



**Facultad de Psicología**

Trabajo Integrador Final

**Las técnicas de exposición para el  
tratamiento de los trastornos de ansiedad**

Modalidad: Investigación Bibliográfica

Autor: Ferreyra, Gonzalo

Legajo: F-5391/1

DNI: 36.792.251

Docente responsable: Esp. Orive, Maira

Año 2024

1

**Índice**

**1. Introducción 3 1. Objetivo general y objetivos específicos 4 3. Desarrollo 5**

**3.1 Las Terapias Cognitivo Conductuales 5 3.1.1 Primera ola: las terapias  
conductuales 6 3.1.1.1 La Desensibilización Sistemática de Wolpe 7 3.1.2**

Segunda Ola: Terapias Cognitivo-Conductuales 8 3.1.3 Tercera ola: Terapias Contextuales 10

**3.2 Técnicas de Exposición 12** 3.2.1 Fundamentos Teóricos de las Técnicas de Exposición 12 3.2.1.1 La teoría bifactorial de Mowrer 13 3.2.1.2 La teoría del procesamiento emocional 14 3.2.2 Tipos de Exposición 14 3.2.2.1 Exposición en vivo 14 3.2.2.2 Exposición interoceptiva 15 3.2.2.3 Exposición simbólica 15 3.2.3 El Procedimiento de la Exposición 15

**3.3 Evidencias Empíricas Actuales de la Utilización de las Técnicas de Exposición en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad 17** 3.3.1 Estudios de caso único 17 3.3.1.1 Sobre la exposición 19 3.3.1.2 Resultados de los estudios 19 3.3.2. Otros estudios 21 **4. Conclusiones 24 5. Referencias Bibliográficas 25**

2

## Resumen

El presente trabajo aborda desde la modalidad de investigación bibliográfica, la temática de la terapia cognitivo conductual (TCC) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Dentro de este campo, se plantea como problema de investigación la revisión de la bibliografía existente acerca de las técnicas de exposición (TE) para el tratamiento de dichos trastornos. El mismo tiene por objetivo obtener información actualizada y basada en evidencia acerca de la aplicación de estas técnicas, para lo cual indaga en artículos científicos publicados durante los últimos cinco años. Propone un recorrido que comienza con un breve repaso por la historia de las TCC, para luego conceptualizar las TE describiendo sus tipos y el modo de aplicación. Por último se revisan un total de trece artículos de investigación que dan cuenta de la utilización de las TE en el tratamiento de trastornos de ansiedad, de los cuales se obtiene evidencia sobre su efectividad en diferentes modalidades: *exposición en vivo, en imaginación, mediante realidad virtual, etc.*

**Palabras clave:** terapia cognitivo conductual; trastornos de ansiedad; técnicas de exposición.

3

## 1. Introducción

Las terapias cognitivo conductuales (TCC) son reconocidas en el campo de las psicoterapias como un enfoque efectivo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Dentro de las intervenciones utilizadas en la TCC, las técnicas de exposición han demostrado ser especialmente relevantes y eficaces en este tipo de problemas. Beck y Clark (2010) definen a la exposición como “la presentación sistemática, repetida y prolongada de objetos, situaciones o estímulos (internos o externos) que son evitados por sus propiedades provocadoras de ansiedad” (p.398). Debido a que la evitación es uno de los rasgos centrales de los trastornos de ansiedad, las técnicas de exposición suelen constituir el elemento terapéutico nuclear de los programas de tratamiento.

El presente trabajo realiza una revisión bibliográfica acerca de las técnicas de exposición considerando que es fundamental para poder conocer e integrar los avances científicos más recientes acerca de estas. La manera en que se estructura responde a un intento de sintetizar el conocimiento que se tiene sobre este tipo de intervenciones. Para ello, propone un recorrido que consta de tres partes principales. En la primera parte se realiza un breve repaso por la historia de las terapias cognitivo conductuales, caracterizando sus tres generaciones u “olas”, y mencionando las teorías principales en

cada una de ellas. En la segunda parte el lector encontrará un apartado dedicado a las técnicas de exposición en el que se indagarán los fundamentos teóricos que dan cuenta de su eficacia; las modalidades en que se puede llevar a cabo la exposición (exposición en vivo, exposición simbólica, etc.); y por último, algunas consideraciones acerca de cómo se debe llevar a cabo el procedimiento de estas técnicas. La tercera parte corresponde a la revisión de estudios recientes sobre la exposición en las terapias cognitivo conductuales, que aportan evidencia actualizada de su aplicación y efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

### **Criterios de selección del material bibliográfico**

Se incluyeron artículos científicos con una publicación de menos de cinco años acerca de las técnicas de exposición en las terapias cognitivo-conductuales.

4

### **1. Objetivo general y objetivos específicos**

**Objetivo general:** obtener información actualizada y basada en evidencia acerca de la aplicación de las técnicas de exposición en el tratamiento de los trastornos de ansiedad desde la TCC.

#### **Objetivos específicos:**

- a. Examinar el contexto de surgimiento de las técnicas de exposición dentro de las terapias cognitivas conductuales.
- b. Indagar acerca de los fundamentos teóricos de las técnicas de exposición.
- c. Revisar evidencia empírica actual sobre la utilización de las técnicas de exposición en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

5

### **3. Desarrollo**

#### **3.1 Las Terapias Cognitivo Conductuales**

Cuando hablamos de terapias cognitivo-conductuales (TCC) nos referimos a un amplio campo de conocimiento que comprende una gran variedad de teorías y técnicas desarrolladas a partir del estudio científico de la conducta. Esta es entendida como toda acción que realiza un organismo en interacción con su entorno. Las TCC consideran además la cognición, es decir, los procesos mentales que intervienen en el conocimiento y comprensión del sí mismo y del mundo; y las emociones como respuestas psicofisiológicas con una función específica de adaptación. En este sentido, conducta, cognición y emoción se encuentran interrelacionados constituyendo los componentes fundamentales de la experiencia.

En las TCC el objeto del tratamiento es “la conducta y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación, aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.83). En sus concepciones más clásicas, y en un sentido general, podemos decir que la intervención terapéutica tendrá como objetivo modificar la conducta que se considera desadaptada y promover el aprendizaje de otras que no se estén produciendo, lo cual tendrá efectos a nivel cognitivo y emocional. Para ello, “la intervención también

puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están en la base del comportamiento” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.83). Aunque, es menester señalar que en las terapias denominadas de *tercera generación* o *terapias contextuales*, “el foco no está en cambiar el contenido de las experiencias internas (sean emociones, pensamientos, sensaciones, etc.), sino en modificar su función o efecto, a través de modificar el contexto en el cual suceden” (Horacio, 2016, p.7).

Una de las características principales de las TCC es que, a nivel metodológico, su práctica se sustenta en “la aplicación de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.83). Las TCC tienen especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que abarca todo lo referente a la evaluación y tratamiento. La efectividad de estas técnicas se comprueba mediante estudios experimentales que evalúan las modificaciones en la conducta intervenida, teniendo en cuenta tanto los cambios a corto y largo plazo como su generalización al entorno cotidiano del paciente (Ruiz Fernández et al., 2012).

Rachman (1997) y O’Donohue (1998 y 2009) estudiaron la evolución teórica de la Terapia de Conducta identificando tres *estadios* (Rachman) o *generaciones* (O’Donohue) que permiten ordenar las terapias que se fueron constituyendo en su seno (Ruiz Fernández et al., 2012). Por su parte, Steven Hayes (2004) opta por utilizar el término *ola* para referirse a lo que sucede “cuando emergen varios abordajes nuevos que son difíciles de clasificar, [lo cual] es posiblemente una señal de que el campo mismo se está reorganizando”(Horacio, 2016, p.5). Estas olas hacen referencia a perspectivas similares que surgieron casi simultáneamente en el campo de las terapias de conducta. Cada ola representa una fase distinta que surge como respuesta y expansión a las limitaciones de la anterior, al mismo tiempo que introduce innovaciones teóricas y prácticas significativas que cambian el enfoque y las técnicas utilizadas en la terapia para tratar los problemas psicológicos. No obstante, la emergencia de una nueva ola no representa la superación definitiva de la anterior, sino que se nutre de ciertos elementos dejando de lado otros (Horacio, 2016).

6

### **3.1.1 Primera ola: las terapias conductuales**

Las primeras terapias conductuales nacieron en la década del 50’ tomando como fundamento teórico los principios del aprendizaje desarrollados por el conductismo y aplicándolos al ámbito clínico. El conductismo nace en EEUU a principios del siglo pasado dentro de un movimiento interesado en la investigación experimental en psicología, el cual compartía junto a otras escuelas como el *funcionalismo* y la *Gestalt*. Bajo las premisas del positivismo lógico, los conductistas sostenían que el conocimiento debía basarse en los fenómenos observables y debía además poder verificarse mediante experimentación, por lo cual, tomaron a la conducta como objeto de estudio de la psicología (Ruiz Fernández et al., 2012).

Watson (1945), uno de sus principales referentes, define la conducta como todo “lo que el organismo hace o dice” (p.30). Para este investigador, “el interés del conductista en las acciones humanas significa algo más que el del mero espectador: desea controlar las reacciones del hombre, del mismo modo como en la física los hombres de ciencia desean examinar y manejar otros fenómenos naturales” (Watson, 1945, p.35). El conductismo estudió los mecanismos mediante los cuales ciertas conductas son aprendidas por un organismo en su interacción con el ambiente, y al mismo tiempo cómo éstas son pasibles de modificarse mediante procedimientos denominados de *condicionamiento*, dentro de los que diferenciaron el condicionamiento

clásico y el operante.

El *condicionamiento clásico o pavloviano* es el mecanismo básico por el cual los organismos aprenden un repertorio de conductas. Tomando el modelo del arco reflejo, la conducta se compone de una relación asociativa entre un estímulo y una respuesta. Pavlov, mediante la investigación con perros, descubrió que podía condicionar ciertas respuestas innatas de estos animales mediante el emparejamiento del estímulo original que las provocaba con otro que, previamente al condicionamiento, no provocaba respuesta alguna. Por su parte, Watson trató de convertir el condicionamiento pavloviano en la base de la psicología conductual llegando a experimentar estos principios en humanos.

Watson demuestra mediante un experimento con un niño, *El Pequeño Albert*, que es posible condicionar una respuesta emocional de miedo. Esto lo hace presentando un animal que previamente no haya generado miedo en él, en este caso una rata, y golpeando una barra de acero al mismo tiempo para asustar al niño. Concluye que, luego de tres o cuatro repeticiones, el animal provoca la misma respuesta que la barra de acero, es decir, una respuesta de miedo. Esto lo denominó *respuesta emocional condicionada*, la cual es una forma de reflejo condicionado (Watson, 1945). Ahora bien, los resultados de este experimento confirmaron que es posible crear una neurosis experimental a partir del condicionamiento de la respuesta emocional de miedo, lo que despertó el interés de Watson de crear un procedimiento terapéutico basado en los mismos principios. Mary Cover Jones, una de sus discípulos, encontró que las dos estrategias más efectivas para eliminar aquella respuesta aprendida de miedo eran el condicionamiento directo, consistente en asociar el miedo con un estímulo que evocara una respuesta agradable, lo cual 30 años más tarde Wolpe lo denominaría *contracondicionamiento por inhibición recíproca*, y la *imitación social o modelado*, colocando al niño junto a otros niños que pudieran acercarse sin sentir miedo hacia el objeto temido (Ruiz Fernández et al., 2012).

Por otra parte, el *condicionamiento operante* intentará explicar no sólo el modo en que una conducta se aprende sino además cómo logra perdurar en el tiempo. Esto lo hace agregando un tercer elemento que entra en juego en el esquema E-R, a saber, la consecuencia ambiental que obtiene la conducta, denominada *contingencia*, y que puede expresarse en términos de refuerzo o castigo.

El psicólogo estadounidense Edward Thorndike desarrolló experimentos que sentaron las bases del condicionamiento operante. Su principio más importante, la *Ley*

7

*del efecto*, establece que las respuestas que van seguidas de satisfacción, es decir, son recompensadas, quedan asociadas de tal forma que se incrementa su probabilidad de ocurrencia en la misma situación o en otras situaciones similares. Por el contrario, si la conducta era seguida de *discomfort*, se debilitaba la asociación con la situación, disminuyendo la probabilidad de que ocurra la respuesta conductual si la situación se repetía (Ruiz Fernández et al., 2012).

Siguiendo esta línea, Skinner dirigió su interés al estudio de la conducta dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de ésta. Estableció los principios básicos de condicionamiento operante (refuerzo, castigo, extinción, control estímular y entrenamiento en discriminación) y las variables que contribuyen a la conducta operante; entre ellos, el concepto de *refuerzo* resulta central. Este concepto se refiere a un aumento en la frecuencia, intensidad o duración de una respuesta a la que siguen inmediatamente ciertas consecuencias. De esta forma, a cualquier consecuencia que consiga este efecto, es decir, fortalezca la respuesta a la que sigue, se le denomina *refuerzo*. A su vez, desarrolló una metodología para el estudio de la conducta que llamó *análisis experimental de la conducta* centrada en el estudio de las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales. El objetivo de Skinner

era desarrollar una ciencia conductual que pudiese explicar, predecir y modificar el comportamiento atendiendo sólo a las relaciones funcionales, sin tener que recurrir a constructos inferidos (Ruiz Fernández et al., 2012). Desde este enfoque, la conducta se encontraría orientada por factores ambientales, manteniéndose en función de las consecuencias que siguen a su ocurrencia. Un aspecto esencial de su aportación estriba en la consideración del organismo como un todo. “Según Skinner, éste, y no otro, debía ser el interés de la psicología: la conducta y su función sobre el ambiente en que se emite. (Ruiz Fernández et al., 2012, p.56)” Cabe destacar que Skinner nunca negó la existencia de variables cognitivas, pero “no fueron merecedoras de su atención por no haberse desarrollado un método de estudio apropiado” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.57).

Ruiz Fernández et al. (2012) sostiene que el análisis conductual aplicado ha proporcionado a la praxis de la Terapia de Conducta tres contribuciones fundamentales. En primer lugar, las técnicas y programas basados en el control de contingencias, utilizadas para la modificación de la conducta; en segundo lugar, el *análisis funcional*, herramienta clave del proceso de evaluación conductual e instrumento esencial para la formulación conceptual de cualquier problema sobre el que se desee intervenir en el ámbito clínico; y por último, la focalización del interés sobre los datos objetivos como elementos de estudio, optando por la inducción frente a la deducción, y, en este sentido, el interés por las conductas frente a las etiquetas diagnósticas.

### **3.1.1.1 La Desensibilización Sistemática de Wolpe**

Los principales contribuyentes en el inicio de la terapia conductual fueron Joseph Wolpe en Sudáfrica, quien formuló la teoría de la inhibición recíproca e introdujo el tratamiento para la reducción del miedo validado empíricamente, posteriormente denominado desensibilización sistemática para las fobias y ansiedad (Wolpe, 1958); y Hans Eysenck en el Reino Unido, quien proporcionó la base y el fundamento teórico para la terapia conductual. Según Ruiz Fernández et al., (2012) “El psiquiatra Joseph Wolpe estaba insatisfecho con la con la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos utilizados para la neurosis, de tal forma que empieza a utilizar los principios del aprendizaje para abordar este tipo de problemas”(p.53). Utilizará el principio fisiológico de Sherrington de *inhibición recíproca*, desde el que partirá para elaborar la *Desensibilización Sistemática* (DS). El método propuesto por Wolpe busca eliminar la respuesta de ansiedad al asociarla con un estímulo cuya reacción incondicionada sea agradable y, por ende, incompatible con la ansiedad, como la relajación. Utilizando una forma abreviada de la técnica de Jacobson, entrenaba a sus pacientes para luego exponerlos gradualmente frente al estímulo temido (Ruiz Fernández et al., 2012).

8

Con Wolpe podemos ubicar el inicio de las técnicas de exposición, ya que fue en este contexto donde se empezó a incentivar a los pacientes a enfrentarse con el estímulo temido en vivo tras de la administración prolongada de la DS. Esto allanó el camino para que algunos investigadores y clínicos dejaran de lado la DS y comenzasen a enfocarse en la *exposición en vivo*. (Ruiz Fernández et al., 2012).

Por otro lado, surgieron críticas que cuestionaron la efectividad de la DS, ya que investigaciones posteriores han demostrado que la desensibilización ocurre sin necesidad de la respuesta de relajación durante la exposición, poniendo en entredicho la teoría que atribuye la disminución del miedo al mecanismo de inhibición recíproca (Ruiz Fernández et al., 2012).

### **3.1.2 Segunda Ola: Terapias Cognitivo-Conductuales**

La segunda generación de terapias conductuales surge en la década de los 70's

impulsada por las limitaciones de los principios de aprendizaje para explicar el comportamiento humano. En respuesta a esto, se incorporan contribuciones de la psicología experimental, cognitiva y social, la cuales resultaron clave para su estudio y desarrollo (Ruiz Fernández et al., 2012). Se planteó la necesidad de abandonar la investigación con animales y centrarse en estudios con humanos, examinando los mediadores cognitivos del aprendizaje. El argumento principal era que el aprendizaje humano no es automático y directo, sino que está mediado por variables verbales y cognitivas. Así, conceptos como conciencia, atención, expectativas y atribuciones, comenzaron a considerarse fundamentales para el aprendizaje. De este modo, se empezó a cuestionar el enfoque clínico característico de la primera generación de las terapias conductuales por considerarse reduccionista e inadecuado para abordar la complejidad humana, especialmente en lo que respecta a su capacidad simbólica y racional (Ruiz Fernández et al., 2012). Es entonces cuando las terapias conductuales empiezan a considerar los factores cognitivos en los procesos de aprendizaje, emergiendo una nueva denominación: *terapias cognitivo conductuales*.

La distinción principal entre las terapias cognitivas y las comportamentales consiste en que las primeras incorporan una perspectiva mediacional en la comprensión de las perturbaciones emocionales, proceso que tuvo lugar a finales de los años '60 y comienzos de los años '70, basado en el trabajo de Aaron Beck sobre la depresión. Aunque el abordaje comportamental todavía era una perspectiva dominante en aquella época, hubo un reconocimiento creciente de que el riguroso modelo de comportamiento estímulo respuesta no era lo suficientemente amplio como para explicar todo el comportamiento humano (Mahoney, 1974), y que algunos problemas clínicos como la depresión o el pensamiento obsesivo, no se pueden tratar de manera efectiva sin utilizar algunas intervenciones cognitivas (Keegan y Holas, 2010, p.3).

De manera similar, Lazarus (1968), alumno de Wolpe, fue probablemente uno de los primeros en sostener que los principios del aprendizaje eran insuficientes y que los

9

terapeutas conductuales debían prestar atención a otras áreas de la psicología. Señalaba que todos los conocimientos psicológicos, como las emociones y la memoria, son relevantes para la Terapia de la Conducta, y que toda técnica es bien recibida, sin importar su base teórica, siempre y cuando sea eficaz, y su eficacia pueda ser comprobada (Ruiz Fernández et al., 2012).

A su vez, debemos destacar la contribución esencial de Bandura quien propuso que el aprendizaje puede ocurrir a través de la observación, es decir, mediante la imitación, superando así las limitaciones de la adquisición de conductas por la experiencia directa. Bandura analiza en profundidad los distintos elementos implicados en el aprendizaje observacional, y lo distingue de los paradigmas de condicionamiento, asignándole el nombre de *condicionamiento vicario*. Según Bandura, los eventos

estimulares presentados como modelo, se retienen y se convierten en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se manifiestan en comportamientos, sirviendo como guía del comportamiento. Sostiene que la mayor parte de la conducta humana se adquiere de este modo. El aprendizaje se conceptualiza por medio de la *metáfora del procesamiento de la información*, donde el modelo sería el *input* (entrada), y la ejecución conductual el *output* (salida); y entre ambos se desarrollan una serie de procesos internos como atención, retención, producción y motivación (Ruiz Fernández et al., 2012). Este autor elaboró conceptos sumamente importantes para la TCC como son los de *expectativa de refuerzo*, *autoeficacia* y *eficacia de resultado* (Keegan y Holas, 2010).

Un aspecto compartido por todos los modelos cognitivos es que consideran la cognición como elemento determinante de la conducta, partiendo de la premisa de que nos comportamos en base a cómo interpretamos la información proveniente del entorno y de nuestro propio organismo. No obstante, dentro del campo de las terapias cognitivas se pueden identificar diferentes enfoques que carecen de un marco teórico unificador que les otorgue cohesión como modelo teórico general. En síntesis, “las terapias cognitivas diseñan siempre tratamientos basados en una formulación cognitiva del problema del paciente (modelos cognitivos de los diversos trastornos), y en una conceptualización también cognitiva del paciente concreto” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.65).

Beck (2010) define a la terapia cognitiva como

un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, Rush, Shaw y Emery, p.13).

Por lo tanto, las técnicas terapéuticas se centran en detectar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias erróneas que las sustentan. El tratamiento tiene por objetivo principal lograr que el paciente aprenda a enfrentar problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Para esto el terapeuta guía al paciente, invitándolo a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, lo que contribuye a reducir o eliminar los síntomas (Beck, et al., 2010). Además, las estrategias conductuales se utilizan como intervenciones para modificar las falsas valoraciones y creencias sobre la amenaza y la

10

seguridad. En lugar de enfocarse en las intervenciones conductuales como medio para fortalecer la inhibición o habituación de la respuesta de ansiedad, “la terapia cognitiva considera las intervenciones en términos de sus efectos sobre la modificación de la cognición relacionada con la amenaza, lo que a su vez generará una reducción de los síntomas ansiosos” (Beck y Clark, 2010, p.394).

Respecto de la exposición, la terapia cognitiva pone el foco en que este tipo de intervenciones permiten, mediante la experiencia directa, que el paciente pueda cuestionar sus creencias y así desmentir las valoraciones acerca de aquello a lo que le

teme. Considera que el aprendizaje directo tiene un impacto mucho más significativo que la persuasión lógica en la modificación del pensamiento (Beck y Clark, 2010).

### 3.1.3 Tercera ola: Terapias Contextuales

Como se mencionó anteriormente, el surgimiento de una ola refleja la emergencia de terapias que comparten ciertas características, aunque pueden resultar heterogéneas. Esto se debe a la falta de criterios y consenso acerca de cuáles terapias se deben incluir en esta tercera ola y cuáles no. Según la revista Horacio (2016) las terapias que comúnmente se incluyen dentro de esta denominación son las siguientes:

- MBSR: Mindfulness-based Stress Reduction – Reducción del estrés basada en mindfulness
- MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy – Terapia cognitiva basada en mindfulness
- MBRP: Mindfulness-based Relapse Prevention – Prevención de recaídas basada en mindfulness
- MCT: Metacognitive therapy – Terapia Metacognitiva
- BA: Behavioral Activation – Activación Conductual
- MI: Motivational Interviewing – Entrevista motivacional
- IBCT: Integrative Behavioral Couples Therapy – Terapia conductual integrativa de pareja
- FAP: Functional Analytic psychotherapy – Psicoterapia analítico funcional
- DBT: Dialectical Behavioral Therapy – Terapia dialéctico conductual
- ACT: Acceptance and Commitment Therapy – Terapia de aceptación y compromiso (p.7).

Las terapias de tercera ola, conocidas como *terapias contextuales*, se distinguen principalmente por centrarse en el contexto y la función de eventos psicológicos como

11

pensamientos, sensaciones o emociones, en lugar de intentar cambiar su contenido, su validez, su intensidad o su frecuencia. Horacio (2016) explica la perspectiva contextual mediante una analogía. Dirá que, “no es lo mismo ver una película de terror en un galpón abandonado, un domingo a las 3 de la mañana, que verla en un parque lleno de gente a las dos de la tarde” (p.7)” A pesar de que el contenido sea el mismo, al cambiar el contexto la película pierde su poder amenazante. De la misma manera se trabajan con

los pensamientos y emociones, cambiando el contexto para poder cambiar su función y que no resulten obstáculos.

Estas terapias toman las nociones sobre el proceso emocional que aporta la psicología experimental, desde donde se entienden “los procesos emocionales no como entidades disruptivas del funcionamiento del individuo que deben ser controladas, sino como conducta legítima con un sentido adaptativo” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.473); diferenciándose en este aspecto con las terapias cognitivas clásicas.

Otra característica que distingue a estos modelos respecto de los de segunda ola, es su énfasis en “desarrollar un conjunto de habilidades que pueden ser utilizados en diversas situaciones, como regular las emociones, lidiar de manera distinta con los pensamientos, ejercitar flexibilidad en la atención, etc.” (Horacio, 2016, p.7). De este modo los objetivos terapéuticos pasan de la eliminación de síntomas, basado en un abordaje sindrómico, al aprendizaje de nuevas habilidades que le sirvan al paciente en distintas situaciones cotidianas. A su vez, los modelos de tercera ola exigen al terapeuta una formación experiencial donde se aventure a explorar los mismos principios que se van a trabajar con el paciente. MBSR o MBCT son ejemplos donde el terapeuta que guía las meditaciones debe contar con una sólida práctica personal, además de la formación teórica. Otro caso similar es el de ACT, que postula que los mismos principios aplicables al paciente son aplicables al terapeuta (Horacio, 2016).

Es importante destacar que la *tercera ola* representa una extensión, no una superación de los modelos anteriores, y por ello sigue incorporando procedimientos de la primera y segunda ola como parte de sus intervenciones, aunque con ciertas diferencias. Entre los nuevos abordajes se incluyen, entre otras técnicas, los registros de pensamientos, las técnicas de exposición, el aprendizaje de habilidades. Estas herramientas adquieren nuevos propósitos dentro de este marco conceptual, por ejemplo, la exposición en ACT se utiliza con el fin de incrementar repertorios conductuales, en lugar de reducir el miedo, lo cual lleva a modificaciones procedimentales notables (Horacio, 2016).

Esta tercera ola se caracteriza, además, por un eclecticismo técnico en sus enfoques, gracias a la aplicación de diversas técnicas de generaciones anteriores, diferenciándose principalmente en lo teórico. Esto quiere decir que se puede utilizar cualquier intervención que sea consistente con los principios del modelo y que permita alterar el contexto de un contenido interno. Así, estos modelos han tomado prestadas intervenciones gestálticas, humanísticas, existenciales, psicodramáticas, etc., y readaptado de acuerdo a los principios teóricos y empíricos que las sustentan (Horacio, 2016). En este sentido, el criterio que ordena la selección de las intervenciones se funda en la efectividad comprobada de las mismas. Por lo tanto, esta perspectiva está en consonancia con Lazarus, cuando proponía que “los criterios de inclusión de las técnicas en los programas de tratamiento se asienten sobre su valor terapéutico, que debe ser comprobado clínica y experimentalmente y no sobre razones epistemológicas o metodológicas” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.70).

A modo de síntesis, podemos señalar que en la primera generación de terapias de la conducta se comenzaron a aplicar en el ámbito clínico los principios del aprendizaje estudiados en el laboratorio, logrando descubrimientos significativos en cuanto a la reducción de los síntomas de la ansiedad. Luego, con la incorporación de los elementos cognitivos que intervienen en el aprendizaje, las terapias de la segunda generación intentaron superar las limitaciones que encontraron los primeros investigadores, dando lugar a la creación de modelos altamente eficaces para diversos tipos de problemas. Por último, las terapias contextuales constituyen un campo heterogéneo enfocado a estudiar

la conducta y su función en el contexto, sirviéndose de las intervenciones de generaciones anteriores. Es por esto que, en palabras de Ruiz Fernández, et al. (2012)

“el panorama actual donde conviven y se conjugan las aportaciones de las tres generaciones, nos ofrece así un arsenal terapéutico cada vez más amplio y útil” (p.81). Quien además considera que la amenaza fundamental a la Terapia Cognitivo Conductual surge de la posibilidad de “no atender suficientemente la fundamentación teórica-experimental, priorizando excesivamente el desarrollo tecnológico utilitario, y/o de la merma en la rigurosidad metodológica de sus estudios de procesos y eficacia” (p.81).

### 3.2 Técnicas de Exposición

Dentro de las intervenciones psicológicas más eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, las técnicas de exposición resultan un componente fundamental, encontrándose entre los tratamientos cognitivo conductuales mejor estudiados, demostrando gran efectividad en su aplicación (Ruiz Fernández et al., 2012). La exposición implica que el paciente deba enfrentarse a aquello a lo que teme y que, por tanto, le genera ansiedad. A través de este procedimiento, se busca que pueda aprender nuevas formas más adaptativas de responder y, en consecuencia, reducir la ansiedad y el miedo asociados al estímulo.

El miedo, entendido como la respuesta emocional a la amenaza inminente, y la ansiedad como respuesta emocional a una amenaza potencial, pueden desarrollarse a través del *condicionamiento clásico*, es decir, después de una experiencia directa y negativa con un objeto o situación; mediante el *condicionamiento vicario*, es decir, al observar las experiencias aversivas o el comportamiento temido de otros; o luego de recibir información cargada de amenazas de otros. Como consecuencia de estas experiencias, un objeto o situación previamente neutral, es decir, que no generaba una respuesta ansiógena, puede ser asociado con el peligro e interpretado como amenaza, lo que conduce inevitablemente a respuestas de miedo y ansiedad. Se crean expectativas negativas sobre el estímulo temido, y aparecen comportamientos de evitación en encuentros posteriores con el estímulo. Además, el miedo puede generalizarse para incluir otros objetos y situaciones similares. Las conductas de evitación, al contrario de lo que se podría suponer, contribuyen al mantenimiento del miedo y de la ansiedad. Esto es así porque los comportamientos de evasión o escape, si bien reducen temporalmente la angustia, a largo plazo mantienen la ansiedad y el miedo al impedir que se produzcan nuevos aprendizajes (Hayes y Hofmann, 2022). En este sentido, “la exposición está diseñada para eliminar los comportamientos de evitación de modo que las creencias maladaptativas no se refuercen y puedan producirse nuevos aprendizajes” (Hayes y Hofmann, 2022, p.338). Por lo tanto, “las intervenciones mediante técnicas de exposición están indicadas en personas que mantienen una conducta de evitación o escape, generalmente por miedo a las consecuencias, respecto de una actividad, situación, persona, estado emocional, etc.”(Ruiz Fernández et al., 2012, p.195). Asimismo, la incorporación de estas técnicas al tratamiento exige una evaluación conductual exhaustiva que facilite la adaptación de sus características a los objetivos específicos del caso, esto es, teniendo en cuenta el individuo, el problema en cuestión y el momento de la intervención.

#### 3.2.1 Fundamentos Teóricos de las Técnicas de Exposición

Existen diferentes teorizaciones que pretenden explicar los mecanismos que inciden en la eficacia de la exposición. Los que aparecen citados principalmente en la literatura consultada son la *habituación* y la *extinción*. En este sentido, el objetivo de la exposición sería producir la habituación al estímulo, la extinción de la respuesta de miedo y así proveer oportunidades de establecer nuevas asociaciones, es decir, de facilitar un nuevo aprendizaje en relación al estímulo temido (Ruiz Fernández et al., 2012).

La *habituación* se refiere al proceso de familiarización con un estímulo que provoca ansiedad, de modo que la respuesta a la presentación de dicho estímulo se

reduce progresivamente. En la terapia de exposición aplicada a los trastornos de ansiedad, la habituación se entiende en términos psicofisiológicos, como la disminución de la reactividad autonómica; como también en términos subjetivos, en la reducción de la respuesta subjetiva de ansiedad (Ruiz Fernández et al., 2012). Una de las críticas que recibe la explicación por medio de este mecanismo es que la exposición prolongada al estímulo implicaría necesariamente una reducción de la ansiedad a lo largo del tiempo, lo cual no se comprueba en todos los casos. Además, el fenómeno de habituación sugiere que el encuentro con el estímulo temido después de un periodo de tiempo libre de él, reinstalaría la respuesta de miedo, conllevando a una recaída, lo cual tampoco se demuestra. A su vez, sus efectos subjetivos son contradictorios, existiendo individuos cuya respuesta subjetiva se mantiene o incluso se incrementa con la exposición, sin que la acompañen elevaciones de las respuestas fisiológicas (Ruiz Fernández et al., 2012).

Respecto del mecanismo de *extinción*, “este implica el debilitamiento de una respuesta por eliminación de los refuerzos o señales que la mantienen” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.198). Desde la perspectiva del condicionamiento clásico, la *extinción pavloviana* sucede al presentarse repetidamente el estímulo condicionado (EC) en ausencia del estímulo incondicionado (EI). Asumir que la extinción pavloviana es el mecanismo que se pone en juego en la reducción del miedo en los tratamientos de exposición, supone asumir también que los miedos patológicos son adquiridos clásicamente, lo cual resulta más que cuestionable si no se consideran otros factores (Ruiz Fernández et al., 2012).

Ahora bien, aunque los modelos conductuales clásicos establecen que la exposición conlleva a una reducción de la ansiedad a largo plazo mediante los procesos de extinción y habituación; los mecanismos de eficacia subyacentes en este tipo de técnicas parecen superar dichos procesos, no siendo posible explicar muchos de los resultados obtenidos sin apelar a elementos de carácter cognitivo o emocional (Ruiz Fernández et al., 2012). Desde el punto de vista de Barlow (2018) en una dimensión cognitiva, “la exposición está diseñada para desafiar las valoraciones inadecuadas y extinguir las respuestas emocionales condicionadas a situaciones y contextos externos (a través de la exposición in vivo) y de las sensaciones corporales (por medio de la exposición interoceptiva)”(p.66). Por otra parte, hay pruebas derivadas de la teoría del aprendizaje que indican, contrariamente a lo que se creía, que el proceso de extinción no implica la reversión del aprendizaje de las asociaciones adquiridas previamente (perro-peligro) sino que facilita un aprendizaje que otorga un nuevo significado al EC (perro-seguridad relativa), haciendo que el aprendizaje de miedo no se elimine, sino que se ponga a competir con el nuevo aprendizaje en cuanto a la respuesta que provoca: miedo vs. seguridad relativa. Para que este aprendizaje se consolide, se requerirá un trabajo en conjunto entre paciente y terapeuta para abordar con la exposición las señales de activación del aprendizaje de peligro presentes en los diferentes contextos, y así lograr la generalización (Ruiz Fernández et al., 2012).

### **3.2.1.1 La teoría bifactorial de Mowrer**

Esta teoría representa uno de los intentos más significativos de explicar los mecanismos subyacentes a la reducción del miedo durante la exposición. La misma establece que los miedos son adquiridos por condicionamiento clásico y se mantienen por reforzamiento, es decir, condicionamiento operante, mediante la respuesta de escape o evitación del estímulo temido. Según esta teoría, la exposición directa reduciría la evitación, que subsecuentemente daría lugar a la extinción del miedo aprendido.

Aunque esta teoría ha sido tremendamente influyente, también ha contado con críticas importantes. Una de las críticas principales es que no explica adecuadamente por qué las respuestas de evitación persisten incluso cuando el estímulo aversivo ya no está presente. Según esta teoría, al cesar el refuerzo negativo, es decir, cuando desaparece el

miedo o la ansiedad, la conducta de evitación debería extinguirse, sin embargo, en la práctica algunas respuestas de evitación pueden ser muy resistentes a la extinción.

14

Además, se le cuestiona no incluir factores cognitivos o emocionales que pueden influir en el aprendizaje del miedo y la evitación, como la interpretación de eventos, la percepción de control o la autoeficacia. Como se mencionó anteriormente, existen casos en que las personas desarrollan miedos o evitaciones sin haber experimentado directamente el estímulo aversivo, lo cual sugiere la influencia de factores cognitivos o sociales que no son explicados por la teoría bifactorial (Ruiz Fernández et al., 2012).

### **3.2.1.2 La teoría del procesamiento emocional**

Esta teoría elaborada por Foa y Kozak (1986) da cuenta de los mecanismos que participan durante el procedimiento de exposición, desde un enfoque cognitivo conductual centrado en el modelo de procesamiento de la información. El miedo está representado por una estructura de recuerdos en red que contiene información de tres tipos: en primer lugar, información sobre el estímulo temido; en segundo lugar, información sobre las respuestas elicidadas por el miedo, verbales, fisiológicas, autonómicas y conductuales; y por último, la información específica y esencial sobre el significado del estímulo y las respuestas que el miedo evoca (Ruiz Fernández et al., 2012).

Foa y Kozak (1986) postulan que “la exposición proporciona una información que resulta inconsistente con la almacenada previamente en la memoria emocional” (Ruiz Fernández et al., 2012, p.199). Por lo cual, para modificar la memoria emocional se necesitaría, por un lado, la activación de la memoria del miedo, y por otro la codificación de la nueva información en la red del miedo preexistente. El procedimiento de exposición estaría orientado a corto plazo, es decir, durante la sesión de exposición, a que el paciente experimente una reducción de la activación autonómica ocasionada por la codificación de nueva información interoceptiva incompatible con la anterior en presencia del estímulo temido. Mientras que, a largo plazo, la intervención buscará que se incorpore nueva información acerca del estímulo y de las consecuencias negativas asociadas. En resumen, la exposición tendrá por objeto el procesamiento de información emocional que desmienta las expectativas vinculadas al estímulo temido, logrando que se produzca la extinción de la respuesta de miedo que ocasionaba la sobreestimación de la amenaza (Ruiz Fernández et al., 2012).

### **3.2.2 Tipos de Exposición**

Existen diferentes modalidades en que se puede llevar a cabo la exposición. Si bien todas se caracterizan por confrontar al paciente con el estímulo evocador de ansiedad, estas pueden variar según la forma en que se presente el estímulo (real o simbólica); la intensidad en que se presente (inundación frente a exposición gradual); la duración de la presentación; la frecuencia de las presentaciones (masiva frente a espaciada); la ayuda o el apoyo para la presentación del estímulo temido, es decir, permitiendo o no las conductas de seguridad (Ruiz Fernández et al., 2012).

A continuación, se realizará una breve descripción de las principales modalidades de exposición según la forma de presentación del estímulo: exposición en vivo (EV), exposición interoceptiva, y exposición simbólica.

#### **3.2.2.1 Exposición en vivo**

La exposición en vivo implica el contacto directo con la situación o estímulo temido. Esta puede realizarse de forma gradual o por *inundación*, es decir, comenzando

desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad. Actualmente se considera el procedimiento de intervención más eficaz en el abordaje de algunos trastornos de ansiedad, como las fobias específicas. La indicación básica en estas sesiones es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad, o bien hasta alcanzar un nivel de 2 en una escala subjetiva de

15

ansiedad de 0 a 8. El paciente debe permanecer en contacto con la situación o estímulo ansiógeno a pesar de que se produzca una elevación de la ansiedad, lo cual es esperable, o si experimenta un ataque de pánico. Aunque el objetivo es no retirarse de la situación, si resultase imposible mantenerse en ella, se puede abandonar temporalmente el contexto de exposición, intentando mantenerse cerca y retomando la exposición tan pronto como sea posible (Ruiz Fernández et al., 2012).

### **3.2.2.2 Exposición interoceptiva**

Esta modalidad se utiliza en el tratamiento del trastorno de pánico, cuya característica principal es que el paciente experimenta una preocupación persistente sobre la posibilidad de sufrir futuros ataques de pánico o de sus posibles consecuencias. Por lo cual, en este tipo de exposición, se buscará inducir deliberadamente las sensaciones físicas a las que se teme durante varias sesiones y por el tiempo suficiente para refutar las valoraciones inadecuadas acerca de dichas sensaciones, produciendo la extinción de las respuestas de ansiedad condicionada. Además, a fin de consolidar el proceso de aprendizaje, deberá realizar ejercicios interoceptivos a diario fuera de la sesión de terapia, ampliando la exposición a actividades cotidianas provocadoras de las sensaciones físicas temidas (Barlow, 2018).

### **3.2.2.3 Exposición simbólica**

En la exposición simbólica el contacto con el estímulo o sensación temida no se lleva a cabo de manera real, sino a través de procedimientos que evoquen su presencia. Por ejemplo, se pueden utilizar representaciones mentales (exposición en imaginación), elementos visuales como dibujos, fotografías o películas; estímulos auditivos; o mediante programas de generación de realidad virtual. “A diferencia de la Desensibilización Sistemática, (...) que también utiliza la imaginación para el acercamiento al estímulo temido, (...) no se utiliza un medio de supresión de las respuestas de activación fisiológica (como la relajación) durante la exposición. (Ruiz Fernández et al., 2012, p. 204)” Esta modalidad de exposición encuentra su valor y utilidad en aquellas situaciones en las que se dificulta el acceso y manipulación de la situación o el estímulo temido, como pueden ser la fobia a volar, la fobia a las tormentas, etc. O en los casos en que el paciente no se atreve a enfrentarse directamente con la situación real y se necesita facilitar el acceso a la exposición en vivo (Ruiz Fernández et al., 2012).

### **3.2.3 El Procedimiento de la Exposición**

Uno de los aspectos clave para conseguir la eficacia de las intervenciones basadas en la exposición es poder transmitirle al paciente de forma clara cómo se llevará adelante el tratamiento. Explicarle que, a pesar de que esta técnica se caracteriza por ser aversiva en cuanto a los efectos inmediatos que produce, la misma es altamente efectiva. Debe saber que, en un principio, es muy probable que sus niveles de ansiedad aumenten, y que sólo tras el mantenimiento del contacto con el estímulo temido durante el tiempo necesario comenzará a notar una reducción en su malestar.

Es por esto que el terapeuta debe esforzarse por construir una relación terapéutica con el paciente que le brinde la confianza suficiente para que decida poner en

práctica este tipo de técnicas. Debe elaborar una conceptualización del caso que le permita explicar el origen y mantenimiento del problema, estableciendo posibles relaciones funcionales, y explicando de una manera simple la lógica del tratamiento. Debe poder identificar cuál es el objeto preciso o aquello que le causa miedo al paciente y cuáles son las consecuencias que teme al confrontarse con aquel; qué conductas de escape o evitación, y qué conductas de seguridad realiza para prevenir dichas consecuencias temidas; y qué factores pueden desencadenar la respuesta de ansiedad (Ruiz Fernández et al., 2012). En este aspecto, es menester señalar que “una buena parte de los fracasos de las intervenciones con exposición se debe a una evaluación

16

inadecuada del problema y al inicio rápido y precipitado del tratamiento” (Ruiz Fernández et al., 2012, p. 213).

Otro factor importante que puede afectar el éxito de la exposición son las conductas de reaseguro, siendo la más común la distracción. En este aspecto, se deberá mantener el foco atencional sobre el estímulo temido, evitando centrarse en las propias reacciones u otros elementos del contexto. Cabe señalar que, como hemos mencionado, en casos como el trastorno de pánico se buscará precisamente poner atención en las sensaciones corporales por constituir ellas mismas el estímulo ansiógeno, por lo que la observación de sus cambios es esencial para desconfirmar las expectativas de peligro. Asimismo, se debe motivar a los pacientes a realizar la exposición en la mayor variedad posible de situaciones y frente a la mayor diversidad de estímulos a fin de promover la generalización del aprendizaje (Ruiz Fernández et al., 2012).

El desarrollo de las habilidades cognitivas y somáticas de afrontamiento son esenciales para la terapia cognitivo conductual desde el punto de vista contextual, las cuales se enseñan para facilitar y mejorar la terapia de exposición. Por ejemplo, “en la *Terapia de Aceptación y Compromiso* se anima a los pacientes a experimentar sensaciones físicas temidas sin tratar de disminuirlas o de pensar en ellas de modo diferente en el momento de la exposición” (Barlow, 2018, p.72). Desde esta perspectiva, el éxito del tratamiento no está determinado por la disminución de la ansiedad, sino que lo que se busca es trabajar la disposición del paciente para experimentar sensaciones desagradables. “Se lo alienta a que durante las exposiciones pueda mantener una actitud abierta y no crítica respecto de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, lo cual promueve una disminución en las conductas de evitación” (Barlow, 2018, p.72).

Ruiz Fernández (2012) sostiene que el éxito de la terapia de exposición depende de una sólida fundamentación teórica y empírica que tiene como base el conocimiento del modelo conceptual del tratamiento, el establecimiento de una relación terapéutica sólida y de colaboración, la capacidad de transmisión de una lógica de tratamiento consistente, y la implantación efectiva de las diferentes modalidades de exposición. En efecto, la aplicación de este tipo de intervenciones requiere de formación y experiencia por parte del terapeuta.

17

### **3.3 Evidencias Empíricas Actuales de la Utilización de las Técnicas de Exposición en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad**

Este apartado tiene como propósito dar cuenta de la evidencia existente en la actualidad acerca de la aplicación de las técnicas de exposición en el tratamiento de los diferentes trastornos de ansiedad, así como de su efectividad mediante el estudio de casos.

Según la 5ta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (DSM), los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Diferencia el miedo de la ansiedad señalando que el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociadas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Los trastornos que componen esta categoría diagnóstica son el de fobia específica (FE), el trastorno de ansiedad social (TAS), el trastorno de pánico (PA), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), entre otros.

A los fines del presente trabajo, se incluyeron en la búsqueda de material papers científicos que tengan menos de cinco años de su publicación. Para lo cual se utilizaron las siguientes palabras clave:

- técnicas de exposición
- terapia de exposición
- exposición en vivo
- trastornos de ansiedad
- terapia cognitivo conductual

Y se exploraron los siguientes portales científicos:

- PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- ResearchGate [www.researchgate.net/](http://www.researchgate.net/)
- Google Scholar <https://scholar.google.com/>
- Dialnet <https://dialnet.unirioja.es/>
- Redalyc <https://www.redalyc.org/>

De los resultados de la búsqueda, se obtuvieron un total de trece artículos que cumplían con los requerimientos indicados. Diez corresponden a estudios de caso único; otro es un estudio experimental acerca de los cambios en la actividad cerebral asociados a la terapia de exposición para fobias específicas; otro es una revisión sistemática sobre la eficacia de las técnicas de exposición en fobias específicas; y el último es un análisis comparativo entre las modalidades de la exposición: en vivo, en imaginación, y mediante realidad virtual.

### **3.3.1 Estudios de caso único**

Todos los artículos revisados corresponden al *diseño de estudio de caso único de tipo "AB"*, que se compone de dos fases. La "fase A" es donde se toman las medidas de la variable dependiente y se elabora la línea base. Una vez recabados todos los datos se procede a la "fase B", en la cual se vuelven a tomar medidas de la variable dependiente luego de la aplicación del tratamiento, sin suspender el mismo. Esto permite contrastar los efectos del tratamiento, poder corroborar si ha resultado efectivo y si los cambios que se han producido tras la aplicación son suficientes (Mainé Domínguez, 2019).

18

Los estudios de caso único revisados incluyen: un caso de ataques de pánico (Álvarez García, 2019); un caso de fobia a la oscuridad en una niña (Berenguer Filiu, 2019); un caso de fobia a sangre-inyecciones-heridas tratado mediante realidad virtual (Maine Domínguez, 2019); dos casos de trastorno de ansiedad social (TAS) (Martínez Castillo, 2019) y (Reguera Lozano, 2021); un caso de trastorno de ansiedad generalizada

(TAG) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Cotrino, 2020); un caso de fobia a las avispas (Ruiz García y Valero Aguayo, 2020); un caso de distimia y crisis de pánico (Cudris Torres, 2021); un caso de fobia a los ascensores tratado mediante desensibilización sistemática (Obregon Lopez, 2021); y un caso de fobia específica (vómito) con trastorno de pánico y agorafobia (Bravo, 2022).

En las investigaciones revisadas el estudio comienza con una descripción del caso partiendo del motivo de consulta y recabando información acerca de la historia del problema. Se continúa con una evaluación psicodiagnóstica aplicando los instrumentos que se consideren pertinentes al caso. Por ejemplo, debido a que todas las investigaciones refieren a trastornos de ansiedad, es esperable que se administren instrumentos específicos para medir ansiedad como el *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. Este diferencia la ansiedad de estado, es decir, una condición emocional transitoria experimentada en un momento dado; de la ansiedad de rasgo, entendida como una tendencia general y relativamente estable de la personalidad a percibir situaciones como amenazantes o a responder con niveles más altos de ansiedad.

Una vez obtenidos los resultados de las técnicas aplicadas, se establece un diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM. Todos los estudios coinciden en realizar una conceptualización del caso que permita elaborar hipótesis acerca de los factores que pudieron haber producido el problema, pero prestando especial interés a aquellos factores que lo mantienen en la actualidad. Sobre este punto, resulta interesante destacar que seis de los diez artículos seleccionados suscriben a la *Teoría Bifactorial de Mowrer* como modelo explicativo del problema, esto es, adquisición por condicionamiento clásico y mantenimiento por condicionamiento operante. No obstante, no se descartan factores cognitivos en la adquisición de los trastornos de ansiedad como, por ejemplo el aprendizaje vicario de Bandura; o biológicos como la teoría biológica de Bados (Obregon López, 2021).

Además, en la formulación clínica de los casos revisados se utiliza el *modelo ABC* del análisis funcional, cuya finalidad es indagar acerca de la función que está teniendo una conducta ubicándola en una secuencia de tres términos: A) antecedente; B) conducta; y C) consecuencia. Esto permite apreciar con mayor claridad qué es lo que está reforzando la conducta denominada “conducta-problema”.

Por otra parte, en el caso de TAG y TOC estudiado por Cotrino (2020), se aplicó también la conceptualización cognitiva creada por Judith Beck conocida como “flecha descendente” (Beck, 2007, p.43). Esta técnica se utiliza para explorar los pensamientos automáticos del paciente y así descubrir las creencias más profundas, es decir, las creencias nucleares que orientan las conductas.

Lo siguiente en que coinciden todos los artículos revisados es en plantear los objetivos terapéuticos de la intervención, en general orientados a reducir la sintomatología ansiosa, modificar pensamientos desadaptativos y desarrollar habilidades de afrontamiento. Además se tienen en cuenta las metas del tratamiento establecidas conjuntamente con el paciente a partir del motivo de consulta, las cuales otorgan una dimensión personal que permite una mayor adherencia al mismo.

El proceso continúa con la programación de las sesiones, definiendo cuáles serán las técnicas a administrar y el orden de las mismas. En todos los casos se comienza la intervención con la técnica de psicoeducación, la cual se aplica valorando la información que tenía el paciente acerca de su problemática, y en función de ello se le brinda una explicación acerca las características, funcionamiento y tratamiento de la misma. Se puede emplear la formulación clínica para explicar la problemática aplicándolo a su caso concreto (Martinez Castillo, 2019).

### 3.3.1.1 Sobre la exposición

Todos los estudios hacen hincapié en que el criterio de selección de las técnicas administradas para la intervención es contar con la con mayor evidencia científica para el abordaje del problema en cuestión. En todos los casos se recurre a la exposición para trabajar sobre las conductas de evitación, considerado uno de los principales factores de mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

Se observa que la exposición se lleva adelante de manera gradual. Por ejemplo en los casos de fobia específica, comenzando en la imaginación o a través de videojuegos (Ruiz García y Valero Aguayo, 2020), y avanzando poco a poco hasta la exposición en vivo. Además es interesante apreciar que en todos los artículos revisados la exposición se combina con técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación; y en el caso específico de la fobia denominada sangre-inyecciones-heridas, la técnica de tensión aplicada (Maine Dominguez, 2019).

En este sentido, se puede apreciar que los autores consideran la dimensión cognitiva que se pone en juego durante la exposición, como lo hace Martínez Castillo (2019) señalando que permite rebatir creencias irracionales: “el comenzar a hacer preguntas en clase ayudó a la paciente a darse cuenta de que no parecía tonta por preguntar cosas, y que sus preguntas no eran tan absurdas como pensaba muchas veces cuando evitaba hacerlas” (p.73).

Por otra parte, en el caso de la fobia infantil a la oscuridad en una niña se utilizó la *técnica de escenificaciones emotivas* (Méndez y Macià, 1988) que tuvo como objetivo exponer a la paciente de forma gradual a la situación fóbica en un contexto de juego motivante para ella, primero en imaginación y posteriormente de forma vicaria y real, reforzando las conductas correctas de aproximación (Berenguer Filiiu, 2019).

Un punto importante que se menciona en estos estudios es la necesidad de establecer un buen vínculo terapéutico antes de comenzar con las sesiones de exposición. Por ejemplo Bravo (2022) plantea que esto es fundamental para que la terapia pueda resultar exitosa. Por lo que dedica las primeras sesiones a conocer al paciente, buscando hacerle sentir un espacio seguro donde pueda comenzar a confiar en el terapeuta y desenvolverse con naturalidad. En efecto, esto permitirá al terapeuta realizar una mejor evaluación y tratamiento.

En relación al tratamiento de exposición en niños, Berenguer Filiiu (2019) señala que motivar al paciente para que se implique en este tipo de terapias y acepte la difícil tarea de exponerse a aquello que teme requiere cierta flexibilidad en el diseño de la intervención y establecer la mejor relación terapéutica; debiéndose prestar especial atención al modo de presentar los estímulos en vivo y a su gradación, siendo una opción utilizar un contexto lúdico y el refuerzo tras la ejecución de la conducta adecuada. (p.3)

### **3.3.1.2 Resultados de los estudios**

Luego de las sesiones dedicadas a la intervención, en todos los casos se realiza una reevaluación del paciente con los mismos instrumentos utilizados al comienzo a fin de obtener datos comparativos que permitan arribar a conclusiones.

Los resultados de todos los estudios revisados muestran que los pacientes tratados mediante intervenciones que incluyen técnicas de exposición presentaron una disminución significativa de la sintomatología ansiosa. Podemos situar como ejemplo a Berenguer Filiiu (2019) quien señala, sobre la fobia a la oscuridad en una niña de 7 años,

que los resultados al finalizar el tratamiento y en los primeros seguimientos a los tres y seis meses, muestran la desaparición del trastorno. Otra muestra de esto es el caso estudiado por Maine Dominguez (2019) que corresponde al tratamiento de exposición mediante realidad virtual (RV) para fobia específica sangre-inyección-herida, en el cual se obtuvieron resultados positivos al disminuir la ansiedad durante la exposición a través de RV al estímulo fóbico y la reducción de los pensamientos anticipatorios. En la misma línea, Martínez Castillo (2019) sobre su caso de ansiedad social (TAS) señala que las puntuaciones post-tratamiento indicaron una reducción de síntomas incluso por debajo de la media de puntuaciones obtenidas en población clínica. A su vez, respecto al tratamiento de las crisis de pánico, Cudris Torres (2021) afirma que la aplicación de las técnicas de exposición interoceptiva y exposición en vivo resultaron útiles en la disminución de los síntomas producidos por las crisis.

Es menester mencionar otro de los aspectos importantes que se tuvieron en cuenta en estos estudios, a saber, el aumento de la autonomía en los pacientes para realizar actividades que se veían impedidas por sus conductas de evitación. Por ejemplo, en el caso de ataques de pánico estudiado por Alvarez García (2019), la paciente mencionó que gracias al tratamiento pudo asistir a diferentes entrevistas de trabajo y que observó avances en comparación con entrevistas anteriores; además refirió que había podido acudir a dos en lugares encerrados y que en la última logró concluir con todo el procedimiento utilizando los ejercicios de respiración y relajación. Sobre este punto, Martínez Castillo (2019) subraya que su paciente quien sufría de TAS logró ampliar su círculo, entablando nuevas amistades y aumentando sus actividades sociales. En el plano académico, refiere que ya no suele callarse las preguntas que le surgen en clase, y que ya no le genera tanta ansiedad exponer un trabajo en público. Respecto al mismo punto, Obregon Lopez (2021) quien expone el tratamiento a la fobia a los ascensores mediante desensibilización sistemática (DS), encuentra que, durante la aplicación del tratamiento, las frecuencias de las conductas problema disminuyeron sustancialmente en comparación a la línea base; y que, al finalizar la intervención, el paciente fue capaz de utilizar los ascensores en el trabajo, la universidad, centros comerciales y en edificios departamentales; de manera individual y acompañado de diferentes personas. También es el caso de Bravo (2022) quien identifica una remisión de las conductas de evitación. En su estudio la paciente refiere que va enfrentándose a muchas más situaciones que para ella antes era imposible. Además, disminuyeron las conductas de seguridad y de las conductas de hipervigilancia. Por último, y a modo de síntesis, podemos remitirnos a Ruiz García y Valero Aguayo (2020) quien expresa concretamente que el tratamiento resultó con éxito logrando que el paciente pudiera estar sin paralizarse y sin sentir ansiedad frente a las avispas reales.

Por otra parte, encontramos señalamientos por parte de los autores respecto de los elementos cognitivos que se ponen en juego durante la exposición, y que tienen implicancia en la efectividad de las intervenciones. En este sentido, Berenguer Filiu (2019) sitúa que, aunque la exposición es el componente central en el que se sustenta la mejora terapéutica, se deben considerar que componentes emocionales presentes en la *estrategia de imágenes y escenificaciones emotivas* juegan un papel muy importante para facilitar la *autopercepción de competencia* y el incremento de la *autoeficacia*. Se observa en estas categorías la importancia que cobra el componente cognitivo que conlleva la exposición.

En resumen, los estudios de caso único coinciden en la efectividad de las técnicas de exposición como parte de un programa de tratamiento en trastornos de ansiedad. Asimismo, debemos señalar las limitaciones que este tipo de estudios implica. Cudris Torres (2021) advierte que el tipo de diseño de investigación N=1, no permite realizar generalizaciones de los resultados. Ruiz García y Valero Aguayo (2020) sostienen que

sería necesario desarrollar futuros estudios con muestras más amplias para obtener conclusiones de mayor relevancia. Por otro lado, al tratarse de un diseño A-B-Seguimiento cuenta también limitaciones al tratarse de un diseño cuasiexperimental, ya que no se pueden controlar otras variables simultáneas a nuestro tratamiento.

21

### 3.3.2. Otros estudios

El primero de estos estudios corresponde al de Viña, et al. (2022), en el cual se indaga acerca de los cambios en la actividad cerebral asociados a la terapia de exposición para fobias específicas, buscando los mecanismos subyacentes. Para ello, se utilizan técnicas de neuroimagen para medir la eficacia de la psicoterapia y aumentar la comprensión de los mecanismos psicoterapéuticos implicados en dicha eficacia. Se apoya en la evidencia existente de que el tratamiento psicológico produce cambios cerebrales morfológicos y funcionales y, a su vez, en que la terapia cognitivo-conductual de exposición es actualmente el tratamiento psicológico más eficaz para las fobias.

El objetivo del estudio es comprobar si el tratamiento consiguió que estos pacientes procesaran los estímulos temidos de manera similar a las personas no fóbicas. Para esto se utilizó resonancia magnética funcional (RMf), y los cambios autoinformados en pacientes a fin de determinar si esos cambios estaban asociados a cambios funcionales del cerebro. La muestra estuvo compuesta por 32 adultos, de los cuales 16 tenían un diagnóstico de fobia específica a animales pequeños y 16 no tenían dicho diagnóstico. Se utilizó un diseño univariado de tratamiento antes-después. Las puntuaciones del grupo sin fobia en autoinformes y activación cerebral se compararon con las puntuaciones del grupo con fobia posteriores al tratamiento.

Viña, et al. (2022) plantea que, si bien existen varias aproximaciones teóricas que explican las razones de la eficacia de la TCC que incluye exposición, hay dos modelos que parecen tener mayor apoyo empírico: el del procesamiento emocional del miedo y el del aprendizaje inhibitorio. En el modelo de procesamiento emocional del miedo, se sugiere que el estímulo temido perderá parcialmente su representación mental peligrosa con la exposición repetitiva, cambiando el significado cognitivo de los estímulos temidos. Sin embargo, en el modelo de aprendizaje inhibitorio, se propone que la asociación original aprendida durante la adquisición del miedo no se borra con nuevas exposiciones al estímulo temido, sino que se adquiere una nueva respuesta (inhibitoria). Esto implica, entre otras cosas, diferencias en el procesamiento de los estímulos, y estas diferencias deben asociarse con cambios en la actividad cerebral concomitante, lo que supone cambios funcionales en las áreas cerebrales que participan en el procesamiento de los estímulos temidos. Se espera que esos mecanismos impliquen cambios concomitantes en la estructura y el funcionamiento del cerebro.

Este estudio proporciona evidencia de que la aplicación de una TCC puede inducir cambios en la actividad cerebral de los individuos con fobia a los animales pequeños. El resultado de la comparación de las medidas antes y después del tratamiento en el grupo con fobia mostró una menor activación en múltiples puntos del cerebro y el cerebelo después del tratamiento. Los datos muestran cambios significativos en la actividad cerebral y mejoras en las medidas autoinformadas debido a la aplicación de la TCC a la fobia específica. Tras recibir TCC, los participantes mostraron una mayor activación en puntos del precúneo. Además, comparado con los participantes sin fobia, los pacientes fóbicos mantenían las respuestas defensivas y de miedo ante los estímulos fóbicos. De esto se obtiene como conclusión que el precúneo parece ser un regulador que reorganiza el procesamiento de los estímulos fóbicos. Puede implicar que la TCC de exposición, además, activa mecanismos de aceptación, autoconciencia y autoeficacia.

Los resultados de esta investigación confirman que la TCC es una herramienta valiosa para tratar las fobias específicas. Sin embargo, según los datos de la RMf, su eficacia no parece radicar tanto en la reducción del miedo y las respuestas defensivas (es decir, la amígdala y la ínsula todavía mostraron una actividad considerable) como en la promoción de estrategias de regulación emocional y la autoconciencia reflexiva sobre la fobia como un miedo exagerado (hubo una activación del precúneo vinculada a la corteza prefrontal). Considerando esto, para aumentar la eficacia del tratamiento podría ser útil añadir contenidos específicos sobre la aceptación del miedo, el fomento de la conciencia

22

de la autopercepción y el fortalecimiento de la autoeficacia. En este sentido, los resultados obtenidos apoyan el papel efectivo del modelo de procesamiento consciente de la vía larga y cuestionan la idea de que la exposición no requiere funciones cognitivas de orden superior para reducir las respuestas de miedo. Además, estos datos están más en consonancia con el modelo de aprendizaje inhibitorio que con el modelo de procesamiento emocional del miedo.

El siguiente estudio revisado corresponde a una revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia de exposición en la reducción del miedo y la ansiedad en personas con fobias específicas. Con este fin, Costoya Muñoz (2021) realiza la selección del material donde se incluyen *ensayos controlados aleatorizados* (ECA), en los cuales la población participante se asigna aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control; y se excluyen estudios cuasi-experimentales, observacionales, revisiones, editoriales y estudios metaanalíticos. Esta revisión incluye ocho ECA con una muestra de personas adultas abarcando Australia, España, Estados Unidos y Países Bajos. Todos los estudios obtuvieron resultados significativos positivos en cuanto a las terapias de exposición frente a los grupos control u otras terapias.

Los resultados de esta revisión indican que la terapia de exposición sí es eficaz como tratamiento, encontrando resultados significativamente sólidos a favor de la utilización de dicha técnica. Incluso, ha resultado eficaz desde diferentes modalidades (*in vivo*, realidad virtual, con o sin orientación terapéutica, con o sin conductas de seguridad asociadas) y ha resaltado su eficacia frente a otros tipos de técnicas empleadas con el mismo fin. Los resultados son lo suficientemente sólidos como para poder tener una conclusión contundente. Sin embargo, la autora advierte que se necesitan más ensayos controlados aleatorizados de la técnica para obtener un resultado aún más contundente. Una de las principales limitaciones señaladas es la escasez de ensayos controlados aleatorizados. Asimismo, las limitaciones metodológicas de las investigaciones complican la evaluación de su calidad y la generalización de los resultados.

Por otro lado, en esta revisión se han observado otras adaptaciones de la técnica como la “Terapia de exposición basada en la realidad virtual” o la “técnica de exposición basada en el internet” que también han obtenido buenos resultados. Por lo cual, se esperan futuros ensayos que podrían ir orientados a investigar y mejorar estas y otras variantes de las técnicas de exposición.

El último de los estudios revisados es un proyecto de investigación de Iñigo Morales (2022) orientado a comparar la viabilidad de la Exposición mediante Realidad Virtual (RV) para el tratamiento de aracnofobia frente a otras dos técnicas de exposición: exposición en vivo (EV) y exposición en imaginación (EI). La relevancia de este estudio se fundamenta en el crecimiento que está teniendo el uso de la RV como técnica de exposición en las terapias cognitivo conductuales, y en la eficacia comprobada que poseen la EI y la EV para el tratamiento de este tipo de trastornos.

La muestra escogida serán unas 100 personas mayores de edad del País Vasco que se encuentren en la etapa de adultez temprana, entre 18 y 42 años, y que posean

síntomas ansiógenos relacionados con la fobia específica a las arañas. Los participantes se dividirán en cuatro grupos de forma equitativa: grupo control (sin tratamiento), grupo de RV (se les aplica la técnica de exposición mediante Realidad Virtual), grupo EV y grupo EI. Los instrumentos de medida que se utilizarán son el cuestionario de miedo a las arañas o FSQ, una pulsera para medir la actividad electrodérmica de la piel, y un cuestionario sobre la usabilidad de la técnica.

Sobre las ventajas de llevar a cabo esta investigación en la vida real el autor señala que, de los estudios encontrados, ninguno compara la EV, la EI y la exposición virtual en un mismo estudio. La mayoría están orientados a evaluar la realidad virtual teniendo en cuenta una línea base o un grupo control, o realizan una comparación entre una técnica y otra. De esta forma, se evaluarán desde las mismas variables dependientes los resultados obtenidos con cada instrumento de medida. Por otro lado, se podrían tener

23

en cuenta aspectos como la adición de la técnica de reestructuración cognitiva al estudio para observar si existirían diferencias significativas entre utilizarla o no.

24

#### **4. Conclusiones**

El presente trabajo tuvo por objeto realizar un acercamiento a las técnicas de exposición a partir de la revisión de bibliografía y estudios de investigación publicados recientemente. Como resultado se obtuvo información actualizada y basada en evidencia acerca de la aplicación de estas técnicas, cuyos puntos más relevantes se exponen a continuación.

Se releva, a través de la revisión de estudios recientes, que las técnicas de exposición resultan efectivas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, siendo considerado un componente esencial de la intervención terapéutica. Se identificaron las principales teorías que dan cuenta de los mecanismos subyacentes a la exposición y que explican su eficacia. Además se encontró evidencia de que la exposición tiene efectos terapéuticos en todas sus modalidades: en vivo, en imaginación, multimedia, y mediante realidad virtual.

Resulta importante señalar que en las investigaciones mencionadas se destaca el factor cognitivo como elemento determinante en la exposición. En este sentido, el concepto de autoeficacia es ampliamente citado. A su vez, se encontraron fundamentos para considerar que la efectividad de la exposición no radica tanto en reducir la ansiedad o el miedo, sino en promover el desarrollo de estrategias de regulación emocional y favorecer la reestructuración cognitiva que refute las creencias exageradas respecto del estímulo temido.

Los resultados de los estudios sugieren que las técnicas de exposición no sólo son eficaces, sino que también son versátiles en su aplicación. Sin embargo, se debe considerar la necesidad de adaptar estas técnicas a las características particulares de cada caso, tales como la gravedad de los síntomas y el nivel de tolerancia al malestar del paciente. Este punto resulta clave para el éxito terapéutico, si se tiene en cuenta que la exposición suele presentar dificultades en la adherencia al tratamiento por ser una técnica manifiestamente aversiva. El establecimiento de una relación terapéutica que brinde confianza al paciente es fundamental para motivarlo a este tipo de intervenciones.

Estos hallazgos subrayan la importancia de conocer y saber aplicar las técnicas de exposición por ser un recurso eficaz para modificar conductas de evitación que, como ya se mencionó, son las que sostienen el malestar. El valor intrínseco de esta herramienta radica en que plantea un desafío al paciente que pone a prueba su motivación al cambio. Le propone que aprenda a afrontar sus temores y refutar sus

creencias limitantes, promoviendo mayor autonomía y libertad para alcanzar la vida que desea vivir.

Futuras investigaciones podrían estar orientadas a estudiar con mayor profundidad las variantes de las técnicas de exposición en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, teniendo en cuenta aquellas que se sirven de recursos tecnológicos como la realidad virtual y que se encuentran en continuo desarrollo.

25

## 5. Referencias Bibliográficas

Álvarez García, H. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico*. Ciudad de México: Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2019) 1: 79-92.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barlow, D.(2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.

Beck, A., Rush., A.J., Shaw B., y Emery, G (2010) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao:Desclée de Brouwer.

Beck, A., y Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad*. Bilbao:Desclée de Brouwer.

Beck, J. (2007) *Terapia Cognitiva para la Superación de Retos*. Barcelona: Gedisa.

Berenguer Filiu, C. (2019). *Tratamiento mediante imágenes y escenificaciones emotiva de un caso de fobia a la oscuridad*. Elche: Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2019) 1: 1-17.

Bravo, S. (2022). *Evaluación e intervención en un caso de fobia específica con trastorno de pánico y agorafobia*. Madrid: Universidad Europea.

Costoya Muñoz, M. (2021) *Terapia de exposición: revisión sistemática sobre su eficacia en la reducción del miedo y la ansiedad en personas con fobias específicas*. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna.

Cottrino, J (2020). *Psicoterapia basada evidencia en caso de trastorno de ansiedad generaliza y trastorno obsesivo compulsivo*. AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39 (8) 1012-1025.

Cudris-Torres (2021). *Psicoterapia basada en la evidencia en un caso de distimia y crisis de pánico*. Gaceta Médica de Caracas 2021;129(1):152-166.

Hayes, S., y Hofmann, S. (2022). *Hacia una terapia basada en procesos. TBP: ciencia y competencias básicas de la Terapia Cognitivo Conductual*. La Plata: EDULP.

Horacio (2016). *¿Qué demonios son las terapias de tercera ola?* Revista de ciencias conductuales-contextuales N°2. Grupo ACT Argentina.  
<https://grupooact.com.ar/descargas/horacio/>

Iñigo Morales, J. (2022). *Análisis comparativo sobre la eficacia entre la exposición virtual,*

*en imaginación y en vivo respecto al tratamiento en aracnofobia.* Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Deusto.

Kichic, R., y D'Alessio, N. (2016). *Teoría del procesamiento emocional y terapia de exposición prolongada para el trastorno por estrés postraumático.* Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, Vol.XXVII,133-141.

26

Keegan, E., y Holas, P.(2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental. Teoría y práctica.* Publicado originalmente como Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. En Carlstedt, R. (2010) *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, Practices and Research.* New York. Springer. 605:630.

Lazarus, R. S. (1968). *Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations.* Nebraska Symposium on Motivation, 16, 175–266.

Mainé Domínguez, J. (2019). *Intervención psicológica en un caso de fobia a la sangre-inyecciones-heridas a través de realidad virtual.* Universidad de Cádiz.

Martínez Castillo, P. (2019) *Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social.* Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2019) 1: 63-77.

Méndez, F. X. y Macià, D. (1988). *Escenificaciones emotivas. Una técnica para las fobias infantiles.* Análisis y Modificación de conducta, 41, 323-351

Obregón López, G. (2021). *Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores.* Lima: Avances en Psicología, Vol.29.Nº2:pp. 253-266.

O'Donohue, W. (1998). *Conditioning and third-generation behavior therapy.* En W. O'Donohue (Ed.), Learning and Behavior Therapy. Boston: Allyn & Bacon.

O'Donohue, W. (2009). *A brief history of cognitive behavior therapy: Are there troubles ahead?* En W. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.), General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. NJ: John Wiley & Sons.

Rachman, S.J. (1997). *The evolution of cognitive behaviour therapy.* En D.M. Clark y C.G. Fairburn (Eds.), Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press.

Reguera Lozano, S. (2021) *Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad social.* Cádiz: Revista de Psicoterapia, Vol. 32, Nº 120: pp. 175-184.

Rothbaum, B., Foa, y E., Hembree, E. (2007). *Terapia de Exposición Prolongada para TEPT. Procesamiento emocional de experiencias traumáticas. Guía del terapeuta.* Buenos Aires: SAPsi Editorial.

Ruiz Fernández, M. A., Díaz García, M.I., y Villalobos Crespo, A.(2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ruiz García, A. y Valero Aguayo, L. (2020). *Intervención mediante exposición multimedia en un caso de fobia infantil a las avispas.* Málaga: Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 28, Nº 2, 2020, pp. 343-361.

Viña C, Herrero M, Rivero F, Álvarez Pérez Y, Fumero A, Bethencourt JM (2020) *Cambios en la actividad cerebral asociados a la terapia de exposición cognitivo-conductual para fobias específicas: búsqueda de los mecanismos subyacentes*. Revista Neurología 2020; 71: 391-8.

Watson, J.B.(1945). *El conductismo*. Buenos Aires:Paidós.

Wolpe, J. (1958) *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.