

## **DORAFOBIA: INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO**

**E. García Losa**

**A.B. Rodríguez Iglesias**

Clínica de Psicología Posada Herrera. Oviedo

### **RESUMEN**

*En el trabajo que se presenta se pretende observar los efectos terapéuticos de tres técnicas aplicadas conjuntamente en el tratamiento de la Dorafobia. Se parte del presupuesto de que este modelo de intervención puede ser el más indicado en la corrección del trastorno, en operatividad real y en eficiencia. Se toma el caso de una mujer de 35 años con miedo extremo hacia el contacto con la piel de los perros y que alteraba gravemente su vida y la de su familia. El tratamiento incluyó entrenamiento en relajación mediante técnica electrodermal GSRBF, exposición en imagen y desensibilización final por modelado participativo. La duración total del programa fue realizada en seis semanas, consiguiendo eliminar toda la sintomatología anterior, confirmando así la hipótesis de partida.*

**Palabras Clave:** *DORAFOBIA, EXPOSICIÓN EN IMAGEN, BIORRETROALIMENTACIÓN. DESENSIBILIZACIÓN. MODELADO PARTICIPATIVO.*

## SUMMARY

*It is endeavored to observe, on this work, the therapeutic effects of three techniques jointly applied on the treatment of Doraphobia (aversion to touch animals' skin). It starts from an assumption that this treatment could be the best indicated in the correction of such disorder, related to real functioning and efficiently. A woman of 35 years old was observed to have an extreme fear to touch dog's skin and this altered severely her own life and her family's. Treatment included relaxing training throughout electrodermal GSRBF, exposition on image and desensitivity by participant modelling. The programme lasted 6 weeks and the former symptomatology was totally eliminated, this is confirmed the starting hypothesis.*

**Key Words:** *DORAPHOBIA, EXPOSITION IN IMAGE, BIOFEEDBACK, UNSENSIBILITY, MODELING PARTICIPATION.*

## 1. INTRODUCCIÓN

Las fobias clínicas hacia animales domésticos, suelen presentar las características de aparecer ya en los primeros años de la niñez, continuar durante largo tiempo, hasta la vida adulta del individuo, en ocasiones, y mostrarse altamente desadaptativas en según que entorno (Marks, 1969; Agras, Leitenberg, Barlow y Thomson, 1969; Lazarus y Rachman, 1957; Friedman, 1966).

En el inventario sobre temores de Dixon, De Monchaux y Sandler (1957), (véase tabla 1) entre los 26 ítems fóbicos, se señala en el 24, la incapacidad para tocar ciertas cosas, y en el 18, aversión por los perros.

**Tabla 1.- Ítems fóbicos presentados por Dixon, De Monchaux y Sandler**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siento intensa repulsión a los ofidios</li> <li>2. Tengo temor al agua</li> <li>3. Me aterroriza una operación quirúrgica</li> <li>4. Estoy inquieto en una plaza abierta</li> <li>5. Tengo miedo a la oscuridad</li> <li>6. Tengo miedo a tener un accidente</li> <li>7. Tengo miedo a los espacios cerrados</li> </ol> |
|--|

8. Me asustan los cuchillos
9. Siento miedo a estar solo
10. Me asusta la multitud
11. A veces tengo temor a ahogarme
12. Me repugna la suciedad
13. Siento inquietud al cruzar un puente
14. Hay situaciones u objetos que me asustan
15. Me preocupa accidentarme en la calle
16. No soporto el dolor
17. Tengo miedo a las ratas y a las arañas
18. No me gustan los perros, los temo
19. No me gusta que me corten el cabello
20. Tengo miedo a los insectos
21. Me asustan los hospitales
22. Siento temor a ir al dentista
23. Me preocupa viajar en tren
24. Hay cosas que no puedo tocar
25. Tengo algo de miedo a los gatos
26. Tengo miedo a contaminarme con las manillas de las puertas

Fuente: Dixon, De Monchaux y Sandler, 1957, pg. 36

A pesar de ello, con las técnicas que se disponen hoy, su solución no se plantea complicada, y la mejoría se obtiene en un relativo corto espacio de tiempo. Las técnicas basadas en la exposición y el modelado real, refuerzan una vez más su poder como arma terapéutica conductual (Bandura, Grusec y Menlove, 1967). Por otra parte, la exposición al material estresante, en fobias monosintomáticas, suele dar buenos resultados cuando se aplica DS-I (Wolpe, 1952, 1954). Sin embargo, en un estudio experimental como el que se presenta, y al padecer la sujeto, un trastorno muy definido, podemos controlar las condiciones de intervención y presentar un ajustado programa, donde la DS-R refleje la realidad-problema. Para ello, haremos aporte del estímulo a descondicionar en dos fases:

- a) reproducción del mismo mediante su grabación y filmación, y
- b) presentación auténtica del mismo.

Al igual que Hoenig y Reed (1966), y para facilitar las consecuencias terapéuticas, medimos la RPG como diferencial de acomodación para el paciente.

Los pasos en un diseño eficaz como el que planteamos, pasan por los siguientes apartados:

1. Delimitación e identificación exacta del objeto/s-problema.
2. Recogida fidedigna del material en el que se aplicará la intervención.
3. Manipulación del mismo, para confeccionar un montaje de suficiente amplitud que refleje la mayor parte del nódulo-problema, así como los contextos donde éste opera.
4. Presentación del programa realizado, juntamente con las técnicas conductuales escogidas.

A partir de este esquema, hemos realizado toda la intervención que a continuación se detalla.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

M. nuestra paciente, de 35 años de edad, vive en su domicilio acompañada por su marido y una hija de ambos de 14 años. Trabaja en unos grandes almacenes como vendedora y su marido es también comercial en otra empresa, cuyo trabajo le obliga a permanecer fuera de casa, a veces durante días. Esto último es importante para comprender mejor la situación a la que M. debe enfrentarse. Solicita ayuda para su problema a través de su marido y viene acompañada a la primera sesión con su hija. Explica que su caso consiste en una aversión extrema a tocar todo animal con pelo, que ello ha sucedido, recuerda, desde que tenía 8 ó 9 años, sin ningún incidente particular, y que tal hipersensibilidad, se ha venido agravando hasta la fecha. Con motivo del regalo de un pequeño cachorro de terrier a su hija, por parte de un importante criador de perros, de la ciudad, ha surgido el problema. M. debe pasar las mañanas sola con el cachorro, lo que hace que tenga que atarlo para que no se acerque a ella, lo cual, le provoca un sentimiento de lástima y pena, ya que como explica, “el pobre animal no tiene ninguna culpa, y lo que más desearía en la vida, sería poder acariciarlo y jugar con él”. Sin embargo, la idea de que pueda soltarse y tocar sus piernas, la altera y la pone al borde de un ataque de pánico. Comenta sobre ello, que una vez tocó uno, y que su repulsión y asco había sido horrible, al comprobar que “estaba caliente y blando, y se movía por debajo”.

A pesar de ello, solamente se encuentra focalizada la aversión con la imagen hacia los perros y no se generaliza. La cliente tiene abrigos de piel y le encanta su tacto, comenta. Su familia está preocupada por lo que le sucede y la alienta para solucionar su trastorno.

Se diagnostica fobia monosintomática simple (Dorafobia), y se prepara la intervención.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo la recogida del material sobre el que vamos a trabajar, llevamos a cabo durante 2 horas, una filmación, tanto en casa de M. como en los espacios verdes próximos al domicilio donde solían su marido e hija salir a pasear con el cachorro, con cámara VM-D68P (SANYO) con objetivo zoom de alta resolución para la captación de planos nítidos de corta y larga distancia. En la grabación, hacemos aparecer a la hija de la paciente, jugando con el animal en exteriores y en actitud cariñosa dentro del domicilio. Recogemos también la cesta-nido y el ámbito de la casa, donde permanece habitualmente.

En la clínica revisamos la filmación y procedemos a la obtención de la partición del material grabado, en unidades discretas, mediante la fotografía de las escenas más explícitas, así como de aquellas que reflejen las escenas más tiernas, que facilitarán un acercamiento emocional de la cliente. Tal material es revelado en soporte de diapositiva, que se presentarán en pantalla de proyección-cine de 2x2 mt. A su vez, un equipo compuesto por 6 monitores, pasarán la película original entera, que a su vez hemos transformado ligeramente, repitiendo los fragmentos más interesantes. Todo ello, a la vez, ofrece una exposición de alta intensidad y enfrentamiento, que M. deberá llegar a controlar antes de pasar a la última fase. De esta forma, queda preparado el "cuerpo" sobre el que intervenir.

Al tiempo que se prepara todo lo anterior (durante las 2 semanas desde el ingreso del caso), sometemos a M. a entrenamiento en relajación por técnica electrodermal mediante aparato LE 138 DERMAL BIOFEEDBACK (LETICA) en sesiones de dos veces por semana, de 15 mt, obteniendo una respuesta estable en 500 ohmnios, que tomamos como línea basal y objetivo a mantener.

A partir de este momento, estamos preparados para empezar la estrategia terapéutica de intervención propiamente dicha. Las fases serán dos: a) exposición en imagen hasta que la cliente "ajuste" todo el material expuesto de forma objetivable con la biorretroalimentación, adquiriendo así, seguridad y percepción de dominio del mismo, y b) exposición en vivo y desensibilización final mediante aprendizaje por modelo participativo, donde M. sea capaz de acariciar y tener entre sus manos al cachorro.

En el apéndice 1 se muestra un plano de la unidad de terapia que se utilizó en el presente caso.

#### 4. TRATAMIENTO

El período transcurrido desde la toma de contacto con la unidad de biofeedback, hasta la superación objetiva y subjetiva en las exposiciones monitorizadas y en pantalla, es de 5 semanas. En este punto M. narra, como sus impresiones sobre su evolución son positivas, al grado de preparar la comida personalmente, del animal y acercársela. También cuenta que es capaz de permanecer relativamente cerca, cuando el perro se encuentra con su marido o hija en el salón o viendo la televisión, sin sentir mucha ansiedad.

Todo ello indica que hemos completado la primera fase del tratamiento, y decidimos que es el momento para entrar en la segunda y definitiva. Aclaremos esto con M. y decidimos quedar para la próxima semana, en que alguien la acompañe y traiga al cachorro. Con algunas dudas por parte de la cliente sobre la superación de su problema, así como con un cierto sentimiento de tristeza por dar por finalizado esta primera parte, donde había permanecido bastante confortablemente y con preocupación por el enfrentamiento real al que va a ser sometida, quedamos citados.

Nuestra cliente, aparece acompañada por un sobrino suyo que trae al perro sujeto por una cadena. Antes de entrar en la clínica, observamos en la calle, como M. guarda una "prudencial" distancia de 3 mt. con el animal. Al traspasar la puerta, lo hace primero ella y el chico a continuación 2 mt. atrás. Por estos signos, comprendemos que se va a plantear dura la intervención. Hacemos pasar al chico con el perro a una sala y en el despacho, cambiamos impresiones con M. y explicamos lo que pretendemos realizar. Ante su actitud visiblemente alterada y al objeto de favorecer una exposición más rápida al estímulo (Marks, Wiswanathan, Lipsedge y Gardner, 1972), proporcionamos diazepam 10 mg. (Valium), y esperamos a que se produzca la sedación, cosa que aparece a los 25 mt. En este tiempo comienzan a hacerse manifiestos los efectos del fármaco. Es el momento de pasar a la sala donde se va a realizar la intervención. Nuestra cliente se encuentra bien y cogida de la mano pasamos adentro.

Dos monitores estratégicamente ubicados en dos ángulos, hacen pasar el film grabado, creando una situación de inundación estimular (Marks, 1972); en una silla, sentada y con el perro entre sus brazos, aparece la terapeuta que colabora en este programa. Sentamos a M. en la silla más alejada de dicha escena. Se alienta a la paciente a que observe todo a la vez que realiza respiración diafragmática.

Mantenemos esta situación hasta que su ansiedad desciende. Nos sentamos en otra silla contigua y más cercana de donde se encuentra la terapeuta que sigue acariciando al perro. Cuatro minutos más y pasamos a otra silla que dista sólo a una, del animal. Mantenemos en este punto a M. hasta que nos indica que está dispuesta para llegar hasta la colindante final (5 mt. aproximadamente). M. se acomoda en ésta, y el autor que suscribe se coloca enfrente. Mientras la terapeuta sujeta al perro, cogemos la mano de la cliente y hacemos que quede superpuesta sobre la del autor. Se comienza así a acariciar al animal, pasando repetidas veces la mano sobre su lomo. M. soporta en este punto bien las pasadas, lo cual alabamos y reforzamos continuamente de forma verbal. Sin embargo, en ningún momento, la cliente ha tocado ni levísimamente la piel del animal.

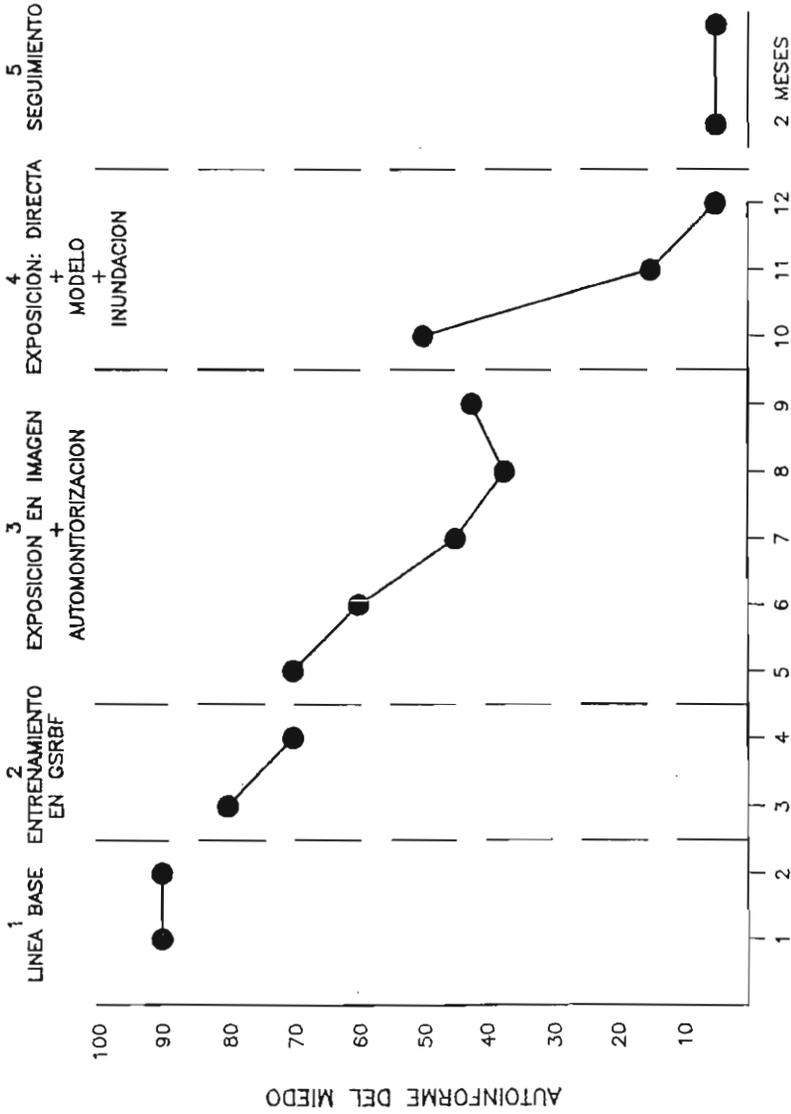
Para favorecer una aproximación a un contacto real, enfundamos la mano de la paciente con un guante fino de látex y se vuelve a colocar la mano de M. como antes, encima de la del terapeuta, que continúa haciendo pasadas sobre el lomo del perro. Poco a poco, deslizamos primero un dedo de la paciente entre los nuestros, que toca el pelo del animal; dos, tres y luego por primera vez, la mano entera de la paciente pasa por encima del lomo. Mantenemos durante 10 mt. esa actividad, reforzando a M., la cual comienza a sorprenderse de lo que está haciendo.

Volvemos a colocar la mano enguantada encima de la nuestra y desenfundamos el meñique, el cual toca con la punta y luego con la yema, el pelo, sintiendo M. prácticamente nula ansiedad. El dedo anular es desenfundado y toca así mismo el lomo; corazón, índice y por fin el pulgar queda libre. Tiramos despreciativamente el guante a la vista de M, explicando que ya no lo necesitamos y ahora el terapeuta con la mano encima, hace que nuestra cliente pase repetidamente y con presión, su mano por el lomo y el vientre del animal.

M. suspira aliviada, llora y ríe de emoción a la vez que llama por el nombre al perro y no deja, ya sólo, de acariciarlo continuamente. Mantenemos esta situación 15 mt. para que se asiente bien la nueva conducta.

Explicamos el objetivo final a conseguir, que no es otro que M. tenga sobre su regazo al cachorro, y que pueda hacerlo con todo agrado. En ese punto daremos por terminada nuestra intervención. Se le asegura que podrá realizarlo sin ningún problema en la próxima cita, y damos por finalizada la sesión. El tiempo total utilizado en ésta, ha sido de 2 h. 30 mt.

A los tres días desde nuestro último encuentro, M. vuelve acompañada en esta ocasión por una amiga. Nos narra que durante el fin de semana



BLOQUES DE SESIONES ( 6 semanas )  
 Figura 1.- Evolución de la respuesta de ejecución de sujeto drafóbico con tratamiento mixto conductual

pasado, ha estado paseando al perro por los alrededores de su casa, atado éste con una cadena. La acompañante nos asevera ésto y comenta estar asombrada literalmente del progreso de su amiga, ya que la conoce hace años y sabía bien de su problema.

Pasamos a M. a una sala, donde la hacemos descansar en una camilla de reconocimiento, y a su lado y sentada en un taburete del mismo nivel de la camilla, la terapeuta sostiene al cachorro en su regazo. Se le indica a M. que acaricie el lomo del animal. Despacio, la terapeuta se va acercando hasta colocar al perro encima de la camilla y al lado de nuestra cliente. Lentamente se aproxima el animal hasta tocar de lado a M. mientras ésta, sigue acariciando. Se le va subiendo hasta estar encima completamente de su vientre. Volvemos a reforzar con expresiones de éxito lo que ha conseguido. M. se encuentra plácidamente con su nuevo amigo por primera vez en su vida. Da las gracias por lo que creía imposible superar y la felicitamos, aunque la mayor recompensa va ahora a su lado.

El terapeuta que narra esta experiencia, se cruzó con M. dos meses después en los almacenes donde trabaja ésta, comentando ella, que todo seguía perfectamente y que su familia le había agradecido su esfuerzo por superar su antigua fobia. Todo estaba ahora en feliz armonía.

En la figura 1 se recoge la evolución de la respuesta de M. a lo largo de todo el proceso.

## 5. DISCUSIÓN

Desde la perspectiva conductual, la intervención en los trastornos fóbicos monosintomáticos, a venido ocupando un espacio fundamental en la psicoterapia actual. Se han postulado enfoques que pendulan entre la aplicación de los primeros modelos -DS-I, relajación-Jacobson, jerarquías, etc.-, donde la imaginaria de focalización, la evocación y generación de imágenes claras del paciente era importante a la hora de avanzar en la terapia, hasta tratamientos donde la única realidad importante, consiste en elevar conscientemente el gradiente de ansiedad, para así, después, resituar la percepción de la realidad en un plano más objetivo para el individuo.

Sin poner en tela de juicio estas modalidades de terapia, usadas por los autores hace un tiempo, lo que queremos poner de relieve aquí, es, que una manera de encarar los pasos de intervención en los trastornos fóbicos, es trabajar lo más "pegado" a su realidad. Para ello, se propone un paquete

integrado en 2 fases bien definidas. La primera consiste en ir rebajando y desensibilizando el mismo "material" objeto del cuadro fóbico, expuesto por técnicas audiovisuales de realce, hasta un punto de confianza y sensación de control por parte del individuo. Para ello, facilita la labor, utilizar registros objetivos como el GSRBF; aunque también escogerse EMGBF, TCBF, u otros análogos. La segunda, desensibilización in vivo en gradientes de aproximación, mediante el uso de benzodiazepinas. Nuestra experiencia en el caso presentado, así como en otros, comentados por los clientes en los períodos de seguimiento, es que los efectos del fármaco, no debilitan el nuevo aprendizaje una vez que sus efectos han desaparecido. Muy por el contrario, su acción en el momento de pico plasmático, aparte de ayudar a la presentación, favorece un asentamiento posterior de la conducta nueva, al producirse éste, bajo condiciones de sedación y satisfacción placentera para el individuo.

No se han analizado por separado los efectos de cada variable en el tratamiento, al ser éste una globalidad clínica, cuyo objetivo es resolver el desajuste personal en sujetos con fobias. Tampoco se puede entender como mero eclecticismo la estrategia que presentamos, al estar altamente definidos, tanto las técnicas como los pasos. Finalmente, la intervención planteada ha confirmado a plena satisfacción lo que pensábamos sobre la idoneidad de la misma en el tratamiento de fobias monosintomáticas. Ello nos sugiere seguir con su aplicación en nuevos casos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Agras, W.S., Leitenberg, H., Barlow, D.H. y Thomson, L.E. (1969). *Instructions and reinforcement in modification of neurotic behavior. American Journal of Psychiatry.* 125, 1435-1439.
- Bandura, A., Grusec, J.E. y Menlove, F.L. (1967). *Vicarious extinction of avoidance behavior. Journal of Personality and Social Psychology.* 5, 16-23.
- Dixon, J.J., De Monchaux, C. y Sandler, J. (1957). *Patterns of anxiety the fobias. British Journal of Medical Psychology.* 30, 30-40.
- Friedman, D. (1966). *A new technique for the systematic desensitization of phobic symptoms. Behaviour Research and Therapy.* 4, 139-140 (a).
- Hoening, J. y Reed, G.F. (1969). *The objective assessment of desensitization. British Journal of Psychiatry,* 112, 1279-1283.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation.* Chicago, University of Chicago Press.
- Lazarus, A.A. y Rachman, S. (1957). *The use of systematic desensitization in psychotherapy. South African Medical Journal.* 31, 934-937.

Marks, I.M. (1969). *Fears and Phobias*. N.Y., Academic Press.

Marks, I.M. (1972). *Flooding (Implosion) and allied treatments*. En W.S. Agras (dir.), *Learning Theory Application of Principles and Procedures to Psychiatry*. N.Y., Little, Brown.

Marks, I.M., Viswanathan, R., Lipsedge, M.S. y Gardner, R. (1972) *Enhanced relief of phobias by flooding during waning Diazepam effect*. *British Journal of Psychiatry*. 121, 493-505.

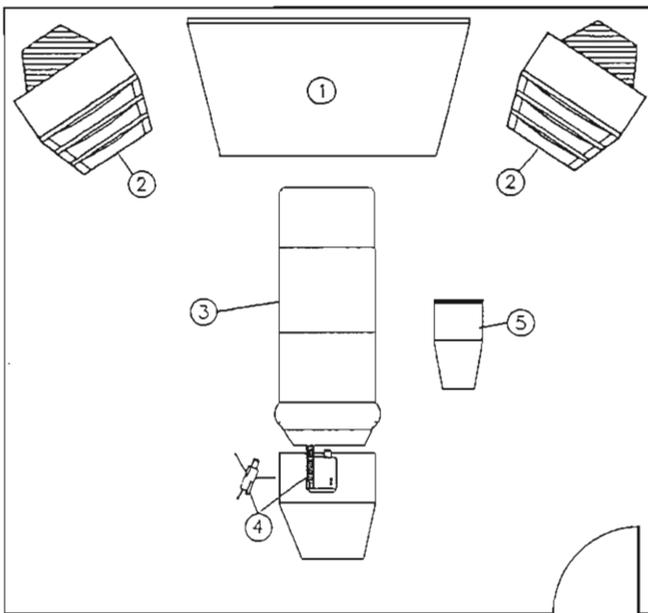
Rachman, S. (1969). *Treatment by prolonged exposure to high intensity stimulation*. *Behaviour Research and Therapy*. 7: 295.

Ritter, B. (1968). *The group desensitization of childrens' snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures*. *Behaviour Research and Therapy*. 6: 1.

Wolpe, J. (1952). *Objective psychotherapy of the neuroses*. *South African Medical Journal*. 72, 205-226.

Wolpe, J. (1954). *Reciprocal inhibition as the main basis psychotherapeutic effects*. *Archives of Neurology and Psychiatry*. 72, 205-226.

**APÉNDICE 1.- Plano de la unidad de terapia: Sección de montaje de la Clínica de Psicología. Oviedo (Asturias)**



- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 1.- Pantalla               | 4.- Proyector diapositivas y Videocámara con película |
| 2.- Mural 3 Monitores T.V. | 5.- Aparato de GSRBF                                  |
| 3.- Diván del Paciente     |   |