

Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas

Juan I. Capafons Bonet
Universidad de La Laguna

Se revisan las formas de intervención sobre las fobias específicas más investigadas. Varios estudios muestran una importante convergencia en señalar que la terapia de elección es la exposición al estímulo fóbico. Las terapias cognitivo-comportamentales alcanzan también resultados satisfactorios, así como la terapia de exposición a través de realidad virtual. Los tratamientos farmacológicos no aportan efectos beneficiosos y no parece que una combinación entre los distintos tratamientos mejore significativamente los efectos de las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la evidencia disponible indica que éstas son las terapias de elección para este trastorno.

Efficacious psychological treatments for specific phobias. The effects of the most researched treatments for specific phobias are reviewed. Several studies show convergent conclusions: the exposure therapy appear to be the most effective ones. Cognitive-behavioral interventions and the virtual reality exposure therapy are, also, effective. The pharmacological treatments had no effect and the combination of the different types of therapies does not appear to improve the effects of cognitive-behavioral interventions for specific phobia.

El miedo es una experiencia muy común para los seres humanos y se trata, además, de una experiencia que tiene un importante valor adaptativo para la supervivencia de la especie. Normalmente cuando hablamos de miedo adaptativo nos referimos a un conjunto de sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales (Marks, 1987). Sin embargo, cuando estas sensaciones se experimentan en situaciones que no suponen una amenaza real, nos encontramos ante un miedo que ya no es adaptativo. El término fobia se utiliza para describir este tipo de reacciones de miedo no deseables. Las fobias pueden clasificarse de muy diversas maneras. No obstante, una de las clasificaciones más ampliamente aceptadas es la que distingue entre tres grupos: fobias simples, específicas o focales; fobias sociales, y agorafobia. Este trabajo tratará con las primeras, es decir, con las denominadas fobias específicas o focales.

En el DSM-IV la categoría de fobia específica se presenta como una categoría residual de trastorno fóbico, ya que en ella se incluyen todos los miedos fóbicos provocados por situaciones concretas –siempre que no sean las situaciones sociales (fobia social), el miedo a un ataque de angustia, o las situaciones de miedo características de la agorafobia–. En la medida en que las fobias específicas comparten elementos comunes al resto de los trastornos fóbicos abordaremos de forma necesariamente sucinta, en primer lugar, una serie de consideraciones diagnósticas sobre las fobias en general, para pasar posteriormente a centrarnos en las características particulares de las denominadas fobias específicas.

A simple vista puede parecer que las fobias son tipos de trastornos fácilmente identificables. Sin embargo, existen algunas dificultades a la hora de delimitar las características de una fobia y de fijar sus límites. Dado que una fobia es una forma especial de miedo, una de las dificultades diagnósticas más evidentes con las que nos encontramos tiene que ver con el establecimiento de los límites entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico (Sosa & Capafons, 1995). En relación con este punto existe un acuerdo más o menos generalizado a la hora de señalar una serie de características indicativas de una reacción de miedo fóbico:

- (i) Es desproporcionada con respecto a las exigencias de la situación. Aquí se considera que la reacción no se corresponde con la existencia de una situación particularmente peligrosa o amenazante para el individuo.
- (ii) No puede ser explicada o razonada por parte del individuo.
- (iii) Está más allá del control voluntario.
- (iv) Lleva a la evitación de la situación temida.
- (v) Persiste a lo largo del tiempo.
- (vi) Es desadaptativa.
- (vii) No es específica a una fase o edad determinada.

De todas las características señaladas, son especialmente relevantes para la diferenciación entre miedo fóbico y miedo adaptativo la persistencia, la magnitud y el carácter desadaptativo del primero frente al segundo. Además de lo anteriormente señalado, una reacción de miedo fóbico se caracteriza, frente a otros trastornos por ansiedad, por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situación concreta, y el contacto o la anticipación con la situación temida desencadena un patrón típico de reacciones fisiológicas, cognitivas y motóricas (Lang, 1968).

En el plano fisiológico se pone en marcha todo un conjunto de respuestas fisiológicas características de un aumento de la actividad del SNA (tales como aumento en la tasa cardíaca y respiratoria; sudoración; inhibición de la salivación; contracciones estoma-

cales; náuseas; diarrea; elevación de la tensión arterial). El problema en este punto es que existen importantes diferencias individuales en el patrón de reacciones autonómicas, de forma que no existe una única medida que represente la reacción somática del miedo para todos los individuos (Lacey & Lacey, 1958). Aspecto este que adquiere relevancia a la hora de establecer criterios de cambio o éxito terapéutico.

En el plano cognitivo o subjetivo el individuo puede desplegar toda una serie de creencias sobre la situación temida y sobre su capacidad para afrontarla, así como un amplio conjunto de interpretaciones subjetivas acerca de sus reacciones fisiológicas. Todo ello se puede traducir en imágenes o auto-verbalizaciones de las consecuencias negativas que espera. Finalmente, a nivel motor la reacción más frecuente puede ser abandonar la situación temida lo más rápidamente posible y tratar de evitarla en el futuro.

Las relaciones entre estos tres tipos de reacciones es de tal naturaleza que complica no sólo la evaluación del miedo, sino también la toma de decisiones diagnósticas. Los fóbicos difieren entre sí en el patrón de reacciones cognitivas, motoras y fisiológicas que despliegan ante lo temido. Así, mientras que unos son capaces de soportar la situación temida, aunque con un gran malestar subjetivo y fisiológico, otros se caracterizan principalmente por mostrar una marcada evitación de la situación a la que temen. De todo ello se desprende que la medida aislada de alguno de los tres tipos de reacciones puede no reflejar adecuadamente el problema de un individuo particular. Por otro lado, la diferenciación entre los distintos tipos de trastornos fóbicos (fobia social, fobia específica y agorafobia) se ha realizado en base a criterios poco claros y especialmente apelando a la naturaleza de los estímulos que generan miedo. Sin embargo, dicha diferenciación plantea algunos problemas no resueltos en la actualidad. Uno de ellos es la frecuencia con que los diferentes tipos de fobias se presentan de manera solapada en un mismo individuo. Esto puede estar indicando que la diferenciación establecida hasta la fecha no contempla variables clínicas lo suficientemente relevantes. Por lo que a la categoría de fobia específica se refiere, nos encontramos, como señalábamos al principio, con una categoría residual que recoge todas las fobias que no son ni fobia social ni agorafobia. El principal problema que este planteamiento genera es que dentro de la categoría de fobia específica se incluye un rango demasiado amplio de fobias que, como comentaremos posteriormente, no necesariamente comparten las mismas características clínicas.

La denominación de fobias específicas se viene utilizando para hacer referencia a todas aquellas fobias en las que la reacción de miedo está circunscrita o focalizada en objetos o situaciones concretas como pueden ser los perros, las alturas o los espacios cerrados. Bajo esta denominación se agrupan todas aquellas fobias en las que el rango de estímulos capaces de evocar la reacción de miedo fóbico es limitado y mucho más estrecho que en otros tipos de fobias.

Si bien es cierto que dicho rango de estímulos es limitado, la naturaleza de los estímulos que potencialmente pueden llegar a desencadenar una reacción fóbica es enorme. De ahí que bajo el rótulo de fobia específica o focal se incluya una variadísima gama de tipos de fobias diferentes atendiendo a la naturaleza del estímulo temido. Entre ellas, las más comunes son las fobias a los animales, a la sangre y a las heridas, a los médicos y dentistas, a la defecación o micción en lavabos públicos, a las alturas, a los lugares cerrados, a los ruidos, a los fenómenos meteorológicos, a la oscuridad, a conducir, a viajar en avión, a comer alimentos concretos, a atragantarse, o a la actividad sexual (Marks, 1987).

Hasta la fecha la subdivisión entre fobia a los animales, fobia a la sangre y heridas y las llamadas fobias situacionales (conducir, viajar en avión, espacios cerrados, entre otras) es una de las que cuenta con un mayor grado de aval empírico (Himle, McPhee, Cameron & Curtis, 1989). La fobia a los animales consiste en miedos aislados a animales, tales como pájaros, perros, gatos, ranas, serpientes, arañas, mariposas, abejas y avispas. Este tipo de fobia supone miedo y evitación a los animales en sí mismos y no tanto asco o miedo a la contaminación. En los fóbicos a los animales el miedo alcanza su punto máximo especialmente cuando los animales se encuentran en movimiento. Normalmente las personas temen a un tipo de animal y no a otras especies diferentes, y únicamente una minoría muestra miedo por el daño que le pueda causar el animal. En general, en la mayor parte de los casos los fóbicos temen al pánico que pueden llegar a experimentar y mostrar ante la presencia del animal, y a las consecuencias negativas que ello puede tener.

La fobia a la sangre y las heridas presentan varios rasgos distintivos únicos. El más importante de todos ellos radica en el conjunto de reacciones psicofisiológicas que se desencadenan ante la presencia de sangre o heridas o estímulos relacionados con ella. De todas las respuestas psicofisiológicas, lo más característico es el patrón de respuesta cardiovascular que, a diferencia del resto de los fóbicos, es bifásico: en un primer momento se produce un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial que se ve seguido de una importante desaceleración vasovagal del ritmo cardíaco (que puede llegar a una breve asístole) y de la presión arterial. Todo ello acompañado de náuseas, sudor, palidez, y, en ocasiones, desmayo. En este tipo de fobia parece que la ansiedad se relaciona más con la anticipación de un posible desvanecimiento que con el estímulo fóbico.

Las llamadas fobias situacionales abarcan un conjunto variado de situaciones, aunque las más representativas son la fobia a los aviones, la fobia a conducir, la fobia a los lugares muy concurridos, la fobia a las alturas y a los puentes. El aspecto más distintivo de este tipo de fobia específica frente a las fobias a los animales o las fobias a la sangre o las heridas, es que suele presentarse tanto en solitario, como formando parte del trastorno por angustia con agorafobia (Marks, 1970; 1987). Algunos autores han llegado a sugerir que las fobias específicas situacionales podrían considerarse como una forma moderada de agorafobia más que como una fobia específica (Himle et al., 1989).

Tratamientos para las fobias específicas

Tratamientos psicológicos

En la primera mitad del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias, que hoy denominamos específicas, se reducían básicamente al psicoanálisis. A partir de la obra de Joseph Wolpe (1958), la llamada terapia de conducta entró de lleno en el campo de las fobias. Desde entonces la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas. En la práctica se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al estímulo temido y que difieren en alguno de los siguientes parámetros: en la forma en que se presenta el estímulo temido (directamente o indirectamente, tiem-

po y tasa de exposición, etc.); en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico; en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente (terapeuta presente, modelado del terapeuta, etc.); o en la utilización o no utilización de estrategias de control cognitivo para que los pacientes aprendan a modificar las respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos. Por ello, hemos dividido este apartado en dos, el primero destinado a analizar los aspectos relacionados con la exposición y el segundo centrado en los estudios que, partiendo de la exposición, aportan algunas alternativas interesantes para este campo.

Terapia de exposición

La exposición al estímulo fóbico es el ingrediente común de técnicas como la desensibilización sistemática, la inundación o la exposición graduada. Todas ellas han mostrado niveles de eficacia satisfactorios en el tratamiento de las fobias específicas. En vez de exponer estas técnicas preferimos presentar algunas cuestiones referidas a las distintas modalidades de exposición y factores que pueden incrementar su eficacia.

Exposición en vivo frente a exposición en imágenes representa una de las dicotomías más investigadas en el campo de la exposición. Los datos, en líneas generales, son concordantes con lo que cabría esperar: cuanto más cercana sea la práctica de exposición al hecho real, mejores resultados podemos esperar. De hecho, la exposición en vivo es considerada como el tratamiento más potente para las fobias específicas (APA, 1994; Barlow, 1988; Barlow, Essler & Vitali, 1998; Marks, 1987). Sin embargo, existen algunas excepciones dignas de ser consideradas aquí. La elección de exposición en imágenes es preferible en aquellos casos donde la exposición real sea difícilmente manipulable por parte del terapeuta. Ejemplos claros son el miedo a las tormentas y, especialmente, a los truenos o relámpagos; miedo a viajar en avión, especialmente en aquellos casos donde el despegue ocupe un lugar predominante o el miedo se incremente principalmente ante las turbulencias. Además, debemos considerar la exposición en imágenes como alternativa frente a la real en aquellos casos en que el paciente muestre serias reticencias a la terapia de exposición con estímulo fóbico real. Muchos pacientes advierten del abandono de la terapia si se les va a someter directamente al estímulo fóbico y otros advierten de experiencias de pánico intenso que dificultan cualquier habituación con la presencia del estímulo fóbico real. Éste ha sido un factor poco considerado en las investigaciones sobre este tipo de trastorno, quizá porque muchos estudios han sido llevados a cabo con muestras de análogos o poblaciones subclínicas. Cuando las investigaciones se han enfrentado con fóbicos con manifestaciones clínicamente relevantes, la exposición real suele ir anticipada de algún tipo de exposición imaginada o de técnicas que fortalezcan el compromiso del paciente para someterse a la estimulación temida (Capafons, Avero & Sosa, 1997; Capafons, Sosa & Viña, 1999).

La *duración e intervalos de la exposición* ha constituido un tema relevante dentro de esta terapia. En líneas generales la exposición prolongada es mejor que la corta, llegando a configurarse tratamientos de una sola sesión de 60 a 180 minutos de duración, con una media aproximada de dos horas (Öst, 1989; Öst, Salkovskis & Hellström, 1991). El procedimiento habitual sería:

1. El paciente se compromete a mantenerse en la situación de exposición hasta que la ansiedad desaparezca y no escapar de la situación durante el tratamiento.

2. Se anima al paciente a aproximarse al estímulo fóbico lo máximo posible y a mantenerse hasta que la ansiedad disminuya o desaparezca por completo.

3. Cuando la ansiedad disminuye se le insta al paciente a que se aproxime más al estímulo fóbico, a que permanezca hasta que disminuya la ansiedad, y a que se vaya acercando lo máximo posible.

4. La sesión de terapia termina únicamente cuando el nivel de ansiedad se ha reducido un 50% del valor más alto, o cuando ha desaparecido por completo.

La exposición masiva y prolongada incrementa su eficacia si el terapeuta modela los primeros acercamientos y si es posible dar una información razonable al paciente del por qué del método, del propósito del tratamiento. En aquellas fobias donde la presentación del estímulo fóbico pueda realmente verse libre de *todo* peligro real, es decir, que la exposición al estímulo fóbico no es seguida de *ninguna* consecuencia temida, se incrementará la eficacia. Fobia a animales (arañas, gatos, perros, ratones, etc.), a las alturas, a lugares cerrados, son candidatos a que se aplique este tipo de exposición.

Si la exposición debe acompañarse de *relajación* como respuesta antagonista también ha constituido un tema relevante. Incluir o no la relajación dentro de un programa de exposición va a depender, básicamente, de tres factores:

1. Si la ansiedad del paciente es muy alta ante el estímulo fóbico, la utilización de la relajación genera mayor adherencia al tratamiento.

2. Si vamos a aplicar, por motivos diversos (tipo de fobia, peculiaridades de la situación, predisposición del paciente, etc.), exposiciones breves, la aplicación de la relajación facilitará la habituación al estímulo fóbico.

3. Si pretendemos aplicar una exposición donde el paciente no sienta niveles elevados de ansiedad durante la presencia del estímulo fóbico, la relajación puede ayudar a controlar dicha ansiedad. Además, cuando se emplean jerarquías muy progresivas, la relajación puede acelerar el proceso.

Por otro lado, el uso de la relajación representa un costo adicional que debe justificarse adecuadamente. Dicho costo es patente por cuanto que: (i) necesita de un aprendizaje y práctica habitual; (ii) las últimas investigaciones al respecto indican la necesidad de aprender por parte del individuo diversos métodos de relajación y no sólo uno (Amutio, 2000; Lehrer, Carr, Sargunraj & Woolfolk, 1994); y (iii) hoy en día desconocemos en qué pacientes puede provocarse la aparición de la «ansiedad inducida por relajación», un fenómeno que puede producirse en un 40% de personas que practican relajación (Heide y Borkovec, 1984; Smith, 1999). Ciertamente es que entrenar en técnicas de relajación puede acarrear beneficios en otras áreas del paciente y, en este sentido, el terapeuta puede declinarse por dicho entrenamiento para facilitar cambios que van más allá del problema fóbico concreto.

Terapias cognitivo-comportamentales y realidad virtual

En las últimas décadas se han ido incorporando terapias cognitivas en el tratamiento de las fobias, empleadas en la mayor parte de las ocasiones en combinación con estrategias de exposición. Básicamente se trata de adaptaciones al ámbito de las fobias de programas terapéuticos ya existentes, tales como la terapia racional emotiva (Ellis, 1962; Warren y Zgourides, 1991), el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum, 1977, 1985) o la

terapia racional sistemática (Golfried, 1977). En general, estos programas van destinados a cambiar los patrones de pensamiento, insistiendo en la diferencia entre pensamientos realistas e irrealistas o la diferencia entre posible y probable (Marshall, Bristol, & Barbaree, 1992). Se pretende que los pacientes fóbicos accedan a la exposición al estímulo fóbico con la menor ansiedad anticipatoria posible y con atribuciones adaptativas de sus reacciones motoras y fisiológicas (Anthony, Craske & Barlow, 1995; Shafraan, Booth & Rachman, 1992).

Desde esta perspectiva, podríamos incluir también en este apartado el conjunto de técnicas destinadas a incrementar la información del paciente sobre su trastorno (terapias informativas, biblioterapia, la psicoeducación) y los trabajos que incluyen componentes atribucionales en la terapia (Capafons, Sosa & Viña, 1999; Greco, 1989; Ross, Rodin & Zimbrado, 1969). En ambos casos se trata de presentar al paciente el máximo de información relevante referida al estímulo fóbico. En la fobia a viajar en avión, por ejemplo, se trata de informar al paciente de distintos aspectos aeronáuticos (¿por qué vuela un avión?, factores que afectan a un vuelo, etc.) y de las medidas de seguridad de que dispone el transporte aéreo en la actualidad. Lo más característico del entrenamiento atribucional reside no tanto en esta información que se le suministra al paciente, sino en la búsqueda de los determinantes y mantenedores de la fobia, con la intención de que la indagación sobre éstos ayude a elaborar el plan terapéutico. Se mantiene, pues, la idea de que la posesión de un conocimiento lo más completo y exacto posible acerca de las causas o factores que originan y/o mantienen las conductas y reacciones fóbicas, contribuirá de modo decisivo a la erradicación de las mismas. Tradicionalmente se ha enfatizado la utilidad que representa el estudio de los determinantes actuales de la conducta en detrimento de los factores etiológicos a la hora de establecer tratamientos. Sin embargo, el estudio y promoción de estos determinantes etiológicos como estrategia preventiva y de intervención, puede resultar de gran importancia terapéutica. En líneas generales, se persigue informar al paciente, en un lenguaje adecuado, acerca de distintos conceptos relacionados con la adquisición y mantenimiento de su fobia. A partir de esta explicación el paciente se centra en la búsqueda de las posibles causas y en la búsqueda de soluciones que palien o eliminen el problema. Terapeuta y paciente elaboran, por tanto, un plan de acción y lo ponen en práctica. Plan, que como ya señalábamos al comienzo, incluirá una u otra forma de exposición. Las posibles ventajas de este acercamiento radican en que el paciente adopta una actitud más activa ante el tratamiento, con lo que se puede facilitar la exposición posterior.

Lo característico de la mayoría de las terapias que incluyen componentes cognitivos a la terapia de exposición radica, justamente, en facilitar instrumentos que predispongan al paciente a tal exposición. Esto es, la preocupación de muchos terapeutas se centra en evitar posibles sabotajes que el paciente puede poner en marcha (consciente o inconscientemente) a la hora de tenerse que enfrentar a algo profundamente temido. Además, no podemos olvidar que algunos pacientes han tenido la experiencia de verse sometidos al estímulo fóbico, y no sólo no han salido de tal experiencia «curados», sino que, por el contrario, han incrementado y sensibilizado su fobia. La exposición debe ser una herramienta bien argumentada para pacientes con tales experiencias.

La investigación tanto a partir de la comparación de tratamientos como a partir del meta-análisis (Olivares, Sánchez-Meca & Alcázar, 1999) viene sugiriendo que el acercamiento de exposición presenta niveles de eficacia similares al de exposición con adita-

mentos cognitivos, pero no debemos olvidar que la eficiencia de un programa terapéutico no puede medirse solamente por el número de sesiones o de ingredientes necesarios para obtener el cambio.

Por último, comentaremos un tipo de acercamiento que está adquiriendo una enorme popularidad entre la comunidad científica y no tan científica: la *realidad virtual* aplicada al tratamiento de las fobias. Su popularidad se ha visto incrementada por los medios de comunicación y por las páginas web que distintos investigadores han puesto al servicio de los internautas en la red. Uno de los pioneros ha sido, sin duda, el equipo de la doctora Barbara Olasov Rothbaum, que ha aplicado la realidad virtual al tratamiento de la acrofobia, la aracnofobia y fobia a viajar en avión (Hodges, Rothbaum, Koper, Opdyke, Meyer, de Graaff, Williford & North, 1995; Rothbaum, Hodges, Koper, Opdyke & Williford, 1995; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee & Price, 2000; Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler & Opdyke, 1996; Smith, Rothbaum & Hodges, 1999).

La exposición por medio de la realidad virtual se ha propuesto como una alternativa a los procedimientos de exposición real o *in vivo*. La tecnología virtual se fundamenta en dar al usuario la sensación de presencia o inmersión en el entorno virtual. Por tanto, se distingue del sistema multimedia en la medida en que el sujeto no es un mero espectador, sino que debe conseguirse la sensación de que el sujeto *participa* en el contexto, está integrado en él. Esto se fortalece con la visión de un mundo virtual que cambia de forma natural con el movimiento de cabeza y cuerpo del sujeto. En la medida en que la realidad virtual consiga ese efecto, las ventajas frente a la exposición real pueden ser importantes:

1. Muchos estímulos reales pueden ser caros de adquirir para llevar a cabo una sesión de exposición real.
2. La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto y no que tenga que desplazarse a dicho contexto.
3. La realidad virtual permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperados.
4. Con la realidad virtual se garantiza de mejor manera la seguridad y la privacidad del paciente. Esto es, se garantiza la confidencialidad.

No podemos pasar por alto, sin embargo, algunas de las desventajas o limitaciones:

1. No sustituye totalmente a la exposición real. Tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última.
2. El costo del *hardware* y del *software* es todavía prohibitivo para la mayoría de los clínicos.
3. Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual. Y, hoy por hoy, no disponemos de predictores que nos informen de en quién sí funcionará y en quién no.

4. No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a técnicas imaginativas o de sugestión, claramente más económicas.

Debemos ser conscientes de que «*Matrix*», afortunada o desafortunadamente, aún está lejos. La mayoría de los usuarios señalan que cuando se someten a realidad virtual, el contexto es más similar al de un videojuego que al de cualquier película. Por poca calidad que tenga una filmación suele ser más creíble que un contexto virtual. Las verdaderas ventajas de la realidad virtual van a estar directamente relacionadas con la calidad de los programas, cuanto más se avance tecnológicamente en este sentido más cerca estaremos de un uso productivo y eficiente de la exposición virtual. Los trabajos del equipo de la doctora Rothbaum, con controles metodológicos correctos, son más una esperanza que una realidad, nunca mejor dicho, *real*.

Tratamiento biológico

La intervención biológica sobre las fobias específicas únicamente se ha centrado en la terapia farmacológica. A diferencia de los otros trastornos por ansiedad e incluso de los demás trastornos fóbicos, en el caso de las fobias específicas la opinión de clínicos e investigadores de que no hay un tratamiento farmacológico de elección es prácticamente unánime (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

Como ya se señaló anteriormente la mayor parte de los autores y de los resultados de investigación indican que los programas de tratamiento basados en técnicas de exposición constituyen un elemento prácticamente irrenunciable en el terreno de la intervención sobre los trastornos fóbicos, de ahí que la utilización de fármacos psicotrópicos sea, en el mejor de los casos, un complemento para el tratamiento de exposición.

Los fármacos empleados en el caso de las fobias específicas como complemento terapéutico típicamente han sido las benzodiazepinas y los beta-bloqueantes. Las razones para ello no están del todo claras y provienen fundamentalmente de las similitudes entre algunas fobias específicas y otros trastornos fóbicos. Así, por ejemplo, algunos autores sugieren la utilización de fármacos beta-bloqueantes en base a las similitudes en tasa cardíaca encontradas entre fóbicos específicos, fóbicos sociales y pacientes con ataques de pánico (Liebowitz, 1991). También la utilización de benzodiazepinas se sustenta en la evidencia que indica que una parte importante de los fóbicos a los animales manifiesta temor no tanto al posible daño causado por el animal temido como a una posible reacción emocional demasiado intensa desencadenada por la presencia del animal en cuestión (McNally & Steketee, 1985).

Hasta la fecha existe muy poca investigación sobre el valor terapéutico de añadir la administración de fármacos a los tratamientos cognitivo-comportamentales al uso. La escasa evidencia existente parece indicar que la utilización de fármacos puede obstaculizar el efecto de la exposición al interferir con el proceso de habituación necesario para que se produzca la eficacia terapéutica. No obstante, hay resultados que sugieren la necesidad de considerar las dosis y el momento de administración de los fármacos si queremos potenciar los efectos beneficiosos de dicho tratamiento en combinación con las técnicas de exposición.

Conclusiones

Las fobias específicas se definen como miedos persistentes e irracionales ligados a estímulos o situaciones específicas que pue-

den conducir a la evitación de dichos estímulos o situaciones. El miedo fóbico se manifiesta en respuestas motóricas, cognitivas y fisiológicas que pueden diferir entre individuos. Los estímulos o las situaciones fóbicas pueden ser muy variadas, pero en la actualidad se reconocen tres grandes agrupaciones: fobia a los animales, fobia a la sangre-heridas y fobia situacional. Además de éstas, el DSM-IV incluye la fobia al entorno natural y deja una última categoría destinada a recoger fobias específicas no categorizables en las cuatro anteriores.

La etiología de las fobias específicas está por determinar con precisión, sin embargo, los acercamientos cognitivo-conductuales son los que se han mostrado más capaces para dar cabida a los hallazgos de la investigación y más útiles en cuanto a implicaciones para el tratamiento. El salto cualitativo dentro de las teorías del aprendizaje ha sido posible gracias a la integración de procesos cognitivos y de los planteamientos filogenéticos en la adquisición de las fobias, lo que ha permitido que muchas de las insuficiencias primitivas de la alternativa pavloviana se hayan superado. Pero esta visión optimista no puede oscurecer la necesidad de estudios rigurosos que incidan en las lagunas existentes sobre la adquisición de las fobias. En el terreno de la intervención terapéutica hay una enorme cantidad de estudios que muestran la eficacia de las estrategias conductuales para la reducción de las manifestaciones fóbicas, pero todavía desconocemos con exactitud los mecanismos por medio de los cuales se produce el éxito terapéutico.

Este desconocimiento nos exige prudencia a la hora de valorar los tratamientos. Como hemos señalado, la mayoría de los trabajos rigurosos publicados en revistas científicas aportan niveles adecuados de eficacia, sea con la aplicación «exclusiva» de exposición o sea con la aplicación de algún tipo de exposición asistida con técnicas cognitivas. Pero estamos lejos de disponer de tratamientos que garanticen el éxito en el mayor número de personas, sea cual sea el objeto fóbico o su nivel de perturbación. Acercarnos al 80% de pacientes que cambian positivamente es alentador, pero lo es más si trabajamos pensando también en el 20% que no lo hace. Que el tratamiento sea más gratificante y persuasivo ayudará a la adherencia, y posiblemente ayudará a que la exposición cumpla de forma más contundente su papel disuasorio.

Agradecimientos

El autor agradece a la Dra. Carmen D. Sosa su deferencia a la hora de proporcionar material para la elaboración de este artículo, así como su ayuda en la revisión y edición del borrador.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edición. Washington: APA.
- Amutio, A. (2000). Componentes cognitivos y emocionales de la relajación: una nueva perspectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 647-671.
- Anthony, M.M., Craske, M.G. & Barlow, D.H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford.
- Barlow, D.H.; Esler, J.L.; Vitali, A.E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan & Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-318). Oxford: Oxford University Press.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D., y Avero, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*, 9, 17-25.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D., y Viña, C.M. (1999). A reattribitional training program as a therapeutic strategy for flying phobia. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 30, 259-272.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Goldfried, M. (1977): The use of relaxation and cognitive relabeling intervention. En R. Stuart (Ed.): *Behavioral self-management: Strategies, techniques and outcomes*. New York: Brunner/Mazel.
- Greco, T.S. (1989). A cognitive-behavioral approach to fear of flying: A practitioner's guide. *Phobia Practise and Research Journal*, 2, 3-14.

- Heide, F.J. & Borkovec, T.D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1-12.
- Himle, J.A.; McPhee, K.; Cameron, O.G. y Curtis, G.C. (1989). Simple phobia: Evidence for heterogeneity. *Psychiatry Research*, 28, 25-30.
- Hodges, L.F., Rothbaum, B.O., Kooper, R., Opdyke, D., Meyer, T., de Graff, J.J., Williford, J.S. & North, M.M. (1995). Virtual environments for exposure therapy. *IEEE Computer Journal*, July, 27-34.
- Lacey, J.I. & Lacey, B.C. (1958). Verification and extension of the principle of autonomic response stereotype. *American Journal of Psychology*, 71, 50-73.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy*. (Vol. 3). Washington: American Psychological Association.
- Lehrer, P.M., Carr, R., Sargunraj, D. & Woolfolk, R.L. (1994). Stress management techniques: Are they all equivalent, or do they have specific effects?. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 353-401.
- Liebowitz, M.R. (1991). Psychopharmacological Management of Social and Simple Phobias. En W. Coryell y G. Winokur (Eds), *The clinical management of anxiety disorders*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I.M. (1970). The classification of phobias disorders, *British Journal of Psychiatry*, 116, 377-378.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marshall, W.L., Bristol, D. & Barbaree, H.E. (1992). Cognitions and courage in the avoidance behavior of acrophobics. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 463-470.
- Meinchenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meinchenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Öst, L.G. (1989): One-session treatment for specific phobias, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L.G., Salkovskis, P.M. y Hellström, K. (1991): One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment for spider phobia, *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Ross, L.; Rodin, J. y Zimbar do, P.G. (1969). Toward an attribution therapy: The reduction of fear through induced cognitive-emotional misattribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 279-288.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Kooper, R., Opdyke, D. & Williford, J. (1995). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: a case study. *Behavior Therapy*, 26, 547-554.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Smith, S., Lee, J.H. & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1.020-1.026.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Watson, B.A., Kessler, G.D. & Opdyke, D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481.
- Roy-Byrne, P.P. & Cowley, D.S. (1998). Pharmacological treatment of panic, generalized anxiety, and phobic disorders. En P.E. Nathan & Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 319-338). Oxford: Oxford University Press.
- Shafran, R., Booth, R. & Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia-II: cognitive analyses. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 75-85.
- Smith, J.C. (1999). *ABC relaxation theory: An evidence-based approach*. New York: Springer.
- Smith, S., Rothbaum, B.O. & Hodges, L.F. (1999). Treatment of fear of flying using virtual reality exposure therapy: A single case study. *The Behavior Therapist*, 22, 154-158.
- Sosa, C.D. & Capafons, J.C. (1995). Fobia específica. En V. Caballo, G. Buela-Casal & J.A. Carboles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 257-284). Madrid: Siglo XXI.
- Warren, R. & Zgourides, G.D. (1991). *Anxiety disorders: a rational emotive perspective*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Aceptado el 20 de marzo de 2001