

¿FOBIA AL DESCONTROL DE ESFÍNTERES?: UN ESTUDIO DE CASOS

Kontxi Báez Gallo*

Karmele Salaberría Irizar**

* Centro de Salud Mental de Rentería. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza

** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología, UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se presenta la descripción, las características y el abordaje terapéutico de 3 casos atípicos entre las fobias: la fobia al descontrol de esfínteres. Además, se comentan las dificultades para realizar un diagnóstico tradicional y la utilidad del análisis funcional para la evaluación y el tratamiento del problema. Las pacientes eran mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, con un inicio brusco del problema que se manifestaba por miedos agorafóbicos relacionados con estar en lugares públicos con dificultad de acceso a un servicio. Esta conducta las incapacitaba para su vida cotidiana, a nivel social y laboral, limitando progresivamente su movilidad. El tratamiento que recibieron fue la auto-exposición en vivo, con impedimento de las conductas de evitación. Los resultados fueron satisfactorios en todos los casos hasta el año de seguimiento. Se comentan las implicaciones de estos casos para la investigación clínica, y la práctica profesional.

Palabras clave: *DESCONTROL DE ESFÍNTERES, FOBIA ESPECÍFICA, AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE PÁNICO, TRASTORNOS SOMATOFORMES, ANÁLISIS FUNCIONAL, TRATAMIENTO, EXPOSICIÓN.*

SUMMARY

In this paper description, characteristics and treatment of a three cases of sphincter dyscontrol phobias are described. The difficulties for traditional diagnostic and the utility of functional analysis for problems assessment and treatment are discussed. The patients a 20-30 year old womens were suffering from agoraphobics fears related with places without public services. These fears to incapacitate for their lives, reducing their mobility. The treatment was the auto-exposure in vivo. At the end of 1 year follow-up the patients were much improved. The implications of these cases for clinical research and practice are discussed.

Key words: SPHINCTER DYSCONTROL, SPECIFIC PHOBIA, AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC HISTORY, SOMATOFORM DISORDERS, FUNCTIONAL ANALYSIS, TREATMENT, EXPOSURE.

INTRODUCCIÓN

La práctica clínica en los Centros de Salud Mental y otros lugares de asistencia requiere la utilización de criterios diagnósticos que no siempre resultan relevantes para el trabajo del psicólogo clínico, ya que los criterios a veces no resultan de ayuda para poder diseñar la intervención. Por el contrario, el análisis funcional de la conducta aporta datos para realizar la evaluación, diseñar los objetivos de la intervención y seleccionar las técnicas. En este artículo se presenta un ejemplo de este tipo de situación, es decir, pacientes atípicos que no encajan de modo completo en categorías diagnósticas descritas pero que son tratados con éxito de acuerdo al análisis funcional.

Las pacientes que se describen en este artículo acudieron derivadas por su médico de cabecera para realizar una valoración sobre su posible agorafobia, al evitar la utilización de transportes públicos o lugares alejados de un baño público.

Recurriendo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995), estas pacientes podrían ser diagnosticadas de *trastorno somatoforme indiferenciado* (300.81) pero también de *fobia específica* (300.29) o de *agorafobia sin historia de trastorno de pánico* (300.22). Inde-

pendientemente del diagnóstico, lo cierto es que fueron tratadas con éxito teniendo en cuenta los datos aportados por el análisis funcional de la conducta.

Por una parte, es evidente que la adopción de una nosología psiquiátrica es necesaria por varias razones (Echeburúa, 1993): a) da cuenta de aspectos comunes de los sujetos afectados de un cuadro clínico y permite la utilización de diseños experimentales de tipo grupal; b) permite comparar la eficacia de diferentes modalidades terapéuticas; y c) facilita la adopción de un lenguaje común entre los profesionales de la salud mental y la comunicación de resultados para poder discutir y replicarlos. Por otra parte, permite la realización de estudios epidemiológicos que proporcionan información sobre la población aquejada, demandas de atención, y las necesidades que se requieren, lo que permite a la administración pública la gestión de los recursos sanitarios.

Sin embargo, también es cierto que el diagnóstico tradicional, es decir la etiquetación, no proporciona información sobre la cuantificación de los síntomas al utilizar un criterio categorial y se olvida de lo idiográfico que es necesario para poder diseñar las técnicas de terapia de conducta. Además, de un diagnóstico acertado no siempre se colige un tratamiento adecuado, mientras que de un buen análisis funcional (diagnóstico conductual) se deducen las técnicas a utilizar.

A continuación se exponen 3 casos que dan cuenta de estas limitaciones. Si se tiene en cuenta la sintomatología (análisis topográfico) de los pacientes éstos pueden recibir diversos diagnósticos que no aportan información sobre la etiología y la selección del tratamiento adecuado. Si por el contrario se realiza un análisis funcional, éste permite establecer los objetivos y elegir las técnicas más apropiadas para hacer frente al problema.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso I

Mujer de 29 años, administrativa, casada hace tres años, con un hijo de diez meses. Acude al Centro de Salud Mental con un parte de interconsulta de su médico de cabecera que dice:

“Paciente con cuadro de incontinencia fecal postparto que ha derivado en un trastorno de agorafobia con urgencia de defecación. Ruego valoración.”

La paciente describe un embarazo deseado y sin complicaciones hasta el momento del parto, en el que, debido a las dificultades en la dilatación, dio a luz mediante fórceps. Tras esta intervención la paciente ha tenido dificultades para controlar el esfínter anal. Al principio le enseñaron unos ejercicios de fortalecimiento del esfínter, le pautaron tratamiento ansiolítico y le recomendaron esperar. Dos meses después el problema resultaba bastante incapacitante debido a que la paciente evitaba lugares públicos por su temor a tener ganas de defecar y no poder controlarse. Fue diagnosticada de rotura de los esfínteres de anales y le realizaron una operación que resultó exitosa. De hecho, no ha tenido desde entonces problemas de incontinencia fecal. Sin embargo, persiste el cuadro de evitación de los lugares donde haya gente, sean sitios cerrados y/o no tengan acceso rápido a un water. También procura no alejarse de su casa, pues teme tener una incontinencia fecal y de gases sin poder dejar solo a su bebé para acudir a un servicio. Si es imprescindible que acuda a algún sitio (por ejemplo a nuestra consulta) tiene una necesidad imperiosa de defecar dos o tres veces, en forma de diarrea, antes de salir de casa, y llega siempre tarde a las citas. Además, presenta molestias estomacales, sofocos, sudoración y urgencia de defecación cuando se aleja de casa o se encuentra en un espacio cerrado con más gente. Este problema está resultando incapacitante ya que ha abandonado sus relaciones sociales y está dilatando aceptar ofertas de trabajo.

Sobre su problema piensa: *“Ya sé que el especialista me ha dicho que, tras la operación, sólo en alguna ocasión aislada podría tener algún problema ligero de control, pero yo le doy mucha importancia a esa posibilidad porque para mí es una vergüenza”.*

Antes del parto no había presentado patología psíquica, ni existen antecedentes psicopatológicos en la familia. No presenta patología física conocida, salvo problemas de sobrepeso tras el embarazo. Siempre ha sido muy pudorosa con las funciones excretoras, pero este tema nunca le había ocasionado ningún problema. Existe una buena relación conyugal y familiar, aunque en el momento actual se

producen tensiones porque su familia no entiende cómo el problema descrito le está condicionando de tal modo su vida socio-laboral.

Caso II

Mujer de 30 años, ama de casa, casada hace seis años, sin hijos. Acude a Salud Mental derivada por su médico de familia con un informe que dice:

“Paciente en tratamiento mediante inseminación artificial. Presenta episodios repetidos de angustia, palpitaciones, miedos que van siendo cada vez más frecuentes. Ultimamente tampoco puede ir al cine, ni montar en autobús, ni en tren. Ante la sospecha de un trastorno de angustia con agorafobia, solicito valoración y actitud a seguir”.

La paciente refiere que desde hace 4 años está en tratamiento debido a un problema de infertilidad. La motivación para quedarse embarazada es muy alta. Para llevar a cabo el tratamiento se desplazaba en autobús a un hospital de una ciudad cercana a la suya (una hora y cuarto de trayecto). Entre las intervenciones a que fue sometida le realizaron hace dos años una prueba para la desobstrucción de trompas y sufrió una reacción alérgica aguda en plena calle cuando iba a coger el autobús de vuelta a casa; dicha reacción requirió atención hospitalaria urgente. Resuelto el episodio agudo, pasó a lista de espera para un tratamiento de inseminación artificial. Hace seis meses le comunicaron que tendría que desplazarse asiduamente al hospital para comenzar el tratamiento. Esto le puso muy nerviosa, y los días previos a acudir a la cita, viniendo en tren desde un pueblo cercano a su casa, se orinó encima ligeramente. Además, el primer día que la paciente acudió de nuevo al hospital, comenzó en la sala de espera con aumento de la frecuencia cardiaca, hipersudoración, inquietud motriz y deseos compulsivos de ir al aseo para orinar. Desde este episodio, comenzó a preocuparse de que esto mismo le pudiera pasar también en los autobuses de línea. De hecho, en el siguiente viaje consiguió que el chofer saliera de la autopista para que ella pudiera ir a un water; algo

completamente infrecuente ya que el recorrido es de solamente una hora. Desde entonces no ha vuelto a montarse en ningún transporte público (tren, autobús u otros), aunque la distancia a recorrer sea de unos pocos minutos. También evita lugares donde el acceso a un urinario sea dificultoso. Sin embargo, sí se desplaza en medios de transporte particular porque tiene la confianza de poderse bajar si lo necesita.

Sobre su problema considera que *“orinarse encima sería para mí un trauma ya que la apariencia personal es muy importante”*. Las cantidades de orina cuando va al excusado en estas circunstancias son muy pequeñas, pero las sensaciones de plenitud de la vejiga y los pensamientos sobre que se va a orinar encima le resultan insoportables, por lo que tiene que ir frecuentemente.

Se autodefine como *“hipernerviosa”*, con preocupación excesiva por las cosas en general, pero sin psicopatología relevante. Anteriormente no había tenido ningún tipo de problema en los medios de transporte. Por otra parte, sí recuerda que en épocas de exámenes tenía que acudir frecuentemente a orinar, pero nunca había tenido problemas de descontrol de esfínteres. No presenta antecedentes familiares ni se ha objetivado patología orgánica.

Caso III

Paciente de 23 años, estudiante de Pedagogía, soltera, la pequeña de cinco hermanos, vive con sus padres y un hermano. Acude al Centro de Salud Mental con un volante de su médico de cabecera que dice:

“Mujer con probable agorafobia que se inició hace pocos meses con relación a cuadro de diarrea estando en el tren de cercanías. La analítica, las pruebas tiroideas y estomacales son normales. Agradecería valoración y tratamiento.”

Consulta por temor a coger medios de transporte. La sintomatología comenzó hace siete meses a raíz de un episodio diarreico cuando se encontraba viajando en un tren de cercanías. Tuvo que bajarse en la primera parada y buscar, apurada y sin conocer el lugar, un aseo. En la actualidad evita coger un medio de transporte público

de donde le resultaría difícil salir y encontrar un urinario. Este problema le impide aceptar trabajos como cuidar niños, algo que antes hacía habitualmente, ya que: *“me resultaría difícil dejarlos solos para buscar un water en el lugar donde me encontrase en ese momento”*.

Anteriormente al primer episodio descrito sí describe alternancia de periodos de estreñimiento y descomposición, que no le habían ocasionado problemas adicionales. Hasta que acude a consulta ha estado en tratamiento con dietas astringentes y posteriormente laxantes; también le pautaron tranquilizantes. Con ninguna de estas intervenciones ha notado mejoría.

Si puede, evita coger un medio de transporte, hacer colas y citarse en sitios donde no haya servicio. Si no lo puede evitar presenta dolor abdominal, hinchazón de estómago, sensación de mareo, sudoración y urgencia de defecación. En estas ocasiones procura ir acompañada, está continuamente pendiente de la existencia de un servicio, y en muchas ocasiones termina por ir al water a aliviarse; finalmente, llama a su familia para que la recoja o coge un taxi. Refiere estar preocupada ya que el problema está afectando a sus relaciones sociales, laborales y familiares.

No presenta antecedentes psicopatológicos personales. Su madre sufrió una depresión posparto tras nacer ella que remitió correctamente con tratamiento farmacológico. Orgánicamente no se ha objetivado ninguna patología.

ANÁLISIS FUNCIONAL

Estímulos

En los tres casos, la situación estimular central que provoca los síntomas son los lugares públicos con dificultad de acceso a un servicio. Así mismo, las tres pacientes presentan ansiedad anticipatoria, esto es, los síntomas aparecen, aunque en menor intensidad, al pensar que se van a exponer a estas situaciones (estímulos internos cognitivos).

Existen también situaciones estimulares más específicas. La situación estimular con más grado de generalización se da en el primer caso, donde la paciente teme cualquier situación social en un sitio

cerrado donde los demás pudieran percibir la incontinencia de ventosidades (casa de familiares o amigos, bares, iglesias...).

En el segundo caso, los estímulos que disparan la conducta son fundamentalmente los medios de transporte públicos. Y, en el tercer caso, las situaciones estimulares son tanto las esperas como los medios de transporte, fundamentalmente si se encuentra sola.

Organismo

En ninguno de los tres casos existen antecedentes psicopatológicos familiares ni personales relevantes. Sin embargo, sí parece haber una predisposición a tener alteraciones estomacales o tendencia a la poliuria en situaciones de nerviosismo, y en uno de los casos, existe un factor orgánico implicado en el origen del temor (rotura del esfínter anal). Esto podría ser considerado como un factor de vulnerabilidad.

Por otra parte, en la historia de aprendizaje existe un evento aversivo claro que inicia la sintomatología y que tiene relación con la falta de control adecuado de esfínteres en situaciones sociales y que produce un proceso de aprendizaje de condicionamiento clásico.

Respuestas

Respuesta motora: La evitación de las situaciones estimulares descrita (más o menos generalizada) es la respuesta común en los tres casos. Asimismo, acudir al baño para relajar el esfínter antes de afrontar las situaciones fóbicas es la respuesta habitual.

Respuesta fisiológica: Aquí se describen síntomas típicos de ansiedad como sofocos, sudoración, palpitaciones, sensación de mareo... con otros más específicos de su miedo como urgencia de relajación del esfínter anal o del uréter.

Respuesta cognitiva: La característica común es la presencia de pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de descontrol de esfínteres en una situación social, y su consecuente vergüenza si ocurriera.

Consecuencias

El refuerzo mantenedor de la conducta de evitación más evidente es el reforzador negativo fisiológico implicado en las conductas de evitación y huida, porque hace que disminuyan los síntomas físicos (sudoración, presión en el esfínter, etc.), junto con otro reforzamiento negativo fisiológico que es la relajación del esfínter que ocurre cuando se da la respuesta motora de acudir al servicio. Asimismo, existe en los tres casos un reforzamiento negativo cognitivo al disminuir los pensamientos desagradables en estas circunstancias como consecuencia de las respuestas motoras de evitación, huida y de acudir al servicio.

A pesar de que también existen consecuencias que son claramente aversivas (repercusiones familiares y socio-laborales) tienen, al parecer, menos potencia que los reforzadores negativos mencionados anteriormente, ya que no consiguen hacer disminuir las conductas de evitación. Sin embargo, son un factor motivacional importante de cara al tratamiento.

Contingencias

Los programas de refuerzo a los que está sometida su conducta son, por una parte, de intervalo variable (los contactos sociales, las citas en el hospital o el acudir a la facultad no ocurren de forma diaria y son a menudo imprevisibles), y por otra de refuerzo variable (no en todas las ocasiones se producen evitaciones o huidas). Además, la relajación del control de esfínteres en estas situaciones está bajo un programa de refuerzo fijo (se produce alivio cada vez que se vacía el colon o la vejiga).

DIAGNÓSTICO TRADICIONAL SEGÚN EL DSM-IV

Tras la descripción de los tres casos, quizá son diversos los diagnósticos que pueden recibir estas pacientes.

Un primer diagnóstico posible, desde el punto de vista del DSM-IV (APA, 1995) es el de *trastorno somatoforme indiferenciado*. Las

características de este trastorno son las siguientes: a) presencia de uno o más síntomas físicos que no pueden ser explicados por una condición médica o por los efectos directos de una sustancia; b) aunque exista una condición médica relacionada para los síntomas físicos, el deterioro social o laboral es mucho mayor de lo que cabría esperar por la historia, el reconocimiento físico o los hallazgos de laboratorio; c) además, los síntomas tienen que tener una duración mínima de 6 meses; d) ocasionar un deterioro significativo a nivel laboral, social o familiar. Y por último, los síntomas no se explican por la presencia de otro tipo de trastorno.

Las similitudes entre la sintomatología de las pacientes y los criterios diagnósticos se centran en la presencia de una alteración física que no tiene suficiente base orgánica y que causa un deterioro clínicamente significativo a nivel laboral, social y familiar en las pacientes.

Sin embargo, existen también algunas diferencias importantes. Por un lado, las pacientes no presentaban demandas persistentes de exploraciones clínicas o demandas a los médicos sobre garantías de que los síntomas no tenían una justificación somática, tal y como ocurre normalmente en los trastornos somatoformes. Así pues, no existía una preocupación seria por la salud.

Por otro lado, los síntomas no se presentan de modo continuado sino asociados a estímulos concretos, y la queja no está referida a la desaparición de las diarreas o de las ganas frecuentes de orinar sino a la evitación que producen estos síntomas. Es decir, la preocupación no es la alteración física como tal, sino las consecuencias que genera como el no poder viajar o estar en determinados lugares. Además, aunque existen antecedentes de problemas físicos en algún caso, en los 3 casos no existe alteración orgánica.

De las diferencias que existen y de la presencia de conductas motoras de evitación, y huida, así como de temor y actividad fisiológica incrementada, se podría pensar que el trastorno que presentan las pacientes podría explicarse mejor como un trastorno de ansiedad.

Entre los trastornos de ansiedad, son tres los diagnósticos que podrían recibir las pacientes. Un primer diagnóstico es el de *fobia social*, donde el temor está asociado a situaciones sociales donde

el sujeto puede ser evaluado y teme serlo de modo negativo. Entre las pacientes el temor y la vergüenza sobre qué pensarán los demás está presente; pero quizá cualquier persona ante la posibilidad de orinar, defecar o echar ventosidades delante de los demás pudiera pensar lo mismo. Por otro lado, las pacientes no muestran ningún tipo de dificultad en sus relaciones personales, excepto las derivadas de su temor, por lo que es descartable este diagnóstico.

Un segundo diagnóstico posible es el de *fobia específica*. Las fobias específicas se caracterizan por: un temor claramente delimitado por un objeto o situación (presente o anticipado por el sujeto) que produce una respuesta de ansiedad (DSM-IV, Asociación Psiquiátrica Americana, 1995). En el caso de las tres pacientes, los síntomas son derivados del temor a perder el control de los esfínteres en lugares públicos o alejados de un servicio, y son similares a los de otros trastornos de ansiedad, tanto a nivel fisiológico, cognitivo y motor. Además como consecuencia del temor, se produce una respuesta de ansiedad que conduce a la evitación de las situaciones donde el acceso a un servicio es difícil. Por otra parte, la anticipación ansiosa y el malestar que genera este problema interfiere negativamente en la vida cotidiana de las pacientes.

Además de estas características, las fobias específicas se presentan en mayor proporción en mujeres (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996). Esto mismo ocurrió en nuestro caso: las pacientes descritas acudieron al Centro de Salud Mental en un período de año y medio, durante el cual ningún varón lo hizo para consultar por esta patología.

Desde el punto de vista del subtipo de fobia específica, se han realizado muchas clasificaciones. La última edición del DSM-IV distingue entre: *a) fobias de tipo animal* (por ejemplo: serpientes, arañas, perros, etc.), *b) fobias de tipo ambiental* (por ejemplo: tormentas, agua, alturas, oscuridad, etc.), *c) fobias a la sangre* (por ejemplo: ir al dentista, ver sangre, ponerse inyecciones, etc.) y por último, *d) fobias de tipo situacional* (por ejemplo: volar, lugares cerrados, conducir, ascensores, aviones, etc.). También se incluye otro subtipo residual denominado "*otros*", donde se clasifican los temores al atragantamiento, al vómito, a axfisiarse, etc. (Bados, 1998).

Diversos estudios realizados apoyan la existencia de los subtipos de fobias específicas situacional, ambiental, sangre y animales, tanto en adultos como en niños y adolescentes (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996; Muris, Schmidt y Merckelbach, 1999). Sin embargo, en la práctica clínica pueden aparecer otro tipo de temores que no encajan en estas clasificaciones, como es el caso de las pacientes descritas que podrían encajar en el último subgrupo denominado como "otros" o como un tipo de fobia situacional.

Este subgrupo de "otros" de fobias específicas ha sido mucho menos estudiado y se conoce muy poco acerca de sus características y prevalencia. Permanece como una categoría residual, aunque su presencia repercute muy negativamente en la vida de las personas que lo sufren y pueda aparecer como demanda encubierta en los casos atendidos en centros de salud mental (De Jongh y Broeke, 1998). McNally (1997) considera a este subgrupo de fobias como atípicas y como él señala apenas existen datos sobre las mismas, si se exceptúan los estudios de casos referidos a la fobia a ahogarse o atragantarse (Becker y Schneider, 1998).

En los casos descritos, el *temor al descontrol de esfínteres* tiene en común con el resto de las fobias situadas en este grupo que el estímulo temido genera el temor al descontrol de diversas funciones corporales como el tragar, el orinar, el defecar, el respirar, etc. (señales interoceptivas), y que aparecen conductas defensivas como no toser, no escupir, no beber agua en el caso de la fobia al atragantamiento, o acudir al servicio continuamente en el caso del temor al descontrol de esfínteres. Además, el inicio del trastorno es tardío, entre los 20-30 años, y normalmente asociado a experiencias de condicionamiento clásico en ambos casos. Así, desde el punto de vista del diagnóstico tradicional, parece que estas pacientes podrían encajar en la categoría de fobia específica dentro del subtipo de "otros".

Un tercer diagnóstico que podría encajar en la patología que presentan las pacientes es la *agorafobia sin historia de pánico*. La agorafobia sin historia de pánico se caracteriza por: temores a diversas situaciones como salir solo de casa, las multitudes,

viajar, lugares cerrados, etc., junto con niveles elevados de ansiedad. La característica común de los estímulos temidos es ser situaciones en las que resulta difícil escapar o donde la ayuda puede no ser factible. Así, el paciente teme la aparición de algún síntoma o síntomas análogos a los que concurren durante un ataque de pánico, por ejemplo desmayarse, tener un ataque de diarrea, tener sensaciones de vértigo o mareo, o la pérdida de control del esfínter urinario (Sandín y Chorot, 1995).

Las pacientes descritas anteriormente presentan similitudes con este diagnóstico, como el estímulo temido (la pérdida de control de esfínteres), la respuesta de ansiedad, la evitación de situaciones y la presentación de síntomas de pánico como la sudoración, los sofocos, la taquicardia, pero sin el cuadro completo de ataque de pánico, es decir, con crisis de pánico limitadas.

Este tipo de agorafobia aparece poco citada en la bibliografía, a pesar de las limitaciones que genera (Diez, Corominas y Vallejo, 1990), quizá debido a la dificultad de una correcta valoración clínica, ya que en muchos casos aparece diagnosticada como fobia específica de tipo situacional por las similitudes que presenta (Antony, Brown y Barlow, 1997; DSM-IV, 1995). Las personas con fobias específicas de tipo situacional temen similares situaciones a los agorafóbicos. Normalmente el temor es desencadenado por la posible aparición de un síntoma fisiológico, además tienen un inicio del trastorno situado entre los 20-30 años y la etiología habitualmente se explica por medio del modelo del condicionamiento clásico. Asimismo, las estrategias de tratamiento son similares en ambos casos: la exposición junto a la reestructuración cognitiva pueden ser útiles.

Por lo tanto, las pacientes pueden recibir diversos posibles diagnósticos, con la consiguiente dificultad para llegar a un consenso y la gran inversión de tiempo que supone para los terapeutas. Lo cierto es que, -a pesar de las dudas diagnósticas planteadas-, con los datos proporcionados por el análisis funcional se llegó a una delimitación de objetivos y del tratamiento a aplicar. El tratamiento se basó en la autoexposición en vivo con estrategias de ayuda para hacer frente a las situaciones e impedir la evitación, tal y como se describe a continuación.

TRATAMIENTO

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos que se establecieron en los tres casos fueron conductuales. Para ello, cada paciente elaboró una jerarquía –de menor a mayor dificultad- de 10 ítems con las situaciones evitadas en relación con su problema. Cada objetivo se consideraba superado cuando la paciente era capaz de realizarlo, al menos en tres ocasiones consecutivas, con un nivel de ansiedad inferior a 3 puntos en una escala de tipo Likert de 0 a 10. El contenido concreto de dichas jerarquías se puede observar en la Tabla 1.

Aspectos formales

La intervención terapéutica duró 6 meses en el primer caso y 4 meses en los otros dos. En todos los casos se utilizaron las dos primeras sesiones para la evaluación y el resto de las sesiones para el tratamiento en sí mismo. Además, las tres pacientes fueron evaluadas al año de seguimiento.

El número de sesiones de tratamiento fue de 9 en el primer caso, 6 en el segundo y 5 en el tercer caso. La frecuencia de las sesiones fue, en la mayoría de las ocasiones, quincenal. La duración de las sesiones fue de unos 45 minutos.

Contenido de las sesiones

En la primera sesión se explicó a las pacientes el origen y mantenimiento de su trastorno (fase educativa), utilizando para ello la misma hipótesis explicativa que para una fobia específica. Esto es, el inicio se situó en función de una estimulación aversiva brusca, y el mantenimiento en función del refuerzo negativo provocado por las huidas y las evitaciones. Ninguna de las tres pacientes tuvo dificultades en aceptar dicha hipótesis adaptada a su problema. Por lo tanto, se les ofreció la exposición *in vivo* a las situaciones temidas como alternativa lógica de tratamiento.

Tabla 1.- Conductas-meta jerarquizadas

JERARQUÍA CASO I

1. Estar con amigos en un bar
2. Comprar en una tienda
3. Dormir en casa de su hermano
4. Pasear sola con el niño lejos de su casa
5. Pasar un fin de semana en casa de unos amigos íntimos
6. Dormir en casa de sus suegros
7. Ir a l cine y ver la película cerca de la puerta
8. Ir al cine y ver la película lejos de la puerta
9. Acudir a la Iglesia cerca de la puerta
10. Acudir a la Iglesia cerca del altar

JERARQUÍA CASO II

1. Vehículo particular, trayecto de 15 minutos
2. Autobús urbano, una parada
3. Autobús urbano ,dos paradas
4. Tren de cercanías, una parada
5. Tren de cercanías, dos paradas
6. Tren de cercanías, cinco paradas
7. Autobús interurbano, trayecto de 15 minutos
8. Autobús interurbano, trayecto de 25 minutos
9. Tren de cercanías, trayecto de media hora
10. Autobús de línea, trayecto de hora y cuarto

JERARQUÍA CASO III

1. Esperar en un bar
2. Esperar en la calle
3. Coger un autobús urbano acompañada
4. Coger un autobús urbano sola
5. Tren de cercanías, acompañada, sin espera
6. Tren de cercanías, sola, sin espera
7. Tren de cercanías, sola, con 15 minutos de espera
8. Coger un autobús interurbano acompañada
9. Coger un autobús interurbano sola

En las siguientes sesiones se dedicaba la mayor parte del tiempo a la revisión de las tareas de exposición (trabajadas con un autorregistro de tareas). Esta revisión consistía en reforzar las tareas realizadas, alentar la práctica progresiva y continuada, y comprobar que los ejercicios se ajustaran a los criterios de exposición contrastados más eficaces (Bados, 1998). Para potenciar la exposición, las pacientes fueron entrenadas en autoinstrucciones y respiración abdominal, pero no fueron entrenadas en relajación.

En los tres casos se trabajó con reestructuración cognitiva para intentar modificar la idea de vergüenza por el descontrol de esfínteres. La última sesión se dedicó también a la prevención de recaídas, informando de pautas para mantener y aumentar los avances, así como proporcionando instrucciones para el manejo de posibles recaídas según el esquema de Marlatt y Gordon (1985).

En el segundo caso con descontrol del esfínter urinario se utilizó, además, una técnica de sobreaprendizaje. Para ello, se le pidió a la paciente que hiciera la autoexposición con la vejiga llena (después de haber bebido dos botellines de agua).

RESULTADOS

En cuanto a los objetivos terapéuticos, la primera paciente había conseguido, al finalizar el tratamiento, seis conductas-meta. Esto es, era capaz de dormir en casa de sus suegros con niveles de ansiedad prácticamente inexistentes. La respuesta cognitiva no se había modificado en cuanto a intensidad de la creencia (95%), pero sí había disminuido en frecuencia y duración en la medida en que la exposición fue avanzando. En cuanto a la respuesta fisiológica, aún permanecía cierta urgencia de defecación antes de acudir a sitios concretos, pero esto no le impedía llegar puntual.

En el segundo caso, la paciente era capaz en el momento del alta de coger un autobús interurbano en un trayecto de 25 minutos, después de haber bebido dos botellines de agua (ítem nº 8). Por otra parte, sí se había producido una modificación en la intensidad de la creencia (de un 80% a un 20%), así como en la frecuencia y duración de los pensamientos en torno a la po-

sibilidad de descontrol. Además, la respuesta fisiológica alterada había remitido por completo.

En lo que respecta a la tercera paciente, había conseguido coger un autobús interurbano acompañada, con niveles de ansiedad inferiores a tres (ítem nº 8). La creencia de que el defecarse encima era vergonzosa, apenas había variado (de un 85% a un 75%). Sin embargo, ocurrió como en el primer caso, es decir, la frecuencia, duración e intensidad de las rumiaciones fue disminuyendo en la medida en que la exposición avanzaba. Por otra parte, persistían las alteraciones gástricas y la necesidad de defecar antes de salir de casa. Sin embargo, la paciente lo valoraba como un hábito adquirido que no le resultaba incapacitante.

Transcurrido un año después del alta en el Servicio, se realizó un seguimiento para observar la evolución de la sintomatología. En el primer caso, las sesiones de tratamiento se habían interrumpido por el incumplimiento de tareas. La paciente consideraba que podía hacer ya una vida relativamente normal, y el bautizo de su hijo (relacionado con el último ítem de la jerarquía) quedó aplazado de forma indefinida. Por ello, no existía motivación para continuar la exposición. Al año de seguimiento la mejoría había aumentado. La paciente había conseguido un puesto de trabajo en una tienda, de cara al público, y era capaz de realizar, sin ninguna evitación, los ocho primeros ítems de la jerarquía, lo que hacía completamente normal su vida cotidiana. Sin embargo, sí persistía la necesidad de relajación del esfínter cuando realizaba alguna actividad no habitual (como ir de excursión con amigos para todo el día). Por otra parte, tampoco tenía fecha prevista para el bautizo de su hijo.

Las sesiones de tratamiento se habían interrumpido en el segundo caso para evitar el riesgo de aborto por aumento de la ansiedad al realizar nuevas tareas, ya que la paciente estaba felizmente embarazada. Al año de seguimiento se encontraba completamente asintomática y realizaba los nueve primeros ítems de la jerarquía sin ninguna evitación, aunque estuviera con la vejiga llena. No se había desplazado en autobús de línea a la ciudad cercana a la suya porque, según sus palabras: *“No ha surgido la necesidad, pero estoy segura de que no iba a tener ningún problema; tengo completamente superado aquel miedo”*.

En cuanto al último caso, se habían interrumpido las sesiones de tratamiento debido a la falta de motivación para seguir realizando las tareas. La paciente utilizaba el tren de cercanías para los desplazamientos y no consideraba necesaria la exposición a los dos últimos ítems ya que no interferían en el desarrollo normal de su vida cotidiana. Al año de seguimiento la paciente mantenía los logros alcanzados sin conductas de evitación ni alteraciones psicofisiológicas. Persistían pensamientos de preocupación "*en ocasiones contadas*" y, si bien no había realizado los dos últimos ítems de la jerarquía, tampoco consideraba que tuviera dificultades si algún día necesitara llevar a cabo éstas o situaciones similares.

CONCLUSIONES

Los casos que se describen en este artículo son atípicos ya que no aparecen frecuentemente descritos. El diagnóstico tradicional se muestra difícil porque las pacientes presentan síntomas que pueden estar presentes en diversos cuadros clínicos. Sin embargo, parece que *la categoría de agorafobia sin historia de pánico* podría encajar como posible diagnóstico.

Si realizamos *un análisis funcional* se puede observar que los estímulos temidos se refieren a situaciones donde es difícil encontrar un servicio público. Este temor genera, *a nivel fisiológico*, mayores ganas de orinar y defecar por las sensaciones de plenitud de la vejiga o del colon que se dan cada vez con menor presión del esfínter y un creciente nivel de nerviosismo. *A nivel conductual*, se presentan conductas de evitación (que suponen un refuerzo negativo de tipo variable) y rituales de comprobación como acudir al servicio justo antes de salir, o no ingerir alimento ni bebida alguna hasta llegar al sitio seguro (que suponen un refuerzo negativo de tipo fijo). Por último, *a nivel cognitivo*, los pacientes muestran, como característica esencial, una atención auto-focalizada en las sensaciones estomacales y vesicales, junto con imágenes vergonzantes donde se visualizan orinando o defecando encima, así como ideas sobreestimadas de la posibilidad de que se necesite acudir a un servicio público. Las consecuencias del trastorno suponen una limi-

tación cada vez mayor de la movilidad y una incapacitación para poder llevar adelante la vida cotidiana.

El *inicio del trastorno* se sitúa en la vida adulta entre los 20 y los 30 años, al igual que las fobias específicas de tipo situacional y la agorafobia sin historia de crisis de angustia (Marks, 1991), y normalmente asociado a la aparición del descontrol de esfínteres o a algún período de estrés, enfermedad o acontecimiento externo que genera nerviosismo y ansiedad. La prevalencia parece mayor en mujeres, al igual que en otras fobias específicas o en la agorafobia (Maggee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996) y el curso del trastorno es crónico.

Desde el punto de vista etiológico, los factores causales que aparecen en la historia de las pacientes son: la experiencia aversiva directa, cierta predisposición fisiológica a orinar con más frecuencia o una sensibilidad especial estomacal o vesical, e incluso situaciones como enfermedades físicas o las consecuencias del parto que pueden considerarse un factor de vulnerabilidad. Al igual que en la fobia al atragantamiento o al vómito (De Jongh y Ten Broeke, 1998), el temor a orinar o defecar parece más asociado a sucesos o episodios de carácter traumático donde se da pérdida de orina o heces en un lugar sin servicio público y con gente alrededor. Normalmente estos lugares quedan asociados por procesos de condicionamiento y los pacientes tienden a evitar todo tipo de situaciones similares por un proceso de generalización.

A nivel de tratamiento, las fobias se han tratado principalmente con exposición en vivo o en imaginación y algunas técnicas de ayuda como la relajación, las autoinstrucciones o la reestructuración cognitiva. Sin embargo, a pesar de que los mecanismos de reducción del miedo sean múltiples (habitación, extinción, factores cognitivos o procesamiento emocional) (Antony y Barlow, 1997), la exposición se considera una condición imprescindible (Rachman, 1990).

Como señalan Muris y Merckelbach (1998), aunque la exposición es el tratamiento de elección, cada tipo de fobia requiere de una aproximación terapéutica particular. Así, el modelado con terapeuta en las fobias animales, la tensión aplicada en la fobia a la sangre, y las intervenciones cognitivas para corregir las expectativas y las

interpretaciones erróneas en las fobias ambientales, situacionales, y sociales ayudan a mejorar los resultados terapéuticos. Así la descripción de diversos trastornos fóbicos y sus características diferenciales resulta relevante para la práctica clínica.

En los casos descritos, se ha utilizado la exposición junto con la prevención de los rituales (por ejemplo: no acudir al servicio justo antes del viaje, etc.) y el diseño de experiencias de sobre aprendizaje y de tareas para casa. Las estrategias cognitivas no fueron de ayuda en estos casos; sólo con el afrontamiento de las situaciones evitadas las pacientes conseguían disminuir la frecuencia, la intensidad y la duración de los pensamientos ansiógenos y, en algún caso, una disminución significativa de la intensidad de la creencia.

Algunos aspectos importantes a la hora de llevar a cabo el tratamiento fueron la delimitación de los objetivos terapéuticos y la oportunidad del alta aunque no se cumplieran todos los ítems de la jerarquía. Así, antes de comenzar con la aplicación de las técnicas, fue importante delimitar los objetivos del tratamiento, ya que en algún caso la paciente planteó el objetivo inalcanzable de no tener nunca más un episodio de descontrol o molestia abdominal, y esta queja era inmodificable con el tratamiento. Se explicó a la paciente que el objetivo no era ése, sino hacer que, en el caso de que ocurrieran esos síntomas no evitara las situaciones y que disminuyera el temor por medio de la exposición a los síntomas en las situaciones temidas.

Desde el punto de vista del alta, ninguna paciente consiguió practicar todos los ítems de la jerarquía. Sin embargo, eran capaces de llevar adelante su vida cotidiana sin que su miedo les resultara incapacitante. Por lo tanto, el objetivo del alta fue evitar el riesgo de abandono por falta de motivación al tratamiento.

El interés del estudio de casos que se presenta en este artículo se deriva, por un lado, de la presentación de patologías no habituales, tanto a nivel de descripción psicopatológica como de abordaje terapéutico. Así, se puede observar que la clínica es más complicada que las clasificaciones habituales y requiere más imaginación aplicada. Y por otro lado, se ofrece la descripción de una intervención breve que responde con éxito a los criterios de coste-eficacia de la red pública de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Antony, M.M. y Barlow, D.H.** (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1.* Madrid. Siglo XXI.
- Antony, M.M., Brown, T. y Barlow, D.H.** (1997). Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV. *Behavior Research and Therapy, 35*, 1089-1100.
- Asociación Psiquiátrica Americana** (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición). Barcelona. Masson.
- Bados, A.** (1998). Fobias específicas. En M.A. Vallejo (Editor). *Manual de terapia de conducta. Vol. 1.* Madrid. Dykinson.
- Becker, E.S. y Schneider, S.** (1998). Exposure in the treatment of specific phobia of swallowing. *Verhaltenstherapie, 8*, 50-56.
- De Jongh, A. y Ten Broeke, E.** (1998). Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: a case study. *Clinical and Psychological Psychotherapy, 5*, 264-269.
- Díez, C., Corominas, A., Vallejo, J.** (1990). Agorafobia sin crisis de angustia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 17*, 142-144.
- Echeburúa, E.** (1993). La evaluación conductual, las variables de personalidad y el diagnóstico clínico. En *Modificación de conducta y psicología clínica.* Bilbao. UPV.
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H. y Wik, G.** (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 33-39.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H., McGonagle, K.A. y Kessler, R.C.** (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159-168.
- Marks, I.** (1991). *Miedos, fobias y rituales* (Vols. 1 y 2). Barcelona. Martínez Roca (original de 1987).
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R.** (Eds.) (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change.* Nueva York. Guilford Press.
- McNally, R.J.** (1997). Atypical phobias. En G.C.L. Davey (Editor). *Phobias: a handbook of theory, research and treatment.* Nueva York. Wiley & Sons.
- Muris, P. y Merckelbach, H.** (1998). Specific phobias. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Comprehensive clinical psychology.* Oxford. Pergamon Press.
- Muris, P., Schmidt, H. y Merckelbach, H.** (1999). The structures of specific phobias symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 863-868.

- Rachman, S.** (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in behavior research and therapy*, 12, 1-30.
- Sandín, B. y Chorot, P.** (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología*. Vol. 2. Madrid. McGraw Hill.

