

T: Hola, Juan. Hoy me gustaría trabajar contigo en la creación de una jerarquía de exposición para abordar tu fobia a los espacios cerrados. ¿Cómo te sientes al respecto?

J: Hola. Estoy un poco nervioso, pero también estoy dispuesto a hacerlo. Creo que podría ayudarme a superar mi miedo.

T: Entiendo. Es normal sentir un poco de ansiedad al enfrentarnos a nuestros miedos, pero estoy aquí para apoyarte en este proceso. ¿Podrías empezar compartiendo algunas situaciones relacionadas con los espacios cerrados que te generan diferentes niveles de ansiedad?

J: Claro. Bueno, estar en un ascensor me provoca bastante ansiedad, pero puedo tolerarlo si es un ascensor pequeño. Sin embargo, entrar en un ascensor grande me resulta mucho más difícil.

T: Entendido. Así que podríamos empezar incluyendo estar en un ascensor pequeño en nuestra jerarquía. ¿Hay alguna otra situación que te genere ansiedad relacionada con los espacios cerrados?

J: Sí, definitivamente. También me siento muy incómodo cuando estoy en un cuarto con las puertas cerradas. Eso me hace sentir atrapado y desencadena mi ansiedad.

T: Entiendo. Añadiremos esa situación a nuestra lista. ¿Hay alguna otra experiencia que te gustaría incluir?

J: No, creo que esas dos situaciones abarcan la mayoría de mis miedos relacionados con los espacios cerrados.

T: Perfecto. Ahora, lo que haremos es ordenar estas situaciones en una lista jerárquica, comenzando por la que te genera menos ansiedad y terminando con la que te genera más. ¿Te gustaría comenzar con estar en un ascensor pequeño o prefieres empezar con otra situación?

J: Creo que sería mejor empezar con estar en un ascensor pequeño.

T: De acuerdo. Vamos a elaborar juntos esta jerarquía de exposición, avanzando a tu ritmo y asegurándonos de que te sientas cómodo en cada paso del proceso. ¿Listo para comenzar?

J: Sí, estoy listo.

Cuando un psicólogo trabaja en la creación de una jerarquía de exposición para abordar una fobia específica, hay varios detalles que debe tener en cuenta para garantizar la efectividad del tratamiento. A continuación, echémosles un vistazo:

- **Individualización:** Cada paciente es único, por lo que la jerarquía de exposición debe adaptarse a las necesidades específicas de la persona. Esto implica considerar la intensidad de la ansiedad experimentada por el paciente en cada situación particular, así como sus recursos y habilidades para enfrentar la fobia.
- **Gradualidad:** Es fundamental que la exposición se realice de manera gradual y progresiva, comenzando con situaciones que generen una ansiedad moderada y avanzando hacia aquellas que generen una mayor ansiedad. Un aspecto que al final, permite que el consultante se acostumbre gradualmente a las situaciones temidas y desarrolle habilidades efectivas de afrontamiento.
- **Consideración de factores contextuales:** El experto debe tener en cuenta los factores contextuales que pueden influir en la experiencia del sujeto durante la exposición, como el entorno físico, las personas presentes, el nivel de apoyo disponible y cualquier evento estresante o desencadenante que pueda surgir.
- **Autoeficacia:** Es importante también que el paciente se sienta seguro y confiado en su capacidad para enfrentar las situaciones temidas. Por lo tanto, el psicólogo debe asegurarse de incluir situaciones en la jerarquía que el paciente perciba como desafiantes pero alcanzables, para fomentar un sentido de autoeficacia y empoderamiento.
- **Monitoreo y evaluación:** Durante el proceso de exposición, se ha de llevar a cabo un seguimiento cuidadoso del progreso del cliente y estar atento a cualquier señal de angustia o malestar. El motivo es que así se puede ajustar la jerarquía de exposición según sea necesario y proporcionar apoyo adicional cuando sea requerido.
- **Flexibilidad:** Por supuesto, la jerarquía de exposición debe ser flexible y adaptable a los cambios en las circunstancias del paciente. El terapeuta tiene que estar preparado para revisar y modificar la jerarquía según el progreso del tratamiento y las necesidades individuales de la persona que atiende.

Ojo, con lo anterior, hay que considerar no pasar por alto algunos aspectos y cometer errores, como no considerar la progresión natural del paciente en su exposición. Esto significa olvidar preguntarle al consultante sobre sus experiencias previas de enfrentamiento a la fobia, lo que podría llevar a una sobreexposición o a comenzar en un punto demasiado bajo en la jerarquía. Además, se puede pasar por alto también el establecimiento de metas específicas y medibles para cada nivel de la jerarquía, dificultando, así, el seguimiento del progreso. Sumado a lo dicho, otro error común sería no explorar a fondo las posibles situaciones de evitación que el paciente podría estar experimentando.

Preparación del paciente

Antes de comenzar el proceso de inundación, el terapeuta prepara al paciente proporcionándole información detallada sobre el procedimiento, sus posibles efectos y cómo se llevará a cabo. El terapeuta también discute estrategias de afrontamiento que el paciente puede usar durante la exposición. Se asegura de que el paciente esté completamente informado y consciente de participar en el tratamiento. Volvamos con el diálogo:

T: Hola, Juan. Antes de comenzar con el proceso de inundación para abordar tu fobia, quiero asegurarme de que estés completamente informado sobre lo que implicará el tratamiento y cómo podemos trabajar juntos para que sea lo más efectivo posible. ¿Cómo te sientes al respecto?

J: Hola. Estoy un poco nervioso, pero también estoy listo para enfrentar mi fobia de una vez por todas. Estoy dispuesto a escuchar lo que tengas que decir.

T: Entiendo tu nerviosismo, pero quiero asegurarte que estaremos trabajando juntos para que te sientas lo más cómodo posible durante el proceso. Antes de comenzar con la exposición, quiero proporcionarte información detallada sobre lo que implica la inundación y qué puedes esperar.

J: Está bien, adelante.

T: Durante la inundación, te expondremos directamente a tu fobia en un entorno controlado y seguro. Comenzaremos con situaciones que te generen una gran ansiedad y te enfrentaremos a ellas de manera prolongada hasta que la ansiedad disminuya. Es importante saber que es posible que experimentes un aumento inicial en la ansiedad, pero esto es normal y parte del proceso.

J: Entiendo. ¿Cuánto tiempo durará cada sesión de exposición?

T: La duración de cada sesión variará según tus necesidades y tolerancia. Comenzaremos con sesiones más cortas y gradualmente aumentaremos el tiempo de exposición a medida que te sientas más cómodo. Además, quiero discutir algunas estrategias de afrontamiento que puedes usar durante la exposición para ayudarte a manejar la ansiedad.

J: Eso sería útil. ¿Qué tipo de estrategias son?

T: Algunas estrategias incluyen técnicas de respiración profunda para ayudar a calmarte, el uso de afirmaciones positivas para reemplazar pensamientos negativos y la visualización de un lugar seguro y relajante cuando te sientas abrumado. Estas son solo algunas opciones y podemos ajustarlas según tus preferencias.

J: Gracias por explicarlo. Me siento más preparado ahora.

T: Me alegra escuchar eso, Juan. Es importante para mí que te sientas informado y cómodo con el proceso. Recuerda que estoy aquí para apoyarte en cada paso del camino. ¿Estás listo para comenzar con la primera sesión de exposición?

J: Sí, estoy listo. Vamos a hacerlo.

Resaltemos varias cualidades positivas del experto en esta nueva intervención. En primer lugar, la empatía al reconocer y validar los sentimientos de nerviosismo de Juan, asegurándole que estarán trabajando juntos para que se sienta cómodo durante el proceso. Esto tiene que ir sumado con el profesionalismo, mostrado al proporcionar al paciente una explicación clara y detallada del procedimiento de inundación, así como de las estrategias de afrontamiento que se utilizarán.

Por supuesto, sobra decir que el terapeuta también ha de fomentar una relación colaborativa, lo que se observa cuando involucra a Juan en la toma de decisiones y al ajustar las estrategias según sus preferencias. Esta actitud de apoyo, comprensión y colaboración contribuye a generar confianza y seguridad en el paciente, lo que es fundamental para el éxito del tratamiento. Además de lo que se leerá a continuación como aspectos que no hay que olvidar indagar en el consultante, pues no se tienen en cuenta estos podrían afectar significativamente la efectividad y seguridad del tratamiento de inundación para la fobia:

- **Historial del paciente:** Es crucial realizar una evaluación exhaustiva del historial del paciente, incluyendo experiencias pasadas de tratamiento psicológico, eventos traumáticos o cualquier otro factor que pueda influir en la respuesta de la persona al tratamiento de inundación. Básicamente porque si no se tiene en cuenta el historial del paciente antes de comenzar el tratamiento de inundación, podrían pasarse por alto experiencias pasadas de trauma o tratamientos fallidos que podrían influir significativamente en la respuesta al tratamiento actual. Sin esta información, el psicólogo seguramente subestimaría los desafíos que enfrenta el paciente y no adaptaría adecuadamente el enfoque terapéutico, lo que podría resultar en un tratamiento menos efectivo o incluso en una exacerbación de los síntomas.

- **Expectativas:** Es importante también discutir y clarificar sus expectativas sobre el tratamiento, incluyendo el proceso de inundación, sus posibles efectos secundarios y el tiempo que podría tomar ver resultados. Esto ayuda a establecer una comprensión mutua entre el terapeuta y el paciente y reduce la posibilidad de decepciones o malentendidos durante el tratamiento. Recursos de apoyo: Identificar los recursos de apoyo disponibles para la persona fuera de las sesiones de terapia es esencial. Donde se puede incluir amigos, familiares, grupos de apoyo o recursos comunitarios que el paciente puede recurrir en momentos de necesidad durante el tratamiento.
- **Estrategias de afrontamiento:** Además de las estrategias de afrontamiento durante la exposición, el psicólogo debe explorar y discutir otras técnicas de afrontamiento que el consultante pueda usar fuera de las sesiones de terapia para manejar la ansiedad y el estrés relacionados con la fobia. Por supuesto, si esto no se considera, se deja al paciente desprovisto de herramientas para manejar la ansiedad y el estrés relacionados con la fobia en su vida diaria, lo que podría aumentar las posibilidades de recaída o dificultar su capacidad para generalizar los logros obtenidos durante el tratamiento.
- **Posibles desencadenantes:** Por supuesto, clave identificar los desencadenantes potenciales que podrían provocar ansiedad o recaídas en el paciente fuera de las sesiones de terapia de cara a prepararlo para enfrentar estos desafíos en el futuro.
- **Expectativas realistas:** Finalmente, fundamental establecer expectativas realistas sobre el proceso de tratamiento y los resultados esperados. Esto implica discutir tanto los posibles beneficios como las posibles dificultades que podría enfrentar durante el tratamiento.

Exposición intensiva

El paciente se expone deliberada e intensivamente al estímulo fóbico en un entorno controlado y seguro. Esto puede implicar exponerse repetidamente al estímulo fóbico durante un período prolongado de tiempo, sin la posibilidad de escapar o evitarlo. Durante la exposición, el terapeuta brinda apoyo continuo al paciente, lo guía a través del proceso y lo ayuda a enfrentar y tolerar la ansiedad que pueda surgir.

T: Hola de nuevo, Juan. Ahora que hemos hablado sobre la preparación para el tratamiento, es momento de pasar a la fase de exposición intensiva. ¿Cómo te sientes al respecto?

J: Hola, buenas. Estoy un poco nervioso, pero también estoy decidido a superar mi fobia. ¿Qué implica exactamente esta fase?

T: Durante la exposición intensiva, te enfrentarás directamente al estímulo que te provoca ansiedad, en este caso, los espacios cerrados, en un entorno controlado y seguro. La exposición será deliberada e intensiva, lo que significa que te enfrentarás repetidamente al estímulo fóbico durante un período prolongado de tiempo, sin la posibilidad de escapar o evitarlo.

J: Entiendo. ¿Cómo se llevará a cabo exactamente esta exposición intensiva?

T: Primero, identificaremos las situaciones de exposición que te generan más ansiedad y las abordaremos una por una. Por ejemplo, podríamos comenzar con estar en una habitación con la puerta cerrada durante unos minutos y luego aumentar gradualmente el tiempo de exposición. Durante la exposición, estaré contigo en todo momento para brindarte apoyo continuo, guiarte a través del proceso y ayudarte a enfrentar y tolerar cualquier ansiedad que pueda surgir.

J: Suena desafiante, pero estoy dispuesto a intentarlo si eso significa superar mi fobia.

T: Estoy seguro de que puedes hacerlo, Juan. Recuerda que estamos trabajando juntos para superar tu fobia y que puedes confiar en mí para estar a tu lado en este viaje. ¿Hay alguna pregunta más antes de comenzar con la primera sesión de exposición intensiva?

J: No, creo que estoy listo para empezar.

T: Perfecto. Comenzaremos con cuidado y avanzaremos a tu ritmo. Estoy aquí para ti en cada paso del camino.

Después de haber discutido los detalles de la fase de exposición intensiva, el terapeuta y Juan procederían con la primera sesión de exposición. Aquí hay un posible desarrollo de lo que sucedería a continuación:

- **Preparación del entorno:** El terapeuta aseguraría que el entorno de la exposición sea seguro y controlado. Esto puede incluir ajustar la iluminación, la temperatura y eliminar cualquier distracción innecesaria.
- **Inicio de la exposición:** El terapeuta guiaría a Juan a través del primer nivel de exposición, que podría ser estar en una habitación con la puerta cerrada durante un período de tiempo determinado. Durante esta exposición, el terapeuta estaría presente para proporcionar apoyo y aliento a Juan.
- **Monitoreo de la ansiedad:** Durante la exposición, el terapeuta estaría atento a cualquier señal de ansiedad o malestar en Juan. Esto podría incluir cambios en la respiración, el ritmo cardíaco o la expresión facial.
- **Aplicación de estrategias de afrontamiento:** Si Juan experimenta ansiedad durante la exposición, el terapeuta lo guiaría en el uso de estrategias de afrontamiento aprendidas anteriormente, como técnicas de respiración profunda, visualización o afirmaciones positivas.

- **Evaluación del progreso:** Al finalizar la sesión de exposición, el terapeuta y Juan revisarían juntos cómo se sintió durante la exposición, qué estrategias de afrontamiento fueron útiles y cualquier dificultad que haya surgido. Esto ayuda a evaluar el progreso y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.
- **Planificación para sesiones futuras:** Basándose en la experiencia de la primera sesión de exposición, el terapeuta y Juan discutirían y planificarían las siguientes sesiones de exposición. Esto puede incluir el aumento gradual de la intensidad o la duración de la exposición, según el progreso de Juan y su nivel de comodidad.

Manejo de la ansiedad

El terapeuta enseña al paciente técnicas de gestión de la ansiedad, como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la reestructuración cognitiva, para ayudarlo a controlar su respuesta de ansiedad durante la exposición. Con esto una vez enseñado, el paciente practica dichas técnicas mientras se expone al estímulo fóbico, aprendiendo a regular su respuesta emocional y reducir la intensidad de la ansiedad experimentada. Por supuesto, esta exposición gradual y controlada le permite al consultante aprender a regular su respuesta emocional y reducir la intensidad de la ansiedad experimentada. Ahora, es importante que el terapeuta supervise cuidadosamente la exposición del paciente y le brinde apoyo y orientación durante todo el proceso. Veámoslo paso a paso:

- **Preparación:** El terapeuta enseña al paciente técnicas de manejo de la ansiedad, como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la reestructuración cognitiva, para ayudarlo a controlar su respuesta de ansiedad durante la exposición. Por ejemplo, se le instruye sobre la técnica de respiración profunda, enseñándole a respirar lenta y profundamente desde el diafragma, inhalando durante cuatro segundos, manteniendo la respiración durante cuatro segundos y luego exhalando durante cuatro segundos. Además, se le puede enseñar la relajación muscular progresiva, donde aprende a tensar y luego relajar diferentes grupos musculares, comenzando por los pies y avanzando hasta la cabeza. Por otro lado, es interesante trabajar en la reestructuración cognitiva para identificar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la fobia. Por ejemplo, si el paciente tiene miedo a volar, se trabaja para cambiar pensamientos como "el avión va a estrellarse" por afirmaciones más realistas como "volar es una forma segura de viajar".

- **Exposición:** Durante la exposición al estímulo fóbico, el paciente utiliza lo que ha aprendido para controlar su respuesta emocional y reducir la intensidad de la ansiedad experimentada. Por ejemplo, un paciente con fobia a volar se expone a un simulador de vuelo o toma un vuelo corto como parte de la terapia. Mientras está en el avión, utiliza la técnica de respiración profunda para controlar la ansiedad y la relajación muscular progresiva para reducir la tensión muscular y la ansiedad asociada.
- **Supervisión:** El profesional supervisa de cerca la exposición del paciente y le brinda apoyo y orientación en todo momento. Por ejemplo, el terapeuta acompaña al paciente durante la exposición al vuelo y le ofrece apoyo verbal constante. Además, ha de monitorear las respuestas del paciente y ajusta la exposición según sea necesario. Si el consultante muestra signos de angustia severa, se puede reducir la duración de la exposición o proporcionar estrategias adicionales de manejo de la ansiedad.
- **Aceptación de la ansiedad:** Se anima al paciente a aceptar y enfrentar su ansiedad en lugar de evitarla. Así, se le recuerda al paciente que la ansiedad es normal y parte del proceso de tratamiento. Por lo que se le ha de enseñar a reconocer y tolerar la incomodidad emocional mientras se expone al estímulo fóbico.
- **Refuerzo positivo:** Se refuerza cualquier intento del paciente por enfrentar su miedo. Por ejemplo, al elogia al paciente por su valentía y esfuerzo durante la exposición. En el ejemplo, serían destacar los logros del paciente, como permanecer en el avión durante el vuelo completo o acercarse a una araña sin entrar en pánico.

Reforzamiento y seguimiento

Después de cada sesión de exposición, el terapeuta y el paciente revisan juntos la experiencia del consultante, identifican cualquier progreso o desafío y ajustan el plan de tratamiento según sea necesario. De esta forma, se programan sesiones de seguimiento regulares para monitorear el progreso del paciente a lo largo del tiempo y proporcionar apoyo adicional según sea necesario. Visualicémoslo en un diálogo breve:

Terapeuta: Hola, Pedro. ¿Cómo te ha ido desde nuestra última sesión?

Paciente: Hola. He estado practicando las técnicas que me enseñaste, pero aún siento algo de ansiedad cuando me enfrento a mi fobia.

T: Entiendo, Pedro. Es normal experimentar algo de ansiedad al principio, pero lo importante es que estés comprometido con el proceso. ¿Has tenido la oportunidad de exponerte a alguna situación que te genere ansiedad?

P: Sí, intenté acercarme a un perro en el parque, pero apenas pude acercarme antes de que mi ansiedad se disparara.

T: Es un buen primer paso, Pedro. Reconocer tus límites es importante. Vamos a trabajar juntos para que puedas enfrentar gradualmente esa situación. ¿Utilizaste alguna de las técnicas de manejo de la ansiedad que te enseñé durante la exposición?

P: Sí, intenté usar la respiración profunda, pero me resultó difícil concentrarme.

T: Entiendo. La concentración puede ser complicada cuando estás experimentando ansiedad. Podemos seguir practicando juntos para mejorar tus habilidades de manejo de la ansiedad. ¿Qué te parecería si trabajamos en una técnica de relajación más específica para ti?

P: Sí, me gustaría eso. Creo que me ayudaría a sentirme más seguro la próxima vez que me enfrente a mi fobia.

T: Perfecto. Vamos a dedicar un tiempo hoy para practicar una técnica de relajación más específica que puedas utilizar durante tus exposiciones. Además, quiero que sepas que estoy aquí para apoyarte en cada paso del proceso. Juntos podemos superar esta fobia.

En esto lo vemos rápido, se observa un seguimiento continuo por parte del profesional, quien muestra interés en el progreso del cliente y en cómo ha aplicado las técnicas aprendidas fuera de la terapia. Además, el terapeuta refuerza los esfuerzos de este al reconocer su intento de enfrentarse a la situación temida y alentarle a seguir practicando. Un refuerzo que se da al validar las emociones que surgen, destacar sus logros y ofrecer apoyo continuo. Además, se le ofrecen nuevas estrategias para abordar las dificultades que enfrenta, lo que muestra un enfoque proactivo y colaborativo en el proceso terapéutico.

Hasta aquí, ya hemos visto todos los pasos imprescindibles. Esta técnica comparte con la siguiente que veremos a continuación el objetivo de exponer al individuo al estímulo temido de manera controlada para reducir la ansiedad y superar el miedo, aunque difieran en su enfoque y método.



Exposición gradual

La exposición gradual es otra técnica fundamental en la terapia cognitivo-conductual para tratar las fobias y otros trastornos de ansiedad. De hecho, cualquier tratamiento eficaz de las fobias incluye la **exposición** que consiste en afrontar repetidamente el estímulo temido, hasta que deje de producir temor. Así, su principio básico radica en enfrentar progresivamente al individuo a la situación o estímulo temido de manera controlada y sistemática, permitiéndole aprender que sus temores no se cumplen y que puede tolerar la ansiedad de manera efectiva. Es decir, la exposición permite a) **romper o reducir la asociación** entre los estímulos internos/situaciones temidas y la ansiedad, b) comprobar que las **consecuencias negativas anticipadas no ocurren**, c) aprender a **manejar o tolerar la ansiedad y el pánico** y d) aprender a **aceptar las experiencias internas** (sensaciones, pensamientos, emociones) y a responder de un modo más libre y flexible en su presencia, en aras a vivir la vida que se desea.

El proceso de exposición gradual generalmente se lleva a cabo en varias etapas, que pueden adaptarse a las necesidades específicas del individuo y a la naturaleza de su fobia. De este modo, la principal diferencia entre la exposición gradual y la técnica anterior radica en la intensidad y la velocidad con la que se enfrenta el individuo al estímulo temido. Mientras que la exposición gradual implica un acercamiento progresivo y controlado a la situación o estímulo fóbico, la inundación implica una exposición rápida e intensa, donde el individuo se enfrenta de manera inmediata y completa a su miedo sin ningún tipo de graduación. Con esto, la primera permite al paciente aprender a manejar su ansiedad de manera gradual y sistemática, y la segunda puede resultar abrumadora y provocar un aumento significativo de la ansiedad en el corto plazo.

Eso sí, se le debe informar al paciente de que: a) la exposición será gradual (es decir, procederá de lo más fácil a lo más difícil), b) la velocidad con que se progresa se decidirá conjuntamente en función de sus circunstancias y progresos, c) no se verá obligado a hacer cosas que no desee y d) las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles



A continuación, se detallan los pasos típicos involucrados en la exposición gradual en un único caso que iremos desarrollando:

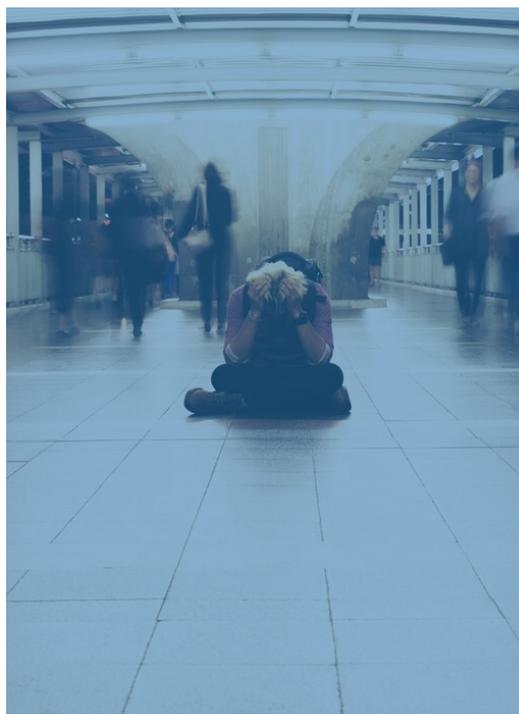
Creación de una jerarquía de ansiedad

El terapeuta trabaja con el individuo para identificar una lista jerárquica de situaciones o estímulos relacionados con su fobia, comenzando por aquellos que provocan niveles bajos de ansiedad y avanzando hacia los que generan niveles más altos de ansiedad. En este paso, el experto trabaja en estrecha colaboración con el paciente para identificar con precisión la situación específica que desencadena la ansiedad o el miedo fóbico. Lo que, sí o sí, implica explorar en detalle cuáles son las circunstancias o estímulos que provocan la respuesta de ansiedad en el paciente.

Así, se le ha de alentar a describir sus experiencias emocionales, cognitivas y físicas asociadas con la situación temida. Además, se pueden utilizar técnicas de entrevista y cuestionarios específicos para ayudar al paciente a identificar y clarificar sus miedos. Eso sí, durante este proceso, es importante que el paciente y el terapeuta trabajen juntos para comprender completamente la naturaleza y el alcance de la fobia del paciente, así como cualquier factor desencadenante o situacional relacionado.

Antes de exponer el siguiente ejemplo de caso, hemos de resaltar que, si bien la agorafobia no se clasifica como una fobia específica, se ha elegido como ejemplo práctico dado que comparte características similares con otras fobias en términos de tratamiento y este, a menudo, implica técnicas de exposición gradual, reestructuración cognitiva y aprendizaje de técnicas de afrontamiento para manejar la ansiedad.

Por ejemplo, en un supuesto caso de una mujer llamada F. E., paciente de 30 años que sufre de agorafobia, el terapeuta podría comenzar explorando las situaciones específicas en las que F. E. experimenta ansiedad. Esto podría incluir preguntas sobre sus experiencias al salir de casa, cómo se siente en lugares públicos o abiertos, y cualquier síntoma físico o emocional que experimente en esas situaciones. A través de esta exploración detallada, el terapeuta puede ayudar a F. E. a identificar con precisión qué aspectos de salir de casa o estar en lugares públicos desencadenan su ansiedad, lo que sentará las bases para el desarrollo de la jerarquía de exposición gradual.



Establecimiento de objetivos específicos

Se establecen objetivos claros y alcanzables para cada etapa de la exposición. Estos objetivos pueden incluir permanecer en la situación temida durante un período de tiempo específico, enfrentarse a un estímulo relacionado con la fobia o realizar una tarea específica sin evitación o seguridad excesiva. Recordemos la importancia de la:

- **Recolección de información:** En esta etapa, el terapeuta recopila información detallada sobre la situación actual del cliente, sus síntomas, su historia personal y cualquier otro factor relevante. Aspecto que se logra a través de entrevistas, cuestionarios y otras herramientas de evaluación psicológica.
- **Identificación de áreas problemáticas:** Una vez que se recopila la información, el profesional y el consultante identifican las áreas específicas de la vida del cliente que están afectadas por la fobia. Esto puede incluir situaciones específicas que desencadenan la ansiedad, comportamientos de evitación, pensamientos negativos automáticos y limitaciones en el funcionamiento diario.
- **Establecimiento de objetivos, teniendo en cuenta que sean específicos, medibles, alcanzables, relevantes, limitados en el tiempo (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound, SMART, en inglés*):** Los objetivos específicos se formulan utilizando el enfoque SMART, que significa Específico, Medible, Alcanzable, Relevante y con un Tiempo determinado. Implicando en lo anterior establecer metas concretas y claras que sean significativas para el cliente y que puedan ser evaluadas de manera objetiva.
- **Colaboración entre terapeuta y cliente:** Durante este proceso, el terapeuta trabaja en estrecha colaboración con el paciente para garantizar que los objetivos sean realistas y pertinentes para sus necesidades individuales. De este modo, se fomenta la participación activa del cliente en la formulación de objetivos, lo que aumenta su compromiso y motivación para el tratamiento.
- **Flexibilidad y ajuste:** A medida que avanza el tratamiento, los objetivos pueden modificarse o ajustarse según sea necesario para reflejar los cambios en la situación del cliente y su progreso terapéutico. En esto, es importante que el terapeuta y el cliente revisen regularmente los objetivos y realicen los ajustes necesarios para garantizar un enfoque efectivo y centrado en el cliente.

Prosigamos con el ejemplo F. E. *En esta etapa, el terapeuta y F. E. colaboran para establecer objetivos claros y medibles que guiarán el proceso de tratamiento. Estos objetivos deben ser específicos, alcanzables y relevantes para las metas terapéuticas generales de F. E. Durante esta fase, el terapeuta ayuda a F. E. a identificar áreas específicas de su vida que le gustaría mejorar o cambiar como resultado del tratamiento. Además, el terapeuta puede proporcionar orientación y sugerencias sobre los objetivos que serían más beneficiosos para abordar en el contexto de su agorafobia y sus necesidades individuales.*

Para F. E., los objetivos específicos pueden incluir:

- 1. Salir de casa sin experimentar niveles elevados de ansiedad:** F. E. y su terapeuta pueden trabajar juntos para establecer un objetivo inicial de salir de casa durante un período de tiempo específico (por ejemplo, 15 minutos) sin experimentar síntomas significativos de ansiedad. Meta centrada en ayudar a F. E. a enfrentar gradualmente su miedo a estar en espacios abiertos o públicos.
- 2. Realizar actividades en entornos públicos:** Otro objetivo podría ser que F. E. realice actividades específicas en entornos públicos, como hacer compras en una tienda cercana o tomar un café en una cafetería local, sin experimentar niveles debilitantes de ansiedad. Un objetivo que se enfocaría en ayudar a F. E. a reintegrarse gradualmente en situaciones sociales y a ganar confianza en su capacidad para manejar la ansiedad en entornos públicos.
- 3. Desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas:** La consultante también puede establecer un objetivo relacionado con el desarrollo y la implementación de estrategias de afrontamiento efectivas para manejar la ansiedad cuando surja. Incluyendo, en caso de ser necesario, técnicas de respiración, prácticas de atención plena o reestructuración cognitiva para abordar pensamientos negativos o distorsionados.
- 4. Aumentar la tolerancia a la ansiedad:** Un objetivo adicional podría ser que la cliente trabaje para aumentar su tolerancia a la ansiedad al enfrentarse gradualmente a situaciones que le generan malestar, permitiéndola experimentar y aprender que puede tolerar la incomodidad emocional sin que esto resulte en consecuencias catastróficas.

Desarrollo de estrategias de afrontamiento

Antes de comenzar la exposición, el individuo aprende y practica técnicas de afrontamiento para manejar la ansiedad que pueda experimentar durante el proceso. Esto puede incluir técnicas de respiración, relajación muscular, visualización positiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Démoslas un breve repaso:

- **Educación sobre la ansiedad:** Antes de comenzar la exposición, el individuo recibe educación sobre la naturaleza de la ansiedad y cómo afecta el cuerpo y la mente. Ayudando, así, a normalizar la experiencia de la ansiedad y reduce la sensación de confusión o descontrol que pueda experimentar el individuo.
- **Identificación de síntomas de ansiedad:** El terapeuta, por su parte, trabaja con el paciente para identificar los síntomas físicos, cognitivos y emocionales que experimenta cuando está ansioso. Esto puede incluir taquicardia, sudoración, pensamientos negativos automáticos y sensaciones de miedo o pánico.

- **Desarrollo de técnicas de relajación:** Con entrenamiento, el consultante aprende y practica técnicas de relajación, como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y la visualización guiada. Al fin y al cabo, técnicas que ayudan a reducir la activación fisiológica asociada con la ansiedad y promueven la sensación de calma y control.
- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:** Por supuesto, el terapeuta enseña estrategias específicas para afrontar la ansiedad de manera efectiva, en las que puede incluir técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar pensamientos irracionales, habilidades de resolución de problemas para abordar situaciones estresantes y técnicas de distracción para desviar la atención de los pensamientos ansiosos.
- **Práctica y generalización:** Finalmente, en manos del consultante está la oportunidad de practicar estas técnicas de afrontamiento en situaciones de la vida real y recibir retroalimentación y apoyo del terapeuta. Pues, a medida que adquiere habilidades de afrontamiento más efectivas, puede aplicarlas de manera más generalizada a una variedad de situaciones estresantes.

En el caso de F. E. el desarrollo de estrategias de afrontamiento como parte de su tratamiento de exposición gradual implica las etapas detalladas empezando por: "F. E., ¿puedes identificar cómo te sientes cuando estás en un espacio cerrado?" pregunta su terapeuta, mientras, exploran juntos los síntomas de ansiedad que experimenta. Después de identificar estos síntomas, la paciente aprende técnicas de relajación, como la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva, para ayudarla a controlar su activación fisiológica durante la exposición. "Intenta inhalar profundamente y exhalar lentamente, concentrándote en la sensación de relajación que experimentas en tu cuerpo", sugiere su terapeuta mientras la guía a través de una sesión de relajación.

Además, trabajan en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, desafiando los pensamientos catastróficos de ella y adoptando una perspectiva más realista sobre su miedo. "¿Qué evidencia tienes de que algo terrible vaya a suceder en un espacio cerrado?" pregunta el profesional, alentando a F. E. a examinar sus pensamientos de manera crítica. A lo largo del proceso, la cliente practica estas técnicas tanto en sesiones de terapia como en su vida diaria, con el apoyo y la guía de su terapeuta. "Estás progresando mucho. Recuerda usar tus habilidades de afrontamiento cuando te encuentres en situaciones desafiantes", le anima su terapeuta, mientras que ella gana confianza en su capacidad para manejar su ansiedad en espacios cerrados.



Exposición gradual y sistemática

El individuo se expone repetidamente a los estímulos o situaciones temidas en un entorno seguro y controlado. Se comienza con la situación menos temida de la jerarquía y se avanza gradualmente hacia aquellas que generan niveles más altos de ansiedad. Durante cada exposición, el individuo practica las estrategias de afrontamiento aprendidas y permanece en la situación hasta que la ansiedad disminuye. Por cierto, antes de nada, es importante considerar lo siguiente en esta parte del tratamiento para garantizar su efectividad:

- **Jerarquía de ansiedad bien definida:** Antes de comenzar el proceso de exposición, se debe haber elaborado una jerarquía detallada de las situaciones o estímulos relacionados con el objeto de la fobia, ordenados según su nivel de ansiedad desencadenada. Ya que así se permite una progresión gradual y estructurada a lo largo de las sesiones terapéuticas.
- **Entorno controlado y seguro:** Por otro lado, es crucial que la exposición se realice en un entorno controlado y seguro, preferiblemente bajo la supervisión del terapeuta. Pues, así, se minimiza el riesgo de reacciones de pánico o ansiedad intensa y se proporciona al consultante un sentido de seguridad durante el proceso.
- **Colaboración activa del paciente:** El paciente debe participar activamente en la planificación y ejecución de la exposición gradual. Para ello, es importante que esté dispuesto a enfrentarse a las situaciones temidas y a seguir las indicaciones del terapeuta para maximizar los beneficios terapéuticos.
- **Aplicación de estrategias de afrontamiento:** Durante cada sesión de exposición, el cliente debe aplicar las estrategias de afrontamiento aprendidas anteriormente, como técnicas de respiración, relajación muscular, visualización positiva, entre otras. Sabemos que dichas estrategias ayudan a manejar la ansiedad experimentada durante la exposición y promueven la sensación de control sobre la situación.
- **Tiempo suficiente para habituarse:** Se debe permitir al paciente suficiente tiempo en cada nivel de exposición para que pueda habituarse gradualmente al estímulo temido y experimentar una disminución en la ansiedad. Esto puede requerir varias sesiones de exposición en cada nivel antes de avanzar hacia el siguiente en la jerarquía.
- **Registro y seguimiento del progreso:** El profesional debe llevar un registro del progreso del paciente durante el proceso de exposición, registrando cualquier cambio en los niveles de ansiedad experimentados y las respuestas emocionales y cognitivas. En consecuencia, podrá cambiar la planificación de la exposición según sea necesario y a evaluar la efectividad del tratamiento a lo largo del tiempo.

Sigamos con F. E.: Después de establecer los objetivos terapéuticos y haber adquirido las estrategias de afrontamiento necesarias, la paciente y su terapeuta comienzan el proceso de exposición gradual. Para F. E, la jerarquía de exposición se ha establecido previamente, comenzando desde situaciones menos amenazantes, como mirar fotografías de espacios cerrados, hasta enfrentarse gradualmente a espacios cada vez más cerrados, como ascensores o habitaciones pequeñas.

En la primera sesión de exposición, ambos podrían comenzar observando imágenes de espacios cerrados mientras F. E. practica técnicas de respiración profunda para manejar su ansiedad. A medida que se siente más cómoda con esta etapa, pasarían a la siguiente fase de la jerarquía, como estar en una habitación con puertas cerradas durante un período corto de tiempo, mientras sigue aplicando sus técnicas de afrontamiento.

Con el tiempo y la práctica, la paciente progresaría hacia situaciones más desafiantes, como permanecer en un ascensor durante unos minutos o incluso realizar actividades específicas dentro de un espacio cerrado, como leer un libro o escuchar música. En cada paso del proceso, F. E. registraría sus niveles de ansiedad y el terapeuta la guiaría para aplicar las estrategias de afrontamiento adecuadas.

El proceso de exposición gradual continuaría de manera sistemática, avanzando hacia situaciones más estresantes a medida que ella demuestra una mayor tolerancia y disminución de la ansiedad en los niveles anteriores. El terapeuta estaría atento a cualquier señal de angustia y adaptaría el plan de exposición según sea necesario para garantizar un progreso seguro y efectivo en el tratamiento de la fobia.

Reevaluación de las creencias irracionales

La reevaluación de las creencias irracionales es un componente fundamental de la terapia cognitivo-conductual para las fobias. Se basa en la premisa de que las personas con fobias a menudo mantienen pensamientos automáticos y creencias distorsionadas sobre las situaciones temidas, lo que contribuye a la intensificación de la ansiedad. Durante la terapia, el individuo aprende a identificar y cuestionar estas creencias irracionales, explorando su origen y su validez en la realidad. Este proceso implica examinar la evidencia que respalda y contradice las creencias irracionales, así como considerar perspectivas alternativas más equilibradas y realistas.

La reevaluación de las creencias irracionales se realiza en colaboración con el terapeuta, quien guía al individuo a través de un análisis reflexivo y crítico de sus pensamientos automáticos y creencias negativas. El objetivo es desafiar las distorsiones cognitivas y promover una visión más precisa y adaptativa de las situaciones temidas. Esto puede implicar el uso de técnicas como la Socrática, en la que el terapeuta hace preguntas reflexivas para ayudar al individuo a examinar y reinterpretar sus pensamientos, así como la técnica del experimento conductual, en la que se llevan a cabo pruebas prácticas para poner a prueba la validez de las creencias irracionales.

A través de ello, el consultante puede desarrollar habilidades para desafiar el pensamiento catastrófico y perfeccionista, así como para identificar y corregir los sesgos cognitivos que contribuyen a la ansiedad. Este proceso fomenta un cambio cognitivo profundo y duradero, lo que ayuda a reducir la intensidad de la ansiedad asociada con la fobia y a promover una adaptación más efectiva a las situaciones temidas.

- **Empatía y comprensión:** Es crucial que el terapeuta demuestre empatía y comprensión hacia el individuo, reconociendo la naturaleza subjetiva de sus experiencias y la intensidad de su ansiedad. Ayudando, así, a establecer una relación terapéutica sólida, lo que facilita el proceso de reevaluación de las creencias irracionales.
- **Colaboración:** La reevaluación de las creencias irracionales debe ser un proceso colaborativo entre el terapeuta y el individuo. El terapeuta no debe imponer sus propias interpretaciones o creencias, sino trabajar junto al individuo para explorar y cuestionar sus pensamientos automáticos desde una perspectiva objetiva y crítica.
- **Exploración de la evidencia:** El experto ha de alentar al individuo a examinar la evidencia que respalda y contradice sus creencias irracionales. Esto puede implicar revisar experiencias pasadas, identificar patrones de pensamiento y buscar ejemplos concretos que desafíen las creencias negativas.
- **Identificación de sesgos cognitivos:** Es importante que el terapeuta ayude al individuo a identificar y corregir los sesgos cognitivos que pueden distorsionar su percepción de la realidad y contribuir a la ansiedad. Lo que puede incluir sesgos como la catastrofización, la sobregeneralización y la mentalidad de todo o nada.
- **Fomento del pensamiento flexible:** El profesional debe fomentar el pensamiento flexible y la consideración de múltiples perspectivas. Esto implica ayudar al individuo a desarrollar habilidades para generar interpretaciones alternativas de las situaciones temidas y considerar posibles resultados más realistas.
- **Apoyo emocional:** Durante el proceso de reevaluación de las creencias irracionales, es importante que el terapeuta brinde un apoyo emocional adecuado al individuo, especialmente cuando se enfrenta a pensamientos o emociones difíciles. De esta forma, se crea un ambiente terapéutico seguro y de apoyo en el que el individuo se sienta cómodo explorando y cuestionando sus creencias.



F. E. podría expresar creencias como "Seguro que si pasa algo no podré salir", o "Los espacios cerrados son peligrosos y siempre me siento atrapada y sin control". El terapeuta podría trabajar con el paciente para identificar y cuestionar estos pensamientos, preguntándole si hay evidencia concreta que respalde estas creencias, como situaciones pasadas en las que se haya sentido atrapada y haya logrado salir. Además, también podría explorar de forma conjunta si hay algún sesgo cognitivo presente en sus pensamientos, como la sobregeneralización de una experiencia negativa particular o la catastrófica anticipación de lo peor en todas las situaciones similares. A medida que ambos examinan estas creencias desde una perspectiva más objetiva y crítica, pueden trabajar juntos para desarrollar interpretaciones más equilibradas y realistas de las situaciones, lo que eventualmente reduce su ansiedad y le permite enfrentar esos escenarios con mayor confianza y tranquilidad.

Refuerzo y generalización

A medida que el individuo experimenta éxito en la exposición gradual, se refuerzan sus logros y se alienta la generalización de las habilidades aprendidas a diferentes situaciones y contextos de su vida diaria. Esto ayuda a consolidar los cambios positivos y a prevenir recaídas en el futuro. Veamos lo dicho adaptado al caso anterior y de una forma ordenada y breve que pueda facilitar la comprensión:

Paso 1: Identificación del estímulo temido: *F. E. tiene miedo de estar en lugares públicos y abiertos donde pueda ser difícil escapar o recibir ayuda.*

Paso 2: Creación de una jerarquía de exposición:

Nivel 1: *F. E. mira fotos de plazas y parques.*

Nivel 2: *F. E. observa videos de lugares públicos concurridos.*

Nivel 3: *F. E. se para cerca de la puerta de su casa y la abre durante unos segundos.*

Nivel 4: *F. E. sale al balcón de su casa durante unos minutos.*

Nivel 5: *F. E. camina hasta la esquina de su calle con la ayuda de un familiar.*

Nivel 6: *F. E. camina hasta una plaza cercana con la ayuda de un familiar.*

Nivel 7: *F. E. camina por la plaza sin la ayuda de un familiar.*

Primera sesión de exposición (Niveles 1 y 2):

- F. E. se sienta cómodamente en la consulta del terapeuta.
- El profesional guía a F. E. para que mire fotos de plazas y parques mientras practica técnicas de relajación, como la respiración profunda.
- Al final de la sesión, se elogia a F. E. por su esfuerzo y le recuerda la importancia de practicar en casa mirando fotos y videos de lugares públicos.

Segunda sesión de exposición (Niveles 3 y 4):

- F. E. se para cerca de la puerta de su casa y la abre durante unos segundos mientras practica técnicas de relajación.
- Luego, sale al balcón de su casa durante unos minutos con la puerta abierta.
- Se refuerza positivamente cada paso dado por F. E., reconociendo su valentía al enfrentarse a su miedo.

Sesiones intermedias (Niveles 5 y 6):

- La paciente camina hasta la esquina de su calle con la ayuda de un familiar. Posteriormente, F. E. camina hasta una plaza cercana con la ayuda de un familiar, permaneciendo allí durante unos minutos.
- Durante estas sesiones, se continúa brindando refuerzo positivo y ayudando a la paciente a manejar su ansiedad, animándola a utilizar las técnicas de relajación aprendidas.

Última sesión (Nivel 7):

- F. E. camina por la plaza sin la ayuda de un familiar, permaneciendo allí durante un período de tiempo acordado.
- Nuevamente, se elogia los logros, destacando su progreso y su capacidad para enfrentar su miedo con valentía.
- Se discuten estrategias para mantener los avances realizados, como continuar practicando la exposición gradual en diferentes lugares públicos y momentos del día.

Paso 3: Generalización:

- La consultante practica la exposición graduada en diferentes lugares públicos y en diferentes momentos del día para generalizar los beneficios del tratamiento. Por ejemplo, visita un parque diferente cada semana, primero acompañado y luego solo, utilizando las técnicas de relajación aprendidas para controlar su ansiedad.
- F. E. practica técnicas de afrontamiento en situaciones cotidianas que involucran estar en lugares públicos, como respiración profunda y pensamientos positivos. Por ejemplo, cuando F. E. necesita hacer compras, utiliza la respiración profunda para calmarse y se repite a sí misma pensamientos como "Estoy segura y puedo manejar esta situación".

Reestructuración cognitiva

Esta técnica implica identificar y cuestionar los pensamientos irracionales y negativos que mantienen la fobia. De modo que la persona aprende a reemplazar estos pensamientos con pensamientos más realistas y positivos. Por ejemplo, en el caso de la claustrofobia, la reestructuración cognitiva podría implicar cuestionar la creencia de que quedarse atrapado en un ascensor conducirá inevitablemente a un desastre. Veremos esto más a fondo en uno de los casos de las actividades del final del curso. Por ahora, algunos de los pasos básicos que se siguen en este proceso son:

- **Identificación de pensamientos automáticos:** La primera etapa consiste en ayudar a la persona a identificar los pensamientos automáticos o irracionales que están contribuyendo a su ansiedad o malestar emocional. Estos pensamientos suelen ser rápidos, automáticos y difíciles de controlar.
- **Registro de pensamientos:** La persona aprende a registrar sus pensamientos automáticos en un diario o cuaderno. Ahora, es importante que esta sea lo más específica posible al registrar sus pensamientos, incluyendo detalles como el momento en que ocurrieron, el evento desencadenante y las emociones asociadas.
- **Evaluación de pensamientos:** Una vez que se han identificado los pensamientos automáticos, se procede a evaluar su veracidad y utilidad. El consultante aprende a cuestionar estos pensamientos utilizando preguntas como:

¿Cuál es la evidencia de que este pensamiento es cierto?

¿Cuál es la evidencia en contra de este pensamiento?

¿Qué pasaría si pensara de manera diferente?

¿Qué consejo le daría a un amigo que estuviera teniendo este pensamiento?

- **Identificación de distorsiones cognitivas:** Se ayuda al consultante a identificar las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento que pueden estar presentes en sus pensamientos automáticos. Algunos ejemplos de distorsiones cognitivas comunes incluyen la catastrofización, la generalización excesiva, la personalización y el pensamiento dicotómico (todo o nada). Ahora, consideremos importante hacer un pequeño parón en los pasos básicos de la reestructuración para indicar más de estas con sus consiguientes ejemplos:

Catastrofismo: Consiste en anticipar lo peor en una situación dada, exagerando las consecuencias negativas.

Ejemplo: Una persona con fobia a volar piensa que si aborda un avión, este se estrellará y morirá.

Pensamiento polarizado o dicotómico: Se ve la situación solo en términos extremos, blanco o negro, sin matices intermedios.

Ejemplo: Otra persona con fobia social piensa que o es perfectamente aceptada en una reunión social o será humillada y rechazada por completo.

Personalización: Se asume la culpa o responsabilidad personal por eventos externos que no se pueden controlar.

Ejemplo: Aquel paciente con fobia a conducir asume que si otros conductores se molestan, es su culpa y que ha hecho algo mal.

Filtraje: Se enfoca únicamente en lo negativo de una situación, ignorando los aspectos positivos.

Ejemplo: El consultante con fobia a los perros se concentra únicamente en la posibilidad de ser mordida, ignorando la posibilidad de disfrutar de la compañía del animal.

Sobregeneralización: Se sacan conclusiones generales y exageradas sobre un evento a partir de una experiencia particular.

Ejemplo: Después de ver una película de terror sobre arañas, una persona con fobia específica a dichos animales cree que todas las arañas son peligrosas y venenosas.

Lectura del pensamiento: Se asume que se sabe lo que otros están pensando y se toma como verdad sin evidencia.

Ejemplo: Un paciente con fobia social piensa que todos los que la miran están pensando cosas negativas sobre ella, sin tener ninguna evidencia de ello.

Descalificación de lo positivo: Se descartan las experiencias positivas como irrelevantes o no genuinas.

Ejemplo: A pesar de haber conducido sin incidentes durante años, una persona con fobia a conducir desestima estas experiencias y se enfoca únicamente en su miedo a tener un accidente.

Debería: Se enfatiza lo que debería ser en lugar de aceptar la realidad de lo que es.

Ejemplo: Mismamente, una persona con fobia social se dice a sí misma que debería poder hablar en público sin sentir ansiedad, ignorando que es natural sentir un poco de ansiedad en estas situaciones.

Etiquetado: Se generaliza un solo evento negativo para definir completamente a la persona.

Ejemplo: Después de una mala experiencia con un perro, la persona con fobia específica a los animales se llama a sí misma "cobarde" o "patética" sin considerar otras características o experiencias positivas.

Maximización o minimización: Se magnifican los aspectos negativos y se minimizan los positivos de una situación.

Ejemplo: Aquella persona con fobia a volar se enfoca únicamente en la posibilidad de que el avión se estrelle, ignorando las estadísticas que muestran que volar es una de las formas más seguras de viajar.

- Prosigamos. **Generación de pensamientos alternativos:** Una vez que se han identificado las distorsiones cognitivas, se anima al paciente a generar pensamientos alternativos más realistas y equilibrados. Esto implica buscar pruebas a favor y en contra de sus pensamientos automáticos y considerar diferentes interpretaciones de la situación.
- **Evaluación de pensamientos alternativos:** Se anima a la persona a evaluar la veracidad y utilidad de sus pensamientos alternativos utilizando las mismas preguntas que se utilizaron para evaluar los pensamientos automáticos.
- **Práctica de pensamientos alternativos:** Finalmente, el paciente practica el uso de sus pensamientos alternativos en situaciones reales. Aspecto que puede implicar hacer afirmaciones positivas y realistas para contrarrestar los pensamientos automáticos negativos cuando surjan.

Tabla de reestructuración cognitiva

Sirve como una herramienta terapéutica utilizada en la terapia cognitivo-conductual para ayudar a los pacientes a identificar, cuestionar y reemplazar pensamientos automáticos negativos por pensamientos más realistas y adaptativos. Veamos los pasos que podrían darse para elaborarla:

Paso 1: Identificar los pensamientos automáticos negativos: Escuchar y anotar los pensamientos automáticos negativos que surgen cuando el paciente se enfrenta a la situación temida. Por ejemplo, en el caso de un paciente con fobia a conducir, los pensamientos automáticos negativos podrían ser: "Si conduzco, tendré un accidente", "No podré controlar el coche y tendré un accidente", "Si conduzco, algo malo va a pasar", etc.

Paso 2: Registrar las emociones asociadas: Anotar las emociones que experimenta cuando tiene esos pensamientos automáticos negativos. Por ejemplo, ansiedad, miedo, pánico, etc.

Paso 3: Evaluar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos

Evidencia a favor: Anotar cualquier experiencia pasada o situación que considere como evidencia de que sus pensamientos automáticos negativos son ciertos. Por ejemplo, experiencias previas de ansiedad al conducir, experiencias de pérdida de control del coche, etc.

Evidencia en contra: Anotar cualquier experiencia pasada o situación que contradiga los pensamientos automáticos negativos. Por ejemplo, experiencias previas de conducir sin incidentes, conocimiento de las normas de tráfico, capacidad para reaccionar en situaciones de peligro, etc.

Paso 4: Desarrollar pensamientos reestructurados: Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos alternativos y más realistas que reemplacen a los pensamientos automáticos negativos. Estos nuevos pensamientos deben estar respaldados por la evidencia en contra identificada en el paso anterior.

Paso 5: Crear la tabla:

Tabla 2. Ejemplo de tabla.

Pensamiento automático	Emoción asociada	Evidencia a favor	Evidencia en contra	Pensamiento reestructurado
"Si conduzco, tendré un accidente."	Ansiedad	Experiencia previa de pérdida de control del coche.	Experiencia previa de conducir sin incidentes. Conocimiento de las normas de tráfico. Capacidad para reaccionar en situaciones de peligro.	Conducir es seguro si sigo las normas de tráfico y estoy atenta. Si me siento ansiosa, puedo detener el coche de manera segura.
"No podré controlar el coche y tendré un accidente."	Pánico	Ataque de pánico previo al perder momentáneamente el control del coche.	Experiencia previa de conducir sin perder el control del coche. Conocimiento de las normas de tráfico. Capacidad para reaccionar en situaciones de peligro.	Tengo el control del coche y sé cómo manejar cualquier situación que se presente en la carretera. Si me siento ansiosa, puedo detener el coche de manera segura.
"Si conduzco, algo malo va a pasar."	Miedo	Gran miedo experimentado al perder momentáneamente el control del coche.	Experiencia previa de conducir sin que nada malo ocurriera. Conocimiento de las normas de tráfico. Capacidad para reaccionar en situaciones de peligro.	Conducir es seguro y puedo hacerlo de manera segura si sigo las normas de tráfico y estoy atenta. Si me siento ansiosa, puedo detener el coche de manera segura.

Paso 6: Revisar y discutir la tabla: Revisar la tabla y discutir los pensamientos reestructurados. Asegurarse de que el paciente comprenda cómo los nuevos pensamientos son más realistas y adaptativos.

Aspectos que evitar

Algunas cosas que un terapeuta no debería hacer o errores que debería evitar pueden recogerse en los siguientes:

- **Minimizar los sentimientos del paciente:** Evita minimizar o invalidar los sentimientos del paciente. Es importante que el terapeuta valide y respete las preocupaciones y ansiedades del paciente en lugar de desestimarlas.

- **Imponer pensamientos o creencias propias:** El profesional no debe imponer sus propios pensamientos o creencias al paciente. En su lugar, debe guiar al cliente para que identifique y cuestione sus propios pensamientos automáticos negativos.
- **Ignorar la evidencia en contra:** No ignorar la evidencia en contra de los pensamientos automáticos negativos del paciente. Pues es crucial que se ayude al paciente a examinar de manera imparcial tanto la evidencia a favor como en contra de sus creencias.
- **No desafiar los pensamientos irracionales:** El terapeuta debe ayudar al paciente a cuestionar y desafiar activamente los pensamientos automáticos negativos utilizando la evidencia disponible.
- **Reemplazar los pensamientos del paciente:** Evita reemplazar los pensamientos del paciente con los del terapeuta. En lugar de eso, guíale para que desarrolle sus propias declaraciones racionales y equilibradas.
- **Falta de práctica y seguimiento:** No proporcionar oportunidades suficientes para practicar la reestructuración cognitiva fuera de la terapia y no realizar un seguimiento adecuado del progreso del paciente en el uso de las nuevas habilidades.
- **No revisar o reforzar el progreso:** No revisar regularmente el progreso del paciente en la reestructuración cognitiva y no reconocer ni reforzar los avances que ha logrado.

Relajación muscular progresiva y respiración profunda

Las técnicas de relajación son herramientas fundamentales en el tratamiento de las fobias específicas, ya que ayudan a reducir la ansiedad y afrontar las situaciones temidas de manera más efectiva. Estas técnicas, como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva, la visualización guiada, el *mindfulness* y el *biofeedback*, se centran en disminuir las respuestas fisiológicas y emocionales asociadas con la ansiedad. Y es que, al aprender a relajar el cuerpo y la mente, los individuos pueden reducir la tensión muscular, disminuir la frecuencia cardíaca y la respiración rápida, y mejorar su capacidad para afrontar las situaciones temidas con mayor calma y confianza. De hecho, en el tratamiento de las fobias, una forma de relajación generalmente se combina con la terapia de exposición para ayudar a la desensibilización sistemática del miedo.

En esta ocasión, nos enfocaremos en las técnicas más relevantes y efectivas, como son la relajación muscular progresiva y la respiración profunda, dos de las técnicas de relajación más ampliamente utilizadas y respaldadas por la evidencia en el tratamiento de la ansiedad y las fobias específicas. Y es que, han demostrado ser eficaces para reducir la ansiedad y promover la relajación física y mental, lo que las hace especialmente adecuadas para el tratamiento de las fobias específicas. Dado que la relajación muscular progresiva y la respiración profunda se pueden combinar para ayudar a reducir la ansiedad en personas con fobia específica, trataremos de explicarlas de forma conjunta. Veamos una descripción detallada de cómo se pueden combinar estas dos técnicas.

Estructura del procedimiento

- 1. Preparación:** *Comienza encontrando un lugar tranquilo y cómodo donde puedas relajarte sin distracciones. Siéntate o acuéstate en una posición cómoda y cierra los ojos si te resulta más fácil.*
- 2. Respiración profunda:** *Empieza ahora con unos minutos de respiración profunda y consciente para calmar tu sistema nervioso. Respira lenta y profundamente por la nariz, llenando tu abdomen de aire. Luego, exhala lentamente por la boca, sintiendo cómo tu cuerpo se relaja con cada respiración.*
- 3. Tensión muscular:** *Después de algunos minutos de respiración profunda, comienza la relajación muscular progresiva. comienza con las manos y los brazos. contrae los músculos de las manos y los antebrazos, apretando los puños con fuerza durante unos segundos. luego, relaja los músculos lentamente, permitiendo que la tensión desaparezca.*
- 4. Progresión:** *Continúa moviéndote a través de tu cuerpo, tensando y relajando los diferentes grupos musculares. Avanza desde los brazos y los hombros hasta el cuello y la cara, y luego baja por el pecho, el abdomen, la espalda, las piernas y los pies. Con cada grupo muscular, contrae los músculos durante unos segundos y luego relájalos completamente.*
- 5. Respiración y relajación:** *Durante todo el ejercicio, concéntrate en tu respiración. Respira lenta y profundamente mientras contraes los músculos y exhala lentamente mientras los relajas. sigue respirando profunda y conscientemente mientras practicas la relajación muscular progresiva.*
- 6. Sensaciones:** *Presta atención a las sensaciones de relajación que experimentas en cada grupo muscular a medida que los liberas de la tensión. Nota cómo se siente tu cuerpo cuando está relajado y tranquilo.*
- 7. Práctica regular:** *Practica la relajación muscular progresiva y la respiración profunda regularmente para reducir la ansiedad y el estrés. cuanto más practiques, más fácil será para ti relajarte rápidamente cuando sientas ansiedad.*

- 8. Finalización:** *Al finalizar la sesión, tómate un tiempo para disfrutar de la sensación de relajación que has creado en tu cuerpo. Cuando estés listo, puedes abrir los ojos y volver a la sala, sintiéndote más tranquilo y relajado.*

Aspectos para tener en cuenta

- **Incapacidad para realizar las técnicas:** Si el paciente tiene dificultades para realizar la relajación muscular progresiva o la respiración profunda debido a problemas de movilidad, problemas respiratorios, o cualquier otra razón médica, podría ser más adecuado explorar otras técnicas de manejo de la ansiedad.
- **Contraindicaciones médicas:** En casos donde la tensión muscular o la respiración profunda podrían agravar ciertas condiciones médicas, como trastornos musculoesqueléticos, problemas cardíacos o respiratorios, el terapeuta podría decidir evitar estas técnicas.
- **Preferencia del consultante:** Algunos pueden sentirse incómodos o experimentar un aumento de la ansiedad al realizar la relajación muscular progresiva o la respiración profunda. En tales casos, es importante respetar las preferencias y buscar otras estrategias de manejo de la ansiedad que sean más efectivas y cómodas para ellos.
- **Falta de efectividad:** En ciertas situaciones, tales técnicas pueden no ser efectivas para ciertos pacientes o pueden no ser la mejor opción dentro del plan de tratamiento general. Por lo que si la persona no experimenta alivio de la ansiedad o no encuentra útiles estas técnicas después de varios intentos, el terapeuta podría decidir explorar otras opciones de tratamiento.

Terapia de exposición virtual

A pesar de que la realidad virtual empieza a utilizarse cada vez más, solo comentaremos algunas características. Y es que, aunque la realidad virtual tiene un gran potencial en el tratamiento de fobias, su uso todavía puede ser limitado por la disponibilidad de equipos especializados y el costo asociado con la tecnología. Pues no todos los terapeutas tienen acceso a equipos de realidad virtual ni la formación necesaria para implementar esta técnica de manera efectiva.

El uso de la tecnología de realidad virtual representa una opción con el potencial de superar tales barreras. La terapia de exposición a la realidad virtual, también llamada terapia de exposición *in virtuo*, se basa en la justificación muy similar de la terapia de exposición *in vivo*, sin embargo, en la exposición a la realidad virtual, los estímulos fóbicos se presentan al paciente en la realidad virtual. La realidad virtual es una presentación generada por ordenador, que proporciona información sobre el sistema sensorial del usuario e interactúa con el usuario.

En este caso, los estímulos visuales de realidad virtual se presentan a través de gafas de realidad virtual o a través de sistemas basados en proyección como los sistemas CAVE que es una sala con hasta seis lados de proyección. La entrada auditiva se aplica a través de altavoces o auriculares, y la estimulación táctil, háptica o olfativa es posible, pero rara vez se proporciona.

El objetivo es reemplazar la entrada sensorial del mundo real y crear una presencia del usuario en el mundo virtual. Para interactuar con el usuario en tiempo real, el sistema de realidad virtual recopila información sobre la posición y los movimientos (de la cabeza) de los usuarios a través de sensores y dispositivos de entrada como un sistema de seguimiento de la cabeza o un joystick.

Lo cierto es que, al traer estímulos fóbicos virtuales al consultorio del terapeuta, la exposición a la realidad virtual tiene muchas ventajas estructurales. Consume menos tiempo en su aplicación (por ejemplo, porque conducir a una torre alta en el tratamiento de fobia a las alturas ya no es necesario), rentable (por ejemplo, en comparación con los tratamientos in vivo de alto costo por miedo a volar), y requiere menos organización (por ejemplo, con respecto a la adquisición de arañas vivas en el tratamiento de la fobia a la araña, o de una audiencia para el tratamiento de la fobia social). Además, hay menos dificultades con respecto a los acuerdos de seguridad y seguro.

Por encima de eso, la técnica de realidad virtual podría mejorar el uso del tratamiento de exposición a través de una mayor aceptación por parte de los pacientes y, por lo tanto, facilitar un procedimiento eficaz de psicoterapia. Para la exposición in vivo en la fobia específica, en el pasado se han reportado altas respuestas al tratamiento, pero baja aceptación del tratamiento y altas tasas de abandono escolar. En una comparación directa, se ha encontrado evidencia de que los pacientes con fobia específica prefieren la exposición a la realidad virtual a la exposición in vivo y están significativamente más dispuestos a participar en el tratamiento de realidad virtual, principalmente porque tienen demasiado miedo de enfrentarse a los estímulos reales que se temen.

Y, por otro lado, además de la aceptación de los pacientes, la realidad virtual ofrece la ventaja de que los objetos y situaciones fóbicas se pueden adaptar fácilmente de acuerdo con consideraciones terapéuticas. Por ejemplo, el terapeuta puede controlar completamente el tipo, la intensidad, la duración y la repetición del objeto o situación expuesta, y puede implementar estímulos específicos (por ejemplo, turbulencias en la exposición a la fobia al vuelo). Además, los cambios contextuales consumen menos tiempo y son costosos en la realidad virtual en comparación con la exposición in vivo, lo que podría ser relevante como el uso de múltiples contextos en la fobia a las arañas ya mostró una mejora en la generalización de la terapia de exposición (Wechsler et al., 2019).

Tratamientos farmacológicos

Daniel, un joven de 25 años, presenta eritrofobia, una fobia específica al rubor o a sonrojarse en situaciones sociales. Desde la adolescencia, Daniel ha experimentado un intenso miedo y ansiedad ante la idea de ruborizarse en público, especialmente cuando todas las miradas están puestas en él. Este miedo le ha impedido participar en actividades sociales, hacer presentaciones en el trabajo o incluso mantener conversaciones con personas desconocidas. Por ejemplo, cuando está en situaciones sociales, como una reunión de trabajo o una fiesta con amigos, se siente constantemente preocupado por ruborizarse. Esta preocupación desencadena una respuesta de ansiedad que se manifiesta como sudoración excesiva, taquicardia, dificultad para respirar y temblores. Debido al impacto significativo de su fobia en su vida diaria, decide buscar ayuda profesional. Después de una evaluación inicial, se determina que podría beneficiarse de la terapia cognitivo-conductual para tratar su eritrofobia.

Durante el tratamiento, trabaja con su terapeuta para identificar y desafiar los pensamientos irracionales que contribuyen a su miedo a ruborizarse en público. También aprende técnicas de relajación y respiración para ayudar a controlar su ansiedad cuando se encuentra en situaciones sociales. A pesar de su progreso en terapia, Daniel sigue experimentando una gran ansiedad en situaciones sociales. Su terapeuta nota que, a pesar de los avances en la terapia, Daniel aún muestra un nivel de ansiedad significativo que dificulta su participación plena en las sesiones y su progreso en el tratamiento. Además, relata que su ansiedad se ha vuelto tan abrumadora que incluso piensa en evitar situaciones sociales por completo. Por lo que, debido a estos factores, su terapeuta decide que podría beneficiarse de una evaluación psiquiátrica para considerar la posibilidad de tratamiento farmacológico complementario. Por lo tanto, le deriva a un psiquiatra para una evaluación más exhaustiva y una posible prescripción de medicación para ayudar a controlar su ansiedad.

Tras la evaluación psiquiátrica, se le receta un betabloqueante para ayudar a reducir su ansiedad y prevenir el rubor en situaciones sociales. La medicación proporciona un alivio temporal de los síntomas de ansiedad, permitiendo que participe más plenamente en las actividades sociales y se enfrente a su fobia de manera más efectiva. Así, con la combinación de terapia cognitivo-conductual y medicación, Daniel experimenta una reducción significativa en su ansiedad en situaciones sociales. Esto le permite avanzar más rápidamente en su tratamiento y lograr superar su eritrofobia.

A medida que avanza en su tratamiento, Daniel se siente más cómodo y seguro en situaciones sociales. Con la ayuda de su terapeuta, continúa trabajando en sus técnicas de afrontamiento y pronto logra participar en actividades sociales sin sentir miedo ni ansiedad por ruborizarse.

Si bien el caso anterior expone lo contrario, lo cierto es que la farmacoterapia no suele ser la primera opción de tratamiento para las fobias específicas. Sin embargo, en los últimos diez años, se han realizado estudios para investigar el uso de medicamentos junto con la terapia de exposición, con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento. Además, los **betabloqueantes y las benzodiacepinas** se pueden usar en pacientes cuando la fobia se asocia con ataques de pánico. Veamos un ejemplo breve de cómo sería una psicoeducación correcta si al paciente le recetan un medicamento por parte de su psiquiatra:

Terapeuta: Buenos días, Juan. Veo que el médico te ha recetado benzodiacepinas para ayudarte con tu fobia específica. ¿Has escuchado antes sobre estas pastillas?

Paciente: Hola, sí, el médico me dijo que las tomara para controlar mi ansiedad, pero no sé exactamente cómo funcionan.

T: Bueno, las benzodiacepinas son una clase de medicamentos que se utilizan comúnmente para tratar la ansiedad y otros trastornos relacionados con el estrés. Funcionan aumentando la actividad de un neurotransmisor en el cerebro llamado ácido gamma-aminobutírico, o GABA, que tiene un efecto calmante en el sistema nervioso.

P: Entiendo. ¿Cómo debo tomarlas?

T: Es importante seguir las indicaciones del médico. Generalmente, se toman por vía oral, con o sin comida, según lo recetado. La dosis y la frecuencia de la medicación también serán indicadas por tu médico. Además, es importante que no las suspendas bruscamente sin consultar primero con tu médico, ya que pueden causar efectos secundarios si se interrumpen abruptamente.

P: ¿Qué tipo de efectos secundarios podrían tener?

T: Al igual que cualquier medicamento, las benzodiacepinas pueden tener efectos secundarios. Los más comunes incluyen somnolencia, mareos, confusión y problemas de coordinación. Además, pueden ser adictivas si se usan durante largos períodos de tiempo o en dosis altas, por lo que es importante tomarlas exactamente según lo recetado.

P: ¿Y cómo afectarán a mi fobia específica?

T: Las benzodiacepinas pueden ayudar a reducir la ansiedad y los síntomas físicos asociados con tu fobia específica, lo que puede facilitar el proceso de tratamiento. Sin embargo, es importante recordar que las benzodiacepinas no son una solución a largo plazo para la fobia y se deben usar como parte de un plan de tratamiento más amplio que incluya terapia cognitivo-conductual.

P: Entiendo. Gracias por la explicación, me siento más tranquilo ahora.

T: De nada, Juan. Si tienes alguna otra pregunta o inquietud sobre las benzodiazepinas o cualquier otro aspecto de tu tratamiento, no dudes en decírmelo. Estoy aquí para ayudarte.

Una vez leído, podemos un excelente ejemplo de psicoeducación sobre el uso de benzodiazepinas en el tratamiento de la fobia específica. El terapeuta explica de manera clara y concisa qué son las benzodiazepinas y cómo funcionan para reducir la ansiedad. Además, proporciona instrucciones detalladas sobre la dosis y la frecuencia de administración, así como información sobre posibles efectos secundarios y la importancia de no suspender el tratamiento abruptamente. Y, por supuesto, el terapeuta conecta el uso de las benzodiazepinas con el tratamiento de la fobia específica, enfatizando que son parte de un plan de tratamiento más amplio que incluye terapia cognitivo-conductual. En todo momento, de forma casi omnipresente se muestra empatía y apoyo, asegurando al consultante que está disponible para responder cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

Pasos para una correcta psicoeducación en psicofármacos

- Evaluar el nivel de conocimiento del paciente:

Teoría: Antes de proporcionar información, es importante conocer cuánto sabe el paciente sobre el tratamiento con betabloqueantes para la fobia específica.

Ejemplo:

T: ¿Has escuchado alguna vez sobre el tratamiento de la fobia específica con betabloqueantes como el Propranolol?

P: No, no tengo idea de qué se trata.

- Proporcionar información básica sobre el tratamiento:

Teoría: Explica el nombre del medicamento, su objetivo y cómo funciona en el tratamiento de la fobia específica. Utiliza un lenguaje claro y comprensible, evitando tecnicismos complicados.

Ejemplo:

T: El Propranolol es un medicamento que pertenece a una clase llamada betabloqueantes. Se utiliza para tratar la ansiedad y el miedo intenso al bloquear la acción de ciertas sustancias químicas en el cuerpo que causan estos síntomas.

- Describir la dosis y la frecuencia de administración:

Teoría: Indica al paciente cuántas pastillas debe tomar y con qué frecuencia. Es importante que entienda cómo y cuándo debe tomar el medicamento.

Ejemplo:

T: Por lo general, se recomienda tomar una pastilla de Propranolol una hora antes de exponerte a la situación que te provoca ansiedad. La dosis puede variar dependiendo de tus necesidades individuales y de la gravedad de tu fobia.

- Informar sobre posibles efectos secundarios o reacciones durante el tratamiento:

Teoría: Describe los efectos secundarios más comunes del medicamento y qué hacer si experimenta alguno de ellos. Asegúrate de que el paciente comprenda que no todos los efectos secundarios pueden ocurrir, y que algunos son más graves que otros.

Ejemplo:

T: Algunos efectos secundarios comunes del Propranolol incluyen mareos, fatiga, náuseas y cambios en la presión arterial. Estos efectos suelen ser leves y desaparecen después de un corto período de tiempo. Sin embargo, si experimentas efectos secundarios graves como dificultad para respirar o latidos cardíacos irregulares, debes comunicármelo de inmediato.

- Advertir sobre la posibilidad de recaídas o contratiempos:

Teoría: Explícale al paciente que las recaídas o los contratiempos son normales durante el tratamiento y cómo manejarlos.

Ejemplo:

T: A lo largo del tratamiento, es posible que experimentes momentos de ansiedad o miedo intenso. Esto no significa que el tratamiento haya fracasado, sino que es una parte normal del proceso de aprendizaje. Estaré aquí para ayudarte a superar cualquier contratiempo que puedas tener.

- Discutir la duración prevista del tratamiento:

Teoría: Habla con el paciente sobre la duración esperada del tratamiento y por qué es importante seguirlo según lo indicado.

Ejemplo:

T: Por lo general, el tratamiento con Propranolol se administra durante varias semanas o meses, dependiendo de tus necesidades individuales y de tu progreso. Es importante que continúes con el tratamiento incluso si comienzas a sentirte mejor antes de lo esperado.

- Fomentar la participación activa del paciente:

Teoría: Anima al paciente a hacer preguntas y a expresar sus preocupaciones sobre el tratamiento.

Ejemplo:

T: *¿Tienes alguna pregunta sobre cómo funciona el Propranolol o qué esperar durante el tratamiento?*

- Proporcionar material escrito:

Teoría: Ofrece al paciente materiales informativos sobre el Propranolol y su uso en el tratamiento de la fobia específica para que pueda revisar la información en casa.

Ejemplo:

T: *Aquí tienes un folleto informativo sobre el Propranolol y cómo puede ayudarte a controlar los síntomas de tu fobia. Te recomiendo que lo leas con atención para que tengas toda la información que necesitas sobre tu tratamiento.*

- Reforzar la información en sesiones posteriores:

Teoría: Repasa la información sobre el Propranolol en sesiones posteriores para asegurarte de que el paciente la comprenda completamente y pueda aplicarla correctamente.

Ejemplo:

T: *¿Recuerdas cómo funciona el Propranolol y qué esperar durante el tratamiento? ¿Has tenido alguna pregunta desde nuestra última sesión?*

- Fomentar la comunicación:

Teoría: Anima al paciente a informarte sobre cualquier cambio en su estado de salud o cualquier efecto secundario que experimente durante el tratamiento.

Ejemplo:

T: *Si experimentas cualquier reacción o cambio en tu ansiedad mientras estás tomando Propranolol, no dudes en decírmelo. Es importante que estemos al tanto de tu progreso y que podamos ajustar el tratamiento según sea necesario.*

Por cierto, entre los agentes farmacológicos que se investigan para estos cuadros, hay datos preliminares positivos para el propranolol y el glucocorticoide como tratamiento complementario a la psicoterapia. De particular interés es el propranolol, ya que el momento de su administración en relación con la terapia de exposición parece ser importante para su eficacia (Thng et al., 2020).

MÓDULO V

Mejorar los resultados del equipo de atención
de salud

El manejo de las fobias suele ser con un equipo interprofesional que incluye una enfermera de salud mental, un psiquiatra, un psicoterapeuta y un proveedor de atención primaria. En la mayoría de los casos, la terapia conductual es el tratamiento de primera línea y funciona. Sin embargo, el período de desensibilización puede llevar semanas o incluso meses. Y para tener éxito, la terapia requiere que el paciente esté comprometido con el tratamiento, hay problemas y objetivos claramente identificados, y hay estrategias alternativas para lidiar con los sentimientos del paciente.

Otras formas de tratamiento que también se pueden considerar son la terapia virtual en la que el paciente está expuesto o interactúa con el objeto o situación fóbica en la pantalla del ordenador. Este campo de tratamiento es relativamente nuevo y requiere más investigación. Otras modalidades de tratamiento incluyen terapia de apoyo y terapia familiar. El objetivo de las 3 formas de terapia es ayudar al consultante a reconocer que el estímulo temido no es peligroso y proporcionar apoyo emocional.

Detalles que marcan la diferencia

- **Entender la diferencia entre miedo y fobia:** Es importante comprender que el miedo es una emoción normal y adaptativa, mientras que una fobia es un miedo irracional y desproporcionado hacia un objeto, situación o actividad específica.
- **Explorar la historia y el contexto de la fobia:** Esto es, investigar la historia personal del paciente y los eventos traumáticos pasados puede ayudar a comprender mejor el origen y la naturaleza de la fobia.
- **Evaluar la comorbilidad:** Muchas veces, las fobias específicas pueden coexistir con otros trastornos de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales. Es importante realizar una evaluación completa para detectar cualquier comorbilidad.
- **Conocer las técnicas de exposición:** Las técnicas de exposición son fundamentales en el tratamiento de las fobias específicas. Por lo que hay que estar familiarizado con diferentes formas de exposición, como la exposición gradual, la exposición en vivo y la exposición imaginaria.
- **Adaptar el tratamiento a las necesidades individuales de la persona:** No todos los pacientes responderán de la misma manera al tratamiento, con lo que hay que adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de cada uno.

- **Considerar el uso de la tecnología:** En la era digital, existen varias herramientas tecnológicas que pueden complementar el tratamiento de las fobias específicas, como aplicaciones móviles de autoayuda, terapia en línea y realidad virtual.
- **Involucrar a familiares o seres queridos:** La participación de familiares o seres queridos puede ser beneficiosa para apoyar al paciente durante el tratamiento y ayudar a mantener los logros terapéuticos a largo plazo.
- **Evaluar el impacto funcional:** Además de reducir los síntomas de la fobia, es importante evaluar y abordar el impacto funcional que la fobia tiene en la vida diaria del paciente, como el trabajo, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas.
- **Fomentar la autonomía:** Ayudar al cliente a desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades de autoayuda puede promover la autonomía y la capacidad de afrontamiento a largo plazo.
- **Realizar un seguimiento a largo plazo:** El tratamiento de las fobias específicas puede requerir seguimiento a largo plazo para prevenir recaídas y consolidar los logros terapéuticos a lo largo del tiempo.

Por otro lado, es crucial tener conocimiento de que aquellas variables que han predicho el retorno del miedo, aunque no de manera consistente, son: distracción durante la exposición, reducción relativamente rápida o relativamente lenta del miedo durante la exposición, depresión, ritmo cardíaco inicial elevado, exposición masiva (en comparación con la progresivamente espaciada), poca variación de los estímulos fóbicos y una tendencia a asociar en exceso los estímulos temidos con los resultados aversivos. De forma que podría decirse que las siguientes variables pueden predecir el retorno del miedo y, por lo tanto, deben tenerse en cuenta durante el tratamiento: a) largo intervalo de tiempo desde el último contacto con el estímulo fóbico, b) encontrarse con una situación fóbica más difícil que las practicadas durante el tratamiento, c) encontrarse con el estímulo fóbico en un contexto particularmente destacado, como uno similar al que originó la fobia o donde se tuvo una reacción fóbica especialmente intensa, d) experimentar una experiencia traumática en la situación temida (por ejemplo, un accidente en una persona con fobia a conducir), y e) experimentar niveles elevados de estrés (por ejemplo, dificultades en el trabajo, conflictos maritales) [Bados, 2009].



La importancia del compromiso fuera de la terapia

Ahora, en una terapia para fobias, es común que el paciente tenga tareas para realizar fuera de las sesiones terapéuticas. Estas tareas están diseñadas para ayudarlo a enfrentar gradualmente sus miedos y a desensibilizarse ante las situaciones temidas. A continuación, una lista de las tareas que el paciente debe llevar a cabo en el tratamiento de las fobias:

- **Exposición graduada:** El paciente se compromete a enfrentar gradualmente las situaciones temidas, siguiendo un plan jerarquizado diseñado junto con el terapeuta. De esta forma, se inicia con la exposición a situaciones que generan una ansiedad leve o moderada y se avanza de manera progresiva hacia situaciones que generan mayor ansiedad. Y, durante las exposiciones, el consultante practica técnicas de afrontamiento, como la respiración diafragmática, la reestructuración cognitiva y el control de la atención, para reducir la ansiedad experimentada.
- **Registro de ansiedad:** En este caso, se llevaría a cabo un registro detallado de su nivel de ansiedad antes, durante y después de cada exposición. Para ello, se utilizan escalas de valoración de la ansiedad, como la Escala de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI, en inglés) o la Escala Visual Analógica (Visual Analogic Scale, VAS, en inglés), para cuantificar el nivel de malestar experimentado. Después, se registra la duración de la exposición, la intensidad de la ansiedad experimentada, los pensamientos automáticos asociados y las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- **Práctica de técnicas de relajación:** El consultante practica regularmente técnicas de relajación, como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva, la visualización o la meditación mindfulness. Se le anima a reconocer los signos de activación fisiológica asociados con la ansiedad y a utilizar las técnicas de relajación como herramienta para reducir la activación fisiológica y el malestar emocional. Con lo que se fomenta la práctica diaria de tales técnicas, tanto dentro como fuera de las sesiones de terapia, para reforzar su efectividad y generalizar su uso en situaciones de la vida real.
- **Autoexposición en vivo:** El paciente se expone de manera voluntaria y controlada a las situaciones temidas en su vida diaria, siguiendo las indicaciones del terapeuta. Se utilizan estrategias de afrontamiento, como la desensibilización sistemática, la exposición prolongada o la prevención de respuesta, para facilitar la habituación del paciente a la situación temida. Se monitoriza el nivel de ansiedad del paciente antes, durante y después de cada exposición, utilizando técnicas de registro y autoobservación.

- **Exposición en imaginación:** Practica la exposición a situaciones temidas a través de la imaginación guiada por el terapeuta. Se utilizan técnicas de visualización detallada y vívida para recrear la situación temida en la mente del paciente. Se fomenta la participación activa del paciente en la elaboración de la escena imaginada, incorporando detalles sensoriales, emocionales y cognitivos para aumentar la eficacia de la exposición.
- **Realización de actividades placenteras:** Se compromete a participar en actividades que disfruta y que ha estado evitando debido a su fobia. Para ello, se usa la técnica de programación de actividades para identificar y planificar actividades placenteras y gratificantes. Se fomenta la participación activa del paciente en la identificación de actividades significativas y la elaboración de un plan de acción para su realización.

Aunque la terapia para fobias ha demostrado ser eficaz, como ocurre con cualquier intervención psicológica, solo funciona cuando un paciente realmente cumple con las recomendaciones del tratamiento y lo completa. La terapia requiere cambios significativos de comportamiento, cognitivos y de estilo de vida, más enfocados en lo conductual y en el estilo de vida, que a menudo son difíciles de implementar para los pacientes. Con esto en mente, es importante destacar la importancia y el posible impacto negativo de solicitar a los pacientes que completen las estrategias terapéuticas para obtener los beneficios completos de la terapia. Esta preocupación se basa, en parte, en la terminología utilizada, especialmente el término "tarea", que proviene del modelo educativo y puede no transmitir de inmediato la naturaleza colaborativa esencial de este proceso terapéutico.

A pesar de la diversidad de términos utilizados en los estudios de tratamiento, "tarea" es el más común y se define como "actividades planificadas que el paciente realiza entre sesiones, seleccionadas en conjunto con el terapeuta, para avanzar hacia los objetivos de la terapia". No es sorprendente que incluso mejoras modestas en el cumplimiento de estas "tareas" puedan resultar en mejoras significativas en los resultados de la terapia para fobias.

Es importante tener en cuenta que, a diferencia de las intervenciones farmacológicas, que siguen un protocolo de tratamiento coherente, la naturaleza y el propósito terapéutico de la tarea pueden variar considerablemente. Incluso cuando los pacientes participan en actividades terapéuticas según lo planeado, en línea con sus habilidades conductuales y cognitivas, no queda claro si estas medidas se adoptan según criterios específicos predefinidos para el cumplimiento de las tareas en psicoterapia. Algunos pueden adherirse a las tareas por el deseo de aprobación o por haberlas llevado a cabo hábil y clínicamente prácticas, mientras que otros pueden mantener su ansiedad. A través de la práctica repetida de nuevas actividades y la exposición gradual, el paciente puede aprender a manejar la ansiedad de manera más efectiva y desafiar los pensamientos automáticos negativos. Finalmente, las tareas proporcionan retroalimentación útil para evaluar el progreso terapéutico y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario, lo que ayuda a mantener el enfoque y la motivación del cliente a lo largo del proceso terapéutico.

MÓDULO VI

Psicoeducación en el tratamiento
de las fobias específicas

En lo que respecta a las fobias específicas, se ha observado una percepción generalmente baja sobre la necesidad de atención, junto con un acceso variable a los servicios de atención y diferencias en la calidad de la atención proporcionada. Esto señala áreas donde es crucial mejorar la alfabetización y la concienciación sobre la salud.

La psicoeducación incluye discutir los problemas de presentación del cliente, la posible etiología, proporcionar una explicación de comportamiento que pueden ser etiquetados como "miedo" o "ansiedad", discutir la función del comportamiento clínicamente relevante, como evitar ocasiones sociales, y proporcionar información sobre el propio modelo de tratamiento. Así pues, esta herramienta desempeña un papel crucial debido a su capacidad para crear conciencia y comprensión tanto en el paciente como en el terapeuta. En primer lugar, el modelo que nos compete en este curso se presenta formalmente al cliente en las primeras etapas del tratamiento y se discute regularmente a lo largo de las sesiones posteriores.

Se le proporciona al paciente una comprensión más profunda de su condición, lo que es esencial para reducir el estigma y la autoestigmatización. Y es que, a menudo, las personas pueden no ser completamente conscientes de la naturaleza de su enfermedad o pueden tener concepciones erróneas sobre sus síntomas. La psicoeducación, para dicho aspecto, corrige estas percepciones erróneas y capacita al paciente para reconocer y nombrar sus experiencias, lo que a su vez facilita la aceptación de la enfermedad y la disposición a buscar tratamiento. Además, esta herramienta brinda al terapeuta la oportunidad de comprender mejor la experiencia única de cada paciente y adaptar la terapia de manera personalizada. A modo de inciso, antes de proseguir, un ejemplo de alguien con autoestigma y su consecuente expresión:

P: No creo que esta terapia vaya a funcionar para mí. Me siento tan avergonzado de tener esta fobia a volar.

T: Comprendo que te sientas así en este momento. ¿Podrías explicarme más sobre por qué te sientes avergonzado de tener fobia a volar?

P: Es solo que siempre he sentido un miedo abrumador cuando estoy en un avión. Me siento como si fuera débil o defectuoso por no poder manejarlo.

T: Parece que estás siendo muy autocrítico y te estás juzgando de manera severa. ¿Te das cuenta de que estás aplicando estigma hacia ti mismo por tener fobia a volar?

P: Sí, lo sé, pero no puedo evitarlo. Me siento tan mal conmigo mismo que no puedo imaginar cómo esta terapia podría ayudarme.

T: Entiendo que sea difícil creer en la terapia cuando estás luchando contra esos sentimientos de vergüenza y autoestigmatización. Pero quiero que sepas que tener fobia a volar no te hace débil ni defectuoso. Es una condición legítima que muchas personas enfrentan, y existen formas efectivas de aprender a manejarla y mejorar tu calidad de vida.

P: Es difícil aceptarlo, pero gracias por tu comprensión.

Como se aprecia, desde la parte del terapeuta, adopta un enfoque comprensivo y destigmatizador hacia la fobia, reconociendo que es una condición legítima que no refleja debilidad o defecto personal. Este enfoque es importante desde una perspectiva psicológica porque ayuda al paciente a sentirse validado y aceptado, lo que puede reducir el autoestigma y aumentar la disposición a buscar ayuda. Además, al mencionar que existen formas efectivas de manejar la fobia y mejorar la calidad de vida, se proporciona esperanza y motiva al consultante a participar en el tratamiento. Por otro lado, desde un punto de vista técnico, el terapeuta emplea técnicas de psicoeducación y normalización para desafiar creencias negativas y promover una comprensión más realista de la fobia. Con esto, también utiliza el lenguaje de fortaleza y capacidad al sugerir que hay estrategias efectivas para manejar la fobia, lo que puede empoderar a la persona y fomentar un enfoque proactivo hacia su bienestar mental.

Tras el ejemplo, y volviendo a la parte teórica, es común que, al inicio, el paciente puede tener explicaciones alternativas para su comportamiento, como factores biológicos o genéticos, así como experiencias pasadas en su infancia. El terapeuta ha de reconocer la influencia que estos factores pueden tener en el desarrollo de la fobia, pero trabaja para orientar al cliente hacia un análisis funcional de sus comportamientos "clínicos". Esto implica ayudarlo a comprender cómo los eventos de su vida y sus respuestas a estos eventos influyen en sus sentimientos y comportamientos. Al fin y al cabo, el objetivo de la psicoeducación es que el cliente comprenda las relaciones funcionales entre su comportamiento y las consecuencias que este comportamiento conlleva. Lo que requiere que este observe y describa sus propios comportamientos, además de los estímulos que los desencadenan y los refuerzan. Veamos un pequeño ejemplo de cómo podría reflejarse lo dicho en una sesión terapéutica:

T: Bueno, ¿cómo ha sido tu semana, P? ¿Has tenido la oportunidad de pensar más sobre tu miedo a volar?

P: Sí, he estado pensando en ello. He tratado de recordar por qué tengo tanto miedo, pero no logro entenderlo del todo.

T: Es normal sentirse así. A menudo, nuestras fobias pueden estar relacionadas con experiencias pasadas o incluso con factores biológicos. ¿Te gustaría hablar un poco más sobre eso?

P: Supongo que sí. Recuerdo que cuando era niño, tuve una experiencia muy traumática durante un vuelo y desde entonces, el simple hecho de pensar en volar me produce mucha ansiedad.

T: Entiendo. Es importante reconocer cómo nuestras experiencias pasadas pueden influir en nuestros miedos actuales. Pero también es importante entender cómo nuestros pensamientos y comportamientos contribuyen a mantener esos miedos. ¿Has notado algún patrón en tus pensamientos o comportamientos cuando piensas en volar?

P: Sí, suelo evitar cualquier situación que esté relacionada con volar. Incluso pensar en subir a un avión me provoca una gran ansiedad.

T: Entiendo. Parece que tu miedo ha tenido un gran impacto en tu vida diaria. ¿Te gustaría trabajar juntos para entender mejor cómo tus pensamientos y comportamientos están contribuyendo a tu ansiedad?

P: Sí, me encantaría. Estoy cansado de que este miedo controle mi vida.

T: Bien. Entonces, ¿qué te parece si empezamos por analizar juntos cómo tus pensamientos y comportamientos están relacionados con tu miedo a volar? ¿Podrías pensar en algunas situaciones específicas que te generan ansiedad?

P: Sí, por supuesto. Por ejemplo, cuando veo un avión en la televisión o cuando alguien menciona que va a viajar en avión, automáticamente siento un nudo en el estómago y me pongo nervioso.

T: Eso es un buen comienzo. Identificar estas situaciones específicas nos ayudará a entender mejor cómo tu miedo se activa y qué pensamientos y comportamientos lo refuerzan. A partir de ahí, podremos trabajar juntos para encontrar formas de enfrentar tu miedo de manera más efectiva. ¿Te parece bien?

P: Sí, definitivamente. Estoy dispuesto a hacer lo que sea necesario para superar esto.

En el diálogo anterior, observamos que el terapeuta muestra empatía al validar los sentimientos del paciente y reconocer la complejidad de su experiencia emocional. Esta validación emocional es crucial para establecer una relación terapéutica sólida y fomentar la apertura por parte de paciente, por supuesto. Además, utiliza la técnica de exploración de las experiencias pasadas, que ayuda a identificar los eventos pasados que han contribuido al desarrollo del miedo a volar. De esta forma, al comprender cómo dichas experiencias han dado forma a los pensamientos y comportamientos del consultante, el profesional está realizando un análisis funcional, fundamental en terapia cognitivo conductual.

El otro aspecto que nos compete en este apartado es la parte de la psicoeducación. Al explicar la relación entre los pensamientos, comportamientos y emociones, se está ayudando al paciente a comprender el ciclo de la ansiedad y cómo se mantiene su miedo a volar. Aspecto primordial para que este adquiera conciencia de sus patrones de pensamiento y comportamiento, y para que pueda trabajar en cambiarlos.

Finalmente, ambos establecen juntos metas concretas para el tratamiento según un enfoque colaborativo que empodera al paciente y aumenta su compromiso con el proceso terapéutico.

A continuación, un último ejemplo de diálogo en el que hay cierta comprensión hacia el paciente, pero hay errores sutiles:

T: Entiendo que volar te genere mucha ansiedad. Es normal tener miedo a lo desconocido, pero recuerda que volar es una de las formas más seguras de viajar.

P: Sí, lo sé, pero no puedo evitar sentir pánico cada vez que pienso en subir a un avión.

T: Claro, entiendo. ¿Has intentado relajarte durante el vuelo? A veces, técnicas de respiración pueden ayudar mucho.

P: Sí, lo he intentado, pero no puedo evitar pensar en todas las cosas que podrían salir mal.

T: Entiendo, pero debes recordar que los pilotos están altamente capacitados y que los aviones están diseñados para ser seguros. Además, ¿has pensado en tomar algún medicamento para la ansiedad antes del vuelo?

P: No sé, la idea de tomar medicamentos me da un poco de miedo también.

T: Bueno, quizás podríamos considerarlo como una opción temporal hasta que te sientas más cómodo con la idea de volar. Y por supuesto, seguir trabajando juntos en terapia para abordar esos miedos. ¿Qué te parece?

Retomando el diálogo, pueden apreciarse errores que incluyen minimizar el miedo del paciente, sugerir soluciones simplistas, falta de validación de los sentimientos del paciente y presionar para tomar medicamentos sin explorar completamente otras opciones de tratamiento. En lugar de eso, el profesional debería haber mostrado una comprensión más profunda del miedo del paciente y haber trabajado con él para explorar una variedad de opciones de tratamiento que se adapten a sus necesidades y preferencias. Pero, veámoslo más detenidamente.

T: Entiendo que volar te genere mucha ansiedad. Es normal tener miedo a lo desconocido, pero recuerda que volar es una de las formas más seguras de viajar.

El terapeuta minimiza el miedo del paciente al volar al afirmar que es una forma segura de viajar. Esto puede hacer que el paciente sienta que su miedo no es válido o que no está siendo tomado en serio.

P: Sí, lo sé, pero no puedo evitar sentir pánico cada vez que pienso en subir a un avión.

T: Claro, entiendo. ¿Has intentado relajarte durante el vuelo? A veces, técnicas de respiración pueden ayudar mucho.

Se presentan técnicas de relajación como una solución rápida y simple para el miedo del paciente, sin abordar adecuadamente la complejidad del problema.

P: Sí, lo he intentado, pero no puedo evitar pensar en todas las cosas que podrían salir mal.

T: Entiendo, pero debes recordar que los pilotos están altamente capacitados y que los aviones están diseñados para ser seguros. Además, ¿has pensado en tomar algún medicamento para la ansiedad antes del vuelo?

Nuevamente, el profesional minimiza el miedo del paciente al sugerir que simplemente debe recordar que los pilotos están altamente capacitados y que los aviones son seguros. Además, sugiere medicamentos para la ansiedad sin explorar completamente otras opciones de tratamiento y sin tener en cuenta las preocupaciones del consultante sobre los efectos secundarios de la medicación.

P: No sé, la idea de tomar medicamentos me da un poco de miedo también.

T: Bueno, quizás podríamos considerarlo como una opción temporal hasta que te sientas más cómodo con la idea de volar. Y por supuesto, seguir trabajando juntos en terapia para abordar esos miedos. ¿Qué te parece?

Aunque reconoce la preocupación del paciente por tomar medicamentos, sigue sugiriéndolos como una opción sin explorar otras alternativas de tratamiento. Asimismo, propone continuar la terapia, lo cual es positivo, pero no ofrece ninguna estrategia específica para abordar el miedo a volar en la terapia.

Pasos fundamentales en la educación del consultante

Aunque ya se han mencionado algunas pautas en el apartado de las fases de intervención, a continuación, se muestran otras resumidas para psicoeducar a un paciente en la terapia de exposición, junto con ejemplos prácticos:

- Explicación de la terapia: Es fundamental explicar de manera accesible en qué consiste la intervención y su enfoque principal. Por ejemplo: "La terapia de exposición se centra en enfrentar gradualmente tus miedos para reducir la ansiedad asociada con ellos".
- Conexión entre las situaciones temidas y la ansiedad: Ayudar al paciente a comprender cómo las situaciones temidas desencadenan su ansiedad. Ejemplo: "Cuando te expones gradualmente a lo que temes, tu ansiedad disminuye con el tiempo".

- Identificación de los miedos específicos: Trabajar conjuntamente para identificar las situaciones o estímulos que provocan ansiedad. Ejemplo: "¿Cuáles son las situaciones que te generan más ansiedad al volar?"
- Establecimiento de metas de exposición: Ayudar al consultante a establecer metas relacionadas con la exposición gradual a sus miedos. Ejemplo: "¿Qué nivel de exposición te sentirías cómodo intentando la próxima vez que te enfrentes a una situación relacionada con volar?"
- Planificación de exposiciones graduales: Colaborar en la creación de un plan de exposición gradual basado en las metas establecidas. Ejemplo: "Podemos empezar por ver fotos de aviones, luego pasar a visitar el aeropuerto, y finalmente intentar subir a un avión durante un corto período de tiempo".
- Seguimiento y registro de la exposición: Animar al paciente a llevar un registro para evaluar su nivel de ansiedad durante las exposiciones. Ejemplo: "Después de cada exposición, registra tu nivel de ansiedad del 1 al 10. Esto nos ayudará a seguir tu progreso".
- Revisión y ajuste del plan de exposición: Revisar regularmente el progreso y ajustar el plan de exposición según sea necesario. Ejemplo: "Si una exposición resulta demasiado desafiante, podemos retroceder un paso y avanzar más lentamente".
- Educación sobre la ansiedad y la exposición: Proporcionar información sobre cómo la exposición gradual puede reducir la ansiedad a largo plazo. Ejemplo: "La exposición gradual te ayuda a aprender que las situaciones temidas no son tan amenazantes como parecen".
- Fomento de la autocomprensión: Desarrollar una mayor conciencia de cómo los patrones de evitación mantienen la ansiedad. Ejemplo: "¿Has notado cómo evitar situaciones relacionadas con volar aumenta tu ansiedad a largo plazo?"
- Apoyo y motivación: Brindar apoyo constante y celebrar los logros, incluso pequeños, en el camino hacia la reducción de la ansiedad relacionada con volar.



Posibles intervenciones en la educación del consultante

Para lo anterior, aquí tienes algunas de las intervenciones que podrían ser útiles. Recordando que estos son ejemplos generales y es importante adaptarlas a la situación y las necesidades específicas del paciente en el contexto de la terapia de exposición:

Exploración de pensamientos y emociones:

"¿Puedes identificar qué pensamientos te llevan a sentir ansiedad cuando te expones a situaciones relacionadas con volar?"

"Observemos juntos cómo tus pensamientos influyen en tus emociones durante las exposiciones graduales."

Fomento de la conciencia del momento presente:

"Vamos a practicar la atención plena para que puedas estar más presente durante tus exposiciones."

"¿Cómo te sientes física y emocionalmente cuando te enfrentas a tu miedo a volar?"

Identificación de patrones de comportamiento:

"Hagamos un registro de tus comportamientos habituales en respuesta a la ansiedad durante las exposiciones."

"¿Has notado algún patrón en la forma en que reaccionas cuando te expones gradualmente a situaciones relacionadas con volar?"

Establecimiento de metas alcanzables de exposición:

"Vamos a trabajar juntos para establecer metas realistas de exposición que te ayuden a enfrentar tu miedo a volar de manera gradual."

"¿Qué nivel de exposición te sentirías cómodo intentando la próxima vez que te enfrentes a una situación relacionada con volar?"

Reestructuración cognitiva durante la exposición:

"Intentemos desafiar esos pensamientos automáticos que generan ansiedad cuando te expones a situaciones relacionadas con volar. ¿Qué evidencia hay que respalde o contradiga esos pensamientos?"

"¿Cómo podríamos reinterpretar esa situación para reducir su impacto negativo en tu bienestar emocional durante las exposiciones?"

Fomento de la autoaceptación durante la exposición:

"Recuerda que está bien sentir ansiedad durante las exposiciones; es parte del proceso de aprendizaje y desensibilización."

"La autoaceptación es importante durante las exposiciones. ¿Cómo puedes ser más amable contigo mismo mientras te enfrentas a tu miedo a volar?"

Exploración de actividades placenteras relacionadas con la exposición:

"Hablemos sobre las actividades que te brindan placer después de una exposición exitosa. ¿Cómo podemos reforzar positivamente tus logros durante el proceso?"

"¿Qué actividades placenteras podrías realizar después de una exposición para reforzar tu sentido de logro y autoeficacia?"

Refuerzo positivo durante la exposición:

"Celebremos tus logros durante las exposiciones, incluso los pequeños avances que hayas logrado. Cada paso cuenta en tu camino hacia la superación del miedo a volar."

"Recuerda reconocer y elogiar tus esfuerzos durante las exposiciones, incluso si experimentas ansiedad. Tu valentía y compromiso son fundamentales para tu progreso."

Qué evitar en la terapia para fobias específicas

- **La invalidación emocional:** Es crucial evitar minimizar o invalidar las emociones del paciente durante la terapia para fobias. Por ejemplo, decir frases como "Deberías sentirte mejor si enfrentas tus miedos" puede invalidar la experiencia emocional de este y disminuir su motivación para participar en el tratamiento.
- **Falta de flexibilidad en la planificación de exposiciones:** Es un error adoptar un enfoque rígido y no flexible en la planificación de las exposiciones en la terapia para fobias. Insistir en que el cliente se enfrente a situaciones temidas específicas sin tener en cuenta sus preferencias individuales o las circunstancias cambiantes puede reducir la efectividad de la intervención.
- **No tener claridad en los objetivos terapéuticos de la exposición:** Es esencial proporcionar una orientación clara sobre los objetivos terapéuticos y el proceso de la terapia para fobias. No establecer expectativas realistas o no comunicar claramente cómo se relacionan las exposiciones con los objetivos terapéuticos puede llevar a la confusión y la falta de compromiso.
- **No hacer un seguimiento y revisión del progreso durante las exposiciones:** Nuevamente, es un error no realizar un seguimiento regular del progreso del paciente y no revisar y ajustar el plan de exposición según sea necesario. Dado que la falta de seguimiento puede conducir a una falta de responsabilidad y motivación por parte del consultante, así como a la persistencia de los miedos.

- Falta de énfasis en el análisis funcional de los miedos: Es crucial realizar un análisis funcional completo para identificar los factores que contribuyen a la fobia específica. Y es que, no hacer hincapié en la importancia del análisis funcional puede llevar a exposiciones ineficaces y a una comprensión limitada de las necesidades del consultante.
- Finalmente, no tener en consideración las circunstancias individuales del paciente al diseñar las exposiciones: Es un error no tener en cuenta las circunstancias individuales y únicas del paciente al diseñar el plan de exposición. Pues no considerar factores como los valores, preferencias, habilidades y limitaciones del cliente puede llevar a exposiciones inapropiadas y a una falta de compromiso por su parte.

Consideración del factor vergüenza

Es importante tener en cuenta que la vergüenza juega un papel significativo en las personas con fobias específicas, que se caracteriza por la autoconciencia, la autocrítica, la inhibición de comportamientos, los sentimientos de inferioridad, la evitación de situaciones sociales y el impacto en la calidad de vida. En dicho contexto la vergüenza puede surgir de sentimientos de culpa, vergüenza o inferioridad relacionados con la condición fóbica. Y, asimismo, la vergüenza puede actuar como un amplificador de la ansiedad, aumentando la intensidad de la reacción fóbica y contribuyendo a un círculo vicioso de ansiedad y evitación del tratamiento.

Además, la vergüenza en personas con fobias específicas puede manifestarse en situaciones sociales, como la vergüenza de admitir la evitación del tratamiento durante largos períodos de tiempo. Por ende, esta vergüenza y autoconciencia pueden afectar la calidad de vida de las personas con fobias específicas y dificultar la búsqueda de tratamiento necesario (Moore et al., 2004). Veamos un caso de odontofobia, un tipo de trastorno de fobia específico que se manifiesta como un miedo tan severo que el afectado evita al dentista por completo:

Un trabajador de fábrica de 33 años había experimentado tratamientos de conducto radicular dolorosamente traumáticos en sus dos dientes caninos superiores cuando era un niño de 12 años. Su última visita dental de emergencia fue hace 7 años. Admitió estar avergonzado y desesperado por la apariencia de sus dientes. Esto había afectado a su personalidad y finalmente contribuyó a un divorcio con su esposa.

P: ... No sé si te has dado cuenta, pero no sonrío para que no puedas ver mis dientes. Mi esposa tiene unos dientes bonitos, está muy feliz y sonríe mucho. Ella echa de menos recibir una sonrisa de mí de vez en cuando. Cuando nos conocimos hace unos 14 años, sonreí mucho. Me gustaba contar chistes, divertirme con la gente y reírme. Pero ha ido cada vez a menos, ahora voy más solo, conmigo mismo.

T: ¿Por qué crees que no sonríes?

P: Es porque mis dientes son feos y porque me faltan algunos.

T: ¿Estás diciendo que te avergüenzan tus dientes?

P: Sí, mucho.

T: ¿Crees que has sufrido un cambio en tu personalidad debido a tu vergüenza?

P: Sí, ha estado llegando desde hace unos 6 a 8 años... En realidad, soy positivo y feliz, pero no sonrío mostrando mis dientes... Si alguien cuenta un chiste del que me reíría, realmente tengo que luchar para hacerlo [risas]. Así que, hay muchas veces en las que realmente no escucho con atención cuando alguien cuenta una broma, ya que no puedo permitirme salir a reírme. Simplemente no puedo permitírmelo. ... Es triste cuando tienes que avergonzarte por tu sonrisa y admitir que tienes miedo de ir al dentista. Por eso hablé con mi médico sobre el envío de una derivación a su clínica.



MÓDULO VII

Indicaciones para considerar durante
y después de la intervención

El compromiso del paciente en la terapia para fobias es un pilar fundamental para garantizar el éxito de este enfoque terapéutico. En este tipo de terapia, la participación y la disposición del consultante para comprometerse con el proceso de tratamiento son aspectos esenciales que influyen directamente en los resultados.

Con esto, dicho factor actúa como un motor que impulsa el cambio y está estrechamente relacionado con el aumento de la motivación. A medida que los pacientes se involucran activamente en la identificación de situaciones temidas y en la realización de exposiciones graduales, tienden a encontrar un mayor sentido de control sobre su ansiedad y un aumento en su confianza para enfrentar sus miedos. Esto, a menudo, se traduce en una mayor motivación para trabajar hacia metas y objetivos personales, lo que es esencial para superar los síntomas de la fobia y avanzar hacia la recuperación. Así pues, para conseguir que la persona construya un compromiso con la terapia, hay que tener en cuenta la importancia de:

- Establecer una alianza terapéutica: Desde el principio, es crucial construir una relación terapéutica sólida y basada en la confianza. Escuchar activamente, demostrar empatía y comprensión hacia sus preocupaciones, y mostrar respeto por su autonomía son pasos fundamentales. Los pacientes deben sentir que están en un entorno seguro y de apoyo.
- Clarificar objetivos: Trabajar con el consultante para identificar y establecer metas terapéuticas claras y realistas. Para ello, es importante asegurarse que este comprenda qué esperar de la terapia y cómo podría beneficiar su vida.
- Educación sobre la terapia: Proporcionar información sobre el enfoque terapéutico que se utilizará y cómo puede ayudarlo. Aclarar cualquier malentendido sobre la terapia puede aliviar la ansiedad y aumentar la disposición a participar.
- Colaboración en la planificación: Invita al cliente a ser parte activa en la planificación del tratamiento. Esto puede incluir discutir qué técnicas terapéuticas se utilizarán y cómo se adaptarán a sus necesidades específicas.
- Tener expectativas realistas: Ayuda a comprender que la terapia es un proceso gradual y que los cambios significativos pueden llevar tiempo. En esto, resulta clave que se tengan expectativas realistas sobre lo que se puede lograr.
- Explorar motivaciones personales: Aporta información sobre las razones personales por las cuales el paciente busca terapia. Y es que, comprender sus motivaciones internas fortalece su compromiso.

- Resaltar el autocuidado: Es primordial enfatizar la importancia del autocuidado y la responsabilidad personal en el proceso de recuperación. Pues este aspecto ayuda a ver la terapia como una inversión en su propio bienestar.
- Fomentar la autonomía: Brinda autonomía para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, incluyendo opciones en cuanto a la frecuencia de las sesiones o la participación en actividades terapéuticas fuera de las sesiones.
- Reconocer los logros: Celebrar los éxitos y avances, incluso si son pequeños. Y es que, el refuerzo positivo siempre será un elemento motivador para que el paciente mantenga su compromiso.
- Flexibilidad y adaptación: En definitiva, estar preparado para adaptar el enfoque terapéutico según las necesidades cambiantes del consultante. De hecho, la flexibilidad demuestra cuán dispuesto está el profesional a personalizar la terapia para su beneficio.
- Abordar la resistencia: Si el paciente muestra resistencia a la terapia, se deberán explorar las razones detrás de dicha resistencia de manera compasiva.

Trabajo en la alianza terapéutica

La alianza está formada por tres componentes, el vínculo emocional que une a la diada clínico-consultante, el acuerdo entre ambos con respecto a las metas a alcanzar y el acuerdo en las tareas que se llevarán a cabo para lograr los objetivos consensuados. Para ello, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones [Gimeno, 2022]:

- Formar y mantener la alianza a través de todo el tratamiento de activación conductual. La relación terapéutica no es algo fijo e inmutable que se pueda construir siguiendo una serie de pasos secuenciales.
- Desarrollar pronto acuerdos sobre metas y tareas. Cuanto antes se produzcan estos, mayor será la probabilidad de comenzar un trabajo productivo. El acuerdo en las metas y tareas no significa aceptar cualquier cosa: una alianza sólida es el resultado de la negociación, y habrá que encontrar un equilibrio entre las preferencias de la persona y el conocimiento sobre lo que es eficaz.
- Actuar de forma adaptada las capacidades del consultante y su estado motivacional durante las primeras sesiones.
- Mostrar una actitud colaboradora tanto de forma verbal (adaptando el lenguaje a la persona) como no verbal.

- Abordar de forma directa e inmediata cualquier ruptura en la alianza.
- Interpretar de forma cuidadosa una posible discrepancia ante la evaluación de la alianza por parte de diferentes fuentes de información. La discrepancia entre la evaluación del cliente y la del clínico puede actuar como señal de la necesidad de hablar de ello.
- Evaluar de forma regular la solidez de la alianza desde la perspectiva del consultante. La percepción de este último está más relacionada con los resultados que la que hace el profesional.
- Crear una formulación de caso individualizada que se adapte a los problemas y preferencias de cada persona. La alianza se crea a la medida de cada caso.

Aparición de resistencias

En los casos expuestos a lo largo del manual, observamos que los pacientes suelen tener mucha proactividad. Desgraciadamente, no siempre es así. Cuando un paciente muestra resistencia o falta de proactividad durante el tratamiento, es importante que el psicólogo aborde esta situación de manera comprensiva y estratégica. Aquí hay algunas indicaciones sobre cómo manejar esto:

- **Explorar las preocupaciones del paciente:** El psicólogo debe tomarse el tiempo para explorar las preocupaciones y dudas del consultante sobre el tratamiento. Pues esto puede ayudar a identificar las barreras específicas que están contribuyendo a la resistencia y abordarlas de manera adecuada.
- **Fomentar la confianza y la relación terapéutica:** Es fundamental establecer una relación de confianza y seguridad con el paciente. Es decir, involucrar la demostración de empatía, el respeto por las opiniones del paciente y la validación de sus emociones.
- **Educación sobre el tratamiento:** El psicólogo ha de proporcionar una educación clara y comprensible sobre el tratamiento y sus beneficios. Aspecto que puede ayudar a disipar los malentendidos y las preocupaciones del paciente, y aumentar su motivación para participar en el proceso terapéutico.
- **Establecer metas realistas y alcanzables:** Con lo anterior, también es importante que el profesional trabaje en colaboración con el paciente para establecer metas realistas y alcanzables para el tratamiento. De esta forma, se le ayuda a aumentar la motivación, al proporcionarle un sentido de dirección y logro.

- **Explorar la ambivalencia:** Hay que estar atento a cualquier ambivalencia que el paciente pueda experimentar hacia el tratamiento. El objetivo es que explore esta ambivalencia de manera abierta y sin juicios para ayudar al cliente a clarificar sus sentimientos y tomar decisiones más informadas sobre su participación en el tratamiento.
- **Utilizar técnicas de motivación:** También se pueden emplear técnicas de entrevista motivacional para ayudar al paciente a explorar y resolver su ambivalencia hacia el tratamiento. Esto puede implicar resaltar los valores y metas personales del paciente, explorar las razones para el cambio y fomentar su autoeficacia.
- **Adaptar el enfoque terapéutico:** Si es necesario, se puede adaptar el enfoque terapéutico para abordar las necesidades específicas del paciente y superar la resistencia. Lo que conlleva la exploración de enfoques alternativos o la modificación de las técnicas terapéuticas utilizadas.
- **Proporcionar apoyo y seguimiento continuos:** Finalmente, se tiene que ofrecer un apoyo continuo al paciente a lo largo del tratamiento, mostrando compasión y aliento incluso cuando el paciente experimenta dificultades o retrocesos. El seguimiento regular del progreso del paciente también es fundamental para ajustar el enfoque terapéutico según sea necesario.

Veamos un ejemplo de caso y sus pros y contras:

Terapeuta: Hola ¿Cómo te sientes hoy?

Paciente: Hola, supongo que bien.

T: Noté que has estado luchando con tus fobias últimamente. ¿Te gustaría hablar sobre eso hoy?

P: No sé qué decir. Ya he intentado todo tipo de terapias y ninguna ha funcionado. Simplemente no puedo superar mis miedos.

T: Entiendo que te sientas frustrado. Pero, ¿estás dispuesto a intentarlo de nuevo? A veces, encontrar el enfoque correcto puede llevar tiempo.

P: No lo sé. Siento como si estuviera atrapado en este ciclo interminable de ansiedad. ¿Para qué molestarse en intentarlo una vez más?

T: Comprendo que te sientas desanimado, pero estoy aquí para ayudarte a encontrar formas de manejar tus miedos. ¿Hay algo en particular que te preocupe sobre la terapia?

P: Simplemente no veo cómo hablar de mis miedos una y otra vez va a hacer alguna diferencia. Solo me hace revivirlos una y otra vez.

T: Entiendo tu preocupación, pero el objetivo no es revivir tus miedos, sino aprender a enfrentarlos de una manera más saludable. ¿Qué tal si exploramos algunas técnicas nuevas que podrían ayudarte a manejar tus fobias de una manera diferente?

P: No sé... Supongo que podría intentarlo, pero no prometo que funcione.

T: Eso está bien. El progreso lleva tiempo y esfuerzo. Estoy aquí para apoyarte en el camino hacia una vida más plena y libre de miedo. ¿Qué te parece si comenzamos explorando algunas estrategias de afrontamiento juntos?

P: Supongo que no tengo nada que perder.

Bien, una vez expuesto el caso, indagemos en lo que el profesional hace bien:

- **Empatía y validación:** Se observa que el terapeuta muestra empatía al reconocer y validar las emociones del paciente. Una validación que ayuda a establecer una conexión de confianza y muestra al paciente que sus sentimientos son entendidos y respetados.
- **Exploración activa:** También podemos apreciar una actitud abierta y receptiva al escuchar activamente las preocupaciones del consultante y explorar las razones detrás de su resistencia. Esta exploración ayuda a comprender mejor las necesidades individuales y a identificar posibles obstáculos para el progreso.
- **Educación sobre el proceso terapéutico:** Podemos añadir que se proporciona información clara sobre cómo funciona la terapia y cómo pueden ayudar ciertas técnicas a reducir la ansiedad y superar las fobias. Esta educación ayuda a aumentar la comprensión del paciente sobre el tratamiento y puede fomentar su motivación para participar en él.

Lo que podría mejorar:

- **Explorar más a fondo las preocupaciones del consultante:** Aunque el terapeuta muestra disposición para escuchar las preocupaciones del paciente, podría profundizar más en las razones específicas detrás de su resistencia. El fin es que consiga ayudar, así, a identificar factores subyacentes que podrían estar contribuyendo a la dificultad del paciente para comprometerse con la terapia.
- **Ofrecer más información sobre las técnicas terapéuticas:** Para terminar, si bien el profesional menciona brevemente algunas técnicas terapéuticas, podría ofrecer más detalles sobre cómo estas técnicas pueden ser beneficiosas y cómo se pueden adaptar a sus necesidades individuales. Proporcionar ejemplos concretos de cómo se utilizan estas técnicas en la práctica podría ayudar al cliente a comprender mejor su utilidad y a sentirse más motivado para participar en ellas.

Solución a posibles obstáculos

Antes de exponer una lista de aquellos problemas más generales y las recomendaciones que podrían llevarse a cabo cuando estos surgen, se destaca un punto del que se habló al inicio de este manual, el abandono de la terapia. Este abandono prematuro, entre muchos otros motivos puede ver con la motivación del paciente. Y esto es importante porque cuando este confía o está motivado, es más probable que participe activamente en las sesiones de terapia y en las tareas asignadas fuera de las sesiones, lo que aumenta la efectividad del tratamiento. Además, estos aspectos ayudan a que persista en el tratamiento incluso cuando enfrenta desafíos o experimenta retrocesos en su progreso.

Lo dicho puede evaluarse por un instrumento valioso para evaluar las preocupaciones y ambivalencias que pueden surgir durante el tratamiento, y que podrían influir en la decisión de abandonarlo, el Cuestionario de Ambivalencia sobre el Tratamiento de Rowa et al. (Treatment Ambivalence Questionnaire, 2014). Este cuestionario proporciona una medida estructurada y sistemática de las dudas y preocupaciones que los pacientes pueden experimentar en relación con su tratamiento, permitiendo a los terapeutas identificar y abordar estas cuestiones de manera eficaz para promover la continuidad y el éxito del tratamiento. Así, en tal cuestionario se incluyen preguntas del estilo:

¿Tiene preocupaciones sobre el tratamiento que está recibiendo actualmente?
¿Ha experimentado dudas sobre si este tratamiento es adecuado para usted?
¿Se siente indeciso o ambivalente respecto a continuar con el tratamiento?
¿Hay aspectos del tratamiento que le generan preocupación o ansiedad?
¿Ha considerado abandonar el tratamiento en algún momento?
¿Qué tan seguro se siente sobre los beneficios del tratamiento que está recibiendo?

Otra intervención más simple que puede ser efectiva, y que solo requiere unos 10 minutos, consiste en pedir al paciente que imagine los eventos relacionados con las primeras cuatro sesiones de tratamiento y luego que escriba las razones por las que desea continuar con la terapia. Por supuesto, es importante reforzar las conductas de exposición, por ejemplo, mediante actividades agradables. En el caso de los niños, se puede utilizar un enfoque lúdico durante la exposición, e incluso implementar un sistema de recompensas, como una economía de fichas.

Bien, tras este inciso, sigamos. Cuando surgen obstáculos entre un terapeuta y su paciente, es esencial abordarlos de manera efectiva para garantizar que el tratamiento siga siendo beneficioso y productivo. A continuación, algunas acciones a considerar según el caso (Gimeno, 2022):

- Si el consultante indica algún problema en la relación terapéutica:
 - Hablar sobre la alianza directamente con él explicando su importancia y significado en psicoterapia.

- Dar y pedir *feedback* sobre la relación que mantienen. ¿Qué está sucediendo entre clínico y consultante?
- Invertir más tiempo en explorar su experiencia [cómo se siente con respecto a la terapia o qué dificultades se encuentra, por ejemplo].
- Discutir experiencias compartidas.
- Revisar si hay acuerdo en las metas y tareas terapéuticas.
- Aclarar posibles malentendidos.
- Dar más *feedback* positivo.
- Usar más comunicaciones empáticas.
- Discutir si el estilo del clínico encaja con sus necesidades.
- Trabajar con la transferencia.
- Si falta suficiente motivación para el cambio (he estado pre contemplativo o contemplativo):
 - Discutir con el consultante directamente su motivación para el cambio.
 - Dar y recibir *feedback* sobre su motivación.
 - Ajustar los objetivos y las tareas para que sean desafiantes, pero no demasiado difíciles de conseguir.
 - Conversar acerca de las consecuencias de cambiar o no cambiar.
 - Conversar acerca del proceso de cambio y de las habilidades específicas que pueden ser de ayuda.
- Si el consultante tiene escaso apoyo social:
 - Derivar a terapia grupal.
 - Derivar a tratamiento con *biofeedback*.
 - Derivar a entrenamiento en asertividad.
 - Ensayar situaciones sociales en sesión.
 - Asignar tareas relacionadas con este aspecto.
 - Valorar las creencias sobre sí mismo.

- Incluir en las sesiones a otras personas significativas.
 - Animar a realizar actividades con otras personas.
 - Trabajar aspectos relacionados con la confianza hacia los demás.
 - Animar a implicarse en organizaciones en las que es frecuente la interacción social.
- Si se revisa la formulación del caso y existen otras opciones de intervención:
 - Consultar fuentes relevantes y cambiar el enfoque.
 - Si la medicación puede ser una opción eficaz:
 - Derivar a consulta con un psiquiatra.

Tras la intervención, el seguimiento

Es conveniente, una vez terminado el entrenamiento formal, poner en marcha durante unos pocos meses un **programa de mantenimiento supervisado (por correo electrónico y/o teléfono)** que aliente la exposición continuada a las situaciones temidas para conseguir reducir aún más la ansiedad y/o perfeccionar las habilidades correspondientes:

- A. Breve revisión** con el paciente de los problemas iniciales de este y de la justificación, componentes y resultados del tratamiento aplicado. Puede pedirse al cliente en la sesión anterior que escriba cuáles son los factores que mantienen la ansiedad, qué ha aprendido para manejarlos y qué puede seguir haciendo en el futuro al respecto.
- B.** Explicación y justificación del **programa de mantenimiento**. Se enfatiza la necesidad de seguir practicando en la mayor variedad de situaciones posibles para mantener o mejorar los cambios conseguidos.
- C.** Explicación de que es posible volver a experimentar ansiedad y distinción entre **contra- tiempo** (paso temporal hacia atrás), **recaída parcial** (vuelta parcial y permanente hacia atrás) y **recaída total** (vuelta total y permanente hacia atrás). Un contratiempo es un fallo temporal en manejar una situación en la cual uno había experimentado ansiedad, pero que había logrado manejar tras el tratamiento durante bastante tiempo; un ejemplo, sería abandonar una situación tras experimentar una fuerte ansiedad. Un contratiempo puede transformarse o no en una recaída según como se maneje.

- D.** Revisión con los clientes de las **situaciones de alto riesgo** para los contratiempos (y de los signos de estos): periodos de estrés (laboral, familiar, conyugal), acontecimientos vitales negativos (p.ej., muerte de un ser querido, enfermedad grave, cese de una relación), encuentro con una situación temida mucho más difícil que las practicadas durante el tratamiento, nuevas experiencias negativas con el estímulo temido, dejar de exponerse a las situaciones temidas o hacerlo con poca frecuencia, volver a sentir dudas a la hora de entrar en las situaciones temidas, sentirse aliviado cuando se cancelan o posponen ciertas situaciones. Estar avisado de estas situaciones facilita afrontarlas caso de que surjan.
- E.** Elaboración de una **lista individualizada de estrategias útiles para afrontar las situaciones de alto riesgo y los posibles reveses** o contratiempos: recordar que un contratiempo no es una recaída, no dejar que el contratiempo se generalice a otras situaciones, repasar las habilidades aprendidas (reestructuración, respiración), volver a la situación problemática lo más pronto posible (o comenzar por una un poco más fácil si es preciso) y aplicar las estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad, seguir practicando la situación hasta lograr manejarla con poca ansiedad y sin conductas defensivas, continuar con la exposición continuada a otras situaciones temidas, buscar apoyo de otros en caso necesario, solicitar nuevo contacto con el terapeuta si lo anterior falla. En el caso de los periodos de estrés y de los acontecimientos vitales negativos, habrá que identificar formas de manejarlos. Por otra parte, si se sigue una perspectiva cognitivo-conductual, puede hacerse un ensayo de contratiempo en el que el terapeuta expresa los pensamientos negativos más importantes del cliente y este responde de forma más adecuada.
- F. Acuerdo contractual**, verbal o escrito, entre cliente y terapeuta que especifique las obligaciones de cada uno.
- G. Compromiso del cliente con una persona allegada** respecto a la exposición continuada a las situaciones temidas.
- H. Autorregistro** del cumplimiento de actividades de exposición. Este autorregistro es enviado al final de cada mes al terapeuta, el cual telefonea o escribe al cliente para discutir brevemente la práctica del mes precedente. Las actividades de exposición se extienden a lo largo de **6 meses**.

Casos clínicos y diálogos en consulta

A continuación, podrás observar cómo se incorporan algunos de los aspectos aprendidos en el curso en varios casos reales. Puedes repasar las ideas principales de cada apartado del temario para asegurar que recuerdas qué se está tratando en cada uno de ellos. Todos los nombres y datos personales presentados son ficticios. También te recomendamos que apuntes todo lo que se explicará a continuación de haberlos leído que pueda serte interesante ¡Esperamos que te sea útil!

Caso María

Nombre del paciente: María García

Edad: 32 años

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Antecedentes médicos: María no tiene antecedentes médicos significativos.

Motivo de consulta: La paciente acude a consulta por presentar un miedo intenso e irracional a los insectos, específicamente a las arañas. Este miedo interfiere significativamente en su vida diaria, causándole ansiedad intensa al ver una araña o al pensar en la posibilidad de encontrarse con una. María relata que ha experimentado este miedo desde que era niña, pero que en los últimos años ha empeorado y se ha vuelto más incapacitante.

Historia clínica: María describe que su fobia a las arañas comenzó cuando tenía alrededor de 8 años, después de ser mordida por una araña venenosa. Desde entonces, experimenta una intensa ansiedad, palpitaciones, sudoración profusa, temblores y dificultad para respirar cuando ve una araña o incluso cuando piensa en la posibilidad de encontrarse con una. Esta fobia le ha llevado a evitar ciertos lugares, como el sótano de su casa o zonas de campo, donde es más probable encontrar arañas.

Examen físico: El examen físico de María no revela hallazgos relevantes.

Evaluación psicológica: María presenta síntomas consistentes con un trastorno de ansiedad específica, con un foco en las arañas (aracnofobia). Los síntomas de ansiedad son desproporcionados en relación con el estímulo fóbico y provocan un malestar significativo en su vida cotidiana.

Diagnóstico: Trastorno de ansiedad específica (Fobia específica). Código DSM-5: 300.29 (F40.218).

Plan de tratamiento:

Terapia cognitivo-conductual (TCC):

Exposición gradual: Se llevará a cabo una terapia de exposición gradual, donde María será expuesta de manera controlada y progresiva a imágenes de arañas, seguido de encuentros directos con arañas vivas. El objetivo es ayudar a María a reestructurar sus pensamientos y a reducir su ansiedad frente a los estímulos fóbicos.

Técnicas de reestructuración cognitiva: Se trabajará en identificar y desafiar los pensamientos irracionales relacionados con las arañas, con el fin de modificar las creencias negativas y reducir la ansiedad.

Técnicas de relajación: Se enseñarán técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva para ayudar a reducir los síntomas de ansiedad.

Farmacoterapia: En casos graves, se considerará el uso de medicación ansiolítica o antidepresiva, aunque el enfoque principal será la terapia cognitivo-conductual.

Autocontrol y prevención de recaídas: Se trabajará en el desarrollo de habilidades de autocontrol y estrategias para prevenir recaídas, incluyendo técnicas de afrontamiento y manejo del estrés.

Seguimiento y ajustes: Se realizarán sesiones de terapia semanales para evaluar el progreso de María y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

Objetivos del tratamiento:

- Reducir la ansiedad y el malestar asociado a la fobia a las arañas.
- Permitir a María enfrentarse de manera gradual y controlada a su miedo a las arañas.
- Mejorar su calidad de vida y funcionalidad en el día a día, permitiéndole retomar actividades evitadas debido a su fobia.

Pronóstico: Con un tratamiento adecuado y una terapia consistente, se espera que María pueda superar su fobia a las arañas y recuperar un nivel funcional adecuado en su vida diaria. El pronóstico es favorable, especialmente con la combinación de terapia cognitivo-conductual y técnicas de exposición gradual.

Caso Javier

Nombre del paciente: Javier

Edad: 45 años

Género: Masculino

Estado civil: Casado

Antecedentes médicos: Javier no tiene antecedentes médicos significativos.

Motivo de consulta: Javier es remitido por su médico de cabecera por presentar un miedo intenso e irracional a los espacios cerrados, específicamente a los ascensores. Refiere que este miedo afecta significativamente su vida diaria, evitando utilizar ascensores en cualquier situación, incluso en edificios de varios pisos.

Historia clínica: En este caso, el consultante relata que tiene fobia a los ascensores desde hace unos 15 años, tras quedar atrapado en uno durante más de una hora debido a un fallo mecánico. Tras ello, manifiesta todos los síntomas propios del cuadro cada vez que se encuentra en un ascensor.

Examen físico: El examen físico de Javier no revela hallazgos relevantes.

Evaluación psicológica: Javier presenta síntomas consistentes con un trastorno de ansiedad específica, con un foco en los espacios cerrados (claustrofobia). Los síntomas de ansiedad son desproporcionados en relación con el estímulo fóbico y provocan un malestar significativo en su vida cotidiana. Además, presenta distorsiones cognitivas relacionadas con la percepción de peligro y la interpretación catastrófica de los síntomas de ansiedad.

Diagnóstico: Trastorno de ansiedad específica (Claustrofobia). Código DSM-5: 300.29 (F40.240).

Plan de tratamiento:

Terapia cognitivo-conductual (TCC):

Exposición cognitiva: Con lo explicado en el caso anterior, esta vez se presentan algunos ejemplos de las distorsiones cognitivas del paciente:

Catastrofización: Javier tiende a imaginar los peores escenarios posibles cuando se encuentra en un ascensor, como quedarse atrapado o perder el control.

Pensamiento dicotómico: Ve las situaciones como "todo o nada", considerando que si entra en un ascensor, algo terrible sucederá.

Sobreestimación del peligro: Sobrevalora el peligro asociado con los ascensores, creyendo que son mucho más peligrosos de lo que son en realidad.

Mindfulness: Se introducirán técnicas de *mindfulness* para ayudar a Javier a estar más presente en el momento presente y a aceptar sus pensamientos y emociones sin juzgar.

Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Se implementará la terapia de ACT para ayudar a Javier a identificar sus valores personales y comprometerse con acciones que estén alineadas con esos valores, a pesar de la ansiedad que pueda experimentar.

Terapia de exposición virtual: Además de la exposición gradual en situaciones reales, se utilizará la exposición virtual mediante el uso de programas de realidad virtual para simular situaciones de espacios cerrados de manera segura y controlada.

Entrenamiento en habilidades sociales: Se incluirá un componente de entrenamiento en habilidades sociales para ayudarle a sentirse más cómodo y seguro en situaciones sociales y laborales.

Farmacoterapia: Se considerará el uso de medicación ansiolítica o antidepresiva en casos graves, aunque el enfoque principal será la terapia cognitivo-conductual.

Autocontrol y prevención de recaídas: Se trabajará en el desarrollo de habilidades de autocontrol y estrategias para prevenir recaídas, incluyendo técnicas de afrontamiento y manejo del estrés.

Seguimiento y ajustes: De cara a revisar los objetivos terapéuticos para asegurarse de su realismo y adaptación a sus necesidades cambiantes, y explorar nuevas técnicas terapéuticas que puedan ser beneficiosas.

Objetivos del tratamiento:

- Reducción de la ansiedad en espacios cerrados.
- Mejora de la capacidad de afrontamiento.
- Aumento del apoyo emocional y la comprensión familiar.

Pronóstico: Con una terapia cognitivo-conductual centrada en la exposición gradual y técnicas de afrontamiento, junto con el apoyo emocional y la comprensión de su familia, es probable que Javier experimente una reducción significativa en su ansiedad y una mejora en su calidad de vida. La participación activa de la familia en su proceso terapéutico aumenta las probabilidades de éxito a largo plazo.

Caso Alicia

Nombre del paciente: Alicia

Edad: 30 años

Género: Mujer

Estado civil: Soltera

Antecedentes médicos: Alicia comenta que su madre siempre ha sido una persona muy ansiosa, acude a la USMC de la Línea de la Concepción, y está diagnosticada de TAG. La paciente niega antecedentes personales relacionados con la salud mental.

Motivo de consulta: Alicia solicitó cita y fue atendida en consulta de psicología por presentar miedo intenso a conducir, con claros síntomas de ansiedad. En la primera entrevista, Alicia manifestó experimentar los siguientes síntomas ante la idea de conducir: Síntomas físicos: opresión torácica, hiperventilación, tensión muscular, taquicardia, temblores y sensación de hormigueo. Síntomas cognitivos: miedo a perder el control del coche, miedo a tener un accidente y miedo a no ser capaz de reaccionar. Síntomas conductuales: evitaba coger el coche en la medida de lo posible y procuraba ir acompañada.

Tabla 3. Análisis funcional de la conducta

A [Antecedentes]	B [Conductas]	C [Consecuentes]
<p>Predisposicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Antecedentes familiares.- Rasgos autoexigencia. <p>Desencadenante:</p> <ul style="list-style-type: none">-Experiencia de pérdida de control del coche.-Ataque de pánico.	<p>Síntomas físicos: opresión torácica, hiperventilación, tensión muscular, taquicardia, temblores y sensación de hormigueo.</p> <p>Síntomas cognitivos: pensamientos automáticos negativos, miedo a perder el control del coche, miedo a tener un accidente y miedo a no ser capaz de reaccionar.</p>	<p>A corto plazo: Las conductas de escape y evitación y el consecuente alivio que siente la paciente, refuerza la situación una y otra vez perpetuándose la trampa de la ansiedad mediante el proceso de condicionamiento operante [refuerzo negativo], que es lo que mantiene la conducta-problema.</p>

A [Antecedentes]	B [Conductas]	C [Consecuentes]
	<p>Síntomas conductuales: evitaba coger el coche en la medida de lo posible y procuraba ir acompañada.</p> <p>Síntomas emocionales: malestar subjetivo, ansiedad, sensación de inseguridad.</p>	<p>A largo plazo: Escasa autoconfianza y baja autoestima, decaimiento], vida más limitada, impotencia, malestar general, pérdida de viajes importantes.</p>

Historia clínica: Alicia es una mujer de 30 años, soltera, sin hijos y con estudios superiores. Vive con sus padres, aunque está planteándose independizarse. Alicia tiene carnet de conducir y vehículo propio desde los 18 años. La paciente refería que hacía dos meses perdió por un momento el control del coche en una curva, aunque pudo enderezarlo y evitar el accidente. Recuerda haber sufrido un ataque de pánico en aquel episodio. Durante el mes siguiente a este incidente, había experimentado miedo intenso a viajar en coche tanto como conductora como de pasajera. No obstante, como debía acudir a clases de idioma en otro pueblo, cuando acudió a consulta ya había comenzado a coger el coche estando acompañada y siempre por la misma ruta. Reconoce que su miedo es desproporcionado y se siente frustrada e impotente por ello. Refiere sentirse más insegura que antes y teme que esto acabe minando su autoestima.

Examen físico: El examen físico no revela hallazgos relevantes.

Diagnóstico: Trastorno de ansiedad específica [Fobia específica: conducir]. Código DSM-5: 300.29 [F40.240].

Estrategias de evaluación: Se exploró la sintomatología de la paciente usando las siguientes técnicas:

Entrevista clínica semiestructurada: Se exploró la anamnesis de la paciente, la historia del problema, las estrategias de afrontamiento utilizadas por ella hasta el momento, la sintomatología experimentada, los pensamientos asociados de Alicia, las consecuencias que ella preveía que podían suceder, sus mayores temores, etc.

Jerarquía individualizada de situaciones temidas: Se indagó sobre la ansiedad que generaban diversas situaciones, utilizando como medida la “**Unidad Subjetiva de Ansiedad**” (USAs) [“Subjective Units of Distress”, SUDs, **Wolpe, 1969**], **en un rango de 0 a 10 (desde 1: nada de ansiedad, a 10: ansiedad muy elevada)**. Elaboramos una lista con todas las posibles situaciones que una persona puede encontrarse en la carretera. Todos los posibles tipos de vías, combinadas con diferentes condiciones meteorológicas, con diferentes tipos de vehículos, con o sin compañía, como conductora principal o como copiloto, así como las distancias en km y la conducción por rutas conocidas/ desconocidas. A cada una de estas situaciones, la paciente le asignó un número de USA, y las ordenamos de manera ascendente. De entre todos los ítems, elegimos 12. Los criterios fueron lograr una jerarquía bien graduada, contemplando el mayor número posible de escenarios.

Autorregistros: En papel, la paciente registraba la situación en la que se encontraba y los distintos niveles de respuesta (cognitivo, emocional y conductual).

Objetivos terapéuticos:

- Modificar ideas y pensamientos erróneos sobre el tráfico.
- Modificar la autopercepción de competencia por parte de Alicia.
- Descondicionar la respuesta de ansiedad ante la conducción.
- Eliminar las respuestas de escape-evitación de las situaciones temidas.

A continuación, centrémonos en lo importante de este caso que es la parte de psicoeducación. Veamos un pequeño diálogo:

Terapeuta [T]: Buenos días, Alicia. ¿Cómo te encuentras hoy?

Paciente [P]: Buenos días. Pues la verdad es que un poco nerviosa, como siempre que tengo que hablar sobre mi problema.

T: Entiendo, pero recuerda que estoy aquí para ayudarte. Hoy me gustaría hablarte un poco sobre tu trastorno de ansiedad específica, también conocido como fobia a conducir. ¿Te parece bien?

P: Sí, claro. Quiero entender qué me está pasando y cómo puedo superarlo.

T: Perfecto. Antes que nada, me gustaría explicarte un poco sobre tu diagnóstico. Tu miedo intenso a conducir, acompañado de esos síntomas de ansiedad que experimentas, tiene un nombre: trastorno de ansiedad específica, concretamente una fobia específica a conducir.

P: Sí, eso es lo que me dijo mi médico, pero aun no entiendo por qué me pasa esto.

T: Bueno, muchas veces las fobias se desarrollan a partir de experiencias negativas o traumáticas. En tu caso, recuerdas ese episodio en el que perdiste momentáneamente el control del coche, ¿verdad?

P: Sí, fue muy angustiante. Desde entonces no puedo quitarme el miedo de la cabeza.

T: Entiendo. Pero quiero que sepas que lo que te pasó es más común de lo que piensas y que podemos trabajar juntos para superarlo. ¿Te gustaría saber cómo?

P: Sí, por favor. Estoy dispuesta a hacer lo que sea para sentirme mejor.

T: Genial. Una de las cosas más importantes es entender qué está pasando en tu cuerpo y en tu mente cuando te enfrentas a la idea de conducir. ¿Te gustaría que te explique un poco más sobre los síntomas que experimentas y por qué ocurren?

P: Sí, me encantaría.

T: Muy bien, entonces empecemos por ahí.



Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. [2013]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bados, A. [2009]. *Fobias específiques*. Departament de personalitat, Avaluació y Tractament Psicològics. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. Universidad de Barcelona.
- de Vries, Y. A., Harris, M. G., Vigo, D., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., & WHO World Mental Health Survey collaborators [2021]. Perceived helpfulness of treatment for specific phobia: Findings from the World Mental Health Surveys. *Journal of affective disorders*, 288, 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.001>
- Coelho, C. M., & Purkis, H. [2009]. The origins of specific phobias: Influential theories and current perspectives. *Review of General Psychology*, 13(4), 335–348. <https://doi.org/10.1037/a0017759>
- Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., & Miloyan, B. [2018]. Specific phobias. *The lancet. Psychiatry*, 5(8), 678–686. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X)
- Moore, R., Brødsgaard, I., & Rosenberg, N. [2004]. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC psychiatry*, 4, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-10>
- Roca, E. [26 de abril de 2024]. *Tratamiento de fobias específiques*. Publicaciones y materiales para la psicoterapia. Consejo General de la Psicología de España. <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm>
- Rojas, V. C., Casanova-Menal, I., & Rodríguez, I. F.-M. [2018]. *Terapia cognitivo conductual en un caso único de fobia a la conducción*. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1).
- Samra, C. K., & Abdijadid, S. [2023]. *Specific Phobia*. StatPearls Publishing.
- Thng, C. E. W., Lim-Ashworth, N. S. J., Poh, B. Z. Q., & Lim, C. G. [2020]. Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: a rapid review. *F1000Research*, 9, F1000 Faculty Rev-195. <https://doi.org/10.12688/f1000research.20082.1>
- Wechsler, T. F., Kümpers, F., & Mühlberger, A. [2019]. Inferiority or Even Superiority of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias?-A Systematic Review and Quantitative Meta-Analysis on Randomized Controlled Trials Specifically Comparing the Efficacy of Virtual Reality Exposure to Gold Standard in vivo Exposure in Agoraphobia, Specific Phobia, and Social Phobia. *Frontiers in psychology*, 10, 1758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01758>
- Witthauer, C., Ajdacic-Gross, V., Meyer, A. H., Vollenweider, P., Waeber, G., Preisig, M., & Lieb, R. [2016]. Associations of specific phobia and its subtypes with physical diseases: an adult community study. *BMC psychiatry*, 16, 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0863-0>

