

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UNA FOBIA SIMPLE

S. ALARIO BATALLER

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento y remisión satisfactoria de los síntomas ligados a una fobia al fuego por medio de la desensibilización sistemática. El problema databa de la adolescencia y entorpecía grandemente la vida de la paciente y sus relaciones familiares. El tratamiento tuvo una duración de cinco meses.

SUMMARY

This report deals with the treatment and satisfactory remission of a phobia fire by means of the systematic desensitization. The problem dated from the patient's adolescence and it spoiled her life, including her family life. The treatment went on for five months.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La paciente, una mujer casada de 35 años, acudió a consulta acompañada de su marido (tratado hacía unos meses de un problema de tabaquismo) a causa de lo que ella describió como "miedo absurdo al sol, a la luz, al fuego...". Resultó que todo lo que brillara y produjere calor producía en ella una gran respuesta de ansiedad. Había sido atendida por varios psiquiatras sin obtener ningún beneficio evidente.

Historia familiar

Las relaciones con su familia fueron siempre positivas, sin tensiones. M, nuestra cliente, guarda un entrañable recuerdo de sus progenitores. Más, siendo adolescente (exactamente a los 16 años), M. perdió a su madre y a su hermano mayor cuando su casa se incendió. Del siniestro se salvaron milagrosamente ella y su padre. Su padre, médico rural, era un hombre afable y bondadoso, quien la quiso bien y la protegió y cuidó, en la medida de sus posibilidades, en los momentos más difíciles.

M. tenía muy poca familia, solamente familiares lejanos a los que no conoce directamente. No hay ningún antecedente familiar con trastorno mental.

Historia personal

La paciente nació en un hermoso pueblecito gallego. No hubo problemas en el embarazo y parto. Fue una niña agraciada y muy activa, más bien nerviosa.

En el colegio fue una alumna normal y alegre, que trababa fácilmente amistad con los otros niños. Una vez en el instituto, tuvo que dejar el centro a causa de su ansiedad y por sufrir depresiones ocasionales. M. opinaba que estos problemas aparecieron desde la muerte de su madre y hermano y que, en ocasiones, aumentaban en intensidad sin que ella comprendiera la causa. De adolescente fue una chica constantemente angustiada, triste e irritable. Se había vuelto taciturna y su rendimiento académico era más bien pobre. Dejó el centro en un momento en que, según dijo, le resultaba imposible pensar, hacer algo correctamente o hablar con alguien. Por esta época su padre se

mudo a un pueblo mejor, donde el problema disminuyó notablemente. Ocasionalmente tenían algún "bache" (ansiedad y depresión) que sobrellevaba con la medicación que su padre le prescribía.

A los 20 años recuerda que era una persona susceptible, aunque había ganado amigos y conocido a un joven que le interesaba sinceramente. Este sería su futuro marido, con quien se casaría dos años después. El matrimonio vino a vivir a la ciudad de Valencia, donde el esposo había ganado una plaza de profesor en un instituto. Según ella, sexualmente no tuvo problemas aunque raras veces conseguía un orgasmo. Su marido es un hombre plácido y muy gentil, siempre interesado en ayudar a su esposa (cuyos problemas psicológicos conocía en detalle antes de desposarla). Tienen dos hijos varones de 7 y 5 años de edad.

En los últimos cinco años M. tuvo dos crisis fuertes, a causa de un incendio en un bosque cercano al chalet de su propiedad, donde pasan las vacaciones. En el primer caso recibió tratamiento medicamentoso a base de un ansiolítico y un antidepresivo por un psiquiatra, tratamiento que la había beneficiado muy poco. En vistas de ello acudió a un psicoanalista (psiquiatra hispanoamericano) con el que estuvo apenas dos meses. El proceso psicoterapéutico le pareció un sinsentido, por lo que abandonó la consulta. Esta última crisis había sido la más fuerte de todas, pues M. evitaba salir a la calle por miedo a quemarse bajo el sol, evitaba la cocina y se estaban deteriorando las relaciones con su marido e hijos. Yo tuve que recibirla a las 10 de la noche. Aún a esta hora, M. llevaba gafas oscuras, viendome obligado a disminuir la iluminación de la habitación donde nos encontrábamos. Según su marido, había sido "una lucha de titanes" hacerla salir de casa y traerla a la clínica.

Diagnóstico

Según el DSM-III (1980), los síntomas que M. padecía se adscriben a las siguientes categorías:

- A. M. tenía un miedo persistente (que reconoce como irracional), a la par que siente un deseo impulsivo de evitar y, de hecho, evita cualquier situación que involucre la presencia del fuego (o estímulos relacionados en virtud de un proceso de generalización). Este objeto fóbico es distinto, evidentemente, de hallarse sola en lugares públicos lejos de su hogar (agorafobia) o sufrir humillación o embarazo en determinadas situaciones sociales (fobia social).
- B. Su fobia subsume un malestar grande, a la vez que M. reconoce que su miedo es excesivo e irrazonable.

C. El problema no es debido a ninguna perturbación mental del tipo de la esquizofrenia o de los trastornos obsesivo-compulsivos.

Por añadidura, M. presenta una amplia gama de sintomatología asociada. Se encuentra irritable, tiene insomnio en ocasiones y sintomatología depresiva leve. Su tensión es mayor, como es obvio, cuando se enfrenta al estímulo fóbico, donde experimenta síntomas idénticos a la crisis de angustia. Como se ha dicho anteriormente, M. evita de manera activa el contacto con el estímulo fóbico o cualquier representación del mismo. Tiene una gran ansiedad anticipatoria, por lo cual siempre pide información antes de verse involucrada en situaciones perturbadoras (por ejemplo, su marido tenía que informarla si había algún fuego en la cocina. Incluso le había prohibido fumar en su presencia). Su fobia, aunque monosintomática, la había incapacitado notoriamente y deteriorado en buena medida su vida cotidiana. Su marido se había visto obligado a contratar una sirvienta, que cocinaba y atendía la casa. M. ingería solamente comidas frías.

Considerando este conjunto semiológico, el problema de M. fue diagnosticado como Fobia Simple (DSM-III, 1980).

Procediendo con la evaluación multiaxial del DSM-III, obtenemos:

EJE I: 300.29 Fobia simple

EJE II: Sin evidencia relativa a trastornos de personalidad o trastornos específicos del desarrollo.

EJE III: Sin estados ni trastornos orgánicos.

EJE IV: Estrés psicosocial: Puede considerarse en esta categoría el incidente del incendio y las dos sensibilizaciones de la fobia. Intensidad: 6- extrema.

EJE V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año: 6- muy mediocre.

TRATAMIENTO

Aunque angustiada y abatida, la paciente tenía un buen nivel de motivación y, por ello, cualquier mejoría era sumamente valorada por ella. Este hecho, claro está, motivaba su compromiso con todo el proceso terapéutico.

Durante las primeras entrevistas se le dieron los consejos de costumbre (Wolpe, 1969) y vista por el Dr. Alario, previa evaluación del autor, se decidió que tomase durante el primer mes (en principio, lo cual efectivamente fue así) un ansiolítico, concretamente Tranxilium - 15 (15 miligramos de cloracepan), una capsula antes de dormir. Aunque no sufría insomnio persistente-

mente, tenía que relajarse cada noche (previa ingestión del tranquilizante menor) con el cassette de hipnosis en función de las sugerencias que forman su contenido. Se le explicó consecuentemente el plan a seguir, el tema de la ansiedad, la desensibilización sistemática y se comenzó el entrenamiento en relajación muscular, visualización de escenas, al tiempo que se confeccionaban las jerarquías de respuesta de ansiedad. El objetivo final consistía en que M. pudiera salir a la calle en un día soleado y cocinar, i.e, relacionarse sin angustia con el fuego y el calor. Su respuesta de ansiedad aumentaba a medida que se acercaba al fuego y en función del tamaño del mismo. La situación imaginaria fue una hoguera de leña en el jardín de su chalet de la montaña. El fuego, en un caso aumentaba de tamaño y, en otro la paciente se acercaba gradualmente a un fuego de tamaño constante. Se confeccionaron las jerarquías tomando en consideración estas variables. La escena final era M. sentada junto a la hoguera, completamente sola, y contemplando el fuego.

A lo largo de todo el proceso, la paciente se relajaba profundamente ayudada por la hipnosis, a la vez que imaginaba claramente las escenas. Presentaba respuestas de ansiedad bastante fuertes en cada escena, pero en ningún caso fue necesario incluir pasos adicionales a fin de facilitar la reducción de la ansiedad. Esta siempre disminuyó con las presentaciones sucesivas de las escenas, alcanzando las 0 usa.

Diariamente nuestra paciente practicaba la relajación muscular, durante tres sesiones diarias de media hora. A los tres meses habíamos terminado todas las jerarquías y ella, verdaderamente satisfecha, informó que había tolerado que su esposo fumase cerca de ella, podía ver a distancia el fuego de la cocina y ya no le molestaba tanto el sol. Sin embargo, confesó que no se atrevía a entrar en la cocina por lo cual pensé en una desensibilización in vivo. La estimulé a que saliera a la calle en días soleados, cambiando los cristales de sus gafas de más a menos oscuros de una manera paulatina. Al principio, la acompañaría su esposo en los paseos, pero después lo haría sola. En este momento pensamos que M. estaba preparada para enfrentarse directamente con el fuego. La situación para desensibilizarla la preparamos en la propia consulta. Al final del corredor principal se encuentra la puerta de la cocina donde hay una encimera con tres focos de gas de distinto tamaño. Desde la puerta principal hasta la encimera hay exactamente 20 pasos (de M.). Estos representarían las 20 aproximaciones que se harían primero con la salida de gas menor encendida, después, con la mediana y, finalmente con la más grande. El criterio a conseguir era que M. preparase un café en el fuego mayor y se lo sirviese al terapeuta (debía preparar la cafetera estando el fuego a máxima intensidad, colocarla encima, esperar a que se hiciera el café y después servirlo). Estas conductas debía relacionarlas con un mínimo o ninguna respuesta de ansiedad. Al cuarto mes, habíamos finalizado las pruebas, M.

ya no usaba gafas y realizaba una vida prácticamente normal. M. cocinaba normalmente, salía de compras, todo lo cual no creía haber podido conseguir. Contándome esto, M. se puso muy emocionada, riendo y llorando simultáneamente, confesando que se sentía verdaderamente feliz. Su marido, como cabe suponer, estaba muy satisfecho. Se había conseguido la meta que nos marcamos; esto es, que M. no se angustiara ante el estímulo de fuego y calor.

En la próxima visita, la penúltima, M. confesó que siempre había deseado tener una vida más activa e interesante y no quería resignarse a ser una simple ama de casa. Pensamos lo que podría hacerse al respecto. A la paciente le entusiasmaba la pintura y el baile, por lo cual se le estimuló a que se matriculase en una academia de pintura y buscase algún centro de danza, de "aerobic" en concreto que era lo que a ella le gustaba. En la última visita, quince días más tarde, dijo que había seguido mis instrucciones y sus nuevas actividades le habían permitido conocer algunas personas interesantes. Pasado un mes desde que se le diera el alta M. informó por teléfono al terapeuta que su mejoría se mantenía. Afirmaba que su vida se había transformado y que su fobia había desaparecido completamente. M. estaba eufórica.

He de resaltar que durante el tratamiento se evitaron las sugerencias directas y las promesas tranquilizadoras, normalmente poco asentadas en la realidad. Se le dijo que la remisión de los síntomas era probable, que tenían que darse ciertas condiciones (buen nivel de relajación, buena visualización de las escenas, persistencia, etc.) y que lo pasaría mal en ocasiones, como así fue a decir verdad. El terapeuta se limitó a explicar el procedimiento, estimular la colaboración de la paciente y a valorar la marcha del caso. Finalmente, como se ha comentado con anterioridad, se le retiró el tranquilizante al mes de iniciar el tratamiento y mantuvimos durante la totalidad del mismo el cassette de relajación por las noches.

DISCUSIÓN

El caso clínico que acabamos de presentar es uno de los que más han satisfecho profesionalmente al autor, puesto que se acabó con una fobia de vieja historia, como suelen serlo las fobias simples que se mantienen y se intensifican a lo largo de los años. El tratamiento se llevó a cabo en un tiempo relativamente corto y con un ritmo normal. Además, el caso de M. es ilustrativo de la eficacia de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1954, 1958, 1969) como técnica terapéutica para respuestas de ansiedad específicas. No obstante, es todavía prematuro valorar el mantenimiento de la remisión sintomática, de cuyo tema sabremos en sucesivos seguimientos.

Siguiendo a Paul y Bernstein (1976), se eligió la desensibilización sistemática como técnica terapéutica primordial, puesto que se daban las siguientes condiciones que suelen ser genéricas a las fobias. A saber:

1. La ansiedad condicionada -evitada en la ausencia de peligro o amenaza objetiva- es de larga duración o de gran intensidad, produciendo perturbación subjetiva grave.
2. La respuesta de ansiedad conduce a la inhibición de conductas adaptativas con el fin de evitar o escapar de la ansiedad condicionada.

Estas dos condiciones, como resulta evidente, eran prevalentes en el caso de M.

También deseamos enfatizar la importancia de llevar a cabo una desensibilización in vivo, si bien suele darse un buen gradiente de generalización a las situaciones reales con la variante de desensibilización sistemática e imaginación (Wolpe, 1958, 1969). Empero -y siempre que ello sea posible- nosotros utilizamos conjuntamente las dos modalidades de desensibilización, señalando que siempre la desensibilización utilizando imágenes mentales precede a la exposición de situaciones ansiógenas reales.

Resulta tópico -y no por esta razón menos interesante- el proceso por el cual se generó y mantuvo la fobia monosintomática de M. Tenemos que:

1. Se produce un acontecimiento traumático principal (la muerte de su madre y hermano en el incendio), lo cual repercute psicológicamente en nuestra paciente.
2. Se dan lapsus temporales de mejoramiento (por alejarse del lugar del acontecimiento traumático, experiencias diarias que contracondicionan inespecíficamente, etc).
3. Se producen experiencias sensibilizantes (los dos incendios próximos al chalet); el último de estos incendios exacerba los síntomas de M., lo cual motiva la consulta en nuestro centro.
4. Tienen lugar diversas generalizaciones del estímulo. Así, M. temía al sol, al calor, etc. Del mismo modo, la RA se condicionó a estímulos frente a los cuales aparecía (como el pavor a la estufa y que solo verla le producía aprensión), que desaparecieron al descondicionar pertinentemente las respuestas de ansiedad condicionada.
5. Tiene lugar una conducta de evitación, que mantiene el hábito neurótico en virtud del refuerzo que implica evitar una situación perturbadora.

Aunque terapéuticamente -que no preventivamente- la dilucidación de los factores etiológicos del problema no tengan un peso fundamental (Lazarus y

Rachman, 1957; Rachman, 1958), los eventos que se hallaron involucrados en la génesis y pervivencia de la fobia de M. se comprenden satisfactoriamente dentro del marco de la psicología del aprendizaje.

Por último, desearía señalar la buena cooperación de nuestra paciente, sus vivos deseos por mejorar, todo lo cual se intensificaba a medida que se conseguían éxitos terapéuticos. De no existir este nivel de colaboración ya desde un principio, de seguro que la terapia no hubiese avanzado de una manera tan uniforme y rápida.

BIBLIOGRAFÍA

- ALARIO, S. y ALARIO, V. (1982).- *La relajación muscular: Un ansiolítico natural. Aplicaciones clínicas y cotidianas.* (Manuscrito inédito).
- DSM-III (1980).- *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* A.P.A., Washington. Third Edition.
- JACOBSON, E. (1938).- *Progressive relaxation.* Chicago, University of Chicago Press.
- PAUL, G.L. y BERNSTEIN, D.A. (1976).- Anxiety and clinical problems: Systematic desensitization and related techniques, in J.T. Spence, Carson y Thibaut (Eds.). *Behavioral approaches to therapy*, Morristown, N.J., General Learning Press.
- LAZARUS, A.A. y RACHMAN, S. (1957).- The use of sistematic desensitization in psychotherapy. *South African Med. J.*, 32, 934-937.
- RACHMAN, S. (1958).- Objective psychotherapy: some theoretical considerations. *South African Med. J.*, 33, 19-21.
- WOLPE, J. (1954).- Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *A.M.A. Archs. Neurol. Psychia.*, 72, 205-226.
- WOLPE, J. (1958).- *Psychoterapy by reciprocal inhibition.* Stanford University Press. Stanford, California.
- WOLPE, J. (1969).- *The practice of behavior therapy.* Pergamon Press, Inc. Oxford, England.