

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PARALELO DE DOS TRASTORNOS FÓBICOS: AGORAFOBIA Y FOBIA A TRAGAR

María Xesús Froján Parga¹
María José Contreras Alcalde

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

RESUMEN

En este trabajo se presenta el tratamiento de una mujer de 38 años con dos problemas fóbicos: agorafobia y fobia específica a tragar. Respecto a la agorafobia, evitaba cualquier situación que desencadenara respuestas de ansiedad y únicamente permanecía en los lugares que ella consideraba "seguros". En cuanto a la fobia a tragar, no comía alimentos sólidos desde hace doce años, explicando que la tensión que tenía en la garganta le impedía comer cualquier cosa que no fuese puré. En el tratamiento diseñado y aplicado paralelamente en ambos problemas (y en su fase final combinando ambos) se utilizó la exposición graduada en vivo a los estímulos fóbicos como estrategia central para eliminar el refuerzo negativo - por reducción de la ansiedad - que mantenía la evitación

1 Correspondencia: María Xesús Froján Parga. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid (España). Correo electrónico: mxesus.frojan@uam.es.

de dichos estímulos. El tratamiento resultó eficaz, con el apoyo de otras técnicas de autocontrol y reducción de la activación, y tras 26 semanas de tratamiento nuestra cliente desarrollaba una vida completamente normal. Los resultados se mantenían a los dos años de finalizada la intervención.

Palabras clave: AGORAFOBIA, FOBIA ESPECÍFICA, TERAPIA DE EXPOSICIÓN EN VIVO.

SUMMARY

In this work we present the treatment of two phobics problems in a 38 years old woman: agoraphobia and phobia to swallow. She avoid every situation associated to anxiety responses and only stay on "security places". In respect to specific swallow phobia, she didn't eat any solid food from twelve years ago; she explained us that tension in throat obstruct any food than purée. We designed and applied a parallel treatment (and after mixed) to both problems: "in vivo" graduated exposure to phobics stimulus (in combination with self-control and activation reduction techniques) directed to eliminate negative reinforcement (anxiety reduction) which maintaining evitation responses. Treatment was effective and after 26 intervention weeks the client developed a normal life. After two years this results was maintained.

Key words: AGORAPHOBIA, SWALLOW PHOBIA, EXPOSURE "IN VIVO" THERAPY

1. INTRODUCCIÓN

Para introducir el presente trabajo manejaremos la clasificación de los trastornos de ansiedad propuesta en la CIE-10 (OMS, 1992), dicha clasificación utiliza una división para los trastornos fóbicos que nos resulta más útil para encuadrar el caso presentado que la que se propone en el DSM IV (APA, 1994). La clasificación de los tras-

tornos psicológicos utilizada en las nosologías psiquiátricas no resulta de utilidad en cuanto al tratamiento de dichos trastornos desde la terapia conductual, si bien no deja de tener cierto sentido práctico el utilizar estas clasificaciones para unificar el lenguaje al referirnos a determinados grupos de trastornos. En el caso que nos ocupa, trataremos de encontrar una categoría donde encuadrar el tipo de problemas de ansiedad padecidos y, de este modo, facilitar la descripción y comprensión de sus manifestaciones.

La CIE-10 divide los trastornos de ansiedad en: (1) trastornos fóbicos; (2) otros trastornos de ansiedad; (3) trastorno obsesivo-compulsivo; (4) reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación y (5) trastorno de personalidad ansiosa (por evitación). A su vez, los trastornos fóbicos se subdividen en agorafobia, fobia social y fobia específica. Como señalan Echeburúa y Corral (1991 y 1992) la denominación de fobia *específica*, para referirse a la reacción de ansiedad provocada por estímulos concretos, es más descriptiva de la realidad clínica que la de fobia *simple* utilizada por el DSM IV, dado que la simplicidad o sencillez no siempre es una característica del tratamiento de este tipo de fobias (Marks, 1989; Öst, 1989). Esta categoría diagnóstica de fobia específica incluye un gran número de fobias, las cuales no siempre comparten las mismas características clínicas, formulándose distinciones en cuanto a edad y tipo de comienzo, predominio por género, patrón de respuesta fisiológica, antecedentes familiares y respuesta al tratamiento (Bados, 1998). En las fobias específicas se produce un miedo irracional ante la presencia o anticipación de estímulos concretos (por ejemplo: sangre, animales, tragar alimentos sólidos, conducir un coche, volar en avión, etc.). La anticipación del estímulo fóbico o la exposición al mismo, producen un intenso malestar que con frecuencia interfiere en las rutinas de la persona que sufre la fobia, en su actividad laboral, académica, familiar o social; las personas generalmente acaban evitando el estímulo fóbico como forma de combatir su malestar, por lo que la propia evitación se acaba convirtiendo en el problema.

La agorafobia es un síndrome fóbico que se caracteriza por un conjunto indeterminado de temores a lugares públicos, como salir a la calle e ir de compras, utilizar cualquier tipo de transporte público y estar en lugares donde hay mucha gente; en ocasiones, los sujetos

agorafóbicos pueden presentar también temor frente a coches y espacios cerrados (Marks, 1992). En la agorafobia, como en otros trastornos de ansiedad, los temores se agravan cuando el sujeto está solo y mejora con personas de confianza u objetos y lugares "seguros" (objetos –como amuletos- o lugares –como la propia casa- que calman los síntomas de ansiedad). La agorafobia puede llegar a interferir gravemente en el funcionamiento familiar, social y laboral del sujeto que, con frecuencia, restringe sus movimientos a los límites de su casa o a situaciones en las que puede contar con compañía (Bueno y Buceta, 1998). Por esta razón, asociadas a la agorafobia, suelen presentarse otros trastornos psicopatológicos, siendo los de mayor prevalencia: fobias específicas, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y depresión (Sandín y Chorot, 1995).

Desde el modelo conductual, pueden señalarse un conjunto de respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas que, de forma general, funcionan como estímulos antecedentes que deben ser evaluados en los trastornos de ansiedad (Méndez y Maciá, 1994). Las respuestas motoras más frecuentes son el escape y la evitación, activa o pasiva, de las situaciones que producen ansiedad.

El patrón de respuestas fisiológicas característico de estos trastornos es la activación del sistema nervioso simpático, apareciendo taquicardia, palpitaciones, aumento del pulso y presión sanguínea, palidez o enrojecimiento y cambios súbitos de temperatura. El aumento del tono muscular puede producir tensión y entumecimiento en distintas partes del cuerpo. Además, pueden aparecer otras respuestas fisiológicas como alteración de la respiración, sequedad de boca y estreñimiento.

Respecto al sistema cognitivo, las respuestas características se refieren a pensamientos negativos sobre la situación y el mismo sujeto, sobre sus respuestas fisiológicas y las consecuencias que éstas tienen sobre su vida.

La separación de los trastornos fóbicos de otros trastornos de ansiedad, propuesta en la clasificación, resulta útil por el componente motor de evitación característico de los trastornos fóbicos y que requiere un tratamiento específico con exposición. Respecto a la etiología de estos trastornos, se ha señalado la insuficiencia de los

modelos de condicionamiento (Öst y Hugdahl, 1983; Echeburúa y Corral, 1990 y 1999), ya que en una minoría de casos el inicio de una fobia coincide con un suceso traumático y, si existe tal suceso, en muchas ocasiones el desarrollo de las fobias ocurre bastante tiempo después. Sin embargo, sí puede constatarse en muchos casos la presencia de malestar indefinido como suceso inicial, que posteriormente puede asociarse con estímulos inductores de evitación (Marks, 1987).

La exposición en vivo a los estímulos fóbicos se considera el tratamiento actual más eficaz de las conductas de evitación (Marks, 1992). La tasa de éxito obtenida con la terapia de exposición oscila entre un 65% y 75% de los casos tratados, reduciéndose a un 50% si se tienen en cuenta el abandono del tratamiento y el seguimiento a largo plazo (Echeburúa y Corral, 1998). La reducción del miedo a los estímulos fóbicos durante la exposición se explica por la habituación a las respuestas fisiológicas, la extinción de las respuestas motoras - por la desaparición del refuerzo negativo de las conductas de escape o evitación - y el cambio de expectativas en las respuestas cognitivas (Mathews, Gelder y Johnston, 1981). El factor fundamental en la eficacia terapéutica con la utilización de esta técnica es la cantidad de exposición (Agrass, 1985), aumentando el éxito con exposiciones largas y repetidas. La eficacia obtenida depende del grado de habituación psicofisiológica, lo que no suele ocurrir antes de 30- 45 minutos, y del cambio de expectativas respecto a las consecuencias negativas, tomándose como medida de habituación la reducción de las manifestaciones psicofisiológicas ante la situación temida (Echeburúa y Corral, 1999). También se ha mostrado la utilidad de la autoexposición como práctica entre sesiones, con o sin ayuda de un coterapeuta, con el objetivo de reducir la dependencia que muchos sujetos presentan respecto del terapeuta (Echeburúa y Corral, 1993). En cuanto a la jerarquización de tareas para la exposición graduada a las mismas, no existen resultados concluyentes de eficacia terapéutica, si bien es recomendable plantearla con el fin de ajustarse al ritmo del sujeto, aumentar su motivación y reducir la probabilidad de abandono de la terapia. Otra tarea complementaria a esta técnica es la utilización de registros estructurados de las tareas de exposición para poder ser supervisadas por el terapeu-

ta y controlar la evolución del tratamiento. Por último, se han estudiado los efectos de la terapia de exposición junto con antidepresivos (imipramina o fluvoxamina) mostrándose un tratamiento útil para el trastorno de pánico, si bien se ha demostrado que los efectos de estos fármacos quedan anulados en ausencia de la exposición sistemática (Echeburúa y Corral, 1999). En otras ocasiones, los fármacos pueden interferir negativamente con el tratamiento de exposición pues contribuyen a la dependencia de los pacientes, como es el caso de las benzodiacepinas (alprazolam), otorgándoles unas propiedades que complican la estabilidad de los resultados cuando se retira el fármaco del tratamiento (Echeburúa y Corral, 1999).

2. MÉTODO

2.1. Presentación del caso

P. es una mujer de 38 años que acude a consulta con un doble trastorno fóbico: agorafobia y fobia al tragar. Está casada, tiene dos hijos y trabaja como secretaria. Acude a su trabajo habitualmente en el coche de su hermana, que trabaja en la misma empresa, recogiénola en la puerta de casa y esperándola en la puerta del trabajo. Si ocasionalmente su hermana no puede ir, y es otra persona quien tiene que llevarla, lo pasa mal, sobre todo si toman un itinerario distinto o surge alguna parada imprevista. Los fines de semana se van al pueblo donde sí es capaz de salir a hacer la compra, siguiendo siempre el mismo itinerario, porque se siente segura y la casa siempre "está a mano"; sin embargo no consigue salir cuando son fiestas y hay mucha gente. Últimamente empieza a sentirse culpable porque fuerza a sus hijos (ya adolescentes) y su marido a ir siempre al pueblo, no yendo a otros sitios de vacaciones y llevando una vida en función de su problema. Su marido empieza a estar un poco harto porque piensa que todo esto que le pasa "son tonterías". Cuenta esto llorando y angustiada porque siente adoración por su familia, quiere mucho a su marido y dice que sus hijos son muy buenos. Explica que con frecuencia tiene ganas de morirse y evita acercarse a las ventanas porque tiene miedo a suicidarse. También tiene miedo a estar loca.

P. nos dice que sólo es capaz de enfrentarse a este problema en situaciones de extrema necesidad, por ejemplo cuando a sus hijos les ha pasado algo y al llamarla ha tenido que acudir, cuando ha muerto algún familiar y, en general, en situaciones extremas que no le permiten escapar de las mismas. En estos casos la ansiedad es muy elevada y tiene que esconderse para tranquilizarse.

En ocasiones anteriores ha acudido a un psiquiatra cuyo trato no le gustó; a un herbolario, donde le fue bien y a una curandera, en quien confió mucho en un principio al percibir una mejoría inmediata que después no se mantuvo, lo cual le hizo perder dicha confianza. Ahora lleva una pastilla en el bolso (ansiolítico) porque, aunque no se la toma, le tranquiliza llevarla. En el pasado, fue capaz de sacarse el carnet de conducir, pero se llevaba a sus hijos para sentirse segura. Otra cosa que le daba seguridad era dormir con estampas de santos debajo de la almohada.

Respecto a su fobia a tragar, hace doce años se atragantó con un hueso de pollo y desde entonces dejó de comer alimentos sólidos. Actualmente come únicamente puré de garbanzos, que primero pasa por la batidora y después por el chino – pasapurés – para tamizarlos más, pues, según ella, si utiliza sólo la batidora le cuesta más tragar. Ahora empieza a tener problemas de estómago -piedras en la vesícula- y, con cierta probabilidad, tendrá que operarse en poco tiempo. Está muy delgada y ella misma lo percibe así (48 kg, 1.70 m.). En el trabajo lo pasa muy mal, disimula que come pero aún así se meten con ella por lo que se sirve. Dice que siente una tensión en la garganta que le impide tragar nada.

2.2. Evaluación

La evaluación se realizó de forma continuada a lo largo de toda la terapia, ajustando los objetivos de cada sesión en función de la revisión de los registros y las tareas para casa. La terapia se desarrolló en 32 sesiones: las 22 primeras tuvieron una frecuencia semanal, las cuatro siguientes tuvieron una frecuencia quincenal y las seis últimas, de seguimiento, se fueron espaciando progresivamente a lo largo de 24 meses. Los procedimientos de recogida

de información que se utilizaron para la evaluación del caso fueron los siguientes:

Entrevista: esta técnica se utiliza en todas las sesiones de la terapia, preguntando a P. por el desarrollo de las tareas para casa, intercambiando información sobre sus progresos. En las sesiones iniciales, la entrevista se constituye en el instrumento fundamental para recoger datos que permitan establecer la hipótesis de mantenimiento, explicar a P. el análisis funcional de sus trastornos y establecer las bases del tratamiento. También se mantienen algunas entrevistas con su marido, a quien se le pide colaboración como coterapeuta, participando de este modo en la terapia de exposición.

Autoinformes: P. completó los instrumentos señalados a continuación, que nos ayudaron a obtener información sobre las respuestas problema. En ellos se informa de la utilización de estrategias de escape y evitación como forma de disminuir el nivel de ansiedad:

- Historia clínica general (Centro de Aplicaciones Psicológicas, 1994).
- "Inventario de Indicadores Psicofisiológicos" (Cautela y Upper, 1976): pone de manifiesto la aparición de respuestas de ansiedad a nivel fisiológico.
- "Inventario de Agorafobia" (Echeburúa y Corral, 1987): recoge datos sobre la respuesta de ansiedad a nivel motor, fisiológico y cognitivo. También proporciona información sobre los factores que hacen que la respuesta se agrave o mejore.
- "Escala de Adaptación" (Echeburúa y Corral, 1987): esta escala nos confirma que la mayor afectación a causa de sus trastornos de ansiedad se produce en su vida social y familiar. En general, valora que su vida normal se ha visto afectada en gran medida.

Autorregistros: se le pide que complete dos registros diarios estructurados para evaluar la topología de la respuesta problema (frecuencia, intensidad y duración). Uno de ellos recoge información general sobre cualquier situación crítica (sea de agorafobia o de fobia a tragar), debiendo registrar: Día / Hora/ Situación/ ¿Qué sientes?/ ¿Qué piensas?/ Duración/ Nivel de malestar (0-100). El otro registro es específico para la fobia a tragar, donde P. debe recoger los siguientes datos: Día/ Hora/ ¿Qué comes?/ ¿Te hubiese

gustado comer más u otra cosa?/ Dificultad para tragar (0-10). Ambos registros confirman la información recogida mediante las entrevistas y autoinformes: el registro general lo hace sobre las respuestas más frecuentes, su duración y su intensidad, señalando la aparición de llantos, pensamientos sobre sus recaídas, sobre que no va a ser capaz de curarse nunca, sobre cómo afecta su problema a su familia y que tiene que hacer algo para cambiar su situación actual; se siente muy deprimida, fatigada y sin ganas de ir a trabajar, pensando en su casa como lugar seguro, donde consigue encontrarse mejor. El registro de comidas nos informa de que P. únicamente come puré de garbanzos con tortilla o leche con *sobaos*, la dificultad para tragar se agrava cuando está en el trabajo, cuando piensa que la garganta no le responde y, en general, cuando ya se siente nerviosa al empezar a comer y anticipa la tensión de la garganta.

2.3. Hipótesis histórica y análisis funcional

A partir de la información recogida en las dos primeras sesiones elaboramos tanto la hipótesis histórica sobre el origen de cada uno de los dos trastornos fóbicos de P., como el análisis funcional que explica el mantenimiento actual de los mismos. Todo esto se lo explicamos en la tercera sesión de terapia.

A continuación vamos a exponer la hipótesis histórica y de mantenimiento para cada uno de los trastornos por separado ya que se iniciaron y se mantienen por causas distintas. A pesar de haber expuesto la evaluación de ambos trastornos de forma conjunta, a partir de este momento se describirá por separado y en paralelo los pasos seguidos para la agorafobia y la fobia a tragar aunque el tratamiento fue llevado simultáneamente, bien dividiendo la sesión en dos partes, bien utilizando semanas alternas para cada problema.

2.3.1. Agorafobia

Historia del problema: P. no recuerda un momento puntual de inicio del problema, explicando que siempre tuvo miedo a conocer sitios nuevos y que le “daba mucha pena” salir de casa aunque fuera

con sus padres. Sin embargo, sí recuerda que dejó de salir de casa normalmente desde el nacimiento de su hijo pequeño (hace 11 años). Describe a su madre como una persona muy miedosa y supersticiosa, con una constante "sensación de peligro", avisándola continuamente de que tuviera cuidado fuera de casa, y que en todo "parecía que se le iba la vida" (frase que utiliza ella también). De este modo, la agorafobia se inicia por aprendizaje por modelos, viviendo en un medio donde se refuerza sistemáticamente la idea de tener miedo, ver peligro constantemente en lo que se hace y "protegerse" en casa.

Análisis Funcional: en el momento actual, el problema se puede explicar atendiendo a las siguientes variables:

Antecedentes:

- Externos: situaciones inesperadas (por ejemplo que su hermana no pueda llevarla al trabajo y la tenga que llevar otra persona, en otro coche, por otro itinerario, con paradas no previstas, etc.), situaciones que no puede eludir (tener que buscar a sus hijos al colegio porque les haya pasado algo, hospitalización o muerte de alguna persona cercana, etc.), situaciones cotidianas que le "obliguen" realizar (tener que salir a comprar, a pasear, etc.).
- Internos: pensar que le va a pasar algo, que se va a morir, que se va a marear o que no se va a curar nunca y lo que le afecta su problema a su familia.

Características generales del sujeto y su contexto:

Mujer de 38 años casada y con dos hijos que trabaja como secretaria. Debido a sus problemas de ansiedad en el pasado ha seguido otro tipo de tratamientos, acudiendo a un psiquiatra, a un herbolario y a una curandera; aunque inicialmente notó alguna mejoría con estos tratamientos, en general no terminó satisfecha de los mismos. En la actualidad aún acude al psiquiatra cuando tiene alguna crisis, por lo que lleva un ansiolítico siempre en el bolso que, aunque no toma, le hace sentirse más segura. Tiene problemas para llevar una vida social y familiar normal porque evita salir a la calle, salir de vacaciones o estar en sitios donde hay gente; sale (pasear, comprar, etc.) cuando está en el pueblo porque allí se siente segura. Su marido y sus hijos, aunque están un poco cansados, acceden

a ir al pueblo todos los fines de semana para que ella se encuentre mejor. Acude al trabajo normalmente porque su hermana trabaja en la misma empresa y siempre la lleva y la trae en coche. Describe a su madre como una mujer muy autoritaria y muy miedosa, la relación con sus padres no le agrada y a veces incluso piensa que también "les tiene fobia a ellos".

Respuesta:

Fisiológica: tensión en espalda, cuello y oídos, activación cardíaca, enrojecimiento de la piel y sofoco, cambios de temperatura, temblores, picores, tartamudeo, ahogos, debilidad, mareos y alteración de la respiración.

Cognitiva: anticipar que va a marearse, temor a morir, a volverse loca o a perder el control y miedo a tener estos problemas toda la vida.

Motora:

- Evitación Pasiva: de lugares, medios de transporte y situaciones donde normalmente hay gente y tendría que exponerse a sus respuestas de ansiedad. Evita todos los lugares concurridos como grandes almacenes, cines, restaurantes, playas, hospitales, etc. No utiliza ningún medio de transporte público y tampoco es capaz de hacer gestiones, esperar colas, asistir a reuniones de amigos, hacer la compra, ir a la peluquería, etc. Estas situaciones no las evita en el pueblo, donde su casa "siempre está a mano" por si se siente mal y puede escaparse allí en cualquier momento. Llevar los ansiolíticos en el bolso.
- Evitación activa: irse al pueblo para no tener que exponerse a las situaciones cotidianas que le hacen sentir mal, permanecer en casa durante la semana salvo para ir a trabajar.
- Escape: irse a casa si las respuestas de ansiedad aparecen; esconderse para tranquilizarse si en algún lugar donde hay gente empieza a sentirse mal y no puede irse a casa.

Consecuencias:

- Refuerzo negativo: los síntomas de ansiedad se reducen cuando escapa o evita las situaciones que le producen malestar.
- Refuerzo positivo: recibe atención por su problema, tiene familiares que están pendientes de ella para hacerle la vida "más fácil". Las personas que más se preocupan son, su marido, sus hijos, su hermana y sus padres.

- Consecuencias negativas: se encuentra deprimida por arrastrar durante tanto tiempo este problema, piensa que no va a ser capaz de “curarse” nunca; empieza a sentirse como una carga para sus familiares, ya que la vida de ellos se está limitando por su culpa, sintiéndose responsable de esa insatisfacción.

La hipótesis de mantenimiento de la agorafobia de P. puede explicarse de la siguiente forma: la evitación de aquellas situaciones que le producen ansiedad y las conductas de escape que consiguen la reducción de la misma (por ejemplo: esconderse en un lugar donde no hay gente, irse a casa cuando se encuentra mal, etc.) hacen que no se exponga a las situaciones problema y por tanto no sabe qué ocurriría si lo hiciera: como no se expone, no se habitúa. Cuando se expone (situaciones extremas de las que no puede “escapar”), no lo hace de forma adecuada y por tanto no puede aprender de la situación. El problema de P. no es que carezca de las habilidades para manejar adecuadamente su vida cotidiana, ya que en el pueblo sale y consigue llevar una vida “normal”; su problema es pensar que cuando lo consigue es porque tiene cerca un “lugar seguro”, como su casa, donde puede refugiarse en cualquier momento. Contribuye también a mantener el problema el comportamiento de sus familiares, que facilitan que no tenga que exponerse y que, aunque sea limitada, pueda mantener una relativa actividad cotidiana: como la llevan y la traen al trabajo, su vida laboral no se ve alterada y no se ocupa de, por ejemplo, conducir ella o utilizar transportes públicos; como su familia siempre accede a ir al pueblo, no tiene que salir de vacaciones a otros sitios, etc. Este patrón de reforzamiento por parte del entorno familiar es básico para entender cómo una persona puede mantener una vida tan atípica durante un período de tiempo tan prolongado (11 ó 12 años): por ejemplo, la madre de P. prefiere que se quede en casa “a salvo de los peligros que puede encontrar fuera” y lo ve como algo normal aunque ella tenga que ayudarla con las tareas domésticas. Por otro lado, P. manipula el comportamiento de la familia, incrementando sus quejas y su malestar cada vez que tiene que afrontar alguna situación crítica, lo cual hace que inmediatamente todos los miembros reaccionen protegiendo aún más a la “enferma”, siendo éste un elemento

central en el mantenimiento del problema: por ejemplo su hermana se desvía diariamente del que sería su trayecto normal para ir y volver de trabajar, para recogerla a ella y dejarla en casa, con el objeto de contribuir a que P. esté más tranquila y no se “agrave” su problema.

2.3.2. Fobia a tragar

Historia del problema: P. lleva aproximadamente doce años sin comer sólido, desde que se atragantó con un hueso de pollo. Desde entonces se alimenta únicamente de purés y, además, casi siempre lo hace con los mismos alimentos (leche con *sobaos* en el desayuno y la cena; puré de garbanzos con tortilla en la comida, que muy ocasionalmente sustituye por consomé y yogur). Siempre come las mismas cosas porque dice que es lo que mejor traga, lo cual le está ocasionando importantes problemas digestivos. A veces le gustaría comer cosas diferentes, lo piensa cuando prepara alguna comida para su familia (ej. tortilla francesa) o ve algún menú que le gusta en el trabajo (ej: lasaña con carne picada) pero nunca se atreve porque “sabe que no va a poder tragarlo”.

En la actualidad, el problema se mantiene por las siguientes variables:

Antecedentes:

- Externos: la dificultad para tragar varía en función del momento del día y de las personas con las que se encuentre de modo que en el trabajo y con sus compañeros traga peor, en casa con su marido traga mejor. También varía en función de los alimentos que toma y de lo tamizados que estén: cuando toma los alimentos de siempre traga mejor, si cambia a otros traga peor; si lo pasa sólo por la batidora traga peor que si además lo pasa por el chino.
- Internos: notar que tiene tensión en la garganta, pensar que no va a tragar bien anticipando que se le va a quedar la comida en la garganta, sentir ansiedad antes de empezar a comer.

Características generales del sujeto y su contexto:

Debido al tipo de alimentación que P. ha mantenido durante tantos años, ha empezado a tener problemas de estómago, con-

cretamente piedras en la vesícula. Por este motivo ha iniciado un tratamiento médico por el cual ha tenido y tendrá que pasar por algunas pruebas poco agradables (por ejemplo la endoscopia, donde introducen un tubo por su garganta), lo que le produce una elevada ansiedad; además tiene que tomar unas pastillas para sus problemas de estómago y el hecho de pensar en tener que tragarlas ya le hace sentirse peor. Probablemente tendrá que operarse en los próximos meses para eliminar las piedras. Actualmente está muy delgada debido a estos hábitos alimenticios, lo que a ella misma le desagrada. Se ve obligada a tener que comer en el trabajo, con sus compañeros, quienes expresan desaprobación del tipo de alimentación que lleva, lo que le hace sentir bastante mal. Por esta fobia en ocasiones llega a pasar hambre, lo que prefiere antes de tener que tragar.

Respuesta:

Fisiológica: tensión en la garganta, náuseas, alteración de la salivación, alteración de la respiración, ahogos, dolor de estómago, cambios de apetito (a veces muy poco y a veces mucho).

Cognitiva: anticipar que no va a poder tragar, que la comida o las pastillas se le va a quedar atascada en la garganta y se va a ahogar, pensar que no va a ser capaz de tragar determinados alimentos, pensar que le gustaría comer otras cosas y no puede, pensar que tiene que comer aunque no tiene ganas.

Motora:

- Evitación pasiva: no comer alimentos sólidos, no comer alimentos distintos a los habituales, no comer a veces en el trabajo, no comer cuando piensa que tiene tensión en la garganta y no va a ser capaz de tragar.
- Evitación activa: comer siempre los mismos alimentos, comerlos pasados por la batidora y el chino.
- Escape: dejar de comer si al empezar a tragar nota tensión en la garganta.

Consecuencias:

- Refuerzo negativo: reducción de la ansiedad al comer los alimentos como ella piensa que traga mejor o al dejar de comer cuando siente que no va a poder tragarlos.

- Consecuencias negativas: insatisfacción con el tipo de alimentación mantenida durante un largo período de tiempo, pérdida excesiva de peso, problemas estomacales.

La hipótesis de mantenimiento de la fobia a tragar de P. se explica de la siguiente forma: tanto el escape (dejar de comer si empieza y nota que no puede) como la evitación activa (no comer determinados alimentos o en determinados momentos) y pasiva (comer un reducido grupo de alimentos y con una textura especial) están reforzados negativamente por la reducción de la ansiedad que le produce pensar que se va a ahogar. No se expone adecuadamente, de forma que la ansiedad se convierte en un círculo cerrado, representado en la figura 1.

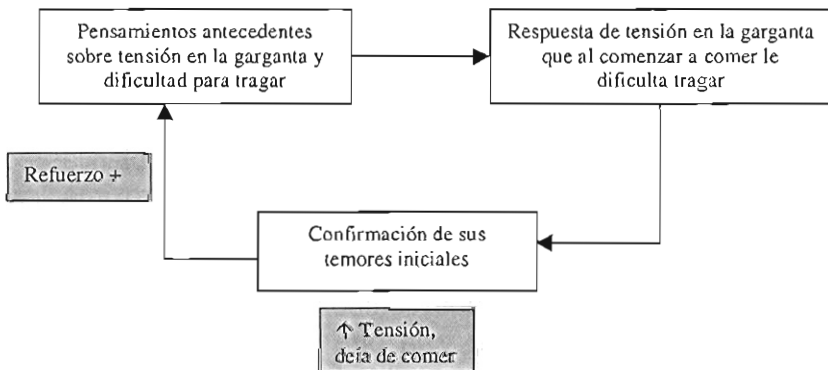


Figura 1.- Proceso de mantenimiento de las respuestas de fobia a tragar

El proceso se inicia con pensamientos antecedentes sobre que tiene tensión en la garganta, al empezar a comer con un nivel elevado de ansiedad se le tensa realmente la garganta, lo que hace que tenga dificultad para tragar, confirmándose así sus pensamien-

tos acerca de que tiene dificultades para tragar y manteniendo el problema. Cuando come los alimentos habituales (puré de garbanzos con tortilla y leche con *sobaos*) piensa que lo va a tragar mejor, como la tensión inicial es menor efectivamente traga mejor, reforzando su idea de que con estos alimentos el problema se reduce.

2.4. Tratamiento

Tras explicarle el análisis funcional de cada uno de sus problemas, lo entiende y acepta nuestras argumentaciones. Se muestra dispuesta al enfrentamiento del problema que, tanto en la agorafobia como en la fobia a tragar, pasará por la exposición graduada a los estímulos y situaciones que le producen ansiedad. Le explicamos que normalmente ella no se expone a estas situaciones por lo que no puede habituarse a ellas, haciendo que siempre tenga unos niveles elevados de ansiedad; por otro lado, cuando sí se produce la exposición a estas situaciones, ésta no se realiza de forma adecuada lo que hace que no aprenda de la situación. Insistimos en explicarle a P. que el principal objetivo del tratamiento de sus trastornos fóbicos será que consiga exponerse adecuadamente a las situaciones que le provocan ansiedad para cambiar las consecuencias actuales, lo que se realizará mediante aproximaciones sucesivas a los estímulos temidos.

El tratamiento de los dos trastornos se llevó a cabo en paralelo, habitualmente dividiendo en dos tiempos cada sesión, dedicando una mitad a la fobia a tragar y la otra mitad a la agorafobia. A continuación, para aumentar la claridad de la exposición, desarrollaremos por separado los pasos seguidos en el tratamiento de cada trastorno, no sin antes comentar algunos problemas surgidos en las sesiones iniciales. Tras la tercera sesión donde se le explica el análisis funcional y los objetivos de la terapia, P. no se presenta la siguiente semana, intenta avisarnos reiteradamente por teléfono pero no consigue establecer contacto. Como tiene un elevado nivel de ansiedad acude a un psiquiatra (nuevo, conocido de unos amigos), quien le receta otras pastillas que ella sigue sin tomar. Antes de la siguiente sesión conseguimos hablar con ella y vuelve a decir que se siente fatal y que no acudirá a terapia, por teléfono intentamos

Día	Hora	Situación	¿Qué sientes?	¿Qué piensas?	Duración	Nivel de malestar
25-II	17:30	En casa, me llama la psicóloga	Me dice que antes me encontraba bien en casa y que ahora ya no me encontraré bien en ningún sitio. Cuando cuelgo el teléfono pienso que me tengo que tomar en serio el tratamiento	Me empiezo a marear, mi hermana me tiene que dar una pastilla, me acuesto pero no puedo ni estar acostada, ni levantada; lloro y digo que me quiero morir. Después seguí nerviosa y empecé a pensar que mi marido se tenía que ir mañana a trabajar	30	100
26-II	2 de la madrugada	En la cama, me despierto	Muchos nervios	Empiezo a pensar que no me voy a curar y que no lo puedo soportar, que me quiero morir	A ratos	70
26-II	7 de la mañana	Se va mi marido a trabajar	Nerviosismo, ganas de llorar	Que no me voy a curar y que lleva razón la psicóloga, ahora ya no estoy a gusto en ningún sitio	A ratos	60
26-II	Toda la mañana	En casa	A ratos nerviosismo	Que me quiero curar, que debería ir a algún hospital pero me da miedo		60

Figura 2.- Autorregistro de situaciones de ansiedad

tranquilizarla y le explicamos que es normal que se sienta cada vez peor y que generalice su malestar a otras situaciones, incluida su casa. Tras este episodio aumenta considerablemente su ansiedad, hasta el punto de que le dan la baja laboral y tiene que estar en casa permanentemente acompañada (su madre refuerza este comportamiento). Finalmente sí acude a la sesión (cuarta), contándonos que se asustó mucho cuando le explicamos que llegado un momento también se sentiría mal en su propia casa, por lo que se pasó toda la semana llorando, malestar que confirmamos por su aspecto de mayor delgadez (en la figura 2, puede verse el registro donde detalla este episodio).

Nos mostramos muy firmes y consistentes para no reforzar este comportamiento y responde bien, llevando a cabo la sesión de la forma programada para los dos trastornos. La siguiente semana (sesión quinta) está mucho más relajada y engorda algo, llama con menor frecuencia tanto a su marido como a nosotros y el psiquiatra le reduce la medicación. A pesar de esta recuperación, de nuevo en la sesión 6^a llega con una nueva recaída, producida tras mantener una conversación telefónica con su antigua curandera, quien le dice que no se curará nunca, lo que acentúa sus pensamientos depresivos, pensamientos de muerte, flaqueza, etc. Durante la sesión nos dedicamos activamente a la extinción de estas manifestaciones de fracaso y debilidad, explicándole que debemos trabajar progresivamente para superar el problema y ésta no es la forma más adecuada; a partir de este momento la terapia avanza al ritmo programado sin ningún problema. Sirvan estos dos ejemplos para entender la situación de alta vulnerabilidad de P. ante estímulos externos y su mermada habilidad para manejarlos adecuadamente. Este es un ejemplo de lo que expusimos anteriormente para explicar el mantenimiento de los problemas de P.; ella está acostumbrada a un tipo de comportamiento protector por parte de su entorno: cada vez que debe enfrentarse a situaciones críticas incrementa sus quejas, reaccionando los que le rodean de forma inmediata en el sentido de favorecer la no exposición. P. maneja perfectamente este tipo de estrategias manipulativas, que si bien tienen éxito en el entorno familiar, fracasan cuando las aplica en la situación clínica; cuando ve que el tratamiento pasará por la exposición a los estímulos de ansiedad inmediatamente reacciona sintiéndose peor y verbalizando que no

va a ser capaz de superar el problema, etc. Como nosotros extinguimos este tipo de respuestas, finalmente accede a enfrentarse a las situaciones (aunque sea quejándose), lo que facilita el aprendizaje de respuestas alternativas y el avance de la terapia. Vamos a proceder a continuación a detallar el tratamiento seguido para la agorafobia y la fobia a tragar.

2.4.1. Agorafobia

La técnica básica utilizada para tratar la agorafobia de P. fue la *exposición gradual en vivo*, que se llevó a cabo en las siguientes modalidades:

- Con coterapeuta del centro para la exposición en la calle durante la sesión.

- Con coterapeuta familiar para la exposición diaria en los primeros momentos del tratamiento.

- Autoexposición diaria en el resto de la terapia, prescindiendo del coterapeuta una vez superada la tensión de las primeras exposiciones.

1. Estar en la puerta de casa
2. Bajar y quedarse unos 5 ó 10 minutos en el portal esperando que baje su marido
3. Esperar en la calle con la puerta del portal abierta
4. Pasear hasta unos 50 metros de su casa
5. Conducir acompañada por su marido
6. Conducir sola
7. Pasear acompañada por zonas muy concurridas
8. Pasear sola por zonas muy concurridas
9. Entrar a una tienda y comprar algo
10. Ir al colegio a buscar a sus hijos
11. Ir a comprar el pan diariamente
12. Hacer la compra y guardar las colas
13. Coger el autobús acompañada
14. Coger el autobús sola en trayectos cortos
15. Coger el autobús sola en trayectos más largos
16. Coger el metro acompañada
17. Coger el metro o el tren sola
18. Entrar sola y comprar en grandes almacenes
19. Hacer gestiones sola (arreglar papeles, médicos, etc.)

Figura 3.- Jerarquía de ítems para la exposición en la agorafobia

Para la exposición progresiva a las situaciones de ansiedad, elaboramos con ella el listado de ítems presentado en la figura 3, partiendo de la puerta de casa (lugar más seguro) hasta ir alejándose paulatinamente hasta la calle. Por otro lado, también puede comprobarse que pasa de ir acompañada a sola, y que se van incorporando todas las situaciones y lugares que en la evaluación se señalaron como problemáticos, desde pasear por lugares concurridos, hasta comprar, realizar gestiones o coger transportes públicos.

Como tarea para casa siempre se incluye la exposición mediante paseos diarios, que también aumentan la duración progresivamente, de forma que inicialmente deben tener una duración de media hora, para ir aumentando cada semana hasta una hora, hora y media y finalmente dos horas. La consigna que se debía cumplir estrictamente durante la exposición era no regresar a casa como estrategia para aliviar o reducir los síntomas de ansiedad, sino esperar en la calle hasta que se sintiese mejor. Para conseguir esto, la terapia de exposición se complementaba con otra serie de técnicas cuyo objetivo era ayudar a P. a controlar las respuestas de ansiedad fisiológicas y cognitivas, siendo éstas las siguientes:

- *Técnicas para el manejo de la activación*: le enseñamos una técnica básica de respiración, para utilizarla cuando notara la aparición de síntomas tales como aceleración cardíaca, alteración de la respiración, calambres, tensión muscular, sudoración, etc.

- *Técnicas cognitivas*: focalizadas en los pensamientos ansiógenos, básicamente para controlar las creencias sobre el significado de los síntomas fisiológicos. Le explicamos que la ansiedad generada por la malinterpretación de las sensaciones (por ejemplo: pensar que va a morir de un ataque cardíaco cuando le aumentan las pulsaciones; pensar que se ahoga cuando aparecen alteraciones en la respiración, etc.) hace que aumente la intensidad de los mismos y se mantenga una elevada ansiedad, reforzando así la idea inicial. Para controlar los pensamientos negativos, se utiliza una técnica básica de *parada de pensamiento*, consistente en tirar de una goma elástica -que debe llevar en la muñeca- en el momento de aparición de los pensamientos negativos.

- *Técnicas autoinstruccionales*: le enseñamos a manejar la autoobservación y el autorrefuerzo para identificar todo aquello que

está empezando a controlar y a manejar bien de modo que, cuando sienta la aparición de algún síntoma de ansiedad difícil de controlar, pueda darse autoinstrucciones que le ayuden a controlar la situación del modo en que ha aprendido.

Por último, además de utilizar todas estas técnicas de autocontrol emocional, incluimos en la terapia otras técnicas operantes y de control de estímulos que ayudasen a eliminar el refuerzo que P. obtenía por su "proceso de enfermedad". Por ejemplo, pedimos que reduzca el número de llamadas diarias a su marido para contarle lo mal que se encuentra y, en su lugar, cada día deberá contarle los momentos buenos que ha tenido; respecto a sus padres, que acuden habitualmente a su casa para realizar las tareas domésticas, progresivamente deberán ir yendo menos horas y haciendo menos cosas, para que P. asuma esta responsabilidad y, además, se reduzca el malestar que le produce que estén sus padres con ella continuamente. También le "prohibimos" que se queje con frecuencia de lo mal que está y, en su lugar, cada día deberá escribir y recordar los momentos en que se ha encontrado bien y lo que ha hecho para mejorar. Por otro lado, hay una cuestión que molesta a P. y es que la gente conocida se compadezca por sus problemas (al ser un trastorno mantenido durante tanto tiempo, son muchos los que lo saben y le preguntan cuando la ven). Le explicamos que su actitud actual, con sus quejas continuas, está contribuyendo a mantener esto; para hacer que desaparezca le recomendamos que siempre que alguien le pregunte cómo está deberá contestar que "bien" o "muy bien", de modo que la gente se irá olvidando de sus problemas y no la compadecerán por ellos.

Todo este conjunto de técnicas hacen que la terapia se desarrolle de forma muy efectiva. La exposición progresiva transcurre sin problemas: en cada sesión se comprueba cómo han transcurrido las tareas de autoexposición y se va avanzando ítems a medida que es capaz de exponerse a ellos sin ansiedad. De este modo, en relativamente poco tiempo es capaz de acudir a sesión conduciendo sola (desde la sesión 7), en autobús o en metro (desde la sesión 15) y de salir acompañada a pasear por sitios concurridos (desde la sesión 9). Al final de la terapia para la agorafobia, P. hace sola gestiones de cualquier tipo (arreglar papeles laborales por cambio

de trabajo, solucionar trámites en el hospital para operación, etc.), hace la compra diariamente y dos años más tarde sale de vacaciones a la playa, cambia de trabajo (más lejos de su casa, al que va en transporte público) y se integra a la perfección con sus compañeros (acudir a la cafetería, etc.) y, en definitiva vuelve a llevar una vida completamente normal. Se siente plenamente feliz por haber recuperado la libertad de movimientos y no depender de otros para hacer cosas.

2.4.2. Fobia a tragar

Del mismo modo que para la agorafobia, la principal técnica para tratar la fobia a tragar de P. fue la *exposición graduada en vivo*, para la cual elaboramos un listado jerarquizado de alimentos según P. considerara que la dificultad para tragar fuera en aumento. El listado se muestra en la figura 4, donde podemos observar que los alimentos se ordenan de 0 (mínima dificultad) a 10 (máxima dificultad).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">0. Yogur, yogur con tropezones, petit suisse, queso de Burgos1. Brécol y coliflor con mahonesa2. Sopa lluvia3. Sopa con fideos finos4. Judías verdes y coles de Bruselas5. Arroz con tomate, lasaña de carne picada6. Pescado7. Tortilla francesa o tortilla de patata, ensalada8. Macarrones9. Lentejas y garbanzos10. Filetes y embutidos |
|---|

Figura 4.- Jerarquí de ítems para la exposición en la fobia a tragar

El procedimiento de exposición graduada en vivo para este trastorno se lleva a cabo, en primer lugar, trayendo a sesión el alimento correspondiente y comerlo delante del terapeuta para ayudarle a

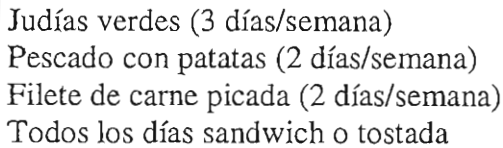
manejar la ansiedad, que en las sesiones iniciales es muy elevada y prolonga durante más de dos horas la situación de ingesta. Una vez que se come en sesión, ese alimento es incorporado a la dieta semanal, comiéndolo primero en presencia de su marido como coterapeuta, posteriormente sola y finalmente en el trabajo. Nos proponemos conseguir dos objetivos fundamentales para tratar la fobia a tragar de P.: por un lado romper el círculo cerrado por el que la tensión inicial le dificulta comer, reforzando así su idea de que tiene problemas para tragar alimentos sólidos. Para conseguir esto nos ayudamos de la respiración profunda para controlar la ansiedad y tensión en la garganta (en las sesiones iniciales de exposición come una cucharadita, hace cuatro o cinco respiraciones, come otra cucharadita, etc.). El segundo objetivo no es otro que eliminar el refuerzo negativo por el que se mantiene el tipo de alimentación actual: le “prohibimos” comer purés (hasta ahora siempre come alimentos muy tamizados) y mediante la exposición graduada incorporaremos todos los grupos de alimentos, cocinados en todas sus variedades (cocidos, fritos, salsas, asados,...). Además, cuando aprenda a comer de forma adecuada, deberá comer normalmente en público, sin esconderse (en el trabajo con sus compañeros, en restaurantes, etc.). De esta forma además, conseguiremos generalizar e integrar la terapia de la fobia a tragar con la de la agorafobia, de forma que, por ejemplo, una tarea habitual que le recomendaremos es salir a merendar con sus hijos a una cafetería, a comer con su marido a un restaurante, etc.

La terapia se desarrolla con alguna dificultad inicial, pues se queja bastante y piensa que este problema le va a resultar más difícil de superar. En la figura 5 se muestra un registro de alimentos ingeridos de una de las sesiones iniciales de tratamiento, puede comprobarse claramente el distinto grado de dificultad según se trate de los alimentos habituales (purés, leche con *sobaos*) o de los que se van incorporando, a pesar de ser de los que señaló como de baja dificultad en la jerarquía (yogur con tropezones y sopa); también señala en el registro algo que repite habitualmente: que el problema de la comida va a resultarle más difícil de superar que el de la calle.

Día	Hora	¿Qué comes?	Si te hubiese gustado comer más u otra cosa	Dificultad para tragar
12-III	10:30	Sobaos y leche	No	1
12-III	14:50	Sopa de fideos Puré de pescado y patatas	Sí	6 (sopa) 1 (puré)
12-III	19:00	Yogur con tropezones	Sí	6
12-III	22:00	Leche con sobaos	No	1
13-III	9:00	4 sobaos y leche	No	1
13-III	14:00	Sopa de fideos Puré de pescado y patatas	Sí	6 (sopa) 1 (puré)
13-III	17:30	Yogur con tropezones	No me apetecía, me he puesto muy nerviosa y he seguido toda la tarde nerviosa porque parece como si se me hubiera quedado un trozo (he pensado que no lo voy a conseguir lo de comer, lo de la calle sí)	8

Figura 5.- Autorregistro de alimentación

A pesar de sus quejas, cuando las hay, en sesión nos mostramos inflexibles, y siempre termina comiéndose todos los alimentos que trae, cada vez con menor dificultad. En casa siempre suele comer todo lo que programamos en sesión para la semana aunque ocasionalmente cambia alguna cosa que siempre compensa comiéndose algo más (por ejemplo comer el pescado cocido en lugar de fruta, pero a cambio comerse también medio sandwich). De esta forma, superados los momentos iniciales de mayor tensión, rápidamente empieza a incluir numerosos alimentos que hacen mucho más variada su alimentación. Por poner una referencia, en la sesión 10 ya come garbanzos, embutidos y churros, elaborando con ella el listado de alimentos, y la frecuencia con que debe comerlos, que se recoge en la figura 6.



Judías verdes (3 días/semana)
Pescado con patatas (2 días/semana)
Filete de carne picada (2 días/semana)
Todos los días sandwich o tostada

Figura 6.- Alimentos, programados en la sesión 10, que debe incorporar a su dieta semanal

Como parte de la terapia le pedimos que recoja en una gráfica el número de veces en semana que come cada grupo de alimentos (carne, pollo, pescado, fiambres, pan, frutas, verduras, pastas, arroz), de modo que al finalizar la terapia compruebe que come todos los tipos de alimentos. Además, utilizamos otras técnicas que demuestren objetivamente el cambio de aspecto de P.: debe pesarse periódicamente y apuntarlo en una gráfica, y debe hacerse fotos ocasionalmente para contrastar la evolución de su aspecto físico. Al terminar la terapia ha engordado 15 kilos, las fotos la muestran feliz y saludable y come tantas cosas y en tanta cantidad que hasta empieza a “temer padecer bulimia”.

Un aspecto que debemos manejar paralelamente durante el transcurso de la terapia a su fobia a tragar, son las pruebas médicas a las que debe someterse por sus problemas estomacales. Tanto las pruebas previas (por ser desagradables) como la operación en sí misma le producen un alto grado de ansiedad, por lo que la entrenamos en la *relajación muscular progresiva*, enseñándole en sesión a diferenciar la tensión/relajación de los distintos grupos musculares. Le damos instrucciones para superar sin problemas la prueba (relajarse una hora antes, ir relajada en el coche, pedirle un tiempo al médico, etc.), sale con éxito de la endoscopia aunque cuando le dan el resultado recae temporalmente en su estado de ánimo deprimido pues le comentan que podría resultar ser un problema de esófago. Finalmente no es grave y la operación de las piedras también se resuelve con éxito.

3. RESULTADOS

Aunque en el apartado anterior hemos ido apuntando ya el efecto que han tenido las distintas técnicas, en este apartado vamos a integrar de forma conjunta los cambios que se han producido en la vida de P. tras el tratamiento, para lo que contamos con un amplio número de indicadores objetivos de cambio. En la agorafobia, con la técnica de exposición, y el resto de técnicas de apoyo a la misma ya comentadas, se ha conseguido que P. se exponga con éxito a todos los ítems de la jerarquía. Al impedirle utilizar su casa como lugar seguro al que acudir cuando empezara a sentirse mal, conseguimos que se vaya exponiendo gradualmente a los estímulos, explicándole que tiene las habilidades para hacerlo pues en el pueblo es capaz de exponerse. Con el apoyo de las técnicas para el control de la activación y de autocontrol emocional, conseguimos que, poco a poco, sea capaz de moverse sola. Finalmente consigue utilizar cualquier medio de transporte, salir a comprar por cualquier zona de su ciudad independientemente de lo céntrica y concurrida que sea, realizar gestiones y trámites de cualquier tipo sin ayuda de otras personas, hacer viajes fuera de su ciudad a lugares que no son su pueblo y es capaz de integrarse en cualquier situación social. Con

ello podemos decir que ha superado el problema tanto en lo que se refiere a lugares, medios de transporte, como a situaciones. Su marido al final del tratamiento describe el notable cambio producido en P. con una gran libertad para moverse y con deseos de disfrutar de la independencia que le da el poder hacer cosas sola.

En lo que se refiere a la fobia a tragar, ya hemos dicho que P. termina la terapia comiendo sin dificultad cualquier tipo de alimento en cualquiera de sus variedades de cocina. Esto se consigue rompiendo el círculo por el que la tensión inicial y sus pensamientos sobre que no va a poder tragar le producen una tensión real de la garganta que efectivamente le causa dificultad para tragar, confirmando así sus pensamientos iniciales. La exposición a los alimentos temidos consigue la eliminación del refuerzo negativo que mantenía el problema (se reducía la tensión al comer un tipo de alimentos del modo en que pensaba que tragaría mejor). Al controlar la tensión inicial mediante la utilización de la respiración, conseguimos que poco a poco se expusiera a los ítems de la jerarquía de alimentos, de modo que al finalizar la terapia comprobamos en sesión que es capaz de comer tranquilamente todo tipo de platos (guisados, bocadillos, frutos secos, etc.) a la vez que habla con nosotros, sin ninguna dificultad para tragar y con la desaparición total de los síntomas de ansiedad y tensión. Además de esto, otro indicador objetivo es el aumento de peso y la mejora notable de su aspecto, para lo cual durante el desarrollo de la terapia la animábamos a que se pintara, se arreglara el pelo, etc., contribuyendo así a que se sintiera mejor con su imagen.

4. DISCUSIÓN

Como hemos visto en el apartado de resultados se confirma el éxito de las técnicas recomendadas en la bibliografía para el tratamiento de la agorafobia:

1. Exposición frecuente y de larga duración (Agrass, 1985), consiguiendo la habituación a las respuestas fisiológicas y el cambio de expectativas en sus respuestas cognitivas, como señalan Mathews et al. (1981).

2. Autoexposición como práctica entre sesiones, con o sin ayuda de coterapeuta, con el objetivo de reducir la dependencia de otros (Echeburúa y Corral, 1999).

3. Utilización de registros estructurados de las tareas de exposición como técnica complementaria (Echeburúa y Corral, 1999).

En el caso de P. no podemos hablar de una terapia de exposición combinada con psicofármacos puesto que, a pesar de que en los momentos iniciales del tratamiento acude a un psiquiatra que le receta ansiolíticos, ella nunca los llegó a tomar (aunque los llevaba en el bolso). Por esto, podemos decir que el éxito del tratamiento puede ser atribuido únicamente a la terapia de exposición combinada con el resto de técnicas psicológicas utilizadas.

Según el principio básico subyacente a la exposición (Marks, 1992), el éxito se consigue por la eliminación del refuerzo negativo, que anteriormente se obtenía por la reducción de la ansiedad al evitar o escapar de los lugares y situaciones problemáticos. Esto se aplica, en este caso, al tratamiento de los dos trastornos fóbicos de P., eliminando la evitación de las situaciones relacionadas con la agorafobia y con la fobia a tragar.

Creemos que es interesante describir cómo, en este caso, el tratamiento paralelo de los dos trastornos fóbicos ha podido integrarse finalmente, apoyando el avance de ambas terapias. En la fobia a tragar de P. había también un componente social que consistía en no comer delante de gente (por ejemplo en el trabajo) y, por supuesto, en no salir a comer fuera de casa a lugares como cafeterías o restaurantes. Una vez que fuimos avanzando por separado en la terapia de agorafobia y de la fobia a tragar, tratamos de conseguir situaciones que pudieran ser "puntos de encuentro" de ambas. Por ejemplo, cuando P. ya fue capaz de tragar algunos alimentos sólidos, y por otro lado ya era capaz de salir a espacios concurridos, la mejor forma de exponerse a ambos tipos de estímulos fóbicos era salir a la calle a comer con su familia, realizando de paso actividades familiares novedosas para ellos, que no realizaban desde hace mucho tiempo debido al problema (animándola a salir con frecuencia a merendar con sus hijos una tostada, a comer con su marido en un restaurante, etc.).

Además de la técnica de exposición, no hay que olvidar la contribución que tiene en el éxito de la terapia la utilización del control de estímulos que se hace en el ambiente en el que se desenvuelve P., factor fundamental en el mantenimiento del problema durante un período tan prolongado de tiempo. Recordaremos que se intenta eliminar todo refuerzo y atención obtenidos por la presencia del trastorno (atención de hermana, marido, padres, conocidos,...), lo que hace que paulatinamente su entorno deje de asociarla con sus problemas psicológicos y pasar a llevar una vida normal, mucho menos dependiente de la atención de otros. Hasta el momento de la terapia, P. manipula el entorno familiar, de forma que consigue no tener que exponerse a los estímulos fóbicos, “juego” en el que intenta incluirnos en las primeras sesiones para seguir evitando la exposición. La posición firme de los psicólogos en estos momentos iniciales de la terapia, extinguiendo este tipo de respuestas, fue fundamental para el posterior desarrollo del tratamiento.

Haciendo referencia a los cambios en la vida familiar que supuso el resultado eficaz de la terapia, aprovechamos para exponer un tema que no debemos obviar en este tipo de trastornos: los posibles problemas de pareja que pueden surgir de manera colateral a la recuperación de la independencia. Recordaremos que cuando llega a terapia, P. es una persona totalmente dependiente de su marido para realizar cualquier tipo de actividad, situación mantenida durante muchos años y lo que ya era un hábito en la pareja. Como resultado de la terapia P. puede hacer todo lo que quiera sin contar con él, y nos señala sus “ansias” de moverse sola. Su marido también está feliz de verla así y por el momento dice que esto no les supone ningún problema, aunque no descarta su aparición en el futuro dependiendo de cómo evolucione y se integre esta nueva forma de vida. Por nuestra parte, conociendo la profundidad del cambio en la vida conyugal, durante la terapia tratamos de integrar en el tratamiento específico de sus fobias algunas tareas que supongan la prevención de la aparición de problemas de pareja: salir a comprar algún regalo a su marido, programar viajes juntos (así sale a buscar información, va hasta la agencia de viajes, pide folletos,...), salir a comer o cenar fuera de casa, etc.

Para terminar, recordaremos que la terapia se resolvió con éxito a pesar de las condiciones en las que P. llega a la terapia y las dificultades iniciales encontradas por su elevado malestar. Estas dificultades se manejaron, de nuevo, mediante la retirada de refuerzo de las conductas de dependencia (disminución de llamadas, disminución del tiempo que pasan sus padres en casa, etc.) y, por el contrario, reforzando su participación activa en el tratamiento y sus esfuerzos por avanzar en la terapia. En los momentos iniciales, cuando aparecen quejas ante la exposición (tanto al salir a la calle para la agorafobia, como a comer los alimentos para la fobia a tragar), nos mostramos inflexibles explicándole que es la única forma de comprobar lo que sucede cuando se expone a los estímulos temidos, y de aprender a manejarlos de forma adaptativa. De este modo, en un período relativamente corto, P. fue capaz de exponerse sin problemas a todos los ítems de forma graduada, cambiando radicalmente su estilo de vida.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Agrass, S.** (1985). *Panic. Facing Fears, Phobias and Anxiety*. Nueva York, Freeman and Company (trad.: *Pánico: cómo superar los miedos, fobias y ansiedad*. Barcelona, Labor, 1989).
- American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.) (DSM IV)*. Washington, D.C.: APA. (Edición española (1995), Barcelona, Masson).
- Bados, A.** (1998). Fobias específicas. En M.A. Vallejo (Dir.): *Manual de terapia de conducta. Vol. I*. Madrid, Dykinson.
- Buceta, A.M. y Bueno, J.M.** (1998). Agorafobia y trastorno de pánico. En M.A. Vallejo (Dir.): *Manual de terapia de conducta. Vol. I*. Madrid, Dykinson.
- Centro de Aplicaciones Psicológicas** (1994). *Historia Clínica General*. Madrid.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1990). Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad. *Boletín de Psicología*, 28, 59-77.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1991). Controversias conceptuales en torno a la clasificación de los trastornos de ansiedad en las nosologías psiquiátricas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, 421-426.

- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1992). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En E. Echeburúa: *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid, Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1993). Técnicas de exposición, variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Coords.): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1998). Psychological treatment of agoraphobia. En V.E. Caballo (Ed.): *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Amsterdam, Elsevier Science.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1999). Trastorno de pánico: ¿terapias psicológicas, psicofármacos o tratamientos combinados). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 675-702.
- Marks, I.M.** (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford, Oxford University Press.
- Marks, I.M.** (1989). *Fears and Phobias*. London: Heineman.
- Marks, I.M.** (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa: *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid, Pirámide.
- Mathews, A.M., Gelder, M. Y Johnston, D.W.** (1985). *Agorafobia, Naturaleza y Tratamiento*. Barcelona, Fontanella (original, 1981).
- Méndez, F.X. y Maciá, D.** (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.): *Evaluación conductual hoy*. Madrid, Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)** (1992). Clasificación Internacional de las enfermedades (10ª ed.) (CIE 10). Madrid, OMS.
- Öst, L.G.** (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L.G. y Hugdahl, K.** (1983). Acquisition of agoraphobia, mode of onset and anxiety response patterns. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 623-631.
- Sandín, B. y Chorot, P.** (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.): *Manual de Psicopatología, Vol. 2*. Madrid, McGraw-Hill.

