

Evaluación y tratamiento de un caso de cinofobia

Pablo J. Olivares-Olivares, Nicolás Soler Fernández y
Miriam Sánchez Regadera
Universidad de Murcia

RESUMEN

El presente trabajo se centró en el tratamiento de una mujer de 21 años, estudiante universitaria, con diagnóstico de fobia específica de tipo animal (cinofobia). La aparición de las respuestas de evitación/escape se asocia con el intento de ser mordida por un perro a la edad de 10 años. A partir de este instante el miedo a los canes fue intensificándose y generalizándose. El objetivo de la intervención fue disminuir/eliminar la frecuencia e intensidad de las respuestas de ansiedad ante los perros. El proceso de evaluación diagnóstica incluyó medidas de autoinforme (entrevista, tests y autorregistros) y de observación conductual. El tratamiento consistió en la exposición gradual con modelado participante para el afrontamiento de las situaciones temidas; las sesiones se realizaron semanalmente y con una duración aproximada de 90 minutos. Se cuantificó la frecuencia de las respuestas de exposición, su duración y la intensidad del malestar experimentado tanto durante las exposiciones en el contexto clínico como durante las "tareas para casa". Los resultados muestran la eficacia del tratamiento y la estabilidad de sus efectos en el seguimiento realizado a los 12 meses.

Palabras clave: tratamiento cognitivo-conductual; cinofobia; caso único.

ABSTRACT

This paper focused on the treatment of a 21-year-old university student diagnosed with specific animal phobia type (cynophobia). The emergence of avoidance responses is associated with the intent of being bitten by a dog at the age of 10 years. From this moment the fear of the dogs was intensifying and generalizing. The aim of the intervention was to reduce/eliminate the frequency and intensity of anxiety responses to dogs. The process of diagnostic evaluation included self-report measures (interview, self-tests and records) and behavioral observation. The treatment consisted of gradual exposure with modeling participant for coping with the situations feared; sessions were held weekly and last about 90 minutes. It was quantified the frequency of responses of exposure, its duration and intensity of the distress experienced during exhibitions both in the clinical setting as during the "homework". The results show the effectiveness of treatment and the stability of their effects on the follow-up after 12 months.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; cynophobia; single case.

Introducción

La fobia específica, según los criterios del DSM-V (APA, 2014), se define como un temor persistente e intenso y desencadenado por la anticipación o presencia de una situación, acontecimiento u objeto específicos. Respecto del DSM-IV-TR (APA, 2000), el DSM-V (APA, 2013) requiere que no haya proporción entre la intensidad del miedo o del patrón de respuestas de ansiedad desencadenado y el peligro real que implica la situación. Asimismo, se precisa que la evitación sea activa. En consecuencia, la exposición al estímulo que provoca este temor ha de producir en la persona respuestas de ansiedad inmediatas y de elevada intensidad, que incluso pueden llegar a presentarse como un ataque de pánico. La intensidad de las respuestas de ansiedad varía en función de la proximidad y otras características del estímulo temido; en el caso de la fobia a los animales la intensidad del miedo está en función, entre otras, de las características del animal y el grado en que se ve dificultada la posibilidad de huida (véase Bados, 2009). En general se puede afirmar que las fobias específicas se asocian con angustia clínicamente significativa, independientemente del número de estímulos temidos, que tienen un impacto negativo en la actividad social/ocupacional y que pueden llegar a interferir significativamente en la actividad cotidiana (Stinson et al., 2007).

La tasa de remisión espontánea de las fobias específicas es baja (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2010) y en su desarrollo y mantenimiento parece que juegan un papel relevante las variables cognitivas (Reinecke, Soltau, Hoyer, Becker, & Rinck, 2012).

La American Psychiatric Association (véase APA, 2014) clasifica las fobias específicas en cinco subtipos atendiendo a la naturaleza del estímulo que desencadena el patrón de respuestas de ansiedad: a los animales; a la sangre, inyecciones y/o heridas; a los ambientes naturales y a las situaciones.

Respecto de la comorbilidad hay que recordar que en general las fobias específicas tienden a ser comórbidas de otras fobias específicas (Katzman et al., 2014; Trumpf, Margraf, Vriends, Meyer, & Becker, 2010); sólo el 10% de quienes cumplen los criterios para este diagnóstico tienen un único miedo (Stinson et al., 2007). Además, las fobias específicas son frecuentemente comórbidas de otros trastornos psicopatológicos entre los que se incluyen los del estado de ánimo, y otros de ansiedad como el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno por ansiedad generalizada, así como los de la personalidad (Choy, Fyeer, & Goodwin, 2007).

Los estudios sobre prevalencia realizados con población norteamericana siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1995) muestran para las fobias específicas una prevalencia anual del 8,7% y a lo largo de la vida (general) del 7,1% en el estudio realizado por Kessler y et al. (Kessler et al., 2005; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005) y del 12,5% anual y 9,4% general en el realizado por Stinson et al. (2007). En Europa los datos obtenidos en el estudio de la ESEMeD/MHEDA 2000 Investigator (2004), también con criterios DSM-IV y población adulta española, difieren tanto de los estudios norteamericanos (3,5% para la prevalencia anual y 7,4% para la general) como de los resultados de otro estudio epidemiológico posterior (Bec-

ker et al., 2007) con población europea que sí están en línea con los datos norteamericanos (10,0% anual y 9,9% general). En cambio, en lo que coinciden todas las investigaciones epidemiológicas es en que la prevalencia de las fobias específicas entre las mujeres duplica la de los varones tanto en los datos anuales como en los generales, es decir, a lo largo de la vida (véase Katzman et al., 2014). Así, por ejemplo, en el estudio de Stinson et al. (2007) la prevalencia anual es del 6,2% de varones frente al 12,4%/mujeres y en la general de 4,6%/varones vs. 9,5%/mujeres; en el de ESEMeD/MHE-DA 2000 Investigator (2004) las proporciones se mantienen pese a la menor tasa de la prevalencia: 1,9%/varones vs. 5,0%/mujeres en la anual y 4,9%/varones vs. 10,3%/mujeres para la general.

En relación con datos de prevalencia de las fobias específicas en población adulta española, en el estudio realizado por Haro et al. (2006), respecto de la prevalencia a lo largo de la vida, los resultados mostraron que éstas ocupan la segunda posición entre los trastornos más frecuentes, tras el episodio depresivo mayor.

En el caso concreto de la fobia específica a los animales la prevalencia general se sitúa en torno al 5% (Katzman et al., 2014; Stinson et al., 2007) y su edad de inicio puede ubicarse entre los 7 y los 9 años, de acuerdo con los resultados de los trabajos de Lipsitz, Barlow, Mannuza, Hofmann y Fyer (2002), Öst (1987, 1992) y Stinson et al. (2007). Lipsitz et al. (2002) informaron que el 90% de las fobias a los animales comenzaban antes de los 12 años y Stinson et al. (2007) concluyeron que raramente se presenta después de los 65 años.

Intentando discriminar entre la edad de inicio del miedo y la consolidación del trastorno o momento en el que comienzan a cumplirse los criterios requeridos para su diagnóstico psicopatológico, Antony, Brown y Barlow (1997) hallaron que la edad de inicio del miedo a los animales, entre quienes luego presentarían una fobia específica a éstos, se situaba alrededor de los 11 años y el comienzo del trastorno en torno a los 20 años.

Los estudios epidemiológicos realizados con población adulta confirman que la remisión espontánea de las fobias específicas no supera el 20% (APA, 1995), es decir, que se cronificará al menos en el 80% de quienes las presentan, sino reciben tratamiento *ad hoc*.

Asimismo, los datos disponibles permiten afirmar que la exposición es la estrategia más utilizada y la que es considerada como tratamiento de primera elección para las fobias específicas (véase APA, 2015; Katzman et al., 2014).

Respecto a la demanda de tratamiento los estudios realizados concluyen que las fobias específicas son los trastornos por los que menos se solicita tratamiento (véase Wolitzky-Taylor et al., 2010). De hecho el porcentaje de quienes lo piden se sitúa alrededor del 15% de los casos tratados en consulta (Echeburúa, 1993), siendo los que presentan fobia a los animales quienes más frecuentemente lo hacen (Barlow, 1988). Se entiende que esta mayor motivación de los pacientes con fobia específica a los animales a demandar ayuda psicológica, dentro de la reducida tasa de solicitud, puede ser debida al hecho de que los urbanitas utilizamos con mayor frecuencia los perros como mascotas, lo que incrementa progresi-

vamente la probabilidad de que nos hallemos ante un perro cuando salimos a pasear o nos desplazamos a pie para ir a realizar nuestras actividades cotidianas.

Desde nuestro punto de vista, entre las razones que pueden ayudar a entender esta escasa demanda para el tratamiento de las fobias específicas por parte de quienes las padecen se hallan el que: (i) generalmente es uno de los trastornos que menos interfieren en el desarrollo de la actividad cotidiana; (ii) muchos pacientes perciben su fobia como intratable o no conocen la existencia de tratamientos eficaces para ello; (iii) la historia de aprendizaje conformada por la autoexposición sin éxito reduce la probabilidad de solicitar y exponerse a tratamientos que impliquen la confrontación con el estímulo fóbico. Y todo ello pese a que la estrategia de exposición se haya mostrado eficaz en el tratamiento de este trastorno incluso en personas que pueden presentar carencias cognitivas relevantes como las que tienen síndrome de Down (Freeman, 1997) y goce de un excelente status como tratamiento de primera elección en la clasificación de la División 12 de la APA (véase APA, 2015), como se ha indicado.

Presentación del caso

Descripción del caso

La paciente es una mujer de 21 años de edad, soltera y estudiante universitaria, que vive en el hogar familiar.

Motivo de la consulta

La demanda de atención psicológica se produce porque dice que ya no puede seguir así; refiere que se le “disparan” respuestas muy intensas de ansiedad que le causan un sufri-

miento que ella entiende que es desproporcionado ante situaciones en las que hay un perro presente, aunque esté con bozal y cogido con una correa por su dueño. También indica que en ocasiones evita acudir a los sitios en los que tiene conocimiento de que puede encontrarse con este tipo de animales y que ya empieza a temer a otros animales como los gatos, murciélagos, ratones/ratas y serpientes, a los que nunca había tenido miedo.

Historia del problema

La paciente cuenta que a la edad de 10 años estuvo a punto de ser mordida por un perro cuando regresaba desde el centro escolar a su casa. A partir de ahí las noticias de la televisión relativas a perros que accidentalmente habían mordido o dado muerte a niños o a adultos fueron incrementado la ocurrencia de miedo, muy intenso y desproporcionado, cuando tenía que pasar cerca de donde había un perro o por donde creía que podía haber uno o más perros, fuesen del tipo que fuese y estuviesen o no estuviesen con bozal y atados.

Evaluación

Se realizó una entrevista no estructurada que nos permitió obtener información sobre (a) las situaciones temidas y evitadas, (b) las variables que agravaban o reducían la intensidad, frecuencia y duración del patrón de respuestas de ansiedad, (c) las expectativas respecto del tratamiento psicológico y (d) la interferencia del problema en la vida diaria de la paciente.

Además se administraron dos medidas de autoinforme: el Cuestionario de Temores FSS III-122 (Wolpe & Lang, 1964) adaptado al español por Carrobbles (1986) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA;

Miguel Tobal & Cano Vindel, 1994), ambos con excelentes propiedades psicométricas en población adulta española.

Cuestionario de Temores FSS III-122. El FSS III-122 tiene como objetivo medir la intensidad de las respuestas de ansiedad ante distintos estímulos relacionados con animales, situaciones sociales, daño físico, etc. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert (rango: 1-5; donde 1 = *En absoluto* y 5 = *Muchísimo*) y la puntuación obtenida puede oscilar entre 122 y 610. En esta prueba la paciente puntuó 5 en el ítem 88 (los perros) y 4 en los ítems 24 (murciélagos), 34 (gatos), 55 (ratones o ratas) y 3 en el ítem 65 (serpientes no venenosas).

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). El ISRA es un instrumento que permite cuantificar la frecuencia de las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana que pueden ser susceptibles de desencadenarlas. Ofrece la posibilidad de realizar una exploración previa que nos proporcione pautas sobre las situaciones más problemáticas para la persona evaluada. El cuestionario consta de tres subescalas (cognitiva, fisiológica y motora) con 22 ítems cada una, en los que se evalúa la frecuencia con que se presentan las respuestas de ansiedad (rango 0-4). El último ítem del cuestionario (número 23) se emplea para que se puedan incluir situaciones que no se hallan en las 22 propuestas previas. En este ítem de contenido libre la paciente escribió "Cuando me encuentro en un lugar en el que hay un perro suelto cerca" y la valoró con la máxima puntuación en cada una de las respuestas implicadas de los tres sistemas (*casi siempre* = 4).

La paciente también cumplimentó un autregistro cuyos datos se utilizaron en la fase diagnóstica para la construcción de la línea de base; durante una semana tuvo que buscar cada día una situación a la que enfrentarse en la que se hallara un perro e intentar aproximarse a él todo lo que pudiera, registrando en cada intento la ocurrencia/ausencia de respuestas de evitación (véase Figura 3) y la duración de la exposición cuando se produjese.

La intensidad de la interferencia en la vida diaria informada (rango: 0-100) fue de 75 para los perros; 40 para los ratones o ratas, gatos y serpientes y 35 para murciélagos.

Durante la aplicación del tratamiento dos observadores independientes, entrenados *ad hoc*, registraron la frecuencia de las respuestas de evitación y de las de exposición, así como la duración de esta última cuando se producía. El grado de acuerdo obtenido mediante el coeficiente *kappa* fue $k=1$ para las respuestas de evitación y $k=0,97$ para la duración de la exposición.

El conjunto de los resultados obtenidos permitieron concretar el diagnóstico de fobia específica de tipo animal (APA, 2014).

Formulación clínica del caso

Como se ha indicado, los datos obtenidos, a partir de los instrumentos y las estrategias utilizadas, permitieron constatar que la paciente presentaba respuestas de ansiedad de elevada intensidad en presencia de perros, motivo de la demanda de ayuda, así como a los murciélagos, gatos, ratones o ratas y serpientes no venenosas con menor intensidad y que fueron considerados comórbidos por el relato de la paciente relativo a su inicio temporal.

Para obtener información acerca de la frecuencia con la que se producían las respuestas de evitación/escape, y poder realizar su análisis topográfico, se pidió a la paciente la cumplimentación del autorregistro que se ha mencionado en el apartado anterior.

Con los datos obtenidos en el proceso de evaluación diagnóstica se realizó el análisis funcional (véase Tabla 1).

Éste reflejó que la paciente presentaba respuestas de ansiedad (RC) ante los perros (EC), como consecuencia de haber vivido una situación previa en la que estuvo a punto de ser mordida y que recordaba vívidamente en la actualidad. Las respuestas psicofisiológicas (taquicardia, sudoración, hiperventilación, etc.), cognitivas (pensar que se acercaría hacia ella y que le podía morder y/o tirar) y motoras (ten-

sión muscular, agarrar a alguien fuerte del brazo para sentirse “menos mal”, salir corriendo, etc.) se presentaban asociadas a la reducción/eliminación de la intensidad del malestar que seguía a las respuestas de escape/evitación. Como consecuencia se postuló que la progresión del escape a la evitación debió producirse durante un proceso de generalización que se iniciaría en el momento en el que estuvo a punto de ser mordida y se extendió paulatinamente, en primer lugar, a cualquier situación en la que se pudiera encontrar a cualquier tipo de can en cualquier circunstancia y en segundo a otros animales con características físicas similares (en este caso el pelo) o culturalmente “preparados”, es decir, con elevada carga cultural negativa (las serpientes).

Tabla 1

Análisis funcional de la conducta problemática

Antecedentes
-Históricos: en su memoria guarda activo el cambio que experimentó cuando estuvo a punto de ser mordida por un perro cuando tenía 5 años. -Inmediatos: perros.
Respuestas
Psicofisiológicas: taquicardia, sudoración, hiperventilación, etc. Cognitivas: pensar que le va a morder, arañar, lamer o que la puede tirar al suelo; pensar que el animal no está (escape); pensar qué podrá hacer en esa situación para que alguien le ayude si lo necesita o cómo ponerse a salvo si el animal tiene un comportamiento o un gesto que le parezca peligroso; pensar en otra cosa mientras se aproxima a donde cree que puede haber un perro, etc. Motoras: tensión muscular desproporcionada, agarrar a alguien fuerte del brazo, salir corriendo o subirse a un sitio alto (escape), no ir a donde puede hallarse el animal (evitación), etc.
Consecuencias
Psicofisiológicas: reducción significativa y/o anulación de la intensidad de la sudoración, de la sequedad en la boca, de la taquicardia, de la opresión torácica, ... del estado de malestar. Cognitivas: sensación de bienestar tras el alivio de la aversión (inmediatas); constatación de que no puede vencer el miedo, sentimiento de vergüenza, etc. (mediatas).

Tomando como referencia los resultados de nuestro análisis funcional se formuló la siguiente hipótesis de intervención: dado que la variable más relevante en el mantenimiento de las respuestas de ansiedad de la paciente era el alivio que seguía a las respuestas de escape/evitación, entonces, si se aplicaba un tratamiento centrado en la exposición éstas deberían disminuir en su frecuencia e intensidad, en la misma medida en que se incrementase la frecuencia y la duración de las respuestas de aproximación a los estímulos temidos.

Procedimiento

La primera sesión estuvo destinada a la realización de una entrevista no estructurada en la que se delimitó el problema. También se indagó sobre la ocurrencia de respuestas de escape/evitación, así como del grado de interferencia del problema en la vida diaria.

Tras la entrevista, la paciente cumplimentó los cuestionarios ISRA y FSS III-122. Como *tareas para casa* se le pidió cumplimentar un autorregistro en el que debía anotar, durante 7 días, cada uno de los intentos de aproximación al estímulo temido: los perros.

En la segunda sesión se le explicó cuál iba a ser el procedimiento a seguir y se consensuó la formulación de metas realistas y graduales para la exposición. Posteriormente se procedió a la elaboración de una jerarquía. Para ello se establecieron las situaciones extremas, así como algunas intermedias. Cuando se hubieron elaborado diez situaciones, se le pidió la redacción del resto de ítems como tareas para casa y la adjudicación a cada una de ellas del grado de ansiedad suscitado en una escala de

0 a 100, indicándole que entre un ítem y el siguiente era importante que en la medida de lo posible no hubiesen escalones de más de 15 Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA).

En la tercera sesión se confeccionó la jerarquía utilizando una escala subjetiva de ansiedad que se cuantificó en USA. Esta escala, cuyo rango fue desde 0 (*Ninguna ansiedad*) hasta 100 (*Ansiedad máxima*), permitió mensurar las variaciones de la intensidad de las respuestas de ansiedad de la paciente ante 19 situaciones relativas al estímulo fóbico. De este modo se pudo establecer una graduación de las situaciones temidas y evitadas que sería utilizada para guiar la aplicación del tratamiento en el contexto clínico. El resultado de la graduación de los ítems puede consultarse en la Tabla 2.

Las siguientes sesiones se dedicaron a la aplicación del tratamiento que se diseñó, confeccionó y aplicó tomando como base la hipótesis formulada. El tratamiento consistió, por una parte, en la exposición gradual de la paciente a los estímulos temidos, mediada por el modelado participante del terapeuta en condiciones controladas; por otra, se realizó la exposición en condiciones naturales a los estímulos temidos previamente superados en el marco clínico (tareas para casa).

Se empleó un diseño cuasiexperimental del tipo A-B. La delimitación de las variables dependientes e independientes fue la siguiente: en el contexto clínico se tomaron como variables dependientes durante el desarrollo del tratamiento el número de intentos de exposición al estímulo temido (con/sin respuestas de evitación motora) y la intensidad del malestar experimentado en cada una, siendo el

Tabla 2

Ítems de la jerarquía de exposición

Ítems	
1) Ansiedad: 10. Perro de tamaño medio, pelaje de color claro, atado y paciente mirándolo fijamente.	11) Ansiedad: 60. Perro de color claro, suelto y paciente acaricia su hocico.
2) Ansiedad: 15. Perro pequeño, de color claro, suelto y jugando con su dueño. Paciente cerca observando.	12) Ansiedad: 65. Paciente sentada y tener encima un perro de tamaño medio con pelaje claro cuando éste esté tranquilo.
3) Ansiedad: 20. Perro suelto, de color claro, tumbado cerca de la paciente y ésta tocándole el lomo.	13) Ansiedad: 70. Sacar a pasear a un perro de color oscuro y activo.
4) Ansiedad: 25. Perro suelto, tumbado, de color claro, cerca de la paciente y ésta tocándole la cabeza.	14) Ansiedad: 75. Dejar que un perro de color claro pose sus patas sobre las piernas de la paciente.
5) Ansiedad: 30. Perro de color claro, suelto y paciente muy cerca mirándolo fijamente.	15) Ansiedad: 80. Jugar con un perro de pelaje claro.
6) Ansiedad: 35. Perro suelto, de color claro, tumbado y paciente acariciándole las patas por la parte delantera.	16) Ansiedad: 85. Paciente sentada y perro pequeño de pelaje oscuro moviéndose por dónde está sentada.
7) Ansiedad: 40. Perro grande, de color oscuro, suelto y jugando con su dueño. Paciente cerca observando y sentada a la altura del perro.	17) Ansiedad: 90. Coger el morro de un perro de pelaje oscuro.
8) Ansiedad: 45. Perro suelto, de color oscuro y tumbado, mientras la paciente acaricia la barriga.	18) Ansiedad: 95. Dar de comer desde la mano de la paciente a un perro de pelaje claro.
9) Ansiedad: 50. Sacar a pasear un perro de color claro y tamaño medio de carácter tranquilo.	19) Ansiedad: 100. Paciente en una habitación con un perro de tamaño medio y pelaje oscuro sosteniéndolo en brazos.
10) Ansiedad: 55. Perro de color claro, suelto mientras la paciente toca las patas por la parte trasera.	

tratamiento la variable independiente (véase Tabla 3); la primera fue objeto de registro mediante observación conductual y la segunda autoinformada. Durante la construcción de la línea de base y en las tareas para casa el éxito se concretó como una función del tiempo de exposición: duración de la exposición a menos de un metro del can (véase Figura 4).

El tratamiento se aplicó durante 24 sesiones que tuvieron una periodicidad semanal y una duración de 60 minutos/sesión. Los primeros 10 minutos se dedicaron a comentar las dificultades que se habían presentado durante la realización de las tareas para casa y el resto

del tiempo a que la paciente se expusiese a los ítems de la jerarquía de las situaciones temidas en condiciones controladas.

Para desarrollar las sesiones de exposición en el contexto clínico y la concreción del estímulo temido que se iba a emplear, en cada sesión, se acordó la colaboración de conocidos, amigos de los conocidos que dispusieran de perros y de los perros de una protectora de animales. Esto permitió que en las sesiones de exposición pudieran participar no solo perros de raza sino también callejeros resultado del cruce de diferentes razas, distintos colores de pelaje, alturas, etc.

Para facilitar el autocontrol de las respuestas de escape/evitación se aplicaron instigadores verbales a la paciente. Tras la exposición a la situación temidas en condiciones controladas se reforzaba a la paciente con expresiones del tipo: "muy bien", "felicidades"... o con expresiones de satisfacción y sonrisas.

Para cuantificar la intensidad de las respuestas de ansiedad durante la exposición a las situaciones en el contexto clínico, correspondientes a cada uno de los ítems de la jerarquía, así como la intensidad del malestar experimentado durante los intentos de exposición en el periodo de construcción de la línea de base y el de realización de las tareas para casa, la paciente estimaba, registraba e informaba su magnitud en USA (rango: 0-100). La duración de las exposiciones se midió en segundos porque inicialmente se esperaba que, como luego ocurrió, la duración de las exposiciones fuese muy corta.

Se tomaron medidas de seguimiento de los efectos del tratamiento al mes y a los tres, seis y doce meses de terminado éste.

Resultados

Para comprobar la eficacia del tratamiento se compararon las puntuaciones directas obtenidas en la situación abierta del cuestionario ISRA antes y después del tratamiento, lo mismo que el FSS III-122 (puntuación directa en el ítem 88 y relativa a la intensidad del miedo a los perros). Además, se confrontaron los resultados de línea de base (evitación vs. exposición al estímulo fóbico con éxito), con los datos del autorregistro de las tareas para casa y la evolución de la comorbilidad una vez finalizado el tratamiento y en las medidas de seguimiento.

En el ISRA, la paciente obtuvo en la evaluación diagnóstica una puntuación total de 15 en la escala centil (poco significativa). En las situaciones propuestas por el cuestionario, la paciente presentó una puntuación centil de 35 en la subescala cognitiva (moderada), 15 (mínima) en la subescala fisiológica y 5 (mínima) en la subescala relativa a las respuestas motoras (véase Figura 1).

Ahora bien, cuando la paciente cumplimentó en el ítem 23 (relativo a la situación abierta y formulado como "Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas", la valoró con una puntuación de 4 (casi siempre; rango 0-4) en cada una de las respuestas implicadas que el ISRA propone para cada uno de los tres sistemas de respuesta. El resultado puede observarse en la Figura 2: 19 puntos en la subescala cognitiva y 21 para la fisiológica y la motora respectivamente.

Respecto al FSS III-122 puntuó con un 4 (*mucho*) los ítems relativos a los murciélagos, gatos, ratones o ratas y con 3 (*bastante*) el ítem 65 (serpientes no venenosas); el estímulo con una puntuación de 5 (*muchísimo*) fue "perro". La evolución de las puntuaciones directas obtenidas para los perros en las medidas de autoinforme (situación abierta del cuestionario ISRA y del FSS III-122) pueden observarse en la Figura 2.

Los datos obtenidos durante las tareas para casa, a partir del autorregistro de las respuestas de afrontamiento con éxito al estímulo temido (sin respuesta motora de escape), pueden verse en la Figura 3.

En la Figura 4 puede observarse la evolución del promedio de los resultados relativos a la

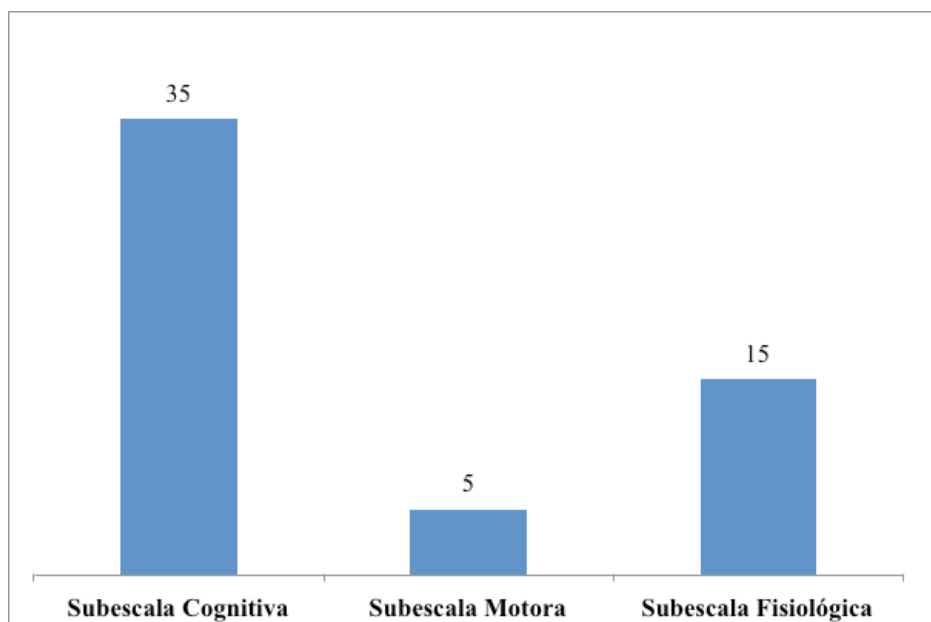


Figura 1. Puntuaciones centiles en el cuestionario ISRA en la evaluación diagnóstica.

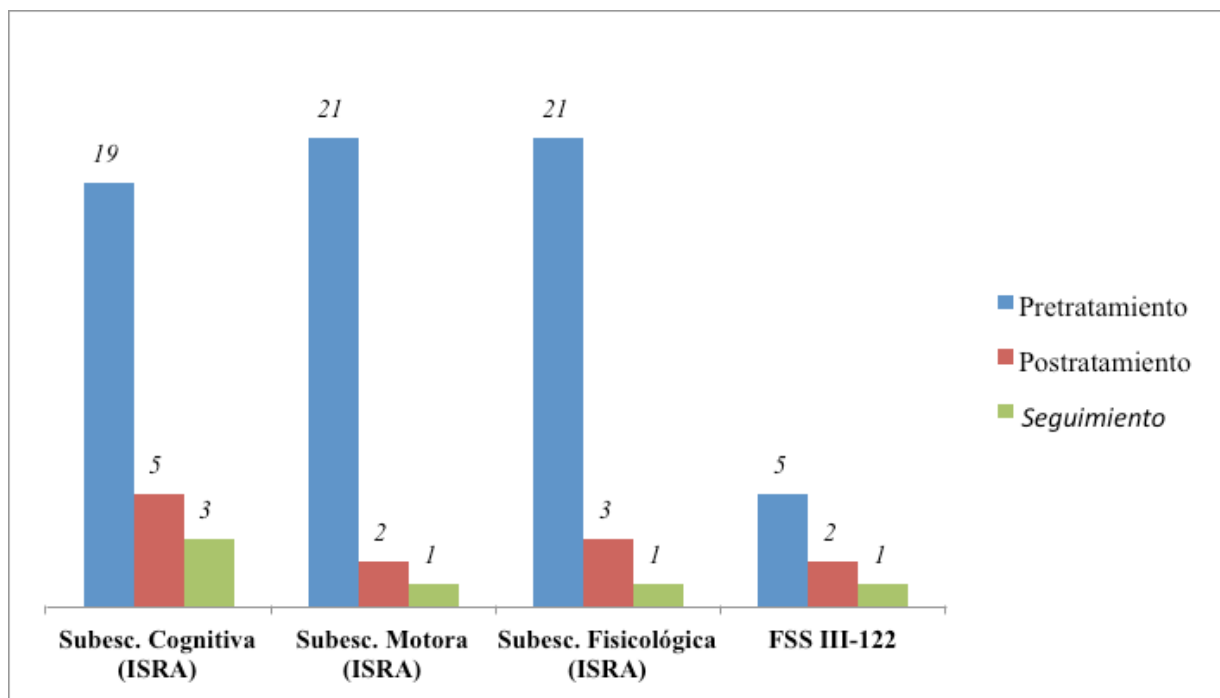


Figura 2. Evolución de las puntuaciones directas obtenidas en las medidas de autoinforme a lo largo de la intervención psicológica y en el seguimiento a los 12 meses.

duración de la exposición al estímulo temido y la intensidad del malestar experimentado, durante el periodo de construcción de la línea de base y la ejecución de las tareas para casa realizadas entre sesión y sesión de entrenamiento.

Los resultados de la exposición gradual mediante modelado participante en condiciones controladas, a las distintas situaciones de la jerarquía, pueden observarse en la Tabla 3.

La intensidad de la interferencia en la vida diaria (rango: 0-100) informada en la evaluación inicial pasó de 75 a 5 para los perros; de 40 a 10 para los ratones/ratas y gatos y murciélagos; de 35 a 30 para las serpientes no venenosas.

Discusión

En los resultados relativos a las puntuaciones centiles obtenidos en la fase de evaluación diagnóstica, a partir de las medidas de autoinforme proporcionadas por el ISRA, antes de incluir la puntuación directa de la situación abierta que contempla el inventario (véase Figura 1), se observa que la paciente presentaba un perfil con predominio de las respuestas cognitivas, sin significación clínica ni en la puntuación total ni en las subescalas motora y fisiológica; solo en la cognitiva alcanzó una puntuación moderada. Estos resultados se muestran coherentes en su conjunto con el perfil propio de las fobias específicas para esta prueba. Es decir, con carácter general, los valo-

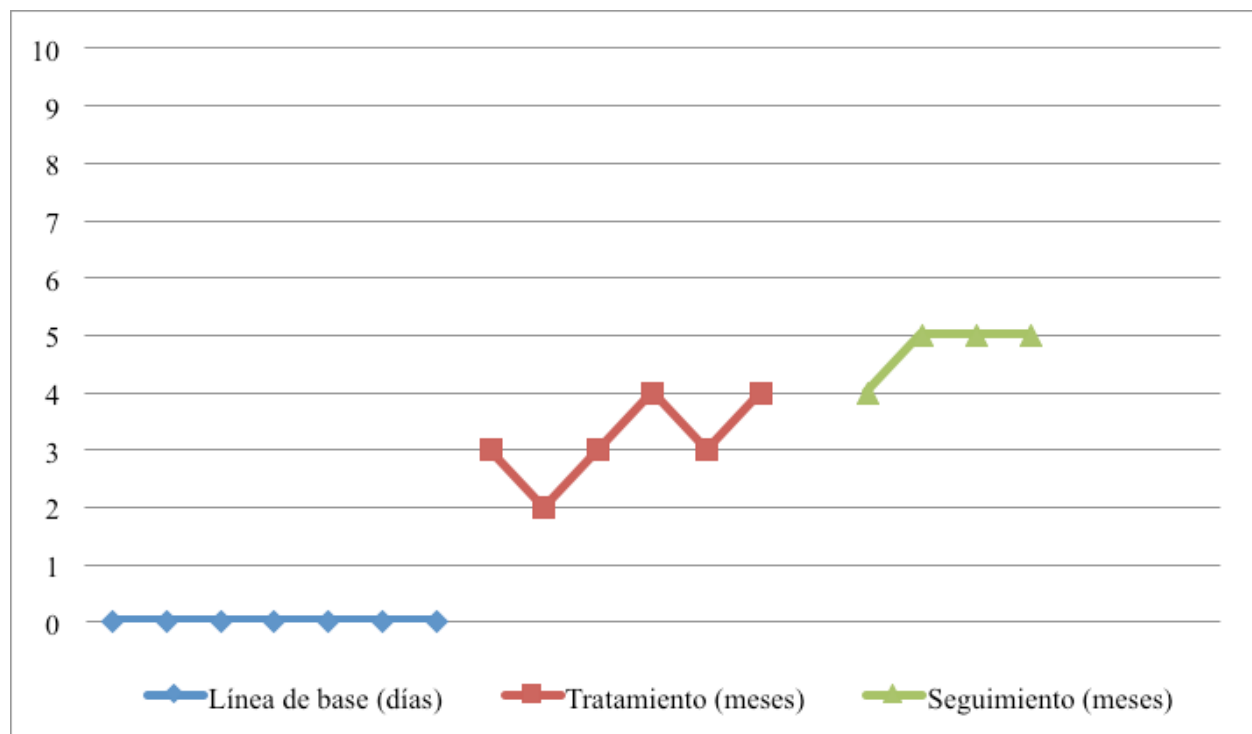


Figura 3. Evolución del promedio de la frecuencia de exposiciones con éxito durante la realización de las tareas para casa.

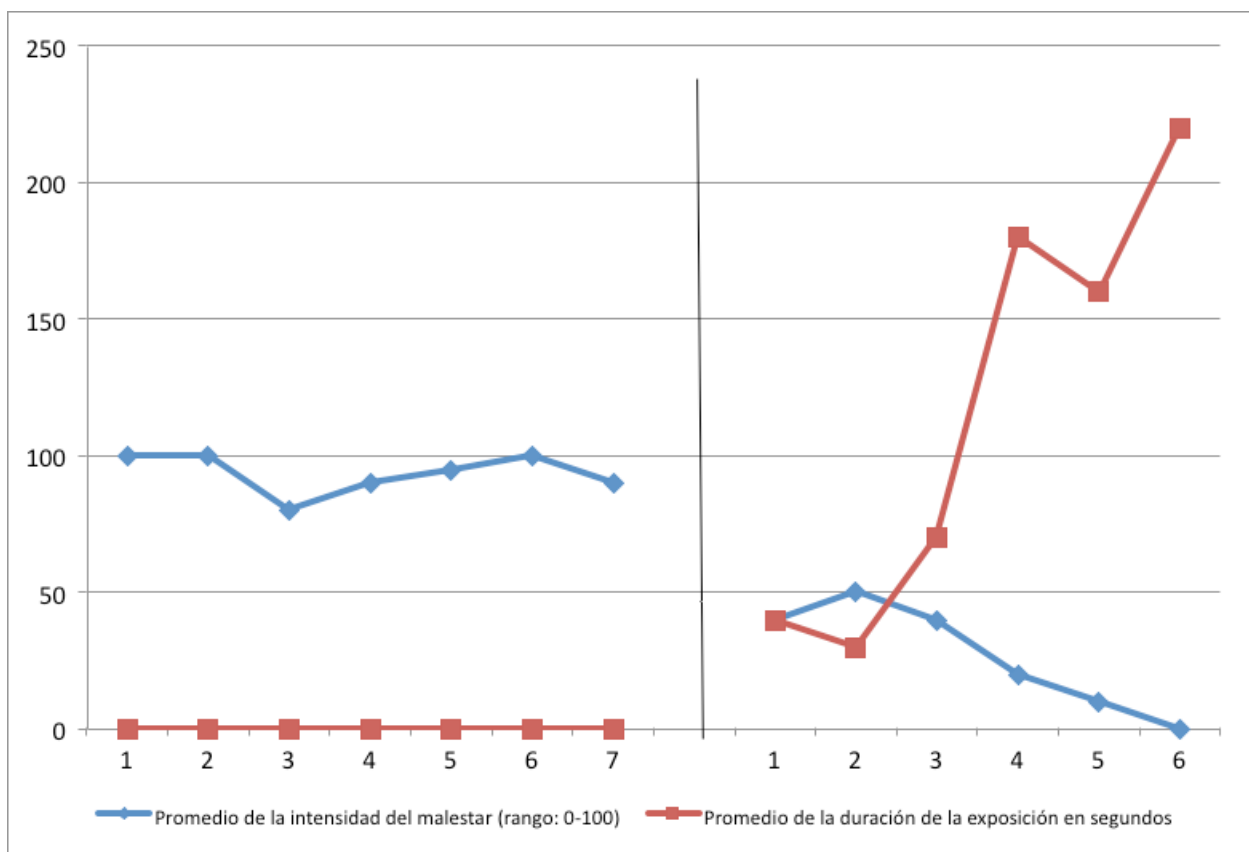


Figura 4. Promedios de la duración de la exposición al estímulo temido y de la intensidad del malestar experimentado durante el periodo de Línea de base y en las tareas para casa.

res obtenidos por la paciente en el ISRA cumplieron su función de contrastar la coherencia del perfil resultante con el diagnóstico clínico relativo a especificidad de los miedos que presentaba la paciente. Así, cuando se analizan las puntuaciones directas otorgadas por ésta, a la situación concreta descrita por ella en el ISRA, se constataron magnitudes muy relevantes en la frecuencia de activación (*casi siempre*) de las respuestas propuestas por el ISRA en los tres sistemas (véase la Figura 2).

Con respecto al cuestionario FSS III-122, la paciente otorgó la puntuación *muchísimo* (rango: 1-5) al ítem 88 (perro) en la fase de evaluación diagnóstica, lo que ayudó a delimitar la relevancia del estímulo que le provocaba las

respuestas de ansiedad de mayor intensidad, complementando la información proporcionada por el ISRA.

Los datos obtenidos en ambos cuestionarios también se vieron corroborados por los resultados del autorregistro y por la estimación que realizó la paciente de la intensidad de interferencia de la cinofobia en la vida cotidiana. Recuérdese que no logró exponerse a ningún can en los 7 días planificados para confeccionar la línea de base; en todos los casos las respuestas fueron de evitación motora.

Los resultados obtenidos tanto durante la aplicación del tratamiento (medidas repetidas) como al finalizar éste (pruebas psicométricas y resto de medidas de autoinforme) corrobora-

Tabla 3

Jerarquía de exposición y evolución de la intensidad de la respuesta de ansiedad/malestar durante el tratamiento en cada uno de los ítems

Ítem	Evolución de la intensidad de la respuesta de ansiedad ¹
1.	80, 60, 40, 30, 10, 0.
2.	80, 60, 40, 40, 30, 20, 0.
3.	70, 50, 30, 20, 10, 0.
4.	80, 60, 20, 0.
5.	70, 70, 60, 50, 50, 30, 20, 0.
6.	60, 30, 20, 0.
7.	60, 40, 20, 0.
8.	90, 90, 40, 30, 0.
9.	70, 30, 10, 0.
10.	100, 100, 50, 50, 30, 20, 0.
11.	70, 40, 20, 0.
12.	100, 100, 80, 60, 30, 20, 0.
13.	70, 40, 30, 10, 0.
14.	100, 100, 50, 50, 30, 0.
15.	80, 50, 40, 20, 0.
16.	60, 50, 20, 0.
17.	80, 60, 30, 10, 0.
18.	100, 70, 50, 20, 0.
19.	80, 50, 50, 10, 0.

¹Medida en Unidades Subjetivas de Ansiedad

ron nuestra hipótesis de intervención. De hecho, tras el tratamiento la paciente ya no cumplía los criterios diagnósticos requeridos para la fobia específica a los animales por el DSM-V (APA, 2013).

En relación con las medidas repetidas relativas a la frecuencia de exposiciones con éxito (Figura 3) y la evolución de la intensidad del malestar experimentado durante éstas y la du-

ración de las exposiciones (Figura 4), durante el desarrollo de las tareas para casa, los datos hallados también constatan la eficacia del tratamiento. Así, la evolución del promedio de las exposiciones realizadas con éxito durante las tareas para casa muestra el progreso casi constante de la paciente en relación con los datos de línea de base. La asimetría de la representación gráfica evolución de los datos relativos a

la disminución progresiva de la intensidad del malestar experimentado, como una función inversa de la duración de las exposiciones, también muestra contundentemente los efectos del tratamiento respecto de los valores de la línea de base y de la progresión de la asimetría. En las medidas de seguimiento se constata no sólo el mantenimiento de los buenos resultados del postests sino su incremento, en línea con lo que suele ocurrir con los efectos de los tratamientos cognitivo-conductuales (véase Olivares, Macià, Rosa-Alcázar, & Olivares-Olivares, 2013).

Una vez finalizado el tratamiento, al comparar la evolución de las puntuaciones directas obtenidas en las medidas pre-post en el ISRA (véase Figura 2), se constata la disminución de la intensidad de las respuestas de ansiedad en el sistema cognitivo, donde la paciente pasó de obtener una puntuación directa de 19 a otra de 5 en el postest; en el fisiológico, donde la puntuación directa inicial fue de 21 y en el postest de 3 o en el motor, donde se pasó de 21 a 2. En el seguimiento realizado a los 12 meses los valores fueron 3, 1 y 1, manteniéndose los resultados del postest.

En este mismo contexto se observa que la puntuación en el ítem 88, del cuestionario FSS III-122 (perros), pasó de una puntuación directa de 5 (*muchísimo*; rango: 0-5) en la evaluación diagnóstica a 2 (*poco*) al terminar el tratamiento y a 1 a en la medida de seguimiento a los 12 meses (véase Figura 2).

También corrobora la eficacia del tratamiento la evolución de la intensidad de la interferencia en la vida diaria (rango: 0-100) que se mostró en consonancia con el resto

de los resultados, presentando una reducción muy significativa en todas las fobias específicas comórbidas, a excepción del miedo a las serpientes no venenosas. La reducción de la interferencia informada para los perros, gatos, ratones/ratas y murciélagos, hasta casi su eliminación, sin que se hubiese programado para ellas un tratamiento específico, ponía de manifiesto, según nuestro entender, que una vez más se había producido la generalización del aprendizaje realizado durante las sesiones de entrenamiento, así como durante la aplicación de éste a través de las tareas para casa, a las fobias específicas comórbidas (no tratadas directamente) en consonancia con lo mantenido por Nezu, Nezu y Lombardo (2006). Sin embargo, parece que este proceso de generalización no afecta tan intensamente a las fobias específicas que cuentan con un elevado peso de *preparación cultural*, aparecidas durante un estado de vulnerabilidad como el generado en esta ocasión por la intensidad del miedo a los perros y la evitación activa, como ocurre en nuestro caso con el decremento del miedo y la interferencia informada por la paciente respecto de las serpientes no venenosas. Una explicación plausible de estos datos puede estar en el hecho de que, por un lado, el conocimiento por parte de la paciente de la escasa probabilidad de confrontación real con estos estímulos y por otro la casi ausencia de elementos físicos comunes, puede dificultar la generalización de los efectos de la exposición (en este caso la similitud física solo podría establecerse entre pelo y escamas, en el mejor de los casos).

Por otro lado, de acuerdo con Kahan, Tanzer, Darwin y Borer (2000), los resultados del

tratamiento también ponen de manifiesto que la presencia de otras fobias específicas no parece tener efectos adversos en los resultados esperados al aplicar la estrategia de exposición para tratar la cinofobia.

Asimismo, coincidiendo Méndez, Rosa-Alcázar y Orgilés (2005), estimamos que una variable relevante a la hora de explicar el éxito obtenido en este caso radica en que el terapeuta estuviese presente modelando y guiando la interacción de la paciente con el estímulo fóbico, en línea con resultados de los estudios metaanalíticos (véase Katzman et al., 2014) y lo manifestado por Capafons (2001), quien recordaba que si el terapeuta modela los primeros acercamientos se incrementa la probabilidad de que la exposición resulte eficaz porque el terapeuta actúa como una variable moduladora del efecto del estímulo en la intensidad de las respuestas de ansiedad.

La duración del tratamiento, es decir, las 24 sesiones que se han requerido para dar por eliminada la fobia específica a los perros están en línea con los resultados obtenidos en el metaanálisis realizado por Wolitzky-Taylor et al. (2010), tanto en lo relativo a la eficacia de la intervención como a la estabilidad de los logros (véase la Figura 3); datos que también están en consonancia con la evolución mostrada por la interferencia en el desarrollo de la actividad cotidiana, informada por la paciente.

En la fase de seguimiento los resultados se mantienen en las medidas tomadas transcurridos uno, tres, seis y doce meses de terminado el tratamiento.

Estos resultados son consistentes con los de las investigaciones que afirman que la exposi-

ción en vivo es el mejor procedimiento para tratar la fobia específica (Bandura, Blahard, & Ritter, 1969; Capafons, 2001; Gilroy, Kirkby, Daniels, Menzies, & Montgomery, 2000; Gotesam & Hokstad, 2002; Öst, Ferebee, & Furmark, 1997; Wolitzky-Taylor et al., 2010), así como con quienes de manera concreta defienden que esta modalidad de intervención es efectiva a la hora de reducir/eliminar el miedo y la evitación en el tratamiento de la fobia a los perros (véase por ejemplo Rentz, Powers, Smits, Cogle, & Telch, 2003).

Con respecto a las limitaciones de este trabajo es preciso comentar las relativas al diseño A-B. En este tipo de diseños se ve afectada la validez interna, pues el grado de certeza con el que la manipulación de la variable independiente (tratamiento) puede ser responsable de los cambios observados en la variable dependiente (resultados) es menor que la que se puede encontrar en otro tipo de diseños, debido a que pueden interferir variables extrañas como la historia, la maduración o la administración de pruebas que no son controladas. También se ve afectado el grado de generalización de los resultados a otras situaciones y personas (validez externa), ya que cuando se emplea un diseño de caso único la validez externa depende de la réplica sistemática en diversos individuos (Bermúdez-Ornelas & Hernández-Guzmán, 2008) y no ha sido así en este caso.

Por último hemos de añadir que aunque es cierto que no está claro que, como recuerda la APA (2013), la adición de la terapia cognitiva a la exposición en el tratamiento de la fobia a los animales ayude a mejorar los resultados que ya se obtienen aplicando la segunda, me-

todológicamente si es relevante el control de las respuestas cognitivas de escape/evitación porque pueden afectar directamente a la eficiencia del tratamiento incrementando innecesariamente los costes temporales de la intervención psicológica. En nuestro caso no se pudo realizar este control.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual para el diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2015). Exposure therapies for specific phobias. Recuperado de http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/specificphobia_exposure.html
- Antony, M. M., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1089-1100.
- Bados, A. (2009). *Fobias específicas*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6282/1/Fobias%20espec%C3%ADficas.pdf>
- Bandura, A., Blahard, E. B., & Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- Barlow, H. D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Becker, E. S., Rink, M., Turke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumeer, S., & Margraf, J. (2007). Epidemiology specific phobia subtypes. Finding from Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22, 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.09.006>
- Bermúdez-Ornelas, G., & Hernández-Guzmán, L. (2008). Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 779-791.
- Brown, T. A., Campbell, L.A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Carrobbles, J. A. I. (1986). *Cuestionario de Temores de Wolpe y Lang, FSS-III-122*. En J. A. I. Carrobbles, P. Bartolomé, P. T. Costa, & T. del Ser, *La práctica de la Terapia de Conducta* (pp. 151-157). Valencia: Promolibro.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Goodwin, R. D. (2007). Specific phobia and comorbid depression: a closer look at the National Comorbidity Survey data. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 132-136.
- Echeburúa, E. (1993). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- ESEMeD/MHEDA 2000 Investigator (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(suppl. 420), 21-27.
- Freeman, S. (1997). Treating a dog phobia in a person with Downs's Syndrome by use systematic desensitization and modeling. *British Journal of Learning Disabilities*, 25, 154-157.
- Gilroy, L., Kirkby, K. C., Daniels, B. A., Menzies, R. G., & Montgomery, I. M. (2000). Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 31, 733-744.

- Gotestam, K. G., & Hokstad, A. (2002). One session treatment of spider phobia in a group setting with rotating active exposure. *European Journal of Psychiatry*, 16, 129-134.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. doi: 10.1157/1308632
- Kahan, M., Tanzer, J., Darwin, D., & Borer, F. (2000). Virtual reality-assisted cognitive-behavioral treatment for fear of flying: Acute treatment and follow-up. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 387-392.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Cghokka, P., Kjernisted, K., Van Amerigen, M. and the Anxiety Disorders Association of Canada and McGill University (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1): S1. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1> doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Lipsitz, J. D., Barlow, D. H., Mannuza, S., Hofmann, S. G., & Fyer, A. J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific phobias subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.
- López-Ibor, J. J., Alonso, J., & Haro, J. M. (2007). Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas españolas de Psiquiatría*, 35, 1-3.
- Méndez, F. X., Rosa-Alcázar, A. I., & Orgilés, M. (2005). Eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos en la fobia a los animales: un estudio meta-analítico. *Psicothema*, 17, 219-226.
- Miguel Tobal, J. J., & Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (3ª ed.)*. Madrid: TEA.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2004/2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas* (Trad. R. M. Rubio Ruiz). México, D. F.: Manual Moderno.
- Olivares, J., Maciá, D., Rosa, A. I., & Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención Psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Pirámide.
- Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-230.
- Öst, L. G. (1992). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
- Öst, L. G., Ferebee, I., y Furmark, T. (1997). One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 721-732.
- Reinecke, A., Soltau, C., Hoyer, J., Becker, E. S., & Rinck, M. (2012). Treatment sensitivity of implicit threat evaluation, avoidance tendency and visual working memory bias in specific phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 321-328.
- Rentz, T. O., Powers, M. B., Smits, J. A., Coughle, J. R., & Telch, M. J. (2003). Active-imaginal exposure: examination of a new behavioral treatment for cynophobia (dog phobia). *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1337-1353.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Grant, B. F. (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. doi: 10.1017/S0033291707000056
- Trumpf, J., Margraf, J., Vriends, N., Meyer, A. H., & Becker, E. S. (2010) Specific phobia predicts psychopathology in young women. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45, 1161-1166.

Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J., Powers, M., & Telch, M. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un meta-análisis. *Revista de Toxicomanías*, 61, 3-20.

Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A Fear Survey Schedule for use in Behavior Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.