



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

“Intervención en un caso de fobia específica a los ascensores”

Alumno: Juan José de la Rosa Blanca

Tutor: Lourdes Espinosa Fernández

Fecha: Marzo

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. PREVALENCIA, CURSO Y COMORBILIDAD.....	5
1.2. ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO	6
1.3. EVALUACIÓN DE LA FOBÍA ESPECÍFICA	10
1.4. INTERVENCIÓN EN LA FOBÍA ESPECÍFICA.....	12
2. DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DEL CLIENTE.....	16
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	16
4. HIPÓTESIS SURGIDAS EN LA ENTREVISTA	18
5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN	18
5.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	18
5.2. CUESTIONARIOS Y AUTORREGISTROS	18
6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	20
6.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	20
6.2. CUESTIONARIOS Y AUTORREGISTROS	21
6.3. DIAGNÓSTICO	23
6.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	24
7. INTERVENCIÓN.....	24

7.1. OBJETIVOS Y SECUENCIACIÓN	24
7.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	25
7.2.1. Diseño.....	25
7.2.2. Descripción de las sesiones	25
7.3. RESULTADOS.....	33
7.4. SEGUIMIENTO	36
8. CONCLUSIONES.....	38
9. BIBLIOGRAFIA	39
9. ANEXOS	44

RESUMEN

Se presenta un diseño de caso único de un Trastorno de Fobia Específica situacional en ascensores. El Trastorno de Fobia Específica se basa en un miedo y/o ansiedad elevado ante un estímulo determinado. C. es una adolescente de 19 años que, tras quedarse atrapada dos veces en un ascensor, desarrolla un miedo y ansiedad ante ellos, siendo esta la causa por la que decide asistir al gabinete. Tras realizar la evaluación pertinente, se propone realizar una exposición gradual con inhibición de respuesta, basándonos en una jerarquía realizada entre ambos. Los resultados confirman que la exposición reduce la ansiedad a los ascensores a través de la evaluación post y el seguimiento.

ABSTRACT

An unique-case design of a situational Specific Phobia Disorder in elevators is presented. The Specific Phobia Disorder is based on a high fear and/or anxiety of a determined stimulus. C. is a 19-year-old teenager who, after being trapped twice in an elevator, develops an elevated fear and anxiety to it. Because of this, C. decides to attend to the psychological clinic. After carrying out the corresponding evaluation, it is proposed to make a gradual exposure with inhibition of response, based on a hierarchy between them. The results confirm that exposure reduces anxiety to elevators thanks to the post evaluation and the tracing.

1. INTRODUCCIÓN

La fobia específica (FE), basándonos en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013), es definida como miedo o ansiedad intensa persistente por un objeto o situación específica. Para poder diagnosticarse FE deben darse los siguientes criterios: miedo o ansiedad intensa hacía el objeto o situación; dicho objeto o situación provocan miedo casi inmediato; hay evitación o resistencia activa; la ansiedad o el miedo es desproporcionada al peligro real basándonos en el contexto sociocultural; se produce durante 6 meses o más; el miedo o ansiedad conllevan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas; y la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Destacar que el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) incluye distintos especificadores en cuanto a la FE: animal (insectos, perros, serpientes...); entorno natural (alturas, agua, tormentas...); sangre-inyección-daño corporal o SIH (agujas, procedimientos médicos...); situacional (avión, ascensor...); u otros (personajes disfrazados como payasos, sonidos...).

1.1. PREVALENCIA, CURSO Y COMORBILIDAD

La prevalencia del trastorno en la población general ha encontrado diferencias según donde se realice el estudio o el instrumento de diagnóstico utilizado. En EEUU se realizó un estudio (Grant et al, 2004) donde se observó una prevalencia anual de 7,1% y una prevalencia-vida de 9,4%, mientras que en Europa (Alonso et al, 2007; Graaf, Have, Gool y Dorsselaer, 2012) se observó una prevalencia anual de 5,4% y prevalencia-vida de 8,3%, más bajas que las estadounidenses. En España (Haro et al, 2006) se observa una prevalencia anual de 3,6% y una prevalencia-vida de 4,5%, más bajas que las generales en Europa. Un estudio internacional en 22 países (Wadenaar et al, 2017) mostró que la prevalencia anual se encontraba en 5.5% y la prevalencia-vida en 7.4%, más acorde con la media europea. En cuanto al género, se han observado diferencias (Angst et al., 2016; Graaf, Have, Gool y Dorsselaer, 2012) destacando que la prevalencia es más alta en mujeres que en hombres.

En cuanto a la edad de comienzo y al curso de la enfermedad, la fobia específica se observa entre los 10 y 12 años de edad (Stinson et al, 2007). Con pequeñas muestras (Antony y Barlow, 2002), encontraron que las edades de comienzo de la FE muestran diferencias según el tipo: conducir (25-32), alturas (20-34), sangre-inyecciones (8-15) y animales (10-20).

En cuanto a la comorbilidad se observa que en una muestra de sujetos con FE a lo largo de la vida un 41,2% han tenido asociado otro trastorno de ansiedad, un 34,3% un trastorno afectivo, un 17,4% un trastorno obsesivo y un 15,9% un trastorno de abuso de sustancias (Wardenaar et al, 2017). Además se ha podido comprobar que se presenta cierta facilidad para que una FE pueda ampliarse a estímulos similares, como, por ejemplo, arañas y serpientes, ya que comparten características como “animales”, “peligrosos” o “venenosos” (Bados, 2017).

1.2. ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO

La etiología de la FE se ha basado en distintas teorías a lo largo de los años, siendo un importante campo de la psicopatología general. Inicialmente se consideran tres formas de adquirir una FE: condicionamiento clásico, aprendizaje observacional y transmisión de información.

Las primeras teorías conductuales argumentaban que la fobia específica tenía su origen en el condicionamiento clásico, basándose principalmente en el éxito de las terapias basadas en la exposición (Hekmat, 1987), su simpleza a la hora de la fundamentación teórica dio paso a añadir a esta teoría el aprendizaje vicario y la transmisión de información. El condicionamiento clásico consiste en experimentar situaciones aversivas con un determinado estímulo que más tarde será el estímulo fóbico en cuestión. Sin embargo, no todos los estímulos tienen la misma probabilidad de convertirse en estímulos fóbicos, debido principalmente a la preparación biológica (Seligman, 1970; Seligman, 1971), la cual consiste en que hay estímulos que se asumen como amenazantes debido a la filogenia y la ontogenia. Por ello, una silla es mucho menos probable de ser un estímulo fóbico que una serpiente.

Al contrario de la teoría de condicionamiento clásico y preparación biológica, la explicación no asociativa (Menzies & Clarke, 1995) considera que hay estímulos que pueden generar miedo pese a no haber tenido ninguna experiencia aversiva anterior con dicho estímulo. Se considera además que, si se produce habituación, la respuesta de miedo se reducirá al encontrarnos con el estímulo, mientras que, si se produce situaciones aversivas en relación al estímulo, de nuevo, puede producirse deshabitación.

En relación al condicionamiento clásico, hay que tener en cuenta que no todos los estímulos pueden producir una FE. Dentro del desencadenante en el que un estímulo pueda producir miedo, hay que tener en cuenta otros factores: que el estímulo se presente como aversivo en más ocasiones, la intensidad del estímulo o la situación y lo aversivo que ha podido resultar, lo que ocurre después de que el estímulo aparezca. Este conjunto de factores aumenta o reduce las posibilidades de que se produzca una FE.

La segunda teoría se basa en la observación o el aprendizaje vicario, es decir, se puede desarrollar una FE a partir de la visión de experiencias negativas. A mayores consecuencias aversivas o más miedo se observe, mayor es la probabilidad de desarrollar la FE. Finalmente, la transmisión de información consiste en recibir avisos o precauciones acerca de estímulos, siendo este el que menos probabilidades tiene de desarrollar una FE. Sin embargo, hay que destacar que las teorías no son excluyentes entre sí, sino que, más bien, las tres influyen entre sí y promueven el inicio de la FE.

Por otro lado, Barlow (2002) considera que hay dos factores más a tener en cuenta de cara al inicio de las FE: vulnerabilidad biológica y psicológica generalizada (Figura 1).

La vulnerabilidad biológica se basa en la presencia de una hipersensibilidad neurobiológica al estrés heredada genéticamente, además de la probabilidad de tener mayor sensibilidad a la ansiedad y/o al asco relacionada con las FE.

La vulnerabilidad psicológica se divide a su vez en dos: generalizada y específica. La vulnerabilidad generalizada se basa en considerar las situaciones estresantes como incontrolables e impredecibles, debido principalmente a un estilo educativo sobreprotector por parte de los padres o falta de cariño o rechazo, posibilidad de haber sufrido situaciones traumáticas o muy estresantes y/o abuso de sustancias. También influyen ciertos rasgos de personalidad como el neuroticismo o la afectividad negativa.

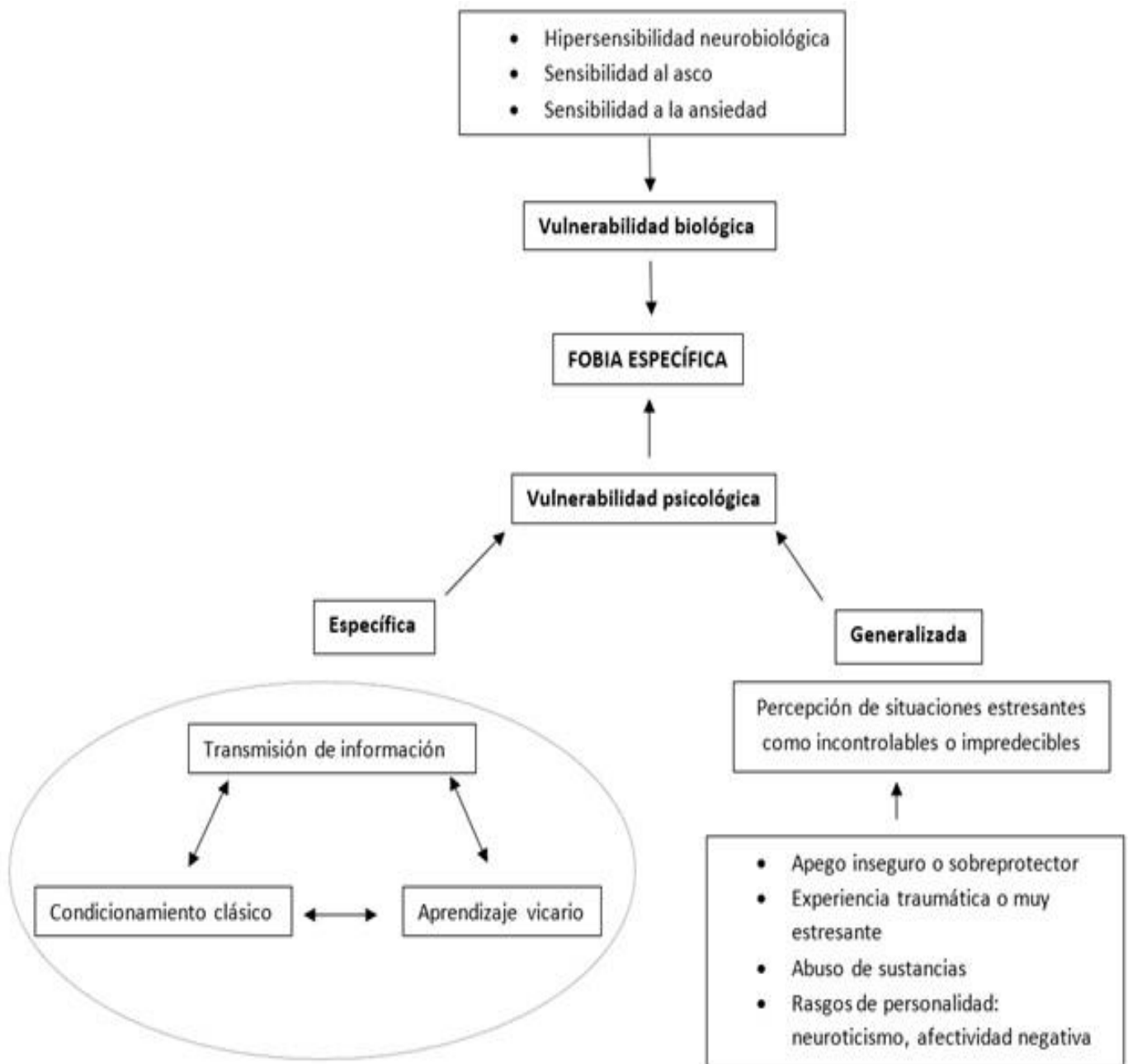


Figura 1. Factores que contribuyen a la génesis de la Fobia Específica.
(Elaboración propia).

La vulnerabilidad específica, en cambio, se refiere a vivir situaciones específicas que se centren en el estímulo en sí, volviendo al condicionamiento clásico, el aprendizaje vicario y/o la transmisión de información.

Por otro lado, en cuanto al mantenimiento de la FE, Bados (2005) resume que debemos de tener en cuenta varias variables: reforzamiento negativo, reforzamiento positivo y errores cognitivos.

El reforzamiento negativo se produce al realizar la evitación constante del estímulo o situación fóbica o al utilizar conductas defensivas o de escape, lo que, a corto plazo, produce alivio y reducción del malestar o miedo, además de eliminar las posibles consecuencias negativas que pudieran ocurrir en el caso de no evitar el estímulo o situación. Sin embargo, a pesar de ser beneficioso a corto plazo, promueve la incapacidad de comprobar si estas expectativas son realistas o no, además de considerar a la evitación continua como la única herramienta ante el miedo. Esto conlleva que, a largo plazo, el miedo y las expectativas de amenaza o peligro aumenten al evitar la confrontación con la situación, produciendo además un mayor desgaste e impidiendo, poco a poco, realizar actividades deseadas debido a la presencia de dicho estímulo o situación que provoca miedo. En el caso de que no se pueda evitar, puede producirse hipervigilancia, la cual puede conllevar mayor facilidad a la hora de huir del estímulo o situación, aunque los datos respecto a la hipervigilancia son contradictorios (Antony & Barlow, 2002). Destacar también que se puede desarrollar miedo al miedo, consistente en que la persona tiende a temer sus propias reacciones fisiológicas ante el estímulo, impidiendo el procesamiento emocional y desencadenando ansiedad y miedo antes de la posible aparición del estímulo, centrándose en sus propias reacciones fisiológicas.

Además de la evitación en sí misma, también se consideran relevantes las conductas defensivas o de escape, las cuales ocurren cuando se produce la presencia del estímulo y/o la situación, no pudiéndose evitar esta. Estas conductas pueden ser muy variadas, desde mantener la mirada lejos del estímulo o tocar el móvil con la mano, y tienen la función de reducir la ansiedad a corto plazo mientras se encuentre presente el estímulo.

Otra variable a tener en cuenta es el reforzamiento positivo por parte de las conductas de otras personas, entre las cuales pueden destacar: ayuda, atención, cuidados... Lo que contribuye al mantenimiento de la fobia puesto que se considera, inconscientemente, una forma de recibir cuidados y atención.

Finalmente, otro factor que influye en el mantenimiento de la fobia son los errores cognitivos, los cuales consisten en una serie de sesgos que promueven creencias disfuncionales. Entre ellos, podemos destacar la sobreestimación de sucesos negativos ante el estímulo en sí, atribuir a la fortuna que no ocurran eventos negativos, considerar que la situación puede conllevar peores consecuencias de las reales o prestar atención solo a la información que sea acorde a nuestras creencias evitando centrarnos en la información que las invalida.

1.3. EVALUACIÓN DE LA FOBIA ESPECÍFICA

Para la evaluación de la FE (Bados, 2017) se utilizan principalmente cuatro instrumentos: entrevista, observación, autorregistros y cuestionarios.

La entrevista más utilizada para la FE y cualquier otro trastorno de ansiedad es la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad y Trastornos Relacionados según el DSM 5 (Brown & Barlow, 2014), la cual es una entrevista estructurada donde se pregunta al sujeto acerca de los distintos síntomas que comprenden distintos trastornos, incluido la FE, y se pregunta además por la gravedad de estos, con tal de poder realizar un diagnóstico. Se debe tener en cuenta que al evaluar distintos trastornos de ansiedad y depresión del DSM 5, se puede utilizar como herramienta para descartar otros posibles trastornos comórbidos. Esta entrevista tuvo su predecesora en la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR (Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994), la cual seguía la misma lógica. Por otro lado, existe la Entrevista para los trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C) (Silverman & Albano, 1996), adaptación de la entrevista para adultos, centrándose en los síntomas infantiles, teniendo diferentes versiones de la entrevista para padres y madres o tutores legales y para los propios niños y niñas o adolescentes.

Además de una entrevista estructurada, que nos permita diagnosticar o no el trastorno, es recomendable realizar otra entrevista clínica semiestructurada, donde, aparte de preguntar acerca de los síntomas significativos del trastorno de FE, debe de hacer hincapié en información más concreta relacionada con el trastorno, como: conductas problemáticas a nivel cognitivo, emocional y conductual, destacando la intensidad, frecuencia y duración; condiciones que agravan o reducen el problema; acerca de su ámbito familiar, ámbito laboral y/o estudiantil, su pareja y amigos y cómo influyen en el problema; historia y fluctuaciones del problema; motivación, expectativas y objetivos del paciente; otros problemas psicológicos que pudieran ser relevantes; y, finalmente, si está recibiendo tratamiento farmacológico.

También es relevante realizar la entrevista a otras personas que puedan añadir o ampliar la información, sobre todo en el caso de FE en niños y niñas y adolescentes, donde los padres y madres puedan resultar relevantes en pro de confirmar el diagnóstico. Por otro lado, la observación se utiliza relativamente poco debido al coste económico que puede conllevar, pudiendo recurrir a un familiar o a alguna amistad del sujeto en cuestión para que ellos actúen como observadores, pudiendo ampliar la información ya obtenida o utilizar alguna escala de observación que permita cuantificar datos como, por ejemplo, número de veces que realiza una conducta de evitación determinada o que no realiza una determinada acción. En general, suele utilizarse más en el ámbito infantil por parte de los padres que en adultos.

Los autorregistros sí son utilizados más ampliamente de cara a recoger más información a lo largo de la evaluación y la propia intervención, destacando aspectos como: lo que la persona ha sentido, pensado y vivido de cara a los estímulos o situaciones que se relacionan con su FE, las conductas que ha realizado en cuanto al estímulo, si se ha producido evitación o si se han utilizado conductas defensivas o de escape, ... De manera más específica en los autorregistros suele recogerse la siguiente información: fecha, situación desencadenante, emociones y su intensidad (escala de valoración del 1 al 10), pensamientos, conductas que se han realizado y consecuencias (Anexo 1). Resultan muy útiles para obtener información continua tanto en la evaluación como en la propia fase de intervención posterior.

Finalmente, los cuestionarios o autoinformes también se utilizan para la FE, siendo muy útiles debido a su tiempo y coste. Suelen ser de dos tipos: cuestionarios generales; y cuestionarios específicos de fobias y miedos.

Entre los cuestionarios generales, destacan los inventarios generales de miedo, como el Inventario de Temores FSS-III (Wolpe & Lang, 1964), siendo estos cuestionarios amplios donde se le pregunta al sujeto por el nivel de miedo que sienten ante distintas estímulos o situaciones fóbicas. También destaca el STAI (Spielberger, 1982), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Taylor, 2007), el Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984),...

Por otro lado, los cuestionarios específicos son distintos instrumentos que se encargan de profundizar en un tipo de fobia o miedo específico, pudiendo obtener normalmente un índice de gravedad de la fobia y, además, distintos datos cualitativos que nos permitan obtener información de cara a la intervención.

1.4. INTERVENCIÓN EN LA FOBIA ESPECÍFICA

Basándonos principalmente en los resultados de distintos meta-análisis (Bandelow, Michaelis, & Wedekind, 2017; Opris et al, 2012; Wolitzky-taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2010; Powers & Emmelkamp, 2008), revisiones (Bados, 2017; Antony & Barlow, 2002) y los resultados del listado de tratamientos eficaces para la FE de la división 12 de la APA (2019) revisaremos la intervención en FE. Principalmente, en la intervención en FE lo que se ha utilizado ha sido: relajación, terapia cognitiva, exposición interoceptiva, modelado participante, exposición mediante realidad virtual, exposición en imaginación y exposición en vivo. Sin embargo, de todas las intervenciones, la más utilizada y que mejores resultados ha obtenido ha sido la exposición en vivo (EV) según la APA (2019), donde considera que es la única terapia con suficiente evidencia empírica que haya demostrado ser eficaz para intervenir con la FE. Aclara que hay varios tipos de exposición que se han considerado eficaces: en vivo, mediante realidad virtual, en imaginación, interoceptiva y desensibilización sistemática más relajación. Añade además que muchas técnicas de exposición pueden incluir componentes cognitivos para reducir pensamientos irracionales relacionados con la fobia específica.

La exposición es una técnica psicológica que consiste en exponer al sujeto al estímulo que genera ansiedad y/o miedo con inhibición de respuesta, es decir, sin dejar que el sujeto pueda utilizar conductas de evitación o defensivas. La exposición promueve que el sujeto no pueda huír de la situación y sea consciente de que enfrentarse a la situación temida conlleva que la ansiedad se reduzca paulatinamente. Los mecanismos por los cuales la exposición funciona se basan en:

- Habitución: el sujeto se habitúa al estímulo temido al enfrentarse a él directamente, haciendo que la ansiedad se reduzca poco a poco.

- Extinción: se extinguen las respuestas condicionadas a la ansiedad, puesto que se presentan los estímulos sin que se presente dicha ansiedad. Por otro lado, también se extinguen las conductas de evitación al no poder utilizarse y comprobar que no eran útiles, sino que mantenían el problema agravándolo.

- Cambio cognitivo: al exponerse a la situación, se confirma que sesgos cognitivos como la catastrofización o la sobreestimación de un suceso no se producen, haciendo que el sujeto sea consciente de que el peligro que intuía era desmedido a la realidad. También se reducen las interpretaciones amenazantes puesto que no ocurre lo que se espera que ocurra.

- Procesamiento emocional: conlleva que la habituación produce información incongruente con el miedo, dando lugar a una reducción duradera del miedo en sí, haciendo que este deje de producirse ante la situación, procesando la emoción del miedo y reduciendo su intensidad.

Dentro de la exposición, se consideran varios tipos:

- La exposición en vivo (EV) consiste en la exposición del sujeto al estímulo o situación fóbica provocando una reducción de la ansiedad. La exposición en vivo puede ser de distintos tipos: en una sola sesión, como la intervención en una sola sesión de Öst (Öst, 1989); o en varias sesiones manteniendo una serie de estímulos graduales organizados en una jerarquía. En el caso de utilizar exposición gradual, la jerarquía debe basarse en la propia experiencia del sujeto y de cómo pueda realizar la exposición, habiendo diferencias individuales. Tras esto, el sujeto se expondrá a los distintos estímulos de manera gradual, aumentando la aversividad del estímulo, promoviendo una habituación continuada al estímulo reduciendo la ansiedad y el miedo del sujeto.

-Exposición mediante realidad virtual: consiste en la utilización de la realidad virtual a partir de ordenadores, u otros dispositivos como smartphones, y un mecanismo como gafas o cascos que permitan introducir al sujeto en un ambiente virtual donde se pueda observar y sentir el estímulo o situación fóbica con imágenes virtuales. Entre sus ventajas destaca el control absoluto de la situación, reduciendo cualquier posible riesgo, además de poder ser una alternativa en casos donde la EV pueda ser demasiado costosa o imposible de realizar. Aún hay poca evidencia para utilizarse como única técnica de intervención, por lo que se suele utilizar como complemento a la EV.

-Exposición en imaginación: consiste en utilizar imágenes mentales a través de la imaginación detallada de una escena concreta, normalmente descrita por el terapeuta. Al imaginarse una escena donde aparezca el estímulo fóbico, el sujeto realiza la exposición al enfrentarse al estímulo a pesar de no ser real. En el caso de necesitarlos, pueden utilizarse elementos visuales y sonoros para dar mayor profundidad a la imagen mental sobre el estímulo fóbico o a la situación en sí. Sus beneficios son menores que los de la EV, aunque puede ser útil ante estímulos o situaciones costosas y en los casos en los que los sujetos no se sientan capaces de comenzar con la EV desde el inicio.

-Exposición interoceptiva: similar a la EV, se utiliza para la exposición a sensaciones temidas del sujeto, en vez de al estímulo o situación fóbica. En esta exposición se promueve la inducción deliberada de sensaciones temidas que se generan ante el estímulo fóbico. Entre estas sensaciones suelen destacar: taquicardia, mareo, falta de aire, sudoración... Al generarse estas sensaciones, el sujeto es capaz de comprobar que puede tolerarlas y enfrentarse a ellas sin perder el control, quedar en ridículo o desmayarse. Ha obtenido buenos resultados en el uso de la FE sangre-inyección-daño, aunque no ha obtenido mejores resultados que la EV. Al igual que la exposición en realidad virtual o imaginación, esta técnica puede añadirse a la EV, sobretodo si el sujeto destaca sensaciones físicas como elementos destacablemente relevantes de cara a exponerse al estímulo fóbico.

-Desensibilización sistemática: consiste en reducir el miedo a través de una exposición progresiva al estímulo combinándolo con reacciones simultáneas incompatibles al miedo o a la ansiedad, como la relajación. Con esta, se pretende que el sujeto cree nuevas asociaciones relacionadas con el estímulo fóbico, en vez de miedo y/o ansiedad, relajación y tranquilidad. Por lo tanto, la desensibilización sistemática suele combinarse con herramientas de relajación como la relajación progresiva de Jacobson. La

desensibilización sistemática puede utilizarse tanto en vivo como en imaginación. Se ha comprobado que la EV es más eficaz que la desensibilización sistemática más relajación.

-Modelado participante: se basa en utilizar la técnica del modelado para enseñar al sujeto a realizar acciones o a afianzar ciertas conductas. Se puede utilizar en cada ítem de la jerarquía para explicar las distintas actividades que se tienen que realizar de cara a la exposición, para que después el paciente sea capaz de realizar la actividad de manera adecuada, recibiendo además retroalimentación correctiva en el caso de que haya que mejorar algún aspecto de la actividad. Se ha considerado más efectiva en niños y niñas o adolescentes y, además, en fobias de tipo animal.

A parte de la exposición, se han utilizado otras técnicas como las técnicas cognitivas. Las técnicas cognitivas se basan en la reestructuración cognitiva, utilizándose como herramienta la racionalización de los miedos irracionales y la desdramatización de estos, además de entrenamiento en autoinstrucciones. Sin embargo, hay que destacar que la exposición en sí misma trabaja las creencias erróneas y éstas pueden reducirse solo con esta herramienta. Pese a esto, pueden utilizarse técnicas cognitivas como complemento a la exposición si persisten los errores cognitivos.

Cabe destacar la necesidad de utilizar la psicoeducación como parte intrínseca de la intervención. La psicoeducación consiste en la explicación detallada de la ansiedad y sus mecanismos, su génesis y su mantenimiento, permitiendo que el paciente entienda como se ha producido su sintomatología. Además, a través de la psicoeducación, el paciente entiende en qué se basa la intervención y cómo funciona, permitiendo a través de la comprensión, adquirir mayor conciencia del problema.

Finalmente, es importante resaltar que todo lo anterior se basa en la FE como un trastorno de ansiedad diferenciado, mientras que hay otra vertiente de la intervención psicopatológica que utiliza modelos transdiagnósticos (Bados, 2017). Se basan en la existencia de características comunes a los trastornos de ansiedad y depresión. Entre las características comunes se encuentra un factor de hiperactivación fisiológica y un factor de afectividad negativa, teniendo una tendencia estable a la preocupación, ansiedad o el miedo, además de tristeza o culpabilidad.

Entre los distintos protocolos relacionados con el modelo transdiagnóstico, Barlow et al (2011) utilizan protocolos comunes a estos trastornos utilizando distintas técnicas como relajación, reestructuración cognitiva y exposición, entre otros, además de elementos específicos como asertividad o exposición interreceptiva. Se ha encontrado que su utilidad aumenta en atención primaria (Roy-Byrne et al, 2010) y en pacientes comórbidos de ansiedad y depresión (Norton et al, 2013).

2. DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DEL CLIENTE

C. es una adolescente de 19 años de un pueblo de la provincia de Jaén, que vive actualmente en la ciudad de Jaén, en un piso de estudiantes, puesto que estudia en la Universidad de Jaén. C. presenta como principal síntoma miedo intenso a los ascensores, considerando que le resulta imposible subirse en uno sin sufrir ansiedad elevada tanto antes como durante. La ansiedad se refleja en palpitación en el pecho, sudor e incapacidad para estar quieta, además de pensamientos catastróficos sobre lo que puede ocurrir si se sube y el miedo a quedarse atrapada.

Asiste al gabinete con la intención de reducir ese miedo y ansiedad a subirse a los ascensores. Explica que es un problema que interfiere con su vida diaria puesto que vive en un octavo piso en un residencial, por lo que día tras día le afecta el hecho de no poder subir en ascensor, teniendo que utilizar las escaleras. Además, le hace sentir vergüenza cuando está con gente ya sea en su piso o en otro, teniendo que admitir el problema delante de personas con las que no se siente cómoda.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los principales antecedentes se basan en que tras terminar el curso académico en junio de 2019 y justo antes de volver a su pueblo, se quedó atrapada en el ascensor con su padre y su madre. En esta ocasión, el ascensor no paró en seco, sino que subía y bajaba varias veces, pero nunca llegaba a abrir las puertas. C. comenzó a sentirse muy agitada y no podía parar de hablar o moverse, tocando a distintos botones del ascensor y sentía que estaba muy “acelerada”. Los pensamientos principales que destaca fueron: “Me voy a quedar encerrada para siempre”, “No nos va a escuchar nadie”, “No hay cobertura, estamos incomunicados”.

Por otro lado, tras unos minutos, la luz se apagó y sintió mayor ansiedad y malestar. No podía hacer nada, por lo que se apoyaba en hablar con sus padres continuamente. Consiguieron ponerse en contacto con la compañía encargada del ascensor a través del mecanismo de emergencia, y, tras esto, el ascensor bajó solo y abrió las puertas. Todo el proceso duró entre 10 y 15 minutos.

Después de esto, C. no se montó en ningún ascensor, aunque, como ella mismo admite, al volver a su pueblo no tenía que subirse en ninguno y consideraba que cuando volviera en septiembre “el problema habría desaparecido”.

En septiembre, al llegar de nuevo al piso, decidió no subirse en el ascensor y evitarlo, recibiendo críticas de su padre, que no entendía el problema, y algo de comprensión de su madre. Tras varios intentos, sus padres normalizaron la conducta y dejaban que subiera y bajara por las escaleras.

Tras unos días, aún en septiembre, decidió volver a subirse en el ascensor sola, pero, al igual que en agosto, el ascensor se averió y quedó encerrada. En esta ocasión, sintió los mismos síntomas que en la ocasión anterior, añadiendo además una intensa sudoración y alto nivel de palpitaciones en el pecho. El episodio duró apenas 5 minutos y el ascensor se abrió solo tras esto, pero C. decidió no volver a subirse en ningún ascensor. Sin embargo, debido a que vive en un octavo piso, era una situación que le ocasionaba un malestar significativo, por lo que decidió ir a consulta psicológica para poder afrontar el problema.

En cuanto a otros factores que puedan influir en la situación actual, se le realizaron preguntas acerca de otros aspectos, obteniendo que:

- Tiene buena relación con su familia y, pese a que un principio no recibió todo el apoyo, en estos momentos se siente arropada por ellos, puesto que ambos padres consideran que el miedo es real y que tiene que aprender a afrontarlo con ayuda.

- En cuanto a sus estudios, puesto que C. aún no trabaja, no tiene ningún problema y tiene un rendimiento alto.

- C. tiene pareja estable que la apoya también en todo el proceso.

4. HIPÓTESIS SURGIDAS EN LA ENTREVISTA

La hipótesis principal que surge es que C. presenta un trastorno de fobia específica a los ascensores. Además, se hipotetiza con que no presenta ningún otro trastorno o síntoma relacionado con cualquier otro problema.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN

La evaluación, después de la entrevista inicial, se dividió en tres partes: entrevista semiestructurada, cuestionarios y autorregistro.

5.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Se utilizó la entrevista ADIS-V para la fobia específica. A parte, se realizó otra entrevista para profundizar en los aspectos relacionados con la ansiedad y los ascensores, centrándonos en: los pensamientos (cognitivo), las reacciones físicas (fisiológico) y las conductas que realizó (conductuales); la historia previa; factores que influyan en el problema, empeorando o mejorando la situación; aspectos que puedan influir en el problema como los ámbitos familiares, académico o laboral; motivación y expectativas del paciente; tratamiento farmacológico...

5.2. CUESTIONARIOS Y AUTORREGISTROS

Se utilizaron los siguientes cuestionarios:

-Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, 1982; Buela-Casal, Guillén-Riquelme, & Seisdedos-Cubero, 2011): escala dividida en dos subescalas que comprenden 20 ítems cada una. Las dos subescalas son: ansiedad-rasgo, la cual mide la ansiedad como rasgo de personalidad; y ansiedad-estado, la cual mide el nivel de ansiedad que se tiene en el momento en el que se realiza el cuestionario. En la adaptación al español (Buela-Casal et al, 2011) muestra una alta fiabilidad con una consistencia interna que oscila entre .82 y .92, además de presentar buena validez divergente y convergente con la escala STAF.

-Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, y Brown, 1996; Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003): autoinforme que evalúa los síntomas depresivos más frecuentes: tristeza, anhedonia, pesimismo, culpa, ideas suicidas... Consta de 21 ítems con una escala de 4 puntos (0 a 3). En la adaptación al español (Sanz et al, 2003), el autoinforme presenta una buena consistencia interna con un .87 y una alta validez factorial con una correlación entre .75 y .80.

-Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (Taylor, 2007; Sandin, Valiente, Chorot, & Santed, 2007): autoinforme de 18 ítems en el que se mencionan distintas reacciones de ansiedad ante síntomas físicos. Consta de 3 factores: índice de sensibilidad a la ansiedad somática, cognitiva y social. En cuanto a la fiabilidad, en la adaptación española (Sandin et al, 2007), la escala presenta una consistencia interna elevada entre .83 y .91, además de validez convergente alta con otras escalas como el PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), mostrando correlaciones altas con el afecto negativo.

-Inventario de Temores FSS-III (Wolpe & Lang, 1964): escala de 72 ítems que comprenden los estímulos que generan ansiedad y/o miedos más frecuentes, con una escala Likert de 5 alternativas, comprendida entre 0 y 4.

-Cuestionario de Claustrofobia (Radomsky, Rachman, Thordarson, McIsaac, & Teachman, 2001; Martínez, García, & Botella, 2003): escala de 26 ítems de tipo Likert con 5 alternativas de respuesta (0 a 4), que se compone de dos subescalas: restricción de movimientos y asfixia. En la adaptación española (Martínez et al, 2003), presenta una fiabilidad alta con un .88 en el índice alfa de Cronbach, además de validez convergente con el cuestionario STAI (Spielberger, 1982) correlacionando con un .36.

-Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984): escala de 17 ítems, tipo Likert de 5 alternativas, comprendidas entre 1 y 5. Mide las distintas reacciones físicas o somáticas ante la ansiedad.

-Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (Muris et al, 2016; García-López, Sáez-Castillo, & Fuentes-Rodriguez, 2017): escala de 28 ítems que mide distintos trastornos psicológicos basados en el DSM-5: ansiedad por separación, mutismo selectivo, ansiedad social, ataques de pánico y ansiedad generalizada. En la validación al español (García-López et al, 2017), muestra una fiabilidad basada en el alfa de Cronbach de .85 y una validez concurrente.

Se utilizaron los autorregistros (Anexo 1) durante las sesiones de evaluación para comprobar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales al pasar por un ascensor o al pensar en ello. También se utilizaron durante la intervención, realizándose por lo tanto autorregistros cada semana durante todo el proceso.

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista semiestructurada confirmó los distintos síntomas y requisitos de que C. presentaba un trastorno de FE situacional a los ascensores.

La historia previa confirmaba que C. sufrió dos episodios en los que el elemento fóbico, los ascensores, produjeron altos niveles de ansiedad y malestar. En la segunda ocasión, al producirse una circunstancia similar a la primera, agravó los síntomas e hizo que se mantuviera la conducta de evitación a los ascensores. Estas conductas a su vez, fueron potenciando la evitación a través del reforzamiento negativo. C. presentaba errores cognitivos relacionados con los ascensores como eran la sobreestimación de quedarse encerrada o la catastrofización de que su vida corriese peligro grave cada vez que se montaba. Este conjunto de factores mantuvo el problema y agravaron el origen del trastorno.

Por otro lado, la entrevista también nos aportó información más concreta acerca de los distintos aspectos relacionados con la ansiedad, como son los factores cognitivos, fisiológicos y conductuales relacionados con el trastorno de FE. En cuanto al aspecto cognitivo, C. destacaba distintos pensamientos cuando se enfrentó a la situación del ascensor, tanto la primera como la segunda vez. Los pensamientos se relacionaban sobre todo con la posibilidad de quedarse atrapada, de no poder recibir ayuda, de estar incomunicada... Incluso llegó a pensar en la muerte, viniéndole a la cabeza imágenes en las que el ascensor se rompía y caía o, por otro lado, se quedaba atrapada mucho tiempo sin agua ni comida.

En relación al aspecto fisiológico, C. destacaba como síntoma principal la inquietud o la agitación. Se considera incapaz de frenar su continuo movimiento y si intentaba reducirlo, se ponía más y más nerviosa. Destacaba también palpitaciones en el pecho y sudoración, aunque considera que son síntomas más secundarios.

En cuanto al último componente, el conductual, C. desviaba la mirada y se quedaba mirando al suelo durante un tiempo para intentar relajarse, pero, al no conseguirlo ya que estaba en movimiento constante, se agitaba más. En la primera ocasión, hablaba con su madre y, en la segunda, llegó a llamarla, pero no tenía cobertura. En ambas ocasiones intentó frenar la rumiación constante de pensamientos, pero era incapaz. La única acción que pudo tranquilizarla fue contar hasta diez y centrarse en respirar, aunque el efecto duraba escasos segundos y volvía a sentirse más y más agitada.

En cuanto a los estímulos o las variables que C. consideraba importantes en relación a los ascensores destaca:

- La cantidad de pisos por los que transitaba el ascensor, a más pisos más miedo le produce, puesto que consideraba que había más posibilidad de quedarse atrapada.

- La velocidad de los ascensores, a más lentos, más ansiedad le producía.

- Si el ascensor estaba parado, se sentía más tranquila que si estaba en continuo movimiento.

Finalmente, C. consideraba que su único miedo relevante es a los ascensores, puesto que no temía a nada más y, aunque consideraba que era parecido, no ten miedo a estar en una habitación pequeña o estrecha.

6.2. CUESTIONARIOS Y AUTORREGISTROS

Los resultados de los cuestionarios fueron:

- El cuestionario STAI (Spielberger, 1982), C. puntúa 15 en ansiedad-estado y 19 en ansiedad-rasgo, siendo ambas puntuaciones más bajas que la media puesto que la puntuación máxima y mínima en ambas partes del cuestionario son 60 y 0 respectivamente. Las puntuaciones indican un nivel de ansiedad tanto en el momento como en su vida diaria reducido.

-El cuestionario BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) la puntuación obtenida es de 4, lo que nos indica ausencia de síntomas depresivos destacables, ya que la puntuación máxima y mínima del cuestionario es de 63 y 0, respectivamente. Esta puntuación se relaciona con la entrevista inicial donde no destacaba ningún síntoma relacionado con depresión, por lo que confirma nuestra hipótesis de que no presenta ningún síntoma de tristeza relacionado con el trastorno.

-El cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (Taylor et al, 2007) puntúa 4 en ansiedad somática, 4 en ansiedad cognitiva y 8 en ansiedad social, siendo la puntuación total 16. La puntuación máxima y mínima en cada uno de los factores es de 24 y 0, respectivamente. Todas las puntuaciones son bajas y se comprueba ausencia de indicadores relacionados con la sensibilidad a la ansiedad.

-El Inventario de Temores FSS-III (Wolpe & Lang, 1964), el miedo a los ascensores puntúa con un 4, la puntuación máxima. Por otro lado, puntúa con 3 a estar sola y operación quirúrgica, con 2 a criaturas imaginarias y sentirse ignorado, y con 1 a distintos ítems entre los que destacan dentista o cometer errores entre otros. El cuestionario y sus puntuaciones confirma que el miedo más importante es el de los ascensores.

-El Cuestionario de Claustrofobia (Radomsky et al, 2001), puntúa 20 en falta de aire y 28 en sentirse inmovilizada, teniendo un total de 48. La puntuación máxima de la escala es de 104 y la puntuación mínima es de 0, mientras que en ambas subescalas la puntuación máxima es de 52 y la puntuación mínima es de 0. Todas las puntuaciones son medias y no muestran altos niveles de gravedad, aunque sí cierto malestar destacable en cuanto a situaciones que impliquen claustrofobia.

-El Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) puntúa con 49, siendo una puntuación media ya que la puntuación máxima de la escala es de 85 y la puntuación mínima es 17. Cualitativamente, podemos destacar ítems como la dificultad para respirar o la opresión en el pecho.

-El cuestionario Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (Muris et al, 2016), obtiene puntuación de 0 en ansiedad por separación (máxima 18, mínima 0), 2 en mutismo (máxima 12, mínima 0), 3 en ansiedad generalizada (máxima 18, mínima 0), 7 en fobia social (máxima 18, mínimo 0) y 6 en ataques de pánico (máxima 18, mínima 0).

Por otro lado, el autorregistro (Anexo 1) confirman los aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales que se aportaron en la entrevista. C. mostró en el primer autorregistro que entregó, que, al presentarse ante un ascensor, mostraba pensamientos relacionados con los errores cognitivos de sobreestimación, como que es muy probable que se vuelva a quedar atrapada, o de catastrofización, si me quedo encerrada puedo llegar a morir. C. además muestra que al pasar delante de un ascensor suele agachar la mirada o no mirar a este, fijando su vista en cualquier otro aspecto como la pared o el móvil, mientras camina. Además, comenta que las veces que se montó en ascensor entre la primera vez que se quedó encerrada y la segunda, cuando se montaba, mantenía la atención en el móvil y evitaba tener que centrarse en el ascensor. El autorregistro también muestra síntomas de ansiedad fisiológica, como sudor, nerviosismo y palpitaciones.

6.3. DIAGNÓSTICO

En resumen, tanto la entrevista como los cuestionarios y el autorregistro, confirman los síntomas de la FE según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) son:

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica.
- B. El objeto o situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o 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.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

6.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención que se propone a C. es exposición gradual con inhibición de respuesta. La exposición comenzará con psicoeducación acerca de la herramienta de la exposición en sí misma, se explicará la ansiedad y los mecanismos por los que se mantienen y aumentan progresivamente a través de la evitación conductual. Tras esto, se realizará una jerarquía de estímulos temidos y se comenzará la exposición propiamente dicha. Finalmente, se realizará una sesión de prevención de recaídas.

7. INTERVENCIÓN

7.1. OBJETIVOS Y SECUENCIACIÓN

Este estudio pretende abordar la evaluación e intervención, con un diseño de caso único, en un caso de fobia específica a los ascensores. Se propone una intervención basada en la exposición en vivo con inhibición de respuesta y valorar su utilidad y funcionamiento.

El objetivo principal de la intervención es disminuir la sintomatología de ansiedad para que no se cumplan los criterios de Fobia Específica a la ansiedad.

Los objetivos específicos son:

1. Promover la adherencia terapéutica para mantener la intervención y que resulte efectiva.
2. Eliminar los factores de mantenimiento como son las conductas de evitación, las conductas defensivas y los errores cognitivos.
3. Aumentar el conocimiento de la ansiedad y sus mecanismos de acción.

7.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

7.2.1. Diseño

El programa de intervención se ha basado en un diseño de caso único simple AB, donde A, era la fase sin tratamiento y donde se procedió a realizar la evaluación y B, la única fase con tratamiento donde se realizó la exposición en vivo. La fase A tuvo un total de 3 sesiones y la fase B un total de 6 sesiones. La postevaluación se realizó una vez finalizó la fase B y la fase de seguimiento se realizó un mes después de la postevaluación. La variable independiente fue el propio tratamiento basado en la exposición en vivo. La variable dependiente se basó en los cuestionarios y la entrevista que se realizó tanto en la evaluación pre como post, como indicadores de la presencia de FE y altos niveles de ansiedad ante los ascensores. Se obtuvo la aceptación por parte de la Comisión de Ética del Máster de Psicología General Sanitario (Anexo 2).

7.2.2. Descripción de las sesiones

Las sesiones se distribuyeron en: dos sesiones iniciales de evaluación, una sesión de psicoeducación, siete sesiones de intervención, una sesión de postevaluación y una última sesión de seguimiento al mes (Anexo 3).

Primera sesión

La primera sesión fue el 3 de octubre de 2019. La sesión transcurrió en el gabinete de la universidad. Se realizó la entrevista inicial, obteniendo la información ya mencionada en la historia previa. Además, se le explicó que su caso se utilizaría para un Trabajo Fin de Máster, si ella aceptaba las condiciones. Tras explicarlo, aceptó participar y rellenó el consentimiento para participar (Anexo 4).

Segunda sesión

La segunda sesión fue el 14 de octubre. La sesión transcurrió en el gabinete de la universidad. Se realizó la entrevista ADIS-V y la entrevista semiestructurada acerca de los aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad, además del resto de información relacionada con el trastorno, como factores de mantenimiento, errores cognitivos y conductas defensivas.

En la entrevista se confirmó que C. se mostraba muy motivada a participar puesto que el problema le impedía llevar una vida satisfactoria, pudiendo destacar que respondía a todas las preguntas ampliamente. También se le pasaron los distintos cuestionarios. Además, se le explicó el autorregistro, sus partes y su función, y se le pidió que lo entregase en la próxima sesión.

Tercera sesión

La tercera sesión fue el 22 de octubre. La sesión transcurrió en el gabinete de la universidad. Se comenzó recibiendo el autorregistro (Anexo 1), el cual se analizó entre ambos. Tras esto, se procedió a devolverle información de los instrumentos de evaluación. Todos confirmaron la hipótesis de FE situacional a los ascensores, comunicándole el diagnóstico y explicándole en qué se basaba. Para ello, se le explicó en qué consiste una fobia, cuáles son los criterios que según el DSM V debe de cumplir y su origen basado en la ansiedad. Tras esto, se procedió a dar una sesión de psicoeducación en la que se le explicó principalmente: la ansiedad y su funcionamiento; y la intervención a realizar.

Para la ansiedad, se le explicó que es una emoción en la que hay tres respuestas: conductuales, cognitivas y fisiológicas. Para ejemplificarlo, se puso de ejemplo una situación en el ascensor, recalando cada una de las respuestas y los síntomas que ella suele padecer. Tras esto, se le explicó el mantenimiento de la ansiedad a través de la evitación constante y, como poco a poco, la ansiedad va aumentando a largo plazo, aunque disminuya a corto plazo.

Después se le explicó la intervención basada en exposición en vivo con prevención de respuesta, consistiendo en exponerse al estímulo temido de forma jerarquizada, manteniendo un ritmo gradual y acordado por ambos a través de la creación de una jerarquía. C. estuvo conforme con todo, aceptó la intervención y prefirió empezar cuanto antes. Una vez aceptado el tratamiento, se le explicó que comenzaría en la siguiente sesión, realizando la jerarquía.

Cuarta sesión

La cuarta sesión fue el 29 de octubre. La sesión transcurrió en el gabinete de la universidad. Se realizó la jerarquía a partir de tres variables diferenciadas: el número de plantas que recorría el ascensor, si el ascensor solo subía o subía y bajaba, y la velocidad del ascensor. Para realizar la jerarquía se utilizó una escala de ansiedad que iba de 1 a 10 de intensidad, la cual se utilizaría también para la propia intervención. Para ello, diferenciamos entre cuatro tipos de ascensores: ascensor de tres plantas rápido (edificio A4 de la universidad), ascensor de dos plantas lento (edificio B4 de la universidad), ascensor de ocho plantas rápido (residencial de C.) y ascensor de ocho plantas lento (residencial de C.). Además de estos cuatro ascensores, cada ascensor se consideraba como dos ítems diferentes en la jerarquía, puesto que el primer ítem sería solo subir y el segundo ítem sería subir y bajar. De esta manera, la jerarquía se formó a partir de ocho ítems distintos, los cuales pueden verse en la tabla 1.

Los ascensores que se utilizaron en la jerarquía fueron de dos lugares distintos: los cuatro primeros ítems se basaron en ascensores de la universidad, los dos primeros eran un ascensor de tres plantas que iba más rápido (A4) y los otros dos ítems eran un ascensor de dos plantas pero que, al ser más antiguo, hacía el recorrido más lento (B4); y los otros cuatro ítems en ascensores de su residencial, en el cual había un ascensor más nuevo, el cual se utilizó para los dos primeros ítems de este grupo y otro ascensor más antiguo, donde C. se quedó atrapada, que se utilizaría para los dos últimos ítems.

Tabla 1. Jerarquía de la exposición. (Elaboración propia)

	1º ITEM	2º ITEM	3ºITEM	4º ITEM	5º ITEM	6º ITEM	7ºITEM	8º ITEM
Nº plantas	3	3	2	2	8	8	8	8
Velocidad	Rápido	Rápido	Lento	Lento	Rápido	Rápido	Lento	Lento
Dirección	Sube	Sube y baja	Sube	Sube y baja	Sube	Sube y baja	Sube	Sube y baja
Escala de ansiedad	2	3	4	5	7	8	9	10

Quinta sesión

La quinta sesión fue el 10 de noviembre. En esta sesión se procedió a comenzar con la exposición gradual, por lo que se empezó en el gabinete y desde allí nos dirigimos al edificio A4 de la universidad, donde se encontraba el ascensor que pertenecía al ítem 1 y 2. Previamente a la exposición de los ítems que forma la jerarquía, se le preguntaba acerca de: sus niveles de ansiedad, qué creía que iba a ocurrir y conductas defensivas que creía que podía utilizar. Tras realizar la conducta, se le volvería a preguntar por su nivel de ansiedad, si se han cumplido sus expectativas y si ha utilizado conductas defensivas.

C. comenzó con el ítem 1. Se le preguntó su nivel de ansiedad inicial en una escala de 1 a 10, puntuando un 7. Destacar que tanto en este como en los demás ítems, cuando C. se presentaba ante el estímulo, su ansiedad era mucho más elevada que la inicialmente planteada en la jerarquía, por ejemplo, el ítem 1 estaba puntuado con un 2 mientras que en la exposición presentaba un 7 inicialmente. Sin embargo, se comprueba que este nivel de ansiedad inicial se reduce con facilidad.

Sus expectativas eran que se iba a poner muy nerviosa, que creía que no iba a poder repetirlo y que con su mala suerte seguro que se quedaría atrapada. Sin embargo, confirmó que no utilizaría ninguna conducta defensiva para poder mejorar, puesto que comprendía que eran negativas para el proceso. Tras realizar la exposición, C. argumentó que su ansiedad puntuaba un 8, pero que esperaba encontrarse peor. Al realizar la exposición dos veces más, puntuó un 7 y 5 y un 5 y 2, confirmando que su ansiedad disminuía y que se sentía mucho mejor. C. se mostró muy motivada al observar que su ansiedad disminuía con facilidad al hacer la misma acción varias veces, además de confirmar que exageraba con sus expectativas.

Debido a su avance, se pasó al ítem 2, repitiendo la acción y realizándola 3 veces. C. argumentaba que el ítem 2 era parecido al 1 y que, por lo tanto, se sentía más capaz de afrontarlo. No esperaba quedarse atrapada pues confirmaba que el ascensor estaba en buen estado y consideraba que iba a ser capaz de superarlo. Sus puntuaciones fueron 5 y 3, 3 y 2 y 2 y 2. Se mantuvieron bajas a la vez que C. nos confirmaba que no se sentía tan nerviosa y que no esperaba que fuese a capaz de subirse tantas veces en un ascensor en una misma sesión.

Tras esto, se le explicó que en la siguiente sesión se comenzaría con este último ítem, de cara a repasarlo y que, tras esto, se continuaría con la jerarquía, dando lugar al ítem 3. También se le animó a realizar los autorregistros y a exponerse a estos dos ítems previamente a la siguiente sesión.

Sexta sesión

La sexta sesión fue el 19 de noviembre. Esta sesión comenzó en el gabinete y desde allí nos dirigimos al edificio A4 de la universidad para repasar el ítem 2 y, tras esto, nos dirigimos al edificio B4 de la universidad donde se encontraba el ascensor que pertenecía al ítem 3 y 4. Al empezar la sesión se le pidió el autorregistro (Anexo 1), el cual entregó. Se le preguntó acerca de la semana y confirmó que había practicado varias veces en el ascensor realizando el ítem 2 de la jerarquía, es decir, subiendo y bajando.

Se confirmó su práctica pues al repasar el ítem 2 puntuó 0 y 0 en ansiedad, argumentando que se sentía capaz de realizar esa conducta sin problema, aunque temía que solo ocurriese en ese ascensor, pues aún sentía miedo de subirse a otros.

Se comenzó a realizar el ítem 3, cambiando de ascensor. C. comentó sentirse más nerviosa porque este ascensor era más viejo, considerando que era más probable quedarse encerrada, aunque entendía que la gente se subía con facilidad y que no debía de ser problemático. Una vez se realizó la conducta, C. mostró signos de sentirse más nerviosa, puntuando 5 antes de subirse y 7 al bajarse. Sin embargo, al repetir la acción tres veces más, la ansiedad se fue reduciendo, puntuando 6 y 5, 4 y 4, y 3 y 2. C. se mostró más conforme y sentía que estaba avanzando, por lo que se le animó a realizar el ítem 4. C. aceptó puesto que sentía que al ser el mismo ascensor le costaría menos esfuerzo. De esta manera, C. realizó la exposición al ítem 4 un total de 4 veces, puntuando 6 y 5, 5 y 4, 3 y 2, y 2 y 1.

Tras la exposición, C. mostraba entusiasmo y sentía que estaba avanzando mucho. Sin embargo, argumentaba que creía que desde este ítem al siguiente probablemente sentiría más ansiedad, puesto que los ascensores de su casa son de muchas plantas y, por lo tanto, se sentía más “agobiada y nerviosa”. Pese a este pensamiento, se sentía animada de haber conseguido montarse en ascensores “normales” (refiriéndose al número de plantas) y que practicaría de cara a la siguiente sesión, puesto que el edificio donde se encontraba el ítem 3 y 4 era donde asistía a clase y le resultaría fácil practicar. Finalmente, se le animó a realizar los autorregistros y a practicar.

Séptima sesión

La séptima sesión fue el 3 de diciembre. Esta sesión transcurrió en su residencial, el cual previamente me había indicado como llegar. En su residencial había dos ascensores: el ascensor más nuevo que pertenecía al ítem 5 y 6 y, además, el ascensor donde se quedó encerrada que pertenecía al ítem 7 y 8.

En esta ocasión no entregó el autorregistro, aunque nos comentó que sí utilizó el ascensor en 3 ocasiones y que apenas sintió ansiedad.

Se procedió a realizar el ítem 4 de repaso, puntuando 1 y 0, argumentando que “ya estaba superado” y que se sentía muy feliz de poder utilizar los dos ascensores con tanta facilidad. Tras esto, procedimos a ir a su residencial y realizar el ítem 5 allí.

C. se mostraba más ansiosa y temía quedarse encerrada, argumentando que, aunque donde más pasaba era en el otro ascensor (ítem 7 y 8), en este podría pasar también. Pese a esto, C. estaba motivada y quiso exponerse al ítem 5. C. mostró altos niveles de ansiedad puntuando un 8, además se esforzaba en explicar que se sentía más ansiosa porque era “otro nivel” debido a las 8 plantas, aunque, pese a oponer cierta resistencia con comentarios como “no sé si seré capaz”, decidió realizar la exposición. Tras cuatro intentos, la ansiedad se mantuvo alta, puntuando 8 y 7, 6 y 8, 8 y 7 y finalmente, 6 y 5. C. sentía que la ansiedad se mantenía más tiempo que en otras ocasiones y que se encontraba peor, aunque en el último intento empezaba a sentirse mejor, reduciéndose la ansiedad. Sin embargo, C. se mostraba cansada y así lo hizo ver, prefiriendo terminar la exposición en este último intento.

Se le animó a hacer el autorregistro y a practicar, pero solo realizando la subida, pues subida y bajada sería el ítem 6.

Octava sesión

La octava sesión fue el 17 de enero de 2020. La sesión transcurrió en su residencial. Destacar que entre la séptima y octava sesión transcurrió un mes y dos semanas. Se debió a varios factores: por un lado, C. se hizo un esquince que provocó que no pudiese asistir a consulta; por otro lado, pese a que el esquince duró solo quince días, comenzaron las vacaciones de Navidad, volviendo a su pueblo; tras esto, comenzaron los exámenes y no pudimos retomar la intervención hasta que terminó.

Pese a ello, C. argumentaba haber practicado y entregó un autorregistro (Anexo 1). Retomamos el ítem 5, mostrando bastante menos ansiedad que en la última sesión, argumentando que lo había ido utilizando alguna vez, más incluso debido al esquince. Tras dos exposiciones, C. mostró puntuaciones de 6 y 4 y 4 y 2. Ella misma animó a pasar al ítem 6. Con el ítem 6, ocurrió como con el ítem 2 y 4, C. se sentía más capaz al haber practicado previamente la subida. No temía quedarse encerrada y consideraba que el ascensor era seguro.

Tras realizar la exposición 4 veces, C. mostró niveles reducidos de ansiedad, puntuando 5 y 4, 4 y 3, 3 y 1 y finalmente, 1 y 1. C. argumentó que no sentía que fuese un problema este ascensor y que se sentía capaz de utilizarlo alguna vez, aunque no a menudo. Se le animó a realizar la exposición del ítem 6 durante la semana y a realizar el autorregistro.

Novena sesión

La novena sesión fue el 21 de enero. La sesión transcurrió en su residencial, dando paso al ascensor antiguo, donde se quedó encerrada, el cual pertenecía al ítem 7 y 8. En esta ocasión no entregó el autorregistro, pese a comentar que había practicado varias veces a lo largo de la semana.

Para comenzar con la exposición, se volvió a hacer el ítem 6, mostrando que C. puntuaba 3 y 2, mostrándose segura y, pese a estar un poco nerviosa, encontrarse bien. Tras esto, se le explicó que ya solo faltaban dos ítems y que eran el 7 y el 8, en el ascensor donde se quedó encerrada. C. comentó que ya lo sabía, aunque eso no impedía que se sentía negativa y temía quedarse encerrada. Nos comentó que un vecino se quedó encerrado hace un par de meses y que, aunque no había ocurrido desde entonces, era muy probable. Pese a esto, C. se mostró ilusionada pese a la ansiedad y aceptó empezar. La ansiedad puntuó muy alto en las 4 ocasiones, mostrando que C. puntuaba 9 y 8, 9 y 7, 7 y 7 y 5 y 6. Tras observar altos niveles de ansiedad, se procedió a realizar una vez más el ítem 6, el ítem previo al 7, para que terminásemos la sesión con un nivel de ansiedad reducido. C. puntuó 5 y 2, comprobando que ese ascensor lo tenía superado y sintiéndose más animada.

C. argumentó que el ascensor que comprendía los ítems 7 y 8 era el peor, pero que consideraba que era capaz de afrontarlo y que, aunque la ansiedad puntuaba alto, en el fondo sabía que iba mejorando. Añadió que no pensaba que se fuese a montar nunca en ese ascensor de nuevo. Pese a estar ilusionada, C. se mostraba cansada y se decidió terminar el ítem 7 y comenzar el 8 en la siguiente sesión.

Se le animó a realizar el autorregistro y a practicar.

Décima sesión

La décima sesión fue el 27 de enero. La sesión transcurrió en su residencial. C. no entregó el autorregistro y comentó que no se había atrevido a practicar en el ítem 7, pero que sí había practicado en el otro ascensor (ítem 5 y 6).

Aunque no lo había hecho sí se sentía animada de hacerlo. No sentía que fuera tan probable quedarse atrapada, puesto que nadie se había quedado encerrado y ella misma lo había utilizado varias veces en la sesión anterior, aunque decía que era más probable en el ascensor este que en cualquier otro. Retomamos el ítem 7, realizándolo en dos ocasiones, mostrando que C. se sentía mucho menos ansiosa que en la sesión anterior, puntuando 5 y 4 y 4 y 2, observando bastante progreso. C. no sabía justificar el por qué se sentía mejor, pero intuía que el hecho de dejar de pensar que se quedaría encerrada y comprobar que el ascensor funcionaba bien reducía esa ansiedad. Tras esto, y sintiendo que C. se veía capaz, se procedió a realizar el ítem 8. Tras realizarlo 4 veces, C. puntuó 7 y 3, 3 y 3, 3 y 2 y 3 y 1. C. se sentía bien al final, y asumía que lo peor había sido el ítem 7, puesto que el ítem 8 era muy parecido al anterior, aunque fuese más tiempo.

Tras comprobar que la ansiedad se había reducido bastante, consideramos terminar la exposición en sí misma. C. se sentía capaz de montarse sola y practicaría de cara a la siguiente sesión.

Sesión de postevaluación

La undécima sesión fue el 31 de enero. La sesión transcurrió en el gabinete de la universidad. Se procedió a volver a pasar los cuestionarios, la entrevista semiestructurada y la entrevista ADIS-V. También se realizó una sesión de prevención de recaídas, volviendo a explicar la ansiedad, recordando sus mecanismos, además de explicar la posibilidad de que volviesen los síntomas y distintas pautas acordadas entre ambos que puedan resultar beneficiosas en el caso de que sucediese, como realizar conductas de afrontamiento ante la situación temida, buscar apoyo si es necesario, no utilizar conductas de evitación o conductas defensivas que mantengan el problema...

C. comprendió con facilidad la posibilidad de recaídas, entendiendo que no había que darle demasiada importancia siempre y cuando se practicara lo que habíamos ido aprendiendo. Se mostró agradecida por todo lo que se había avanzado con su problema y confirmó que asistiría a la sesión de seguimiento.

Sesión de seguimiento

La duodécima sesión fue el 27 de febrero. La sesión transcurrió en el gabinete de la universidad. Se volvió a realizar la evaluación, con la entrevista ADIS-V, la entrevista semiestructurada y los cuestionarios. C. mantenía su buen estado y confirmaba que se mantenían los resultados.

7.3. RESULTADOS

Se realizó la evaluación igual que en la sesión pre: entrevista ADIS-V, entrevista semiestructurada y cuestionarios.

La entrevista ADIS-V confirmó que ya no se cumplían los criterios de FE del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Por otro lado, la entrevista semiestructurada confirmó que los síntomas de ansiedad y miedo, al igual que las conductas defensivas, ya no se presentaban. La ansiedad ya no aparecía ante la presencia de ascensores o pensar en ellos, además de que no se utilizaban conductas defensivas al subirse en ascensores.

Los cuestionarios obtuvieron las siguientes puntuaciones:

-El cuestionario STAI (Spielberger, 1982), C. puntúa 15 en ansiedad-estado y 10 en ansiedad-rasgo, manteniéndose bajas (máxima 60 y mínima 0) al igual que en los resultados previos.

-El cuestionario BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) la puntuación obtenida es de 5 (máxima 63 y mínima 0), manteniendo la hipótesis de que no padece ningún síntoma depresivo.

-El cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (Taylor et al, 2007) puntúa 5 en ansiedad somática, 3 en ansiedad cognitiva y 7 en ansiedad social, siendo la puntuación total 15. Las puntuaciones se mantienen estables (máximo 24 y mínimo 0) y no se comprueban cambios respecto a la sesión pre.

-El Inventario de Temores FSS-III (Wolpe & Lang, 1964), el miedo a los ascensores puntúa con un 1, siendo uno de los cambios más destacables, bajando su intensidad desde 4. Por otro lado, puntúa con 3 a estar sola, ver o que te pongan inyecciones, operación quirúrgica, sentirse ignorado y hombres y mujeres desnudos. Con 2 a heridas abiertas, mirar una pelea, ser criticado y sentirse rechazado por otros y con 1 a distintos ítems entre los que destacan gente muerta o dejar a los amigos, además de estar en un ascensor que ya se ha mencionado previamente. Se confirma que el miedo a los ascensores ha bajado su intensidad.

-El Cuestionario de Claustrofobia (Radomsky et al, 2001), puntúa 10 en falta de aire y 8 en sentirse inmovilizada, teniendo un total de 18. Se observa un descenso, tanto en la puntuación total (máxima 104 y mínima 0) como en ambas dimensiones de la escala (máxima 52 y mínima 0), confirmando que los síntomas de falta de aire o sentirse inmovilizada han descendido de intensidad.

-El Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) puntúa con 25, siendo una puntuación baja (máxima 85 y mínima 17), observándose también un descenso en comparación con la medida pre.

-El cuestionario Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (Muris et al, 2016), obtiene puntuación de 0 en ansiedad por separación y en mutismo (máxima 18 y 12 respectivamente y mínima en ambos 0), 5 en ansiedad generalizada (máxima 18 y mínima 0), 3 en fobia social (máxima 18 y mínima 0) y 9 en ataques de pánico (máxima 18 y mínima 0). Las puntuaciones se mantienen estables.

En conclusión, los resultados confirman que se han cumplido los objetivos. El objetivo principal se confirma puesto que tanto la entrevista ADIS-V como la entrevista semiestructurada nos indican que no cumple los criterios específicos de FE. Por otro lado, en cuanto a los objetivos específicos, también se han cumplido. C. ha mostrado adherencia al tratamiento, ha dejado de utilizar conductas defensivas ante los ascensores y sus errores cognitivos (sobreestimación y catastrofización) ya no se produjeron, como se puede comprobar con las continuas preguntas durante la intervención y con la entrevista semiestructurada. Finalmente, el objetivo específico de fomentar el conocimiento de la ansiedad y sus mecanismos de acción se ha cumplido, puesto que C. entendió su funcionamiento tanto con la psicoeducación como con la fase de recaídas.

Por otro lado, los cuestionarios confirman a la par que la entrevista que los síntomas de ansiedad a los ascensores se han reducido, siendo los indicadores más relevantes la reducción de 4 a 1 en el Inventario de Temores FSS-III (Wolpe & Lang, 1964) y el Cuestionario de Claustrofobia (Radomsky et al, 2001) donde se observa una disminución de las puntuaciones tanto en sentirse inmovilizada como en pérdida de aire.

Finalmente, los dos autorregistros que entregó durante la intervención muestran que al realizar los ítems respectivos como tarea para casa, su ansiedad es más reducida a la que presenta en la sesión, acorde con los comentarios que nos aportaba C. de que la mayor dificultad se presentaba en sesión, siéndole más fácil lo posterior.

7.4. SEGUIMIENTO

El seguimiento mantuvo la misma dinámica que la sesión pre y post: entrevista ADIS-V, entrevista semiestructurada y cuestionarios.

La entrevista ADIS-V confirmó, al igual que en la sesión post, que ya no se cumplían los criterios de FE del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). La entrevista semiestructurada mantenía la ausencia de conductas defensivas, errores cognitivos y la ausencia de ansiedad ante los ascensores.

Los cuestionarios obtuvieron las siguientes puntuaciones:

-El cuestionario STAI (Spielberger, 1982), C. puntúa 8 en ansiedad-estado y 16 en ansiedad-rasgo, manteniéndose bajas (máxima 60 y mínima 0) al igual que en los resultados previos.

-El cuestionario BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) la puntuación obtenida es de 4 (máxima 63 y mínima 0), manteniendo la hipótesis de que no padece ningún síntoma depresivo.

-El cuestionario Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (Taylor et al, 2007) puntúa 7 en ansiedad somática, 4 en ansiedad cognitiva y 6 en ansiedad social, siendo la puntuación total 17. Las puntuaciones se mantienen estables (máximo 24 y mínimo 0) y no se comprueban cambios respecto a la sesión pre.

-El Inventario de Temores FSS-III (Wolpe & Lang, 1964), el miedo a los ascensores puntúa con un 1, mientras que los demás miedos puntúan entre 3-1, aunque ninguno de ellos afecta a su funcionalidad.

-El Cuestionario de Claustrofobia (Radomsky et al, 2001), puntúa 7 en falta de aire y 7 en sentirse inmovilizada, teniendo un total de 14. Se mantiene el descenso, tanto en la puntuación total (máxima 104 y mínima 0) como en ambas dimensiones de la escala (máxima 52 y mínima 0).

-El Cuestionario de Sensaciones Corporales (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984) puntúa con 21, siendo una puntuación baja (máxima 85 y mínima 17), manteniéndose los resultados.

-El cuestionario Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (Muris et al, 2016), obtiene puntuación de 1 en ansiedad por separación y 0 en mutismo (máxima 18 y 12 respectivamente y mínima en ambos 0), 6 en ansiedad generalizada (máxima 18 y mínima 0), 6 en fobia social (máxima 18 y mínima 0) y 7 en ataques de pánico (máxima 18 y mínima 0). Las puntuaciones se mantienen estables.

A continuación, se presenta una tabla resumen en el que se comparan los resultados pre, post y los del seguimiento.

Tabla 2. Resultados pre, post y seguimiento. (Elaboración propia)

Escala	Subescalas	Pre	Post	Seguimiento
STAI	STAI Rasgo	19	10	16
	STAI Estado	15	15	8
BDI-II	BDI-II	4	5	4
	Ansiedad Somática	4	5	7
Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3	Ansiedad Cognitiva	4	3	4
	Ansiedad Social	8	7	6
	Total Sensibilidad a la Ansiedad	16	15	17
Inventario de Temores FSS-III	Miedo a los ascensores	4	1	1
	Falta de aire	20	10	7
Cuestionario de Claustrofobia	Sentirse inmovilizada	28	8	7
	Total Claustrofobia	48	18	14
Cuestionario de Sensaciones Corporales	Cuestionario de Sensaciones Corporales	49	25	21
	Ansiedad por separación	0	0	1
	Mutismo	2	0	0
Youth Anxiety Measure for DSM-5, PART I	Ansiedad generalizada	3	5	6
	Fobia social	7	3	6
	Ataques de pánico	6	9	7

8. CONCLUSIONES

En conclusión, la intervención en un caso de fobia específica ha sido un éxito. Al utilizar la terapia cognitivo-conductual y la exposición en vivo, tal y como la teoría muestra, se ha comprobado que C. no cumple los criterios para la FE, tanto en el post como en el seguimiento.

Destacar que C. ha mostrado predisposición y motivación durante todo el proceso, sin poner excusas o dificultades, mostrándose dispuesta a afrontar la exposición continuamente pese a la dificultad y el malestar que pudiera ocasionarle. Además C. se ha mostrado siempre dispuesta a realizar la evaluación varias veces, sin resultarle tedioso el hecho de que hubiera postevaluación y seguimiento. El único percance debido a factores externos fue el parón en la intervención entre diciembre y enero, aunque debido a que siguió practicando y que su motivación no sufrió ninguna reducción, sino que se mantuvo, se pudo mantener la exposición y, por lo tanto, la intervención.

Resaltar además la importancia de la psicoeducación en todo el proceso, puesto que gracias a esto C. dejó de utilizar conductas defensivas desde el primer momento, comprendido que son inútiles y que conlleva mayor ansiedad a largo plazo.

Por último, resaltar la importancia de tener una base sólida y científica en cuanto a la terapia cognitivo-conductual y a la técnica de exposición en vivo, lo cual permite poder realizar diseños de caso único con buenos resultados como en este caso.

9. BIBLIOGRAFIA

- Alonso, J., Lepine, J. P., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee . (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 3-9.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: autor.
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K., Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2016). The epidemiology of common health mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiologic and Psychiatry Science*, 25, 24-32.
- Antony , M., & Barlow, D. (2002). Specific phobias. In D. Barlow, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Antony, M., & Barlow, D. (2002). Specific phobias. In D. Barlow, *Anxiety and its disorders* (2 ed., pp. 380-417). Nueva York: Guilford.
- Association, D.-1. o. (2019, Febrero). *Exposure Therapies for Specific Phobia*. Retrieved from <https://www.div12.org/treatment/exposure-therapies-for-specific-phobias/>
- Bados, A. (2005). Fobias específicas. In V. Pareja, *Manual de terapia de conducta* (pp. 169-218). MA (ed.).
- Bados, A. (2017, Septiembre 20). *Fobias específicas: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115722/1/Fobias%20espec%C3%A9ficas.pdf>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clinical Neuropsychology*, 19(2), 93-107.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guildford.

- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Londres: Oxford University.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory Second Edition*. Manual San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brown, T., & Barlow, D. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) - Adult and Lifetime Version. Clinician Manual*. . Londres: Oxford University Press.
- Brown, T., Di Nardo, P., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos-Cubero, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado: Adaptación española (8ª ed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Chambless, D., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1090-1097.
- Fernández, A., & Luciano, M. C. (1992). Limitaciones y problemas de la teoría de la preparación biológica de las fobias. *Análisis y modificación de conducta*, 18(58), 203-230.
- García-López, L., Sáez-Castillo, A., & Fuentes-Rodriguez, G. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 208, 455-459.
- Graaf, R., Have, M., Gool, C., & Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203-213.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and

- independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Hekmat, H. (1987). Origins and development of human fear reaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 197-218.
- Martínez, M., García, A., & Botella, C. (2003). Propiedades psicométricas del cuestionario de claustrofobia en población española. *Psicothema*, 15(4), 673-678.
- Menzies, R. G., & Clarke, J. C. (1995). The etiology of phobias: A nonassociative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23-48.
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2016). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale assessing disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 1-17.
- Norton, P., Barrera, T., Mathew, A., Chamberlain, L., Szafranski, D., Reddy, R., & Smith, A. (2013). Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30, 168-173.
- Opris, D., Pinte, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85-93.
- Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Powers, M., & Emmelkamp, P. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders; A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(5), 561-569.
- Radomsky, A., Rachman, S., Thordarson, D., McIsaac, H., & Teachman, B. (2001). The Claustrophobia Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 287-297.

- Roy-Byrne, P., Craske, M., Sullivan, G., Rose, R., Edlund, M., Lang, A., & Stein, M. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA*, 303, 1921-1928.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., & Santed, M. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91-104.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 12(2), 249-280.
- Seligman, M. (1970). On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*, 77, 406-418.
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Silverman, W., & Albano, A. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV*. Nueva York: Graywind Publications.
- Spielberger, C. G. (1982). *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R., Ruan, W. J., & et al. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 37, 1047-1059.
- Taylor, S. Z. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Wadenaar, K., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Benjet, C., & De Jonge, P. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(10), 1744-1760.

- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wolitzky-taylor, K., Horowitz, J., Powers, M., & Telch, M. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *Revista de toxicomanía*, 61, 3-20.
- Wolpe, J., & Lang, P. (1964). A fear survey Schedule for use in behaviour therapy. *Behav Res Ther*, 2, 27-30.

9. ANEXOS

ANEXO 1: Autorregistros

A continuación, se presentan los tres autorregistros que C. presentó:

Autorregistro vacío

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Intensidad	Consecuencias

Autorregistro 1

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Intensidad	Consecuencias
18/10/2019	Observo el ascensor de mi bloque de pisos.	Me imagino encerrada y me planteo que es muy probable que ocurra. Intenté pensar que todo va a ir bien, pero no puedo evitar dejar de imaginarme encerrada y que no podría salir de allí.	Mi cuerpo se paraliza y sufro mucha ansiedad, sobretodo sudor en las manos y el corazón me va muy rápido.	Agacho la mirada, fijando la vista en el móvil. Intento pensar en otras cosas y al poco rato decido marcharme y evitar mirar.	7	Me siento ansiosa durante un rato y hasta que no llego a la universidad con mis amigas, no se me pasa.

21/10/2019	Mis amigas se montan en el ascensor de la universidad , pero yo no puedo.	Me vienen imágenes de quedarnos encerradas, pero sobretodo pienso en que soy muy exagerada e idiota por no poder montarme.	Siento nerviosismo, me sudan las manos y me siento algo cansada.	Subo por las escaleras y una amiga me acompaña.	5	Se me pasa lo del ascensor al hablar con ella.
------------	---	--	--	---	---	--

Autorregistro 2

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Intensidad	Consecuencias
27/11/2019	Utilizo el ascensor que entrenamos en la sesión anterior.	Me resulta más sencillo de lo que creía y no temo quedarme encerrada, porque se ve nuevo y seguro.	Me siento tranquila, un poco nerviosa, pero nada en comparación con las otras veces.	Me mantengo normal, intento no desviar la atención, pero el trayecto es corto, apenas me da tiempo a pensar y me resulta fácil.	2	Se me olvida rápido porque voy a clase.

29/10/2019	Utilizo otra vez el ascensor.	Me siento normal, con mi amiga, y no pienso mucho.	Tranquila.	No presto mucha atención porque estoy hablando.	1	No hay consecuencias.
------------	-------------------------------	--	------------	---	---	-----------------------

Autorregistro 3

Día	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Intensidad	Consecuencias
20/12/2019	Utilizo el ascensor con mis padres.	Me da algo de miedo el pensar que vuelvo a utilizar el ascensor con mis padres, porque la última vez nos quedamos encerrados, aunque intento pensar que no va a ocurrir.	Me siento algo nerviosa, pero también hablo con mis padres y me tranquiliza.	Pese a que intento estar normal, a veces me centro más en hablar con mis padres que en el ascensor.	4	Después, pese a haber bajado, pienso que sola me dará miedo.

12/1/2019	Utilizo el ascensor con una amiga.	Me siento algo nerviosa.	Nerviosa.	Hablo con mi amiga.	3	Lo he hecho y me siento bien.
14/1/2019	Utilizo el ascensor sola.	Me siento menos nerviosa.	Un poco nerviosa.	Miro al ascensor, vino otro vecino y lo miré un poco, pero se me pasó rápido.	4	Algo nerviosa, pero creo que puedo acostumbrarme. Me da más miedo el otro ascensor.

ANEXO 2: INFORME FAVORABLE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA



COMISIÓN DE ÉTICA DEL MPGS

Título del TFM: Intervención en fobia específica

Autor: Juan José de la Rosa Blanca

Tutor: Lourdes Espinosa Fernández

Convocatoria: Ordinaria I

Informe que se emite: FAVORABLE

Observaciones:

En Jaén, a 12 de febrero de 2020

**MUELA
MARTINEZ
JOSE
ANTONIO - 25985122K** Firmado
digitalmente por
MUELA
MARTINEZ JOSE
ANTONIO -
25985122K
Fecha: 2020.02.12
14:10:22 +01'00'

Fdo: José Antonio Muela Martínez

Presidente de la Comisión de Ética del MPGS

ANEXO 3: CRONOGRAMA

Tabla 2. Cronograma de las sesiones. (Elaboración propia)

Fecha	Número de sesión	Descripción
03/10/2019	1	Entrevista inicial y planteamiento del TFM
14/10/2019	2	Entrevista ADIS-5 y entrevista semiestructurada
22/10/2019	3	Devolución de la evaluación y psicoeducación
29/10/2019	4	Elaboración de la jerarquía
10/11/2019	5	Exposición ítem 1 y 2
19/11/2019	6	Exposición ítem 3 y 4
3/12/2019	7	Exposición ítem 5
17/01/2020	8	Exposición ítem 6
21/01/2020	9	Exposición ítem 7
27/01/2020	10	Exposición ítem 8
31/01/2020	11	Postevaluación y sesión de prevención de recaídas
27/02/2020	12	Seguimiento

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DOCUMENTO INFORMATIVO)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y, si es necesario puede consultar las dudas que tenga en el teléfono o dirección que aparece al final de esta página.

Naturaleza del estudio:

Se va a llevar a cabo un estudio cuyo título es “**Intervención en fobia específica**”. La puesta en marcha de este estudio, conllevará en un primer momento la recogida de información a través de una entrevista y la administración de varios cuestionarios relacionados con esta problemática. Posteriormente, se llevará a cabo una serie de sesiones de intervención (entre 10-12 sesiones semanales de 1 hora ó 1,5 hora de duración) con el objetivo de reducir/eliminar la sintomatología asociada a esa fobia específica. En concreto, las estrategias terapéuticas a utilizar en las sesiones serán: psicoeducación sobre ansiedad/fobia y modelo explicativo, entrenamiento en estrategias de afrontamiento (respiración, relajación, autoinstrucciones), exposición en vivo y gradual ante el estímulo temido y prevención de recaídas. Las sesiones se desarrollarán en formato individual y tendrán lugar en las instalaciones de la Universidad de Jaén (Departamento de Psicología). Tras la finalización de las sesiones de intervención, se realizará de nuevo una evaluación utilizando los mismos cuestionarios que en la evaluación previa.

Este estudio se enmarca dentro de los Trabajos Fin de Máster que los alumnos del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad de Jaén han de realizar en su 2º año de máster. En concreto, este estudio será realizado por el alumno Juan José de la Rosa Blanca, bajo la tutorización de la Doctora y Profesora de Psicología en la Universidad de Jaén Lourdes Espinosa Fernández.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El/la participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto conlleve ninguna repercusión para él/ella.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio, conllevando, ello, su posterior publicación, asegurando en este caso, el anonimato del participante.

Riesgos para el participante: Ninguno

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con:

-Juan José de la Rosa Blanca mediante correo electrónico: jjrb0004@red.ujaen.es

-Lourdes Espinosa Fernández en el teléfono 953213458 ó mediante correo electrónico: lespino@ujaen.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Intervención en fobia específica”

Yo (Nombre y Apellidos):.....

con DNI:.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido resolver las dudas que se me han planteado.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio sobre “**Intervención en fobia específica**”

Firma

D/Dª:.....

Fecha:

(DEVOLVED ESTA HOJA)