TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL: ESTUDIO DE UN CASO

TREATMENT OF SOCIAL PHOBIA: A CASE STUDY

MARÍA DE LA FE RODRÍGUEZ MUÑOZ, BLANCA MAS HESSÉ

Servicio de Psicología Aplicada UNED

Recibido 09-10-01

Aceptado 23-11-01

Resumen

En este estudio se presenta en detalle el tratamiento de un caso de fobia al pis. El tratamiento incluye: exposición a las sensaciones fisiológicas, exposición a los pensamientos ansiógenos, reestructuración cognitiva, intención paradójica y reforzamiento contingente a los logros de la paciente.

El tratamiento se ha realizado en siete sesiones. Los resultados señalan una disminución progresiva del problema hasta finalizar el tratamiento, donde podía orinar en cualquier sitio que lo necesitara. La mejoría se mantuvo en el seguimiento, éste se ha realizado en cuatro momentos distintos: uno, tres, seis y doce meses.

Palabras clave: Fobia social, tratamiento.

Abstract

In this paper, the treatment of a case of social phobia is presented in detail. The intervention includes the following treatment procedures: exposition, cognitive restructuring, paradoxical intention and reinforcement.

This programme was carried out in seven sessions. The results show a progressive decrease of the symptoms throughout the treatment and during the follow-ups which took place: 1 month, 3 months, 6 months and 12 months afterwards.

Key Words: Social phobia, treatment.

Introducción teórica

La fobia al pis esta dentro de las llamadas fobias sociales, en las que lo más temido por el paciente es la evaluación o el escrutinio de los demás cuando está realizando la conducta de la micción. En el DSM-III-R aparece específicamente recogida la fobia al pis como fobia social. En cuanto al DSM-IV hay que decir que dicho epígrafe ha desaparecido pero la fobia al pis cumple los criterios allí establecidos.

El curso de la fobia social suele ser progresivo, con antecedentes de timidez en la infancia y de aislamiento en la adolescencia (Echeburúa, Salabería 1998).

La fobia social presenta frecuentemente una comorbilidad con otros trastornos mentales o de personalidad en concreto, depresión y trastornos obsesivos (Echeburúa, Salabería, 1998). Actualmente es asumido por la mayoría de los autores (Echeburúa, Salabería 1998) que el tratamiento de intervención para la fobia social es la exposición en vivo unida a técnicas cognitivas. El objetivo que se persigue es que el paciente se enfrente activamente a las situaciones ansiógenas, impidiendo la evitación o el escape.

En este trastorno al ser situaciones sociales impredecibles la exposición es difícil de programar, y la terapia debe ser lo suficientemente flexible como para poder adaptarse al contexto.

Además la exposición unida a la intención paradójica (Echeburúa, Salabería 1998) ayuda a cambiar la percepción de los síntomas y las atribuciones catastrofistas en este caso con respecto a la dificultad de no poder hacer pis.

Algunos de los pensamientos del paciente fóbico social tienen un marcado carácter obsesivo (Echeburúa, Salabería 1998), los pacientes saben de su contenido irracional, hacen su propio análisis de probabilidades... pero aún así los pensamientos aparecen recurrentemente. Por lo que en el caso que presentamos hemos decidido tratarlos también con exposición, (Foa 1992, Cruzado, 1998)

Otros pensamientos, sin embargo, requieren ser confrontados con una reestructuración cog-

nitiva y realizar una reconceptualización del problema tratando de encontrar interpretaciones distintas a las realizadas por la paciente. (Ruiz Fdez, 1998)

Presentación del caso

La paciente que nos ocupa es una mujer de 42 años, diplomada universitaria. No tiene pareja ni hijos y actualmente vive en una residencia.

Acude a consulta remitida por un psiquiatra, estando en tratamiento farmacológico por una depresión (toma Nobritol y Orfidal) desde hace aproximadamente doce años

Siempre se ha considerado una persona muy pudorosa. De niña tenía vergüenza de ir a hacer pis en el colegio, la paciente recuerda en una ocasión cuando tenía 18 o 19 años estaba besando a un chico y tuvo ganas de orinar, pero no quería quedar mal, aguantó hasta que se puso muy tensa.

Hace tres o cuatro años María (nombre supuesto utilizado para mantener el anonimato de la paciente) comenzó a notar que le costaba orinar en el trabajo, no podía hacer pis cuando quería y pasaban horas sin realizar la micción. La situación llegó a un punto donde María aguantaba 6-8 horas sin orinar. También María ha cambiado su dieta, sólo ingiere alimentos poco diuréticos.

María siente angustia con el ruido que produce la micción, así, es incapaz de orinar cuando hay gente que pueda escucharla. Como vive en una residencia y comparte el cuarto de baño con otras personas. María carece de la intimidad que se requiere para orinar cuando lo necesita por lo que, tiene que orinar en aquellas horas en las que no haya nadie que pueda escuchar el ruido. María abandonó su ocupación y comenzó a trabajar como empleada de hogar «puesto que así trabajo sola y no tengo que compartir el servicio con nadie». No sale de la residencia fuera del horario de trabajo, pues anticipa su incapacidad de orinar en un servicio público, y las consecuencias negativas.

En los últimos años, probablemente debido a la pérdida de actividades gratificantes la depresión de María se ha visto agravada.

modelo de Lazarus, el cuestionario SCL-90R (Derogatis, 1997). Además de una entrevista clínica. Gracias a dicha entrevista sabemos que la respuesta fóbica aparece ante los siguientes estímulos graduados.

Evaluación

Se utilizaron como instrumentos de evaluación el Cuestionario Biográfico basado en el

Se caracterizaba en su grado máximo por una respuesta de ansiedad en el servicio del trabajo.

GRÁFICA 1

- 0 U.S.A. Estoy en casa de mis padres
- 1 U.S.A. Por la tarde estudiando en la residencia.
- 2 U.S.A. Estoy con un amigo en un bar y me entran ganas.
- 3 U.S.A. En el trabajo.
- 4 U.S.A. Discutiendo con alguien, me altero, y me entran ganas de hacer pis.
- 5 U.S.A. En la residencia
- 6 U.S.A. Ir a casa de alguien que no conozco del todo.
- 7 U.S.A. Recién llegada del trabajo, a la hora de comer en la residencia.
- 8 U.S.A. Por la mañana temprano, recién levantada.
- 8,5 U.S.A. Siempre antes de dormir. Tengo miedo despertar de madrugada y no poder hacerlo. Me pueden oír las chicas de las habitaciones contiguas al servicio.
- 9 U.S.A. Estoy en el baño y hay alguien pintándose en el espejo.
- 9,5 U.S.A. Los sábados al regresar por la tarde, están todas las chicas arreglándose en el baño.
- 9,7 U.S.A. En un restaurante cenando con una amiga.
- 10 U.S.A. En el servicio del trabajo.

Nota: Esta escala fue rellenada por la propia paciente y ella decidió poner los valores intermedios (9,5; 9,7...)

La respuesta de evitación lograba aminorar temporalmente la ansiedad pero las consecuencias a largo plazo conllevaban un gran coste profesional, social y personal.

Trastorno depresivo mayor recidivante (296.3x), este que desde hace aproximadamente doce años,

Diagnóstico

Concluimos que María padece un **F40.1 Fobia Social (300.23)** desde hace cuatro años, según el DSM-IV, además de **F33.X**

Objetivos

Con María nos hemos trazado en relación a la fobia al pis, motivo de consulta determinante de su forma de actual de vida, los siguientes objetivos:

1. Promover que la paciente puede orinar en todos y cada uno de los lugares que necesite.

2. Favorecer que sus pensamientos sean más ajustados en relación a la idea de orinar.

3. Incrementar su autoestima y percepción de control sobre su propia vida.

El plan de tratamiento se ha basado especialmente en la exposición a la situación fóbica

y a los pensamientos disfuncionales. Además utilizamos técnicas cognitivas que aliviaron aquellos pensamientos distorsionados que pudieran aparecer.

Tratamiento

Se han realizado un total de siete sesiones de tratamiento de aproximadamente 90 minutos de duración que resumimos

GRÁFICA 2

Tratamiento: 1.ª sesión

Explicación de los objetivos y de las técnicas que se iban a utilizar en la terapia Reestructuración cognitiva de la idea de culpa: Retribución y reconceptualización del problema. Exposición a la situación, sentada en la taza del water, con la ropa quitada, de los servicios de la Universidad. No era obligatorio orinar. Exposición a los pensamientos. El terapeuta lee los pensamientos registrados por la paciente. Utilización de una jarra para imitar el ruido de la micción. (Exposición al ruido de la micción). Sesión comenzó con 10 USA y terminó con 7 USA. Refuerzo contingente de los logros conseguidos.

2.ª sesión

Exposición a los síntomas físicos sentada en la taza del water. Obligatoriedad de orinar. Exposición al ruido de la micción imitado con una jarra llena de agua. Exposición a los pensamientos ansiógenos con la voz del terapeuta. Acontecimientos inesperados: abrieron la puerta del servicio No se le permitió que realizara huida o escape. Sesión comenzó con 8 USA y terminó con 3 USA. Orinando pero no pudo vaciar la vejiga al completo. Refuerzo contingente de los logros conseguidos. Tarea intersesiones: intención paradójica. (sentarse en la taza del water nada más levantarse por la mañana)

3.ª sesión

Evaluación de los resultados favorables de la intención paradójica. Exposición a la situación ansiógena sentada en la taza del water, con la ropa quitada, de los servicios de la Universidad. Exposición a los pensamientos ansiógenos: el terapeuta la decía, cuando iniciaba la micción, que la estaba oyendo Sesión comenzó con 5 USA y terminó con 1 USA. Refuerzo contingente de los logros conseguidos.

4.ª sesión

Exposición en los servicios de un restaurante (nivel 9,7 de la escala de ansiedad) Exposición en dicho servicio a sus pensamientos leídos por la propia paciente. Sesión comenzó con 7 USA y la paciente finalizó en 2 USA. Hizo pis Refuerzo contingente de los logros conseguidos. Tareas intersesiones: Durante esta sesión se grabaron con una cinta de casete los pensamientos que leía la paciente. Esta cinta la tenía que escuchar todos los días hasta que la ansiedad bajara a 1 USA. El resto del día los pensamientos ansiógenos debía postergarlos. A lo largo de la semana se tenía que acercar varias veces a hacer pis en el restaurante.

5.ª sesión

Todas las tareas intersesiones las había cumplido con éxito. Exposición en los servicios del antiguo trabajo. La ansiedad empezó en 6 USA y acabó en 1 USA, pese el número elevado de personas que entraron y salieron del servicio. Refuerzo contingente de los logros conseguidos.

6.ª sesión

Refuerzo contingente de los logros conseguidos. Reestructuración cognitiva de la idea de culpabilidad. Esta sesión coincidió con la última antes de las vacaciones por lo que se le dio una instrucción específica para el verano: no levantarse de la taza del water hasta no haber realizado la micción

7.ª sesión

Reforzamiento contingente a los éxitos del verano. Prevención de recaídas.

Seguimiento

Cuatro sesiones a lo largo del tiempo: uno, tres, seis y doce meses después de haber finalizado el tratamiento de la fobia al pis.

María realizó las exposiciones habiendo bebido anteriormente entre un litro o litro y medio de agua, además de pedirle que se sentara en la taza del inodoro con la ropa quitada.

Las primeras exposiciones a los síntomas no coinciden exactamente los lugares con los que indicó la paciente. Se prefirió que la exposición empezara con la presencia del terapeuta, aprovechando los servicios públicos más próximos a donde se realizaba la consulta, como lugar similar para luego ir subiendo el nivel de malestar de acuerdo con lo indicado en la escala.

Tanto en las exposiciones a la situación, como a los pensamientos ansiógenos se le preguntaba aproximadamente cada 4 minutos que nivel de ansiedad tenía. En la primera y segunda sesión ocurrieron situaciones imprevisibles pero que ayudaron muy eficazmente a la terapia. Cuando la ansiedad comenzaba a bajar, en la primera sesión y estar en ocho U.S.A. (Unidades Subjetivas de Ansiedad) alguien comenzó a hacer ruido al orinar en el servicio contiguo y la ansiedad volvió a subir hasta diez U.S.A.. Se buscó una jarra de agua con al que imitar el rui-

do de la micción para poder someterla a este estímulo ansiógeno. Continuamos la exposición con el ruido del agua al caer en la taza del water y la repetición de los pensamientos ansiógenos.

En la segunda sesión de intervención varias personas entraron en su servicio que estaba con la puerta entornada. Este día consiguió hacer pis, aunque no vació del todo la vejiga y se sintió muy segura de sí misma por que como ella misma comentó... «¿Qué más me puede pasar en un servicio de mujeres?»....

Se han producido otros logros paralelos en relación a la terapia. El primero de ellos ha sido el hecho de incrementar sus relaciones sociales, al no tener dificultades para acceder a cualquier servicio, María ha vuelto a retomar algunas de las relaciones que había ido perdiendo. El segundo de ellos pasa por un incremento de su autoestima, junto a un cambio en la percepción de su capacidad para solucionar problemas. Sirva a título de ejemplo comentar que María empezó a prepararse unas oposiciones relacionadas con sus estudios universitarios, cuestión que siempre vio como imposible.

A partir de este momento y a petición de la propia paciente la terapia se dirigió hacia el tratamiento de la depresión, cuya terapia está en curso.

Seguimiento

El seguimiento de la fobia al pis se ha ido realizando a la par que el tratamiento de su trastorno de depresión a los 1, 3, 6, 12 meses. Hay que señalar que la paciente no ha sufrido recaídas en ya que desde finalizado el tratamiento siempre que ha sentido ganas de orinar ha sido capaz de realizar la micción. Sin embargo, coincidiendo con un periodo de mayor ansiedad debido a un cambio de medicación, María volvió a encontrarse con que le «costaba» hacer pis. Esta situación fue prevista al trabajar la prevención de recaídas de tal manera que se le dio una instrucción estricta de no levantarse de la taza del water hasta que no bajara la ansiedad e hiciera pis, la paciente cumplió dicha ins-

trucción a rajatabla por lo que podemos afirmar que el tratamiento ha sido un éxito.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona Masson
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona Masson
- Echeburúa, E. y Salaberría, C (1998) «Fobia Social». En Vallejo (dir) *Manual de Terapia de conducta*. Volumen I Madrid: Dykinson
- Foa, E. B. y Wilson, (1992). *Venza sus obsesiones*. Madrid. Robin
- Ruiz Fdez. (1998). «Técnicas cognitivas y terapias cognitivo conductuales». En Vallejo y Ruiz Fdez. *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid. Fundación Universidad Empresa.
- SCL-90R Derogatis, L. R. (1997): «Scoring, administration and procedures for the SCL-90». Baltimore: *Clinical Psychometric Research*.