



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología /12-13

Máster Universitario en
Psicología de la Salud



Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a las palomas

Lorena Ortiz Fernández



ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	10
1. Identificación del paciente y motivo de consulta	10
2. Instrumentos de evaluación	11
3. Procedimiento	13
3.1 Formulación clínica del caso	13
3.2 Diseño del estudio	17
3.3 Tratamiento	18
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	46
REFERENCIAS.....	48

RESUMEN

El presente trabajo supone la intervención en un caso único en el que se describe el desarrollo del proceso terapéutico llevado a cabo utilizando un enfoque cognitivo-conductual de una joven de 24 años con fobia a las palomas. En la evaluación se utiliza la entrevista semi-estructurada, la observación directa y la cumplimentación de auto-registros y auto-informes (FSS III-122, la Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas, una Escala de Interferencia, el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper y el STAI). El tratamiento consta de 13 sesiones con una frecuencia semanal, a veces quincenal, de entre 45 minutos y 1 hora y media en el que se expone al paciente al estímulo fóbico (desensibilización sistemática) tras la adquisición de herramientas y habilidades para afrontar mejor la situación temida (psico-educación, técnicas de respiración lenta y abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson, relajación breve, parada de pensamiento, tareas distractoras, modelado participante, refuerzo y auto-refuerzo). Los resultados obtenidos muestran una clara mejoría por parte de la paciente tras el tratamiento. Se programa una sesión de seguimiento futura para dentro de 6 meses.

Palabras claves: fobia específica, tratamiento cognitivo-conductual.

ABSTRACT

The present work involves intervention in a unique case in which describes the development of the therapeutic process carried out using a behavioural and cognitive approach of a 24-year-old woman with phobia to pigeons. The evaluation uses the semi-structured interview, direct observation and the completion of self-monitoring and self-reports (FSS III-122; the Individualized Hierarchy of Feared Situations; a Scale of Interference; the Inventory of Psychophysiological Indicators of Cautela and Upper; and the STAI). The treatment consists of 13 sessions with a weekly, sometimes bi-weekly frequency between 45 minutes and 1 hour and a half in which exposes the patient to the phobic stimulus (systematic desensitization) following the acquisition of tools and skills to better cope with the feared situation (psycho-education, breathing slow and abdominal, progressive muscle relaxation of Jacobson, brief relaxation, thought-stopping technique, distracting tasks, modeling participant, reinforcement and self-reinforcement). The results show a clear improvement from the patient after treatment. A future for within 6 months follow-up session is scheduled.

Key words: specific phobia, behavioural and cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son de los más comunes en el ser humano, entre los diferentes tipos de trastornos de ansiedad se encuentran las fobias. Una de la clasificación más admitida de las fobias distingue entre tres grupos: fobias específicas, fobias sociales y agorafobia (Sosa y Capafons, 2005). De todas ellas, nos vamos a centrar en las fobias específicas para lo que, en primer lugar, vamos a definir los límites entre el miedo adaptativo y miedo fóbico pues es una de las dificultades más frecuentes en lo que respecta a este tema. El término miedo adaptativo lo utilizamos para referimos a un conjunto de sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales (Marks, 1991), pero cuando esto ocurre en situaciones que no suponen una amenaza real hablamos de miedo fóbico. En relación a esta distinción existe una idea generalizada de los criterios que implica el miedo fóbico (Sosa y Capafons, 2011):

- a. Es desproporcionada, es decir, que la reacción no se corresponde con la existencia de una situación peligrosa o amenazante para el individuo.
- b. No puede ser explicada o razonada por parte del individuo.
- c. Va más allá del control voluntario.
- d. Conduce a la evitación de la situación temida.
- e. Persiste a lo largo del tiempo.
- f. Es desadaptativa.
- g. No es específica a una fase o edad determinada.

Hecha esta diferenciación, apuntar que según el DSM-IV-TR (APA, 2000), en síntesis, la fobia específica, se define como un trastorno que se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa en respuesta a la exposición o anticipación a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (*ver cuadro 1*).

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de F40.02 Fobia específica [300.29]

FOBIA ESPECÍFICA (DSM-IV-TR)
A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la

presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de un ataque de pánico situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños esta característica puede estar ausente.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, los ataques de pánico o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de pánico con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de pánico).

Tipos:

- Tipo animal
- Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- Tipo sangre-inyecciones-daño

- Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Teniendo presente esta definición, haremos un repaso de los principales modelos explicativos de las fobias y se señalarán los datos relativos a la prevalencia y los tratamientos eficaces para erradicarla.

- Modelos explicativos:

Son muchos los modelos y/o teorías que dan una explicación sobre la etiología de las fobias específicas. En este apartado, basándonos en su mayoría, en el Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011) y en el de Análisis y modificación de conducta II (Carrobles, 1987) expondremos los más relevantes dentro de las teorías cognitivo-conductuales y biológicas, incluyendo, en último lugar, una teoría integradora (biopsicosocial).

Dentro de las teorías cognitivo-conductuales destacamos las siguientes teorías:

Teoría del condicionamiento clásico (1920), citado en Caballo, Salazar y Carrobles (2011): Según las teorías del condicionamiento clásico, la respuesta fóbica se entiende como una respuesta condicionada de miedo a estímulos previamente neutrales (EC) que han sido asociados con estímulos aversivos (EI). A pesar de las insuficiencias que presenta, esta teoría ha sido la base de importantes formulaciones teóricas.

Teoría de los factores de Mowrer (1939), citado en Carrobles (1987): Esta teoría, mantiene lo propuesto por la teoría del condicionamiento clásico y añade que en un caso de fobia existe una respuesta emocional condicionada de ansiedad y una respuesta instrumental de escape o evitación motivada por la ansiedad, la cuál es reforzada o mantenida por la reducción del impulso de ansiedad que tiene lugar al retirarse de la situación temida, a través de un proceso de reforzamiento. Por tanto, el alivio del miedo que produce la evitación del estímulo temido induce a una reacción de evitación condicionada.

Hipótesis de la prepoteridad (Seligman, 1971): Propone que hay ciertas asociaciones que están más preparadas que otras para ser condicionadas siendo las fobias ejemplos de asociaciones altamente preparadas. Por tanto, las reacciones fóbicas se adquieren por un proceso de condicionamiento que se ve

modulada por la preparación de la asociación que se caracterizan porque se aprenden rápido, son resistentes a la extinción e inmodificables por el conocimiento.

Teoría molar o correlacional (1988), citado en Caballo, Salazar y Carrobles (2011): Se trata de una interpretación del condicionamiento clásico en la que, según Rescorla (1988), citado en Caballo, Salazar y Carrobles (2011), se incorpora que lo importante es que se establezca una relación de contingencia entre estímulos pues la contigüidad temporal entre estímulos (EI-EC) no es condición necesaria ni suficiente para que se produzca el condicionamiento.

Teoría de la incubación de Eysenk (1976), citado en Carrobles (1987): Esta teoría plantea que bajo determinadas circunstancias la presentación aislada del estímulo condicionado produce el incremento (incubación) de la respuesta condicionada en el lugar de la extinción. Las situaciones predictoras del efecto de incubación más probables son las exposiciones muy breves al estímulo condicionado, las respuestas incondicionadas muy intensas, y determinadas características de personalidad relacionadas con la susceptibilidad del individuo ante el miedo y que vienen determinadas genéticamente.

Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982): Desde esta perspectiva se postula que el aprendizaje esta mediado cognitivamente y que para que se produzca un condicionamiento han de desarrollarse dos elementos: 1) una relación predictiva (expectativa) entre los dos estímulos, y 2) un proceso auto-activador paralelo anterior, según el cual se generan sentimientos anticipatorios de ansiedad de respuesta al estímulo antecedente o condicionado. A pesar de lo mencionado se admite la posibilidad de condicionamiento sin toma de conciencia por el sujeto de la relación entre los estímulos, aunque el desarrollo de la conciencia posibilita la adquisición de respuestas específicas y dificulta su extinción. Este aprendizaje de las reacciones fóbicas se puede adquirir de tres formas: a través de la experiencia directa con el acontecimiento traumático, por medio de la observación de otras personas viviendo la situación traumática o comportándose atemorizada (aprendizaje vicario o modelado) y/o a través de la facilitación de información entorno al miedo. Siguiendo los principios básicos del aprendizaje social son relevantes autores como Ellis (1981), que destaca la presencia de ideas irracionales en la base de las reacciones de ansiedad, Meichenbaum (1977) citado en Carrobles (1987), quién hace hincapié en la importancia de las auto-instrucciones facilitadas por el

propio sujeto o Beck (1976) citado en Carrobles (1987), que se centra en la existencia de determinados errores lógicos o distorsiones del pensamiento en estas problemáticas.

Teoría de Reiss (1980), citado en Caballo, Salazar y Carrobles (2011): Propone diferenciar entre dos fuentes de motivación para la evitación: las expectativas de peligro y las de ansiedad. Las primeras serían las que motivan a la personas para evitar estímulos que están asociados con posible daño procedente del ambiente externo y las segundas serían las que motivan a evitar estímulos que están asociados con posible daño o malestar interno, esto es, con la experiencia de ansiedad. Reiss y McNally (1980), citado en Caballo, Salazar y Carrobles (2011) señalan que estas dos fuentes de motivación para la evitación son sumativas, es decir, cuantas más razones tenga la persona mayor grado de evitación.

Acerca de las teorías biológicas comentar muy brevemente un estudio (Fyer et al., 1990) llevado a cabo con 15 participantes con fobias simples y 49 familiares de primer grado y un grupo control, se encontró un riesgo significativamente superior de fobia simple entre los familiares de primer grado de los fóbicos que entre los familiares de los controles. Esto indica la posibilidad de que la fobia específica sea un trastorno altamente familiar, aunque no parece haber especificidad en la transmisión del estímulo temido, solo se encuentra cierta especificidad cuando las fobias específicas se subdividen en animales y no animales.

Para acabar con esta sección se expone una teoría integradora (Barlow et.al, 2002) en la que se asume que el miedo fóbico es el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde este modelo se establece que las fobias se desarrollan en individuos biológicamente y psicológicamente predispuestos, es decir, en individuos que presentan una alta vulnerabilidad a situaciones de estrés graves, ante las cuáles responden con reacciones de alarma y con un estilo atribucional característico (pensamientos de incontrolabilidad y de impredecibilidad). Exponen que una fobia específica está instaurada cuando se desarrollan reacciones de alarma aprendidas frente a objetos o situaciones concretas y cuando se desarrolla un sentimiento de aprehensión ansiosa ante la posibilidad de un contacto futuro con dicho objeto o situación. Una vez adquirida, se perpetúa al crearse un círculo cerrado entre los síntomas de alarma y las reacciones frente a los síntomas.

- Prevalencia

Como señalábamos al principio los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población general afectando al 8,9% de la población, llegando esta cifra al 20% de la población si tenemos en cuenta además de lo anterior, los síntomas significativos de ansiedad a lo largo de la vida (citado en Echeburúa, 1993). Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), en la población general la tasa de prevalencia anual de la fobia específica se sitúa alrededor del 9 %, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3 %. La frecuencia según el sexo también varía según los tipos de fobia específica, aproximadamente el 75-90 % de las personas que padecen fobia animal o ambiental son mujeres (excepto en el miedo a las alturas, donde las mujeres representan un 55-70 %). Según las investigaciones transculturales, los trastornos de ansiedad están distribuidos en todo tipo de países y culturas y no pueden ser considerados como un producto “privilegiado” del estrés de países occidentales (Marks, 1991a).

- Tratamientos bien establecidos

Varios estudios muestran una importante convergencia en señalar que la terapia de elección para las fobias es la exposición al estímulo fóbico, reflejando también que las terapias cognitivo-comportamentales y la terapia de exposición a través de realidad virtual alcanzan resultados satisfactorios y que los tratamientos farmacológicos no aportan efectos beneficiosos al combinarlos con los tratamiento cognitivo-conductuales, ni por si solos (Capafons, 2001). Los tratamientos más investigados y eficaces para las fobias específicas (citado en Bados y García, 2011) son la exposición en vivo a las situaciones temidas, el modelado participante (combinado con exposición en vivo) y el tratamiento en una sola sesión de Öst (1989). La eficacia de la terapia de exposición en las fobias específicas está bien demostrada, con una tasa de mejoría clínica significativa del 75-85% de los casos tratados (Öst, 1989). Sin embargo, alrededor del 25% rechazan o abandonan el tratamiento, siendo este porcentaje menor cuando se incluyen estrategias de afrontamiento (Bados y García, 2011). La relajación facilita la desensibilización pero no es un componente necesario así como tampoco lo es la ordenación de las escenas de menor a mayor temerosidad (Olivares, Méndez, y Beléndez, 1998) ni tampoco la introducción de terapias cognitivas (Sosa y Capafons, 2005), aunque en este último aspecto se han señalado posibles excepciones como es en la claustrofobia, fobia a las alturas y fobia a volar (Bados, 2009). Sin embargo, cuanto más gradual y menos temible (menos ansiedad anticipatoria) es la

intervención menor número de abandonos (Agras, 1985, citado por Echeburúa, 1993). Las fobias específicas constituyen aproximadamente del 15% de los trastornos fóbicos vistos en la clínica (Marks, 1991a). Solo una pequeña parte, alrededor del 25% busca ayuda terapéutica, tras una media de 9 años de mantenimiento del trastorno (Echeburúa, 1993).

MÉTODO

1. Identificación del paciente y motivo de consulta

J. mujer de 24 años, cursa estudios universitarios (filología inglesa) por lo que su nivel educativo se puede catalogar de medio-alto. Actualmente vive con sus padres en el mismo domicilio en una zona acomodada de Madrid. Es hija única y mantiene una relación estrecha con sus progenitores.

Tiene planes de viajar fuera de España, concretamente a Australia, no quiere arrastrar durante más tiempo el problema que viene manteniendo durante años y comenzar una nueva vida allí. Esto hace que tome la decisión de enfrentarse a su problema y acude a consulta (Centro Médico Privado) por iniciativa propia con el objetivo de vencer el miedo a las palomas que la paraliza. Nunca ha recibido anteriormente tratamiento psicológico ni farmacológico y no padece ninguna enfermedad. No hay constancia de antecedentes familiares en tratamiento psicológico y/o farmacológico.

Refiere que el miedo que tiene a las palomas es desproporcionado, ver una paloma le provoca “*una gran angustia y nerviosismo*”, acompañado de “*dificultad para respirar, sensación de mareo, taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, tensión muscular, dificultad para andar y ganas de llorar*”. Este miedo fóbico está afectando a diferentes áreas de su vida, se siente muy insegura y que esto escapa a su control, “*me sobrepasa*”.

Su independencia se ha visto mermada, pues solo transita a pie sola algunas calles del barrio en el que vive, para callejear por cualquier otra zona que sale fuera de su círculo de seguridad necesita ir acompañada. Normalmente la suele acompañar su pareja o su madre. En casa mantiene siempre la ventana cerrada de su habitación por miedo a que pudiera entrar una paloma. Evita ir a parques y a las terrazas de los bares. Su vida cada vez está más acotada y su pensamiento únicamente gira en torno a evitar la posibilidad de encontrarse palomas, verbaliza “*este miedo me está comiendo cada vez más terreno*”.

En general, se describe como una joven sociable y alegre, con muchos amigos aunque sus relaciones sociales se han visto afectadas, pues hay planes que tiende a rechazar si hay posibilidad de que haya palomas.

Destaca a su pareja como principal apoyo “*estar con él me da seguridad y me siento protegida*” tanto en la problemática como en su vida.

En cuanto a su familia, a su madre la describe como una mujer muy perfeccionista y miedosa y señala “*en muchas ocasiones me veo reflejada en ella*”. En la base de la educación de J. siempre ha habido una tendencia a la sobreprotección por parte de sus padres, expresa que su madre siempre le ha advertido en repetidas ocasiones lo peligrosos que son los animales “*ten cuidado a ver si te va a morder el perro*” y nos comunica un episodio en el que su madre se cambia de acera ante un perro rodeado de palomas. J. relaciona este hecho con la aparición de su miedo a las palomas y reconoce que su educación y la información que aparece en los medios de comunicación acerca de las palomas también ha influido en ello.

A nivel académico, es una buena estudiante. Éste miedo no repercute en su concentración, aunque alguna vez sí que ha faltado a clase por este motivo.

En cuanto a su estilo de vida, J. se considera una persona sana que hace regularmente deporte y muy dinámica, le gusta la lectura y el baile. Su dieta se ha visto modificada por su miedo y ha dejado de comer muslos de pollo y pechugas. Además, evita leer y ver vídeos sobre palomas.

En resumen, J. acude al psicólogo para eliminar el miedo a las palomas, no sentir ansiedad y así poder volver a hacer lo que hacía antes: salir con sus amigos con normalidad, transitar sola y tranquila las calles de Madrid, ir a parques y terrazas, comer de nuevo pollo y pechugas y leer y ver vídeos sobre palomas sin sentir temor.

2. Instrumentos de evaluación.

Las estrategias de evaluación utilizadas de acuerdo al caso que nos ocupa incluye la utilización de varios métodos de evaluación: entrevista, auto-registros, auto-informes y la observación directa.

Para valorar la conducta problema en primer lugar se ha utilizado una entrevista clínica semi-estructurada con la que se recoge información sobre la historia vital del paciente (personal, familiar, médica, interpersonal y académica), sobre el inicio y desarrollo de su problema y su sintomatología actual

(pensamientos, emociones, conductas), sobre los recursos personales e intentos previos de solución así como de las expectativas ante la terapia y si existe o no comorbilidad con otros trastornos psicológicos.

La entrevista inicial se ha complementado con la cumplimentación de varios auto-informes. Los cuestionarios, inventarios y escalas utilizados han sido: Cuestionario de Temores de Wolpe y Lang (FSS III-122, en Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1986), la Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas, una Escala de Interferencia en Fernández-Ballesteros (1994), el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper (1976), en Fernández-Ballesteros (1994) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al. (2011).

El FSS III-122, traducido al español por Carrobles (Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1986), consiste en una lista de 122 estímulos (objetos, animales o situaciones) potencialmente ansiógenos en el que el participante debe valorar el grado de perturbación que le produce cada uno de ellos empleando una escala de 1 (en absoluto) a 5 (muchísimo). Es un cuestionario general de miedos por lo que no evalúa sólo miedos presentes en personas con fobias específicas, sino también otros.

Para medir de manera específica el miedo a las palomas se crea un instrumento ad hoc a partir de la jerarquía configurada con el paciente en la que se establecen los ítems a los que va a ser expuesto, a la que denominamos Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas. En ella se valora de 0-100 la ansiedad producida por cada situación y la evitación.

La Escala de interferencia, en Fernández-Ballesteros (1994), es útil para valorar la interferencia que produce su problema en su vida en general y en áreas más específicas como el trabajo y/o los estudios, relaciones sociales, de pareja, relaciones familiares, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros y el tiempo libre pasado solo.

Para determinar las respuestas fisiológicas de J. ante la situación temida se utiliza el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper (1976), en Fernández-Ballesteros (1994).

Todos estos auto-informes se administran juntos en la fase de evaluación, excepto el instrumento ad hoc que se elabora una vez constituida la jerarquía por lo que la valoración se realiza con posterioridad.

Por otro lado, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (2011), comprende dos escalas separadas de autoevaluación con el objetivo de evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad:

la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Este test mantiene unas adecuadas propiedades métricas en lo que respecta a la fiabilidad (ansiedad rasgo 0,90 y ansiedad estado 0,94) y a la validez. Se administra en la fase de exposición en cada una de las sesiones justo antes de enfrentarse a las situaciones temidas y al finalizar la sesión. La primera y la última sesión de exposición rellena los ítems de la ansiedad estado y los de la ansiedad rasgo y en el resto de las sesiones sólo se cumplimentan los ítems correspondientes a la ansiedad estado.

Aparte de todo esto, también se utilizó un auto-registro para verificar y concretar la conducta problema (*ver tabla 1*).

Tabla 1. Auto-registro

Situación	Qué piensas	Qué sientes	Qué haces	Nivel de ansiedad

Además, como exponíamos al principio también hemos recogido información a través de la observación directa.

3. Procedimiento

En el procedimiento, como su nombre indica, recogemos toda la información sobre cómo se realiza la intervención, para ello debemos atender a la formulación del caso, al diseño del estudio y al tratamiento.

3.1 Formulación del caso

La formulación del caso implica la realización del análisis funcional, la explicación de la hipótesis de origen y mantenimiento y el diagnóstico multiaxial. Veámoslo de manera específica:

- Análisis funcional:

En análisis funcional lo podemos observar en el siguiente cuadro (*ver cuadro 2*).

Cuadro 2. Análisis funcional.

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
Remotos	Respuesta	A corto plazo

<ul style="list-style-type: none"> - Sobreprotección de los padres. - Modelado de su madre. - Advertencias repetitivas sobre la peligrosidad de los animales. - Información sobre las palomas (enfermedades que transmiten...) a través de los medios de comunicación. 	<p>fisiológica/emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia, palpitaciones - Tensión muscular - Opresión en el pecho - Dificultad para respirar - Sensación de mareo - Temblor en las piernas <p>Respuesta cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me quiero ir” - “No puedo soportarlo” - “No soy capaz” - “Me sobrepasa” - “No estoy preparada, no me siento bien”. - “No puedo hacerlo” 	<ul style="list-style-type: none"> - Alivio momentáneo, disminución de la ansiedad al evitar y escapar las situaciones temidas R- - Apoyo por parte de madre y novio. R+
<p>Inmediatos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de una o varias palomas - Lugares donde es posible encontrar palomas: parques, terrazas de bares y calles. - Ventana de su habitación abierta. - Leer sobre palomas. 	<p>Respuesta motora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitación de lugares donde es posible encontrar palomas. - Evita leer sobre palomas. - Evita ver vídeos sobre palomas. - Evita comer pollo y pechugas. 	<p>A largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitación en su vida: pérdida de autonomía e independencia, déficit en las relaciones sociales. - Generalización de repertorio de respuestas de ansiedad anticipatorio. - Agravamiento de los síntomas - Baja autoestima,

<ul style="list-style-type: none"> - Vídeos sobre palomas. - Comer muslos de pollo y pechugas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Correr en dirección opuesta si ve palomas. - Cerrar la ventana de su habitación. - Llorar. - Cerrar los ojos. - Dificultad para andar normal. - Resguardarse cuando ve palomas. - Salir acompañada de su novio o madre. 	<ul style="list-style-type: none"> inseguridad. - Aislamiento. - Dependencia de los demás.
--	---	---

- Hipótesis de origen:

Entre los factores que predisponen normalmente la aparición de fobia específica se descartan la existencia de un acontecimiento traumático y la presencia de una o varias crisis de angustia inesperadas en una situación y que ésta se haya convertido en temida.

En el caso de J., la sobreprotección de sus padres, en especial de su madre, junto a las advertencias continuas sobre la peligrosidad de los animales están influyendo en la forma que tiene de enfrentarse al mundo, temerosa e insegura, por lo que se consideran como predisponentes a la conducta problema. También se hipotetiza que afecta la información que circula en torno a las palomas urbanas en los medios de comunicación, a las que muchos llaman “ratas voladoras” y las señalan como trasmisoras de múltiples enfermedades, pues afianza la idea de peligrosidad divulgada por su madre, por lo que también se establece como predisponente.

J. atribuye que su problema comenzó a partir de ver a su madre cambiarse de acera por la presencia de un perro suelto alrededor del cual revoloteaban palomas (aprendizaje vicario). Por tanto, se puede

considerar esta situación como desencadenante principal de su conducta problema, pues a partir de aquí ella cree que su miedo aumentó y comenzó a evitar.

- Hipótesis de mantenimiento:

A nivel conductual J. ante la presencia del estímulo fóbico, se activa fisiológicamente (presenta taquicardias, palpitaciones, tensión muscular, opresión en el pecho, dificultad para respirar, sensación de mareo y temblor en las piernas), comienza a pensar que la situación es incontrolable e insoportable (se dice frases como: “me quiero ir”, “no lo puedo soportar”, “no soy capaz”, “me sobrepasa”, “no estoy preparada, no me siento bien”, “no puedo hacerlo”) y corre en dirección opuesta a la localización de las palomas y/o se resguarda de ellas. Esta respuesta de huida, es decir, de escape de la situación temida, a corto plazo le produce alivio y hace desaparecer los síntomas ansiosos originados por la presencia de palomas. Dicha respuesta se mantiene por reforzamiento negativo, pues al escapar y evitar la situación temida deja de sentir ansiedad tanto a nivel fisiológico como cognitivo y motor (se siente aliviada) por lo que aumenta la probabilidad de que la próxima vez que esté en presencia de una paloma vuelva a actuar así, y más, si tenemos en cuenta que el pico de ansiedad será más alto (sensibilización).

A partir de aquí se han ido desarrollando comportamientos dirigidos a evitar la presencia real de las palomas. J. evita los lugares en los que ella cree que puede haber palomas tales como los parques, las terrazas en verano, calles de Madrid y siempre tiene la ventana de su habitación cerrada por miedo a que una paloma se cuele por ella. Por tanto, cuando J. piensa que es posible encontrarse una paloma en algún lugar, empieza a sentir ansiedad, se comienzan de nuevo activar las respuestas fisiológicas y cognitivas (pensamientos de insoportabilidad e incontrolabilidad), por lo que al final evita dichas situaciones: no va a parques ni a terrazas de verano, no transita por muchas calles de Madrid y de hacerlo lo hace acompañada y mantiene cerrada la ventana de su habitación. Al evitar la situación, siente alivio y desaparecen todos los síntomas de ansiedad. El hecho de sentirse aliviada tras evitar la situación aumenta la probabilidad de que se dé esta misma respuesta en situaciones futuras del mismo tipo, por ello podemos concluir que esta conducta está mantenida por reforzamiento negativo.

También evita realizar actividades como comer muslos de pollo y pechugas, leer y ver vídeos sobre palomas pues le ocurre lo mismo que en la situación anterior, se activa fisiológicamente y comienza a tener

pensamientos de insoportabilidad e incontrolabilidad de la situación. La evitación de estas actividades le produce alivio momentáneo pero hace más probable que repita estas conductas de evitación en el futuro, por tanto podemos decir que la conducta problema se mantiene por reforzamiento negativo.

A modo de síntesis, podemos señalar que la evitación es el mantenedor principal del problema pues a corto plazo le produce alivio, de ahí que se sigan realizando conductas de evitación, pero a medio-largo plazo J. va perdiendo autonomía e independencia, los síntomas ansiosos cada vez son mayores, se generalizan las respuestas de ansiedad anticipatorias, se aísla, se siente más insegura, su autoestima es más baja y comienza a tener déficit sobre todo en las relaciones sociales a consecuencia de la evitación del estímulo fóbico.

Por otro lado, el salir acompañada a la calle de su madre y novio, le hace sentirse más protegida y estar algo más tranquila por lo que aumenta la probabilidad de aparición de esta conducta, es decir, esta mantenida por refuerzo positivo. A corto plazo el salir acompañada le permite afrontar las situaciones temidas por lo que es positivo pero a largo plazo su vida se limita, pues depende de los demás.

- Diagnóstico multiaxial:

J. cumple criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR (APA, 2000) de Fobia Específica.

Eje I: F40.02 Fobia específica, tipo animal [300.29]

Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico [V7109]

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: sobreprotección de los padres.

Eje V: EEAG, 60 (actual)

3.2 Diseño del estudio

Es un diseño de caso único (N=1) en el que se describe la evaluación y tratamiento de una persona con fobia a las palomas.

La variable dependiente (VD) son los síntomas que presenta de ansiedad y la variable independiente (VI) es el tratamiento que se le aplica.

Lo que se espera es que con la aplicación del tratamiento la sintomatología que presenta J. remita. Para medir los cambios se utiliza un diseño Pre-Post.

3.3 Tratamiento

En este apartado se exponen los siguientes puntos clave: elección del tratamiento, aplicación del plan de tratamiento y factores relacionados con el o la terapeuta.

- Elección del tratamiento

Previamente a la elección del tratamiento se deben exponer los objetivos, J. nos comunica que la búsqueda de ayuda psicológica emerge de su necesidad de erradicar el miedo a las palomas, quiere conseguir dejar de sentir ansiedad ante ellas y volver a realizar las actividades que anteriormente llevaba a cabo sin ningún problema, es decir, salir con sus amigos con normalidad, transitar sola y tranquila las calles de Madrid, ir a parques y terrazas, tener la ventana abierta de su habitación, comer de nuevo pollo y pechugas y leer y ver vídeos sobre palomas sin sentir temor. Atendiendo a los objetivos propuestos por la paciente, como objetivos principales de la intervención se proponen: disminuir la sintomatología ansiosa antes y durante la situación fóbica, eliminar las conductas de escape y evitación y prevenir recaídas. A nivel más específico los objetivos concretos son: fortalecer el compromiso de cambio, disminuir/eliminar la hiperactivación fisiológica, mejorar el afrontamiento al estímulo fóbico, reducir los pensamientos negativos, eliminar las conductas de evitación y/o escape y prevenir recaídas. Partiendo del análisis funcional y de los objetivos se propone un plan de tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales. Seguidamente, se muestran las técnicas seleccionadas de acuerdo al caso y su justificación:

- Psicoeducación y devolución de información: con el fin de fortalecer el compromiso al cambio.
- Técnicas de control de activación: con el fin de disminuir/eliminar la ansiedad y tensión antes y durante la exposición al estímulo fóbico, se entrenará a la paciente en respiración lenta y abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson y la técnica breve de relajación.
- Técnicas de control del pensamiento: con el fin de disminuir/eliminar las cogniciones perturbadoras al enfrentarse al estímulo fóbico, se entrenará a J. en la técnica de detención del pensamiento y se pondrán en marcha estrategias de distracción cognitiva. A su vez estas técnicas disminuirán la activación fisiológica.
- Técnicas de exposición: con el fin de eliminar las conductas de evitación y/o de escape, se pondrán en marcha la desensibilización sistemática in vivo en tres modalidades: con terapeuta, con familiar y

sola (auto-exposición). El hecho de utilizar las tres modalidades tiene como objetivo disminuir/eliminar la dependencia de los demás y prevenir recaídas.

- Técnicas de afrontamiento: con el fin de mejorar el afrontamiento de la situación temida se utilizan las técnicas de control de pensamiento expuestas, las técnicas de control de activación, en las exposiciones se utiliza el modelado participante, se utiliza el refuerzo positivo para aumentar la probabilidad de las conductas realizadas en la dirección de los objetivos buscados y el auto-refuerzo.
- Estrategias de mantenimiento y generalización para prevenir recaídas.

A modo de síntesis a continuación se presenta un cuadro resumen de los objetivos y técnicas propuestos (*cuadro 3*).

Cuadro 3. Síntesis de objetivos y técnicas

OBJETIVOS GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la sintomatología ansiosa antes y durante la situación fóbica. - Eliminar las conductas de escape y evitación. - Prevenir recaídas. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y TÉCNICAS	
OBJETIVOS	TÉCNICAS
- Fortalecimiento del compromiso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de información - Psico-educación
- Disminuir la hiperactivación fisiológica	Técnicas de control de activación: <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en respiración lenta y abdominal. - Relajación Muscular Progresiva de Jacobson - Técnica Breve de Relajación
-Reducir los pensamientos negativos.	Técnicas de control del pensamiento:

	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de Detención del Pensamiento - Estrategias de Distracción Cognitiva
- Mejorar el afrontamiento al estímulo fóbico.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de control de activación aprendidas - Modelado participante - Auto-refuerzo - Refuerzo positivo para la exposición - Técnicas de control del pensamiento aprendidas.
- Eliminar las conductas de evitación y/o escape.	<p>Técnica de exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desensibilización <<in vivo>> en las tres modalidades: con terapeuta, con familiar y sola (auto-exposición).
- Prevención de recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-exposición - Estrategias de mantenimiento/generalización.

- Aplicación del plan de tratamiento

El tratamiento consta de 13 sesiones, con una periodicidad semanal, en algún caso quincenal, de entre 45 minutos o 1 hora y media. En la intervención se pueden distinguir las siguientes fases (*ver cuadro 4*). Señalar que las fases no son siempre consecutivas y se superponen en algunos momentos de la terapia.

Cuadro 4. Fases de la intervención

FASES DE LA INTERVENCIÓN	Nº DE SESIONES
Fase 1: Fortalecimiento del compromiso, evaluación y devolución de información.	1-4

Fase 2: Adquisición de herramientas y habilidades	5-6
Fase 3: Exposición	7-11
Fase 4: Prevención de recaídas, seguimiento y alta	12-13

Fase 1: Fortalecimiento del compromiso, evaluación y devolución de información.

Los objetivos principales de esta fase son:

- Identificar al paciente y el motivo de consulta.
- Realizar una evaluación inicial de los problemas que presenta J.
- Establecer un buen clima terapéutico.
- Devolución al paciente de información.
- Establecer objetivos y plan de tratamiento.

Sesión 1:

El objetivo principal de la primera sesión fue establecer la alianza terapéutica, creando un buen clima basado en la aceptación incondicional y empatía.

De manera paralela, se realizará una evaluación inicial sobre las conductas problema a través de la entrevista semi-estructurada en la que se facilita el desahogo emocional y se ponen en marcha las habilidades comentadas (aceptación incondicional y empatía).

Por último, para completar la recogida de información, como tarea para casa se le propone la realización de un auto-registro (*ver tabla 1*) tras la previa explicación acerca de su cumplimentación.

Sesión 2:

Se recoge información a través de la entrevista semi-estructurada sobre aquellos aspectos en los que se requiere ahondar más o nos falta información. Tras ello se le administran los siguientes auto-informes: Cuestionario de Temores de Wolpe y Lang (FSS III-122, en Fernández-Ballesteros y Carrobles 1986), la Escala de Interferencia en Fernández-Ballesteros (1994) y el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper (1976) en Fernández-Ballesteros (1994).

Se revisa el auto-registro (*ver tabla 2*).

Tabla 2. Ejemplo de auto-registro cumplimentado.

Situación	Qué piensas	Qué sientes	Qué haces	Nivel de ansiedad
Ir a una tienda, andando por la calle, a comprar unas zapatillas de deporte	“Seguro que hay palomas”, “No puedo, me da algo si veo alguna”, “no puedo respirar”	Nerviosismo, ansiedad, angustia, mareo.	Me quedo en casa.	8

Teniendo como referencia el auto-registro se le explica la técnica de respiración abdominal, haciendo hincapié en la importancia de respirar lentamente con el fin regular la respiración, para que maneje los aumentos de activación fisiológica que se producen ante situaciones como la registrada. Una vez explicada, se hace una demostración de cada uno de los pasos y a continuación se le pide que los realice.

Como tarea para casa se le indica que continúe realizando los auto-registros a lo largo de la semana y que realice dos veces al día la técnica de respiración para lo que se entrega una hoja en la que aparecen los pasos a seguir (*ver cuadro 5*).

Cuadro 5. Técnica de respiración abdominal.

<p>Reposando en la silla en una posición cómoda.</p> <p>Coloque una mano encima del vientre (por encima del ombligo) y otra encima de su estómago.</p> <p>Pasos (Méndez y Olivares, 1998):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Respire por la nariz y lleve el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. 2- Respire por la nariz y lleve el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones. 3- Respire por la nariz y lleve el aire llenando primero la zona del abdomen,
--

después la del estómago y por último la del pecho (inspiración completa).

4- Realice una inspiración completa y expulse el aire suavemente como si soplar a través de una pajita.

5- Realizar la inspiración y espiración completa de manera continuada.

Sesión 3:

Se revisan los auto-registros y la tarea de respiración. Respecto a esta última, no se realiza regularmente tal y como se propone pero sí al menos una vez al día. Se realiza de nuevo en sesión la técnica de respiración para resolver las dificultades del paciente y asegurarnos de que se está realizando correctamente.

Una vez que tenemos la información recogida, tras la ejecución previa por parte del terapeuta del análisis funcional, se le informa sobre la diferencia entre el miedo y la fobia y se le explica el origen, el mantenimiento de su problemática y el funcionamiento de la curva de la ansiedad (*ver cuadro 6*). Una vez terminada esta parte más teórica se le pide que nos explique con sus propias palabras lo que ha entendido acerca de su miedo fóbico a las palomas.

Como tarea para casa se le pide que siga practicando la técnica de respiración dos veces al día realizando directamente el paso 5. Debe contar las respiraciones hasta llegar a 21 y luego de 21 hasta 0.

Cuadro 6. Psico-educación y explicación del origen y mantenimiento de su problema.

Fragmento sobre la diferencia entre el miedo adaptativo y el fóbico.

“El miedo es uno de los mecanismos más importantes de protección y adaptación ya que permite que el organismo se active y movilice para enfrentarnos a un peligro y evitarlo... Sin embargo, cuando sentimos miedo sin que realmente exista una situación de peligro real hablamos de fobia.”

Veamos un ejemplo:

- Si vemos un león frente a nosotros, estaríamos en una situación de peligro real por lo que el miedo tendría una función adaptativa, la de prepararnos

para enfrentarnos a tal situación.

- Sin embargo, si lo que estamos viendo es un documental sobre leones o tenemos delante un perro inofensivo no estaríamos ante una situación de peligro real por lo que si nos sintiésemos como si estuviéramos ante el león en carne y hueso, hablaríamos de fobia.

Por tanto:

Ver un león → Ansiedad → Huyo (Miedo: peligro real)

Ver una paloma → Ansiedad → Huyo (FOBIA: no peligro real).

Fragmento de explicación de la hipótesis de origen:

“Lo que te ocurre le pasa a otras muchas personas, imagino que te preguntarás porque te pasa esto a ti... La educación que has recibido por parte de tus padres, corrígeme si no estás de acuerdo en algo, parece estar relacionada con lo que te sucede pues cuando existe una protección alta (sobrepotección) muchas cosas que podríamos hacer por nosotros mismos nos las resuelven, esto hace que no exploremos el mundo de la misma forma y a la larga podemos sentirnos inseguros y/o temerosos, a ello se suman las advertencias acerca de lo peligrosos que son los animales por parte de tu madre y a lo que encontramos en la tele y en internet sobre los aspectos negativos de las palomas. Todo esto nos coloca en una posición de “desventaja” (de vulnerabilidad) que posibilita la aparición de miedos... Sin embargo, esto no ocurre hasta que no ves a tu madre cambiándose de acera ante la presencia de palomas revoloteando alrededor de un perro. Ese hecho concreto parece ser a partir del cual tu comienzas a experimentar todo lo que me contabas en relación a las palomas...”

A partir de este esquema que presentamos a continuación (Carrobbles, 1987) se explica la hipótesis de mantenimiento. Para ello, nos centramos en el papel que tiene la evitación y el escape de la situación temida en el mantenimiento del problema.



Fragmento de explicación de la curva de la ansiedad:

“Cuando evitamos o escapamos de aquellas situaciones que nos provocan ansiedad inmediatamente nos sentimos aliviados, dejamos de sentir ansiedad y nos sentimos bien. La siguiente vez que nos encontramos ante una situación que nos provoca ansiedad, la curva de la ansiedad es mayor, por lo que la tendencia será volver a escapar o evitar la situación temida. Como toda curva hay un pico a partir del cual comienza a declinar, si evitamos o escapamos de las situaciones, el pico cada vez estará más arriba, mientras que si pasamos el pico de ansiedad la curva se irá haciendo más pequeña y cada vez sentiremos menos ansiedad. Por tanto, a corto plazo la evitación y el escape nos alivian pero a largo plazo hace que el miedo/ansiedad cada vez sea mayor pudiendo afectar a áreas importantes de la vida y al estado de ánimo y autoestima.”

Sesión 4:

En esta sesión se consensuan los objetivos. Para ello se le pide que los verbalice y a partir de ahí se reelaboran conjuntamente.

Se le explica el plan de tratamiento (*ver cuadro 7*) y una vez consensuado se crea la jerarquía de situaciones temidas. En la sesión se registran varios ítems: el de mayor ansiedad, el de menor ansiedad y uno de carácter medio.

Seguidamente, se entrena a J. en la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Se le entrega la hoja en la que aparecen las tres respuestas de ansiedad y ejemplos de cómo contrarrestarlas (*ver cuadro 7*) y una hoja con las indicaciones y los pasos de la relajación muscular progresiva de Jacobson (*ver cuadro 8*).

Como tarea para casa se le pide que practique la relajación dos veces al día, una por la mañana y otra por la tarde o noche, durante 15-20 minutos cada vez y que cumplimente el resto de la jerarquía (*ver cuadro 9*).

Cuadro 7. Explicación del plan de tratamiento.

Para explicar el plan de tratamiento nos basamos en los tres tipos de respuesta de la ansiedad.

La ansiedad se manifiesta a través de tres tipos de respuesta:

- FISIOLÓGICO: cuando tenemos ansiedad podemos sentir palpitaciones, mareos, respiración agitada, taquicardia, ahogo, nudo en el estómago, sudoración, dolor muscular...
- COGNITIVO (se refiere a lo que pensamos o imaginamos): cuando tenemos ansiedad podemos tener pensamientos negativos y catastrofistas, de miedo, de anticipación de algo negativo de tipo “Y si ocurre algo negativo”).
- MOTOR (se refiere a lo que hacemos a como nos comportamos): cuando tenemos ansiedad podemos realizar conductas de evitación y escape ante lo que me provoca ansiedad o malestar.
-
- FISIOLÓGICO: Para contrarrestarlo podemos utilizar la respiración abdominal (inspiración profunda, espiración lenta) y relajación muscular.
- COGNITIVO: Para contrarrestarlo podemos utilizar la parada de pensamiento, pensamientos positivos de tipo “Y si ocurre algo negativo, ya lo solucionaré cuando ocurra, si es que ocurre”.
- MOTOR: Para contrarrestarlo no hay que evitar ni escapar, aguantar la ansiedad hasta que desaparezca, la ansiedad termina por reducirse y desaparecer cuando vemos que realmente no hay ningún peligro, que sólo está en nuestra cabeza esta idea de peligro.

Cuadro 8. Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

“El entrenamiento en relajación muscular permite disminuir la activación fisiológica. Casi todos los músculos pueden ser controlados a voluntad y mediante un entrenamiento específico podemos aprender a relajarnos. Este ejercicio consiste en aprender a tensar y relajar grupos de músculos para lo que se necesita que repita los ejercicios en sesión y los practique de manera continua en casa. Vamos a ir comprobando la diferencia entre un músculo tenso y relajado.”

Indicaciones:

Situarnos en una habitación silenciosa, en penumbra, con una temperatura agradable, en un sillón que nos permita estar totalmente apoyado. Llevar ropa suelta y cómoda, quitarse cualquier objeto (gafas, reloj, anillos...) que puede apretar o incomodar. Es importante evitar las interrupciones una vez iniciado el ejercicio (sonido del teléfono, entrada de otras personas...). Cerrar los ojos sin pensar en nada en concreto.

Pasos (Sosa y Capafons, 2005):

- Ejercicio de respiración:
 1. Respiración natural completa.
- Ejercicios de las extremidades superiores:
 2. Apretar el puño dominante.
 3. Apretar el codo dominante contra el brazo del sillón.
 4. Apretar el puño no dominante.
 5. Apretar el codo no dominante contra el brazo del sillón.
- Ejercicios de cabeza y cuello:
 6. Levantar las cejas.
 7. Apretar los párpados y arrugar la nariz.
 8. Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
 9. Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque.

- Ejercicios de tronco:

10. Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos.

11. Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él.

- Ejercicio de extremidades inferiores:

12. Apretar el muslo dominante contra el sillón.

13. Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.

14. Doblar los dedos del pie dominante hacia dentro y curvar el pie.

15. Apretar el muslo no dominante contra el sillón.

16. Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.

17. Doblar los dedos del pie no dominante hacia dentro y curvar el pie.

- Ejercicio de respiración:

18. Respiración natural completa.

- Finalización:

19. Comenzar a mover cada grupo muscular: mueva las piernas, mueva los brazos, mueva el tronco, mueva la cabeza y abra los ojos.

Ejemplo:

“Vamos a centrarnos en la mano y el antebrazo, cerramos las manos apretando fuertemente el puño y empezamos a sentir la tensión, mantenemos esta tensión y nos centramos en lo que sentimos. Soltamos las manos, ¡ya!...y sentimos la relajación que hay ahora, la sensación de comodidad muy diferente a la de tensión, notamos la diferencia entre la tensión y la distensión y nos centramos en lo agradable que es estar sin tensión”.

Fase 2: Adquisición de habilidades y herramientas

En esta segunda fase el objetivo principal es dotar a J. de herramientas para afrontar lo mejor posible la exposición al estímulo fóbico, es decir, se trata de disminuir su ansiedad antes y durante la exposición al estímulo fóbico y disminuir los pensamientos perturbadores para ello se aplicarán las siguientes técnicas y tareas:

- Informar a la paciente sobre su patología (se ha empezado en sesiones anteriores)
- Controlar su activación fisiológica (se ha comenzado el entrenamiento en sesiones anteriores).
- Controlar sus pensamientos anticipatorios.

Sesión 5:

Se revisa la jerarquía y se le pide que valore de 0-100 la ansiedad que le produce cada ítem y la evitación antes del tratamiento.

Cuadro 9. Jerarquía.

JERARQUÍA

1. Leer textos en los que se describen palomas y aparece la palabra paloma.
2. Comer muslos de pollo y pechugas fileteadas.
3. Fotografía de palomas (imágenes)
4. Ver palomas aleteando y volando (vídeo)
5. Documental sobre palomas (vídeo)
6. Ver muchas palomas en el parque o terraza (vídeo)
7. Observar palomas reales desde la ventana
8. Tener la ventana abierta de su cuarto
9. Palomas a lo lejos en la calle.
10. Palomas en la acera contraria
11. Palomas en parque y/o terraza

12. Palomas en la misma acera a un metro o metro y medio
13. Atravesar la acera andando si hay una paloma a una distancia de un metro o metro y medio
14. Sentarse en un banco/silla con palomas a una distancia de un metro y medio en un parque o terraza.

Resolvemos las dudas en torno a la relajación progresiva muscular y volvemos a repasar los ejercicios proponiéndole que los siga practicando en casa dos veces al día como hasta ahora.

Nos centramos en explicar la relación de sus pensamientos y la fobia. Seguidamente le explicamos la técnica de detección del pensamiento (*ver cuadro 10*).

Cuadro 10. Técnica de detección del pensamiento.

Ejercicio previo

Pasos:

1. Imagina que tienes que pasar por un parque (situación que con alta probabilidad dará lugar a pensamientos perturbadores).
2. Le preguntamos ¿qué estás pensando ahora? Cuando aparece el pensamiento perturbador (por ejemplo: “no soy capaz”) le indicamos que lo mantenga y que lo verbalice dos o tres veces más.
3. Sin previo aviso diremos en voz alta “basta” y se dará una palmada fuerte sobre la mesa, así se interrumpirá el pensamiento.

Pasos de la técnica (Sosa y Capafons, 2005):

1. Detecta el pensamiento y verbalízalo.
2. Mantén el pensamiento y verbalízalo dos veces.
3. Da la orden de parar el pensamiento “stop”
4. Comienza a contar del 0 al 5, desplazando a la derecha el 0: 012345, 102345,

120345...

5. Realiza una respiración natural completa.
6. Verbaliza un pensamiento antagónico, tipo “soy capaz”, “lo voy a conseguir”, “yo puedo”, etc.

Apunta los pasos en un papel y como tarea para casa se le pide que la practique 4 días y que retire el paso 2 y 5 y así otros 4 días. Luego retira el paso 4 y por último el 1 y el 3. En todo momento el ejercicio se realiza con pensamientos que no son los que perturban.

Sesión 6:

Una vez que domina la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva de Jacobson se le enseña un método de relajación muy breve (*ver cuadro 11*) que es especialmente útil cuando hay que realizar exposiciones.

Cuadro 11. Técnica de relajación breve.

Sentado:

Sentarse en el borde delantero del asiento. Entrecruzar las manos y colocarlas en el vientre, levantar las puntas de los pies apoyándose en los talones. Cerrar los ojos.

Pasos (Sosa y Capafons, 2005):

1. Coger mucho aire por la nariz (respiración natural completa)
2. Tensar manos, brazos, cara (frunciendo), estómago, piernas y pies.
3. Mantener la tensión 10-15 segundos.
4. Soltar el aire despacio, mientras distiende los músculos.

De pie se realiza de la misma forma en el paso 1,2 y 3 pero en el paso 4 una de la pierna se adelanta y se suelta el aire y distiende los músculos.

De pie: apoyarse en los talones elevando ligeramente las puntas de los pies, cerrar los puños y apretar los antebrazos contra los lados del cuerpo. Se cierran los ojos.

Acostado: acostarse en posición decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo, manos hacia arriba y pies doblados hacia delante. Se cierran los ojos.

Posteriormente, repasamos la tarea de detención del pensamiento y con el mismo ejemplo de la semana pasada le pedimos que imagine la situación y que ella misma detenga el pensamiento perturbador con un pensamiento antagónico cuando aparezca.

Como tarea para casa se le propone que ponga en marcha la técnica cuando aparezcan pensamientos perturbadores en relación a su problema, que siga practicando dicha técnica dos veces al día como hasta ahora y que también realice la relajación breve dos veces al día.

Además, se le explica la importancia del auto-refuerzo y se le anticipa que en la siguiente sesión comenzarán con la exposición.

Fase 3: Exposición

El objetivo principal de esta fase es que J. se exponga al estímulo fóbico una vez preparada y dotada de herramientas para conseguir poder realizar las actividades que había dejado de hacer debido a su miedo fóbico:

- Leer y ver vídeos de palomas.
- Comer pollo y pechugas fileteadas.
- Abrir la ventana de su habitación.
- Mantenerse en los lugares a pesar de que haya palomas.
- Estar en parques y terrazas de verano con o sin palomas próximas a su ubicación.
- Transitar las calles de Madrid y de cualquier otro lugar sola, tanto si hay palomas como si no e independientemente de la proximidad de estas respecto de la paciente.

Para conseguirlo nos basamos en la jerarquía ya configurada y vamos avanzando ítem a ítem en función del ritmo de la paciente. Antes de empezar cada una de las sesiones de exposición se cumplimentan los ítems correspondientes a la escala de ansiedad estado del STAI de Spielberger et al. (2011) y al finalizar

otra vez de nuevo, excepto en la primera y la última sesión en la que debe cumplimentar la escala al completo es decir, A/E y A/R.

En todas las sesiones se acuerda con J. que acuda al Centro con 30 minutos de antelación a la sesión para que rellene los auto-informes correspondientes y realice la relajación profunda y así, poder dedicar la hora y media de sesión de manera exclusiva a la exposición propiamente dicha. Tras terminar la sesión se le pide que rellene el auto-informe que le corresponde y que lo entregue en la siguiente sesión.

La manera de proceder durante todas las sesiones de exposición es la siguiente (*ver cuadro 12*). Se presenta el estímulo fóbico y la terapeuta y coterapeuta actúan como modelo (modelado participante) con cada uno de los ítems y luego animan a la paciente a realizar la conducta (Olivares y Méndez, 1998). Se refuerza a J. cuando hay conductas de aproximación y/o consigue los objetivos y se le pide que se refuerce a sí misma, poco a poco se auto-refuerza sin necesidad de recordárselo. Cuando aparecen pensamientos perturbadores tipo “no soy capaz”, “me quiero ir” durante la exposición se pone en marcha la técnica de detención del pensamiento y cuando la ansiedad a nivel fisiológico es alta se realiza la relajación breve y se le indica que respire lentamente tal y como ha aprendido. Si no consigue detener el o los pensamientos perturbadores con el pensamiento antagónico, se pone en marcha la estrategia de distracción cognitiva consistente en contar del 0 al 5 moviendo a la derecha el 0 cada vez que comienza la serie, después de ello, se verbaliza el pensamiento antagónico. Los pensamientos antagónicos utilizados por J. con mayor éxito son: “soy capaz” y “lo voy a conseguir”. En todo momento se mantiene a la paciente en la situación temida hasta que baja el pico de la ansiedad y se habitúa al estímulo. Así, se realiza con cada uno de los ítems. Durante cada uno de ellos se le pregunta por la ansiedad que siente de 0-10, cuando ésta baja y el ítem no resulta ansiógeno se pasa al siguiente ítem.

Cuadro 12. Síntesis del procedimiento de exposición.

Procedimiento de exposición:

1. Antes de entrar a sesión:
 - Cumplimentar los auto-informes correspondientes.

- Realizar la relajación profunda.
- 2. Durante la sesión:
 - Presentación del estímulo fóbico.
 - Modelado participante.
 - Se pregunta a la paciente la ansiedad que siente de 0-10.
 - Se mantiene en la situación temida hasta que la ansiedad es baja.
 - Refuerzo de las conductas alternativas a la evitación: aproximación, logros, consecución de objetivos...
 - Conseguir que se refuerce a sí misma.
 - Empleo de técnicas de detención del pensamiento si aparecen pensamientos perturbadores, si no produce los resultados esperados, se emplearán técnicas distractoras y seguidamente se volverá a poner en marcha la técnica de detención del pensamiento.
 - Utilización de la técnica de respiración breve y lenta en el caso de que se hiperactive fisiológicamente.
 - Cuando la ansiedad es baja se pasa al siguiente ítem.
- 3. Al finalizar la sesión:
 - Complimentar los auto-informes correspondientes.

Sesión 7:

En esta sesión se comienza con la exposición al estímulo fóbico. Tras complimentar el auto-registro y realizar la relajación profunda, J. entra en sesión y se comienza la exposición desde el ítem 1 hasta el 3 siguiendo el procedimiento descrito anteriormente (*ver cuadro 12*). A continuación se presentan ejemplos de los ítems correspondientes a esta sesión (*ver cuadro 13*).

Cuadro 13. Ejemplo de ítems 1-3

Ejemplo ítem 1 (leer textos en los que se describen palomas y aparece la palabra paloma):

“Columba es un género de aves columbiformes de la familia Columbidae que comprende numerosas especies de palomas medianas a grandes, de cuerpo robusto; por ser el género típico a menudo vulgarmente se las llama palomas típicas. La mayoría de las especies en este género se encuentran en el Viejo Mundo, pero hay representantes en América, y se han introducido algunas especies, como la paloma bravía, fuera de su rango natural...”

En lo que refiere al ítem 2 (comer muslos de pollo y pechugas fileteadas), se troceó la carne en pequeños trozos para que no se saciase rápidamente.

Imágenes correspondientes al ítem 3 (fotografía de palomas):



Como tarea para casa se le pidió que a lo largo de la semana comiera 2 veces pechugas o muslos de pollo, que leyera los textos trabajados en sesión sobre palomas y volviera a ver las imágenes presentadas todos los días.

En esta semana la coterapeuta asistió dos días para realizar las exposiciones e instruyó a su madre (que ya había visto como lo hacía la coterapeuta) para que J. siguiese practicando los ejercicios el máximo de días posibles.

Sesión 8:

Siguiendo el procedimiento descrito (*ver cuadro 12*), se presentan al sujeto el ítem 4,5 y 6. Antes de empezar con el 4 se vuelve al 3 para comprobar que se ha habituado. A continuación se presentan los enlaces de los vídeos correspondientes a cada uno de los ítems (*ver cuadro 14*).

Cuadro 14. Ejemplo de ítem 4-6.

<p>Enlace de los vídeos:</p> <p>Vídeo correspondiente al ítem 4 (ver palomas aleteando y volando):</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=IugqPlttUI4</p> <p>Vídeo correspondiente al ítem 5 (documental sobre palomas):</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=RapTljOO8bY</p> <p>Vídeo correspondiente al ítem 6 (ver muchas palomas en el parque o en la terraza):</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=aylcDxIXjoM</p>
--

Como tarea para casa se le pide que siga realizando los ejercicios de la semana anterior y que además vea todos los días los vídeos siguiendo las mismas indicaciones que en sesión. El coterapeuta acude un día de la semana y se realiza la exposición, su madre también está presente, se resuelven sus dudas y el resto de días ella le acompaña.

Sesión 9, 10 y 11:

Siguiendo el mismo procedimiento (*ver cuadro 12*), en la sesión 9 se expuso al ítem 7 (observar palomas reales desde la ventana), 8 (tener la ventana abierta de su cuarto) y 9 (palomas a lo lejos en la calle), en la sesión 10 al ítem 10 (palomas en la acera contraria), 11 (palomas en parque y/o terraza) y 12 (palomas en la misma acera a un metro o metro y medio) y en la sesión 11 al ítem 13 (atravesar la acera andando si

hay una paloma a una distancia de un metro o metro y medio) y 14 (sentarse en un banco/silla con palomas a una distancia de un metro y medio en un parque o terraza).

Señalar que para atraer la atención de las palomas y conseguir que se acercasen se utilizó comida que administraba y daba la terapeuta y que entre cada una de estas sesiones pasaron 15 días. En todos los casos se comenzó de nuevo por los ítems superados en la sesión anterior. La terapeuta y coterapeuta utilizan en todos los ítems el modelado participante como hasta ahora y poco a poco intentan ir alejándose de la situación ansiógena a medida que baja la ansiedad de J. para que se enfrente sola y no dependa de otras personas.

En la sesión 9 como tarea para casa se le pidió que dejara la ventana abierta de su habitación y que saliera todos los días a pasear por la calle y si veía una paloma a lo lejos se mantuviera en la situación tal y como se había realizado en sesión. Para ello, un día fue acompañada por el coterapeuta y su madre y el resto de días con su madre. Así mismo, se le pidió que llevara una dieta en la que tomara regularmente pechugas y muslos de pollo y leyera y viera los vídeos sobre palomas, sola.

En la sesión 10 como tarea para casa se le pide que salga a pasear por un parque todos los días y que se mantenga una distancia de un metro o metro y medio de las palomas. Se le pide que mantenga la ventana de la habitación abierta sin presencia de su madre y que vaya acompañada por su madre los primeros días para realizar la exposición y luego sola.

Por último en la sesión 11 como tarea para casa también se le pide que se someta a las situaciones expuestas en la sesión acompañada por la madre 2 o 3 días (cada vez debe haber más distancia entre ambas) y luego sola.

Fase 4: Prevención de recaídas, seguimiento y alta.
--

El objetivo principal es que J. consiga llevar una vida normal sin miedo a las palomas y abordar situaciones difíciles para prevenir las recaídas, es decir mantener lo aprendido y generalizarlo a situaciones similares.

Sesión 12:

En esta sesión se repasa todo lo aprendido recordando los pasos a seguir en caso de que sienta ansiedad en algún momento. Se hace hincapié en la importancia de que siga llevando a cabo las conductas practicadas en sesión sola para mantener lo aprendido (tarea para casa). Además, se ponen ejemplos de situaciones difíciles (p. ej. paloma que revolotea a su lado, que la roza, plaza o iglesia llena de palomas...) y se delibera sobre cómo actuar en tales situaciones.

Por último se le administran varios auto-informes: Cuestionario de Temores de Wolpe y Lang (FSS III-122, en Fernández-Ballesteros y Carrobbles 1986), la Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas, una Escala de Interferencia en Fernández-Ballesteros (1994) y el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper (1976) en Fernández-Ballesteros (1994).

Sesión 13:

En esta sesión se hace devolución acerca de la evolución de J., los logros conseguidos, se revisa como ha estado en este tiempo y tras ver que los cambios se mantienen (a nivel subjetivo) después de 1 mes se acuerda la siguiente fecha para hacer un seguimiento (dentro de 6 meses). No obstante se le dice que si en algún momento le surge alguna complicación o duda, o tiene cualquier otro problema puede contactar de nuevo. Se da por terminada la terapia y se la invita a que lleve una vida normal, teniendo en cuenta que para mantener lo conseguido se deberá practicar lo aprendido en las sesiones anteriores.

- Factores relacionados con el o la terapeuta

A lo largo de todas las fases de la intervención participaron dos terapeutas. El terapeuta principal se encargó de los aspectos más teóricos de la intervención y el otro tomó protagonismo en los aspectos más prácticos. Para mantener la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento ha sido de máxima importancia que ambos terapeutas estuvieran coordinados para lo que previamente a la sesión se debatían los puntos a tratar en la sesión. Para que J. sintiese que comprendían su dificultad para exponerse al estímulo fóbico, el ajuste al ritmo de la paciente ha sido decisivo, pues ir más rápido hubiera sido posiblemente una causa de abandono del tratamiento. El refuerzo de las conductas alternativas a la evitación y el delegar control al cliente, ha hecho que se sienta más segura de sí misma, ha mejorado la adherencia al tratamiento e influido de manera positiva sobre la consecución de los objetivos. El hecho de que el propio terapeuta y el

coterapeuta ejecutaran previamente los ítems de la jerarquía permite que J. tuviera un modelo alternativo caracterizado por la no temerosidad a los animales y la seguridad. Esto posibilita que J. replique el modelo y tenga una alternativa al aprendizaje vicario que provenía de sus padres, facilitando la consecución de objetivos y la adherencia al tratamiento.

Entre sesiones aparecieron dificultades con las tareas para casa en las que tenía que exponerse de nuevo a los ítems a los que previamente se había habituado en sesión para reforzar el aprendizaje. J. refería que se sentía más segura y con mayor control en la situación en terapia y con el coterapeuta que con un familiar o sola. A la hora de enfrentarse sola a la situación ansiógena mostraba mayores resistencias y ansiedad aunque ha conseguido los objetivos propuesto semana a semana. En general se trataba de una participante con resistencias a realizar la exposición por lo que tuvimos que invertir varias sesiones en dotarla de herramientas dirigidas a afrontar la situación temida que proveían a J. de una mayor seguridad y confianza en sí misma.

RESULTADOS

En este apartado se exponen varios gráficos para ilustrar la evolución de la paciente. Se presentan los resultados obtenidos de los diferentes auto-informes administrados tras el tratamiento en comparación con los datos antes de recibir el tratamiento:

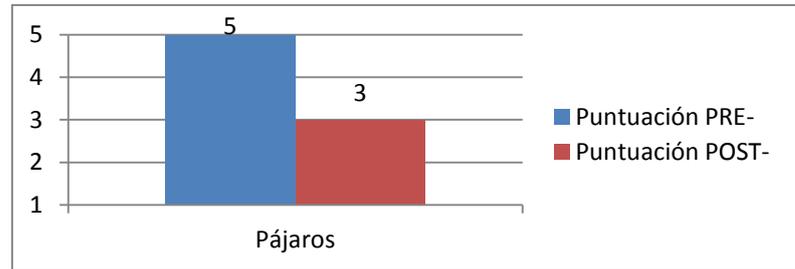
- Cuestionario de Temores (FSS III-122)

La versión utilizada del Cuestionario de Temores de Wolpe y Lang en Fernández-Ballesteros y Carrobes (1986) contiene 122 ítems. La paciente debe valorar cada ítems a través de una escala que varía de 1 a 5, siendo 1 (en absoluto) y 5 (muchísimo), indicando el grado en que le causa temor u otros sentimientos desagradables. Se han identificado 5 factores en diversos países del mundo: miedos sociales, miedos agorafóbicos, miedo a animales, miedo a escenas sexuales, y miedo a la muerte, heridas, enfermedades, sangre y procedimientos quirúrgicos; otro factor menos frecuente ha sido a eventos naturales (Bados, 2009).

Tras la corrección del cuestionario encontramos que solo uno de los ítems es valorado con un 5 (muchísimo), todos los demás se encuentran dentro de los valores 1 y 4, siendo el valor 1 el marcado en la

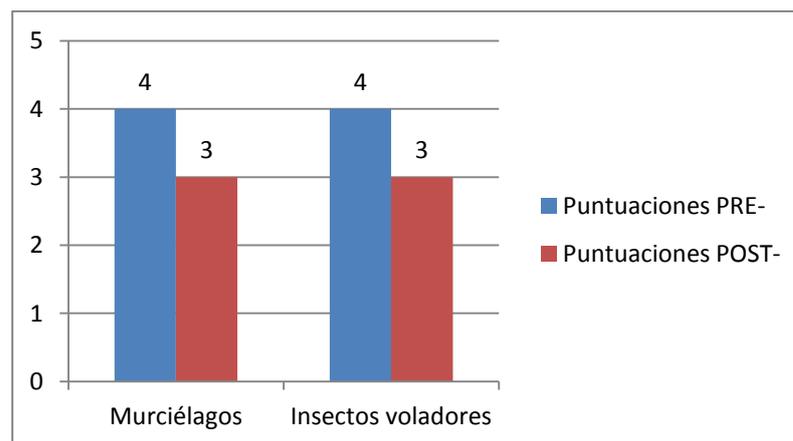
mayoría de los ítems. En la siguiente gráfica se registra el valor pre- y post- del ítem 37 que es el valorado como muchísimo en el pre-tratamiento

Gráfica 1. Puntuación Pre- y Post- ítem 37.



A continuación se recogen los valores pre- y post- de los ítems valorados como mucho en el pre-tratamiento, es decir, el ítem 24 y el 28. En cuanto al resto de los datos, no se presentan gráficas pues no nos revelan ninguna información de interés.

Gráfica 2. Puntuación Pre- y Post- ítem 24 y 28.



Como se puede observar J. presenta muchísimo miedo a los pájaros en el pre-tratamiento, por tanto, con los datos obtenidos antes del tratamiento consideramos que existe miedo desproporcionado a los pájaros, pero no sabemos si es a todas las especies o sólo a una o algunas de ellas. Tras el tratamiento dicho ítem es valorado con una puntuación de 3 (ligeramente) por lo que la paciente ha mejorado con la intervención y no existen sospechas de miedo fóbico.

En los que respecta a la gráfica 2, observamos que J. presenta mucho miedo a los murciélagos y a los insectos voladores en el pre-tratamiento, bajando este valor a 3, es decir, a ligeramente tras el tratamiento.

Este cambio que se produce en estos dos ítems se puede interpretar como un efecto producido por la terapia debido a un proceso de generalización de lo aprendido.

- Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas:

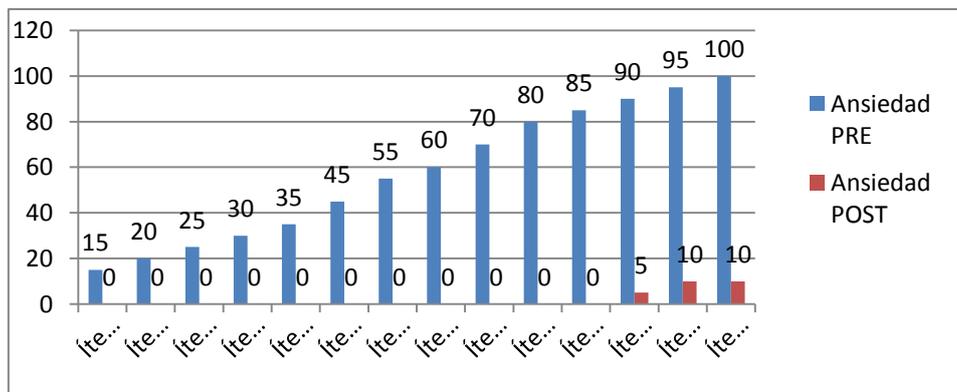
La Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas comprende 14 ítems, los mismos que la jerarquía utilizada para la exposición. De cada ítem se evalúa la ansiedad y el grado de evitación de 0-100 en dos momentos, uno antes del tratamiento (pre) y otro tras el tratamiento (post). Los datos se pueden observar en las siguientes tablas:

Cuadro 15. Test: Jerarquía Individualizada de Situaciones Temidas con puntuaciones Pre- y Post-.

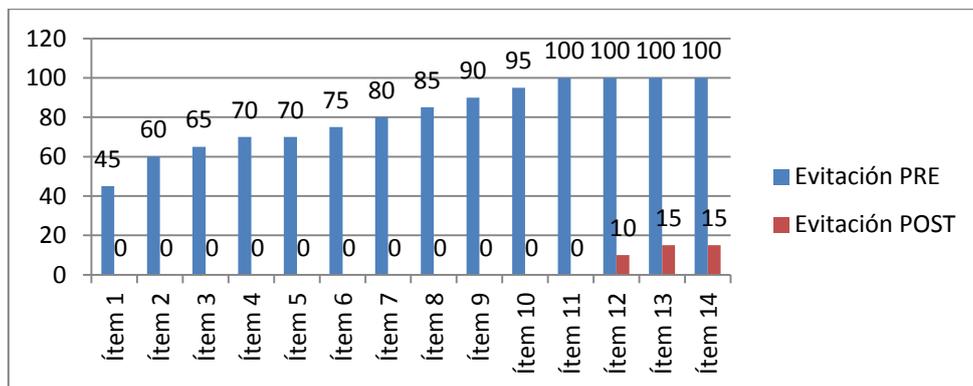
Ítems	Ansiedad (0-100)		Grado de Evitación (0-100)	
	Pre-	Post-	Pre-	Post-
	1. Leer textos en los que se describen palomas y aparece la palabra paloma.	15	0	45
2. Comer muslos de pollo y pechugas fileteadas.	20	0	60	0
3. Fotografía de palomas.	25	0	65	0
4. Ver palomas aleteando y volando	30	0	70	0
5. Documental sobre palomas	35	0	70	0
6. Ver muchas palomas en el parque o terraza	45	0	75	0
7. Observar palomas reales desde la ventana	55	0	80	0
8. Tener la ventana abierta de su cuarto	60	0	85	0
9. Palomas a lo lejos en la calle	70	0	90	0
10. Palomas en la acera contraria	80	0	95	0
11. Palomas en el parque y/o terraza	85	0	100	0
12. Palomas en la misma acera a un metro o metro y medio	90	5	100	10

13. Atravesar la acera andando si hay una paloma a una distancia de un metro o metro y medio	95	10	100	15
14. Sentarse en un banco/silla con palomas a una distancia de un metro o metro y medio en un parque o terraza	100	10	100	15

Gráfica 3. Ansiedad Pre- y Post-



Gráfica 4. Evitación Pre- y Post-



Centrándonos en las gráficas en el pre-tratamiento se observa que la ansiedad y la evitación es mayor conforme avanzan los ítems, es decir, mayor ansiedad y evitación en el ítem 2 que en el ítem 1, y así en todos los ítems cuando medimos ansiedad y en casi todos los de evitación excepto en algunos ítems en los que presenta la misma evitación como en el 4 y el 5 con un 70 de evitación y el 11, 12, 13, y 14 con 100 de

evitación. Comparando el pre-tratamiento y el post-tratamiento concluimos que la paciente ha mejorado con el tratamiento pues no hay signos de ansiedad y evitación (nivel motor) en la mayoría de los ítems excepto en el ítem 12, 13 y 14 en los que se registra niveles de ansiedad y evitación, aunque bastante menores en relación al pre-tratamiento.

- Inventario de Indicadores Psicofisiológicos

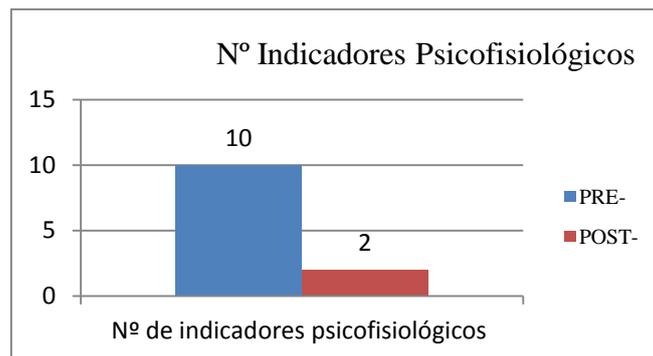
El Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper (1976) en Fernández-Ballesteros (1994) consta de 20 ítems de los que se debe marcar aquellos que perciba cuando siente tensión o ansiedad. Este inventario se cumplimenta antes y después del tratamiento.

En el pre-tratamiento la paciente marca los siguientes ítems: tensión en su espalda o cuello, tensión en el pecho, tensión en los hombros, su corazón late fuerte, puede sentir que su corazón “se le va a salir del pecho”, puede oír los latidos de su corazón, tiemblan sus piernas, se siente presionado a sí mismo por algo que le oprime, se siente mareado y se siente que respira o muy deprisa o lentamente.

En el post-tratamiento marca el ítem de tensión en la espalda o cuello y en los hombros.

En la siguiente tabla aparece de forma gráfica el número de sensaciones de tensión y ansiedad antes y después del tratamiento.

Gráfica 5. Indicadores Psicofisiológicos Pre- y Post-

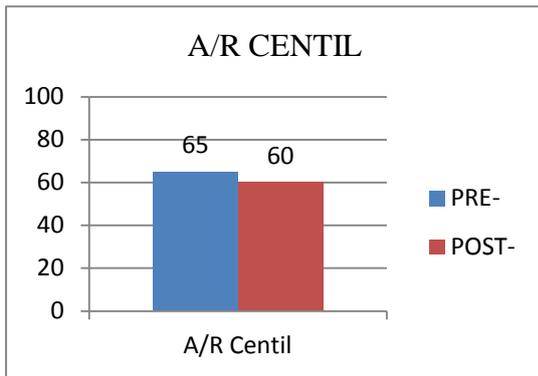


En esta gráfica se refleja como el número de indicadores psicofisiológicos disminuye de 10 a 2 con el tratamiento. Por ello concluimos que ha descendido la ansiedad a nivel fisiológico con el tratamiento.

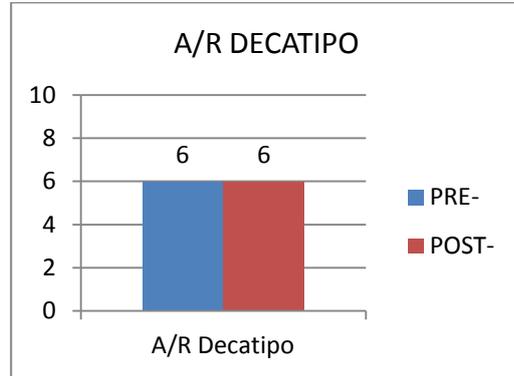
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al. (2011) mide dos conceptos independientes de ansiedad, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo por lo que hay dos escalas diferenciadas A/E y A/R. La escala de ansiedad rasgo (A/R) se pasa antes de la fase de exposición y después de la misma y la escala de ansiedad estado (A/E) se administra en cada una de las sesiones de exposición antes y después de trabajar sobre la jerarquía. Los datos los podemos observar en las siguientes gráficas:

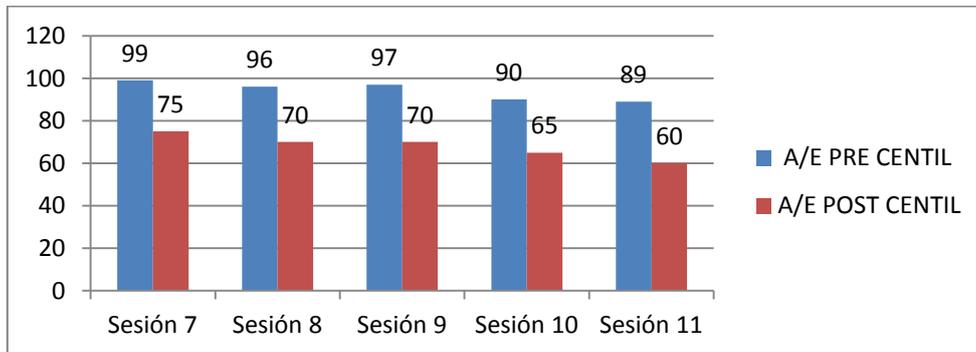
Gráfica 6. Ansiedad Rasgo, Centil



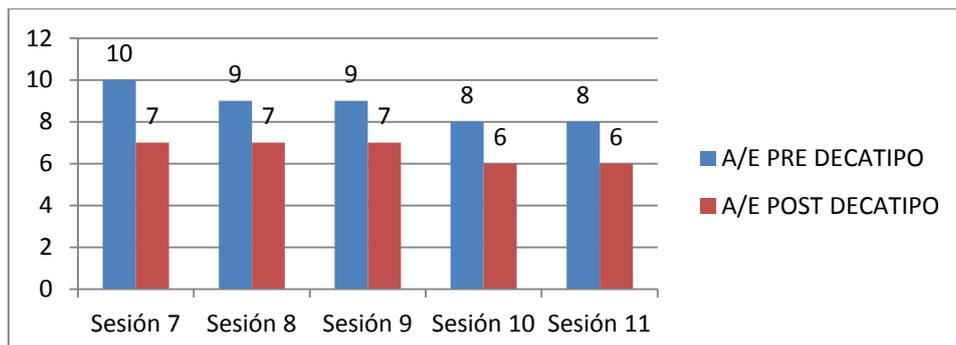
Gráfica 7. Ansiedad Rasgo, Decatipo.



Gráfica 8. Ansiedad Estado, Centil



Gráfica 9. Ansiedad Estado, Decatipo



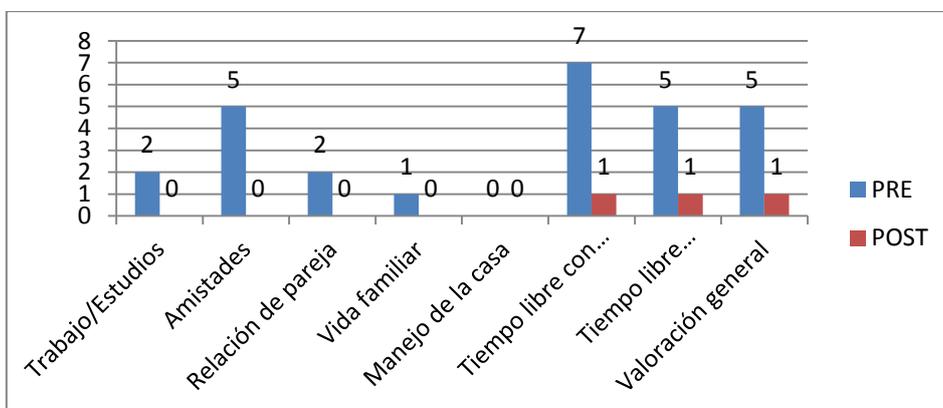
En la ansiedad rasgo, centrándonos en la gráfica 6, observamos una leve variación del C₆₅ al C₆₀ sin embargo, el decatipo se mantiene en 6. Por tanto, podemos hablar de estabilidad de la ansiedad rasgo.

En lo que respecta a la ansiedad estado, en ambas gráficas (centiles y decatipos) antes de la exposición al estímulo fóbico la ansiedad estado es más alta que tras la exposición. Además, si comparamos la primera sesión de exposición con la última se pasa de un C₉₉ a un C₈₉ que se corresponde con un decatipo 10 y 8 respectivamente en la pre-exposición y de un C₇₅ a un C₆₀ que se corresponde con un decatipo 7 y 6 en la post-exposición. En conclusión la ansiedad de J. disminuye tras la exposición y al finalizar las sesiones de exposición, el pico de ansiedad es menor y la ansiedad post-exposición también es menor en comparación con la primera sesión. Además, la A/E de la última sesión en la post-exposición coincide con los valores de A/R.

- Escala de Interferencia

La Escala de Interferencia en Fernández-Ballesteros (1994) mide la interferencia que causa la problemática en diferentes áreas de su vida tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo e incluye una valoración general. La valoración de la interferencia va de 0 a 8, siendo 0 nada y 8 muchísimo. Esta escala se administra antes y después del tratamiento y se puede ver en la siguiente tabla:

Gráfica 8. Escala de Interferencia puntuaciones Pre- y Post.



A la vista de la gráfica observamos que antes del tratamiento la fobia afectaba a todas las áreas expuestas, excepto al manejo de la casa. Tras el tratamiento la interferencia es menor afectando levemente y únicamente al tiempo libre pasado con otros y solo. En cuanto a la valoración general observamos que la interferencia pasa de moderada (5) a poco (1). Por tanto, concluimos que con el tratamiento la interferencia se reduce a poca o nada en los aspectos medidos.

DISCUSIÓN

A lo largo del trabajo se ha presentado la evaluación y el tratamiento cognitivo-conductual de una paciente con fobia a las palomas. El tratamiento se ha centrado en exponer a la paciente al estímulo fóbico proveyéndola de herramientas para mejorar el afrontamiento de la situación temida con técnicas dirigidas a disminuir la activación fisiológica y a controlar los pensamientos, fundamentalmente. A la vista de los resultados, vemos que el nivel de ansiedad, de evitación y la interferencia en su vida se ha reducido tras la intervención psicológica, llegándose a eliminar totalmente en casi todos los casos. Además observamos que la paciente está más tranquila y refiere estar más segura de sí misma y sentirse más independiente.

En lo que respecta a las limitaciones a la hora de la evaluación la no existencia de auto-informes específicos para evaluar la fobia a las palomas nos llevó a la elaboración de un auto-informe ad hoc, por lo que no está estandarizado aunque nos aporta información individualizada y muy específica, pues se confecciona para este caso. Por otro lado, nos centramos en el registro de los indicadores psicofisiológicos, sin embargo, para hacer una evaluación más completa podríamos haber administrado el ISRA pues se trata de un test psicométrico e incluye indicadores no solo fisiológicos, sino también motores y cognitivos, aunque debemos mencionar que contamos también con la gráfica del grado de evitación pre- y post- para medir la ansiedad a nivel motor y con una medida general de la ansiedad pre- post-. En lo relativo a la aplicación del tratamiento, hubiera sido positivo haber contado con una jaula para palomas puesto que en general, y en particular en nuestro caso, los fóbicos a los animales temen los movimientos de los animales, sobre todo si son repentinos, su apariencia física, los sonidos que emiten y sus propiedades táctiles (Bados, 2009) pero las condiciones ambientales (Centro Médico Privado) lo imposibilitaban. Además, no se incluyen los datos del seguimiento aunque se completarán cuando se disponga de los mismos. Por último,

destacar la utilidad del uso de la desensibilización sistemática in vivo en tres modalidades (terapeuta, familiar, sola) para depositar gradualmente el control en la paciente y hacer que no dependa de los demás, pudiendo mejorar incluso su seguridad y autoestima.

En general, podemos decir que la paciente ha mejorado con el tratamiento, tal y como se hipotetizaba, aunque no podemos generalizar el tratamiento llevado a cabo a otros casos al tratarse de un caso único. Actualmente no cumple los criterios del DSM IV-TR (APA, 2000) para la fobia específica por lo que no podríamos diagnosticarla en el eje I del diagnóstico multiaxial de fobia específica y en el eje V, el EEAG actual sería de 90 aproximadamente, pues como mencionábamos en el apartado de los resultados, la interferencia en su vida es poco o nada y los síntomas de ansiedad en su mayoría han desaparecido o son mínimos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed. texto revisado). Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2009). Fobias específicas. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6282/1/Fobias%20espec%C3%ADficas.pdf>
- Bados, A y García, E. (2011). Técnicas de exposición. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%20011.pdf>
- Bandura, A. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe
- Barlow, D.H (2002). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Capafons, J.I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13 (3), 447-452
- Carrobles, J.A. (1987). La ansiedad: naturaleza, incidencia y modelos explicativos. En , J.A. Carrobles. *Análisis y modificación de conducta II*. Madrid: Editorial UNED.
- Ellis, A. (1981). Manual de terapia racional-emotiva (6º ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Fernández-Ballesteros, R., Carrobles, J.A. (1981). Evaluación conductual metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Fyer, A.J., Mannuzza, S., Gallops, M.S., Martin, L.Y., Aaronson, C., Gorman, J.M., Liebowitz, M.R. y Klien, D.F. (1990). Familian transmission of simple phopias and fears. *Archives of General Psychiatry*, 47, 252-256.
- Marks, I.M. (1991). Miedos, fobias y rituales.1. Los mecanismos de la ansiedad. Barcelona, Martínez Roca.
- Marks, I.M. (1991). Miedos, fobias y rituales.2. Clínica y tratamientos. Barcelona: Martínez Roca.

- Méndez, F.X y Maciá, D (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Quiles, M.J. (1998). Técnicas de relajación y respiración. En J. Olivares y F.X. Méndez (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Beléndez, M. (1998). La desensibilización sistemática. En J. Olivares y F.X. Méndez (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Öst, L.G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (1), 1-7.
- Sosa, C.D. y Capafons, J.I. (2011). Fobia específica. En V.E Caballo, I.C. Salazar y J.A. Carrobbles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Sosa, C.D. y Capafons, J.I. (2005). Tratando... fobias específicas. Madrid: Pirámide.
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (2011). STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA. (orig. 1970).
- Virués-Ortega, J. y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology, 8 (3), 765-777.