

El ascensor

Había terminado la consulta externa de los jueves cuando una sonriente cabecita asomó por la puerta entreabierta de la consulta.

—Buenas tardes, doctor. ¿Cuándo podría hablar un momentito contigo?

Miré distraídamente el reloj: aún no era la hora en que solía almorzar, así que le hice signos de que entrara.

—Pasa ahora, si te va bien, tengo un ratito antes de comer.

—Gracias.

Entró sigilosamente y cerró la puerta tras de sí. Reconocí de inmediato a la auxiliar del pabellón de laboratorios. En ocasiones acudía a la sala de psiquiatría para recoger muestras de sangre que se habían cursado como urgentes o a traer sus resultados. A finales de los años ochenta nos encontrábamos en la era predigital, y solo los tecnoadictos utilizábamos ordenadores para hacer presentaciones, escribir o efectuar análisis estadísticos. Algunos auxiliares de clínica actuaban como mensajeros transportando documentos y muestras. Me supo mal no recordar su nombre, pero ella, lista como era, se apresuró a decírmelo.

—Soy Inma, la auxiliar del pabellón de laboratorios. Nos hemos visto alguna vez en la sala.

—Sí, claro. Pasa, Inma. Dime qué puedo hacer por ti.

Súbitamente los ojos se le pusieron vidriosos.

—Te parecerá una tontería, pero a mí me afecta mucho: tengo pánico a ir en ascensor —dijo manteniendo una expresión entre sonriente y una lacrimosa y expectante preocupación.

—¿Algún otro tipo de temor parecido? —le pregunté para explicitar que ya entrábamos en materia, mientras la imaginaba subiendo muchas veces al día desde el sótano hasta Anatomía Patológica pasando por Bioquímica, Hematología y Microbiología por las estrechas escaleras de caracol del pabellón de servicios centrales que denominábamos laboratorios.

—No —contestó, pero mostrando un gesto reflexivo siguió—: Soy un poco miedosa en general, no me gusta la oscuridad, no me entusiasma

tomar un avión y soy un poco tímida, pero esto lo sé yo y no trasciende a los demás porque no me impide hacer todas esas cosas. Solo mi marido lo sabe y alguna vez lo nota, pero en general me desenvuelvo bien y no me preocupa. Pero con el ascensor no puedo, me da pánico. Encima, con el accidente del ascensor de Bellvitge¹ no ha hecho más que empeorar.

—En tu trabajo...

—No hago más que subir y bajar escaleras. A cada pabellón que voy, si tengo que acceder a una sala que no esté en la planta baja, y luego en los laboratorios, sobre todo en Anatomía Patológica, siempre subo a pie. Aun así, en el trabajo pongo excusas como que tengo que pasar por el servicio y que me va mejor moverme a pie. Alguna vez no he podido rehuir subir con alguien y al salir del ascensor he tenido la sensación de que iba a explotar de tensión. Desde luego sola me resulta inimaginable. —Carraspeó ligeramente para aclararse la voz—. Pero es fuera del hospital donde me fastidia más. No me veo capaz de subir a ningún edificio si no es a pie. Me incomoda mucho en viajes o simplemente situaciones sociales que requieran tomar un ascensor. Durante las últimas vacaciones estuvimos en Madrid, no conocía el Prado y tenía ilusión de visitarlo durante un par o tres de días. Robert, mi marido, reservó habitación en un buen hotel para agasajarme sin pensar que podía ocurrir lo que ocurrió: planta 21 del Meliá Castilla. Un horror de fin de semana. Pasé más tiempo en las escaleras de servicio que en la habitación.

Imaginaba lo disruptiva que puede ser una fobia aparentemente chistosa para un observador externo pero que puede condicionar la vida del que la sufre cada vez que tiene que enfrentarse a ella: tener que dar explicaciones a los demás y, en suma, sufrir una incomodidad constante ya que el temor empieza y, de hecho, es máximo cuando el sujeto anticipa que debe enfrentarse a la situación de marras.

—¿Se puede hacer alguna cosa? —preguntó no sin cierto tono pesimista.

En esa época mi formación como terapeuta del comportamiento era sólida y estaba al día de las técnicas más recomendadas; como podrá valorar el lector más adelante, probablemente estaba «demasiado» al día...

—Por supuesto que podemos ayudarte —le contesté sin titubear, lo cual produjo momentáneamente un gesto más relajado en mi interlocutora—, pero siempre implicará exponerte.

—¿Exponerme? —Su expresión cambió a expectante.

—Quiero decir que deberás subir al ascensor... y no poco tiempo.

—¡Ah, no! Eso ni hablar. No puedo. Es que no puedo. —Los ojos se le pusieron vidriosos de nuevo e hizo el gesto de levantarse de la silla.

1. El 21 de mayo de 1989 se desplomó un ascensor en el Hospital de Bellvitge, en el área metropolitana de Barcelona, y fallecieron siete personas.

—Tranquila, Inma, siéntate, por favor —le dije incorporándome y posando mi mano tenuemente sobre su hombro—. No tienes que hacer nada de lo que no te veas capaz. Lo primero es contarte qué se puede hacer, y tú siempre puedes decidir si hacerlo o no. Pero, eso sí, cuando empieza la exposición, no se puede detener a riesgo de empeorar la fobia. Lo que te pasa es relativamente común. Una gran parte de la población tiene fobias, y dependiendo de lo que interfieran en su vida molestan más o menos. Las llamamos fobias de un solo síntoma para diferenciarlas de otras más generales y graves como la agorafobia. Fobia a las cucarachas, a las hormigas, a las serpientes, a los pinchazos para extraer sangre, etc. Inma, no te pasa nada raro, ni eres rara porque te pase. Respondiendo tu pregunta, sí, se puede tratar, pero no con una pastilla milagrosa, sino con un pequeño esfuerzo. No hay técnicas psicoterapéuticas eficaces que no entrañen un esfuerzo y un trabajo por parte del paciente. Te lo cuento y tú decides si ponemos en marcha la técnica o no. Es todo muy simple, pero resulta eficaz y requiere un esfuerzo. Este sería el resumen. —Se quedó en silencio, pensativa, con los ojos fijos en un punto indeterminado de mi despacho—. Afortunadamente no hay que ir muy lejos para exponerte a un ascensor.

Tomó de nuevo una actitud atenta. Dos de mis colegas más allegados asomaron por la puerta para preguntarme si iba a almorzar, así que quede con mi posible nueva paciente para el día siguiente.

—Si te parece bien, Inma, mañana vienes hacia las cuatro y te cuento con detalle en qué consiste el tratamiento.

—Sí, claro, de acuerdo, ¡gracias!

Inma necesitaba pensar en ello para que el miedo a sentir miedo se fuera extinguiendo y yo para efectuar el traje a medida que supone la aplicación de cualquier técnica de modificación del comportamiento, sin duda la terapia de elección en el tratamiento del miedo a situaciones, animales u objetos que llamamos fobia.

Durante el almuerzo con mis dos colegas, Gabriel y Conrado, comentamos diversos temas pendientes, pero de inmediato empezamos a hablar de la fobia al ascensor de Inma y los procedimientos más adecuados para tratarla. De esta conversación, que incluyó las últimas publicaciones sobre el tema, surgió la «genial» idea de aplicar la técnica de la inundación o *flooding*.

El procedimiento clásico consistía en relajar previamente al paciente con alguna de las técnicas más sencillas y eficaces e inmediatamente exponerlo de forma imaginativa o real al objeto o situación fóbica. Requería diversas sesiones para que la exposición fuera progresiva y, por tanto, más asequible a cualquier paciente. Sin embargo, muchos terapeutas de relumbrón consideraban innecesarias tantas precauciones tomando en cuenta que, si el paciente no se exponía a la situación fóbica real y completa, las probabili-

dades de obtener resultados insuficientes y recaídas eran más altas. Estos autores recomendaban sustituir la exposición progresiva y cuidadosa, denominada desensibilización sistemática progresiva, por el procedimiento de inundación, que evitaría varias sesiones con frecuentes recaídas.

En la inundación se expone al paciente a la situación fóbica siempre que no represente un riesgo de forma directa, sin relajación y sin tomar ningún tranquilizante, de forma completa desde el inicio o en muy pocos pasos. La respuesta de ansiedad, como toda respuesta humana, finalmente se termina (se extingue, en lenguaje técnico) y la fobia se cura. Lo más importante es que, una vez iniciada la exposición a la situación fóbica, esta no se puede interrumpir bajo riesgo de obtener una fobia de mayor intensidad que la que ha motivado la consulta. No tema el lector. La razón de por qué ocurre así la desvelaremos a continuación al hablar de la segunda entrevista con mi nueva paciente. Este tipo de técnica exige que el receptor entienda todos sus mecanismos, objetivos y riesgos. Por tanto, es imprescindible formar al sujeto fóbico sobre los mecanismos de génesis y en especial de mantenimiento de su fobia. El paciente debe ser experto en el mal que le aqueja.

Al día siguiente, a la hora convenida, Inma entró en las consultas externas de Psiquiatría justo en el momento en que yo salía del ascensor que me traía de nuestra sala para pacientes agudos situada en el segundo piso. Le indiqué que me siguiera a mi consulta y sin más dilación requirió que le explicara el procedimiento terapéutico ofertado. Transmitía una incipiente inquietud compensada con una obvia determinación a solucionar su problema. Le hice un pequeño repaso de las técnicas al uso, las ventajas e inconvenientes de la desensibilización progresiva y la moderna recomendación de emplear la inundación.

—Es imprescindible que sepas y entiendas todo lo que comporta el tratamiento. Lo primero que debo preguntarte es qué te sugiere el término reforzador positivo.

—¿Una recompensa?

—Efectivamente, y comporta siempre un aumento en la frecuencia de la conducta que ha motivado dicha recompensa. Se le llama reforzador porque refuerza la conducta que acabamos de realizar y positivo porque refuerza cuando lo aplicamos y cuanto más, mejor. Si juegas a la ruleta y obtienes un premio, las posibilidades de que sigas jugando aumentan; si le das golosinas a un niño cuando acaba de comportarse con empatía con otro, aumentas las posibilidades de que sea amable y comparta con sus iguales, etc.

—Hasta aquí ningún problema —respondió cada vez más atenta.

—Ahora viene lo más importante: el concepto de reforzador negativo. Es el que refuerza cuando deja de actuar. Y si rápidamente has asociado el refuerzo positivo con la recompensa, en este caso lo asociarás a...

—¿Un castigo? —inquirió cada vez más interesada.

—Digamos que sí, en cierto modo. Se trata de estímulos desagradables. Si en una situación experimental incomodamos a un ratón con una ligerísima descarga eléctrica en el suelo de su jaula, en el momento que desconectemos esta leve descarga la conducta que esté haciendo el animal quedará reforzada y, por tanto, aumentará su frecuencia de presentación. Es decir, refuerza la conducta emitida cuando deja de actuar, al contrario que el reforzador positivo, que la refuerza cuando lo aplicas.

—Entiendo. ¿Y todo esto cómo se relaciona con mi problema?

—El reforzador negativo universal en el ser humano es precisamente la ansiedad o miedo condicionado frente a situaciones o cosas. Todo aquello que reduzca bruscamente la ansiedad refuerza el comportamiento que estés haciendo en ese momento. Ahora imagínate que, dentro de diez minutos, te digo que vamos a tomar el ascensor del pabellón de laboratorios en el que trabajas desde el sótano hasta el último piso.

—Ya me siento un poco intranquila.

—¿Cómo te sientes a las puertas del ascensor?

—¡Siento un pánico absoluto!

—Habrás pasado diez o quince minutos con una ansiedad creciente hasta llegar al máximo justo antes de entrar en el ascensor. Ahora imagínate que te digo que no lo vamos a tomar y regresamos al despacho. ¿Qué ocurre con el pánico?

—Que desaparece.

—Y, por tanto, como reforzador negativo que es, ¿qué conducta refuerza?

—Huir, evitar el ascensor.

—Eso es. Ahí lo tienes. Si te expongo al ascensor, no habrá vuelta atrás. Cada vez que has intentado subir a uno y finalmente has evitado hacerlo, tu fobia se ha visto reforzada y agravada. El tratamiento consiste en exponerte a tu miedo y no dejar que lo puedas evitar. Por supuesto, la primera dosis la harías conmigo, y solo cuando subieras con tranquilidad acompañada lo harías sola.

La atención de Inma a las explicaciones sobre el temor que la aquejaba iba en aumento y su expresión transmitía determinación a dejar atrás su fobia. Repentinamente frunció el ceño y preguntó:

—¿Y si me da el telele? Puede que el pánico me agite más de lo que puedo imaginar. Recuerdo que una vez, durante unas compras en compañía de mis amigas, decidieron tomar el ascensor para subir a la octava planta de un gran almacén. De entrada, no me atreví a decir que no, pero acabé saliendo a toda prisa antes de que se cerraran las puertas. Atropellé a dos señoras mayores que acababan de entrar. Me sentí fatal y avergonzada cuando me reuní con ellas en la planta más alta. Menos mal que son buenas amigas, pero yo sigo siendo la rarita.

—Solo por si acaso la situación es desesperada —lo dije con una mueca que intentaba transmitir que sería muy improbable—, te propongo llevar conmigo una jeringa cargada con un tranquilizante para rebajar tu ansiedad a un límite tolerable. Siempre será mejor que huir del ascensor.

—Me quedaré más tranquila —contestó.

Quedamos emplazados para el viernes por la tarde de aquella misma semana. Los viernes la frenética actividad del hospital entra en un breve lapso de mayor tranquilidad, las rutinas se congelan hasta el lunes y los servicios de urgencias son los referentes para todo lo que no pueda esperar hasta la semana siguiente, lo cual incluye la función de los laboratorios, cuya actividad se centra preferentemente en las urgencias. El ascensor estaría tranquilo y podría diseñar el ensayo terapéutico de manera que contemplara todos los aspectos para lograr la máxima eficacia. Si habíamos decidido inundación, inundación íbamos a tener. Quizás Inma tomaría el ascensor al llegar a su casa.

Sentía la pequeña activación, repetida a lo largo de toda mi vida profesional, que se percibe cuando vas a hacer algo distinto: la planificación aún más cuidadosa, la comprometida complicidad del paciente y la intención de mejorar las opciones utilizadas hasta entonces, en este caso en formato pequeño, pero con consecuencias que eran imprevisibles, tanto que en ese momento no podía saber que jamás volvería a proponer la inundación a ningún paciente, y no precisamente por fracasar en el intento terapéutico; de hecho, ocurrió todo lo contrario.

Conrado compartía conmigo la expectativa de instaurar la inundación como alternativa con ventajas al procedimiento clásico de la desensibilización y me propuso estar cerca por si surgía algún problema, sobre todo relacionado con la respuesta de la paciente a la situación que habíamos diseñado. Accedí a ello y acordamos que él se encontraría en el cuarto piso, donde estaba Anatomía Patológica, charlando con la recepcionista de guardia, sin que para la paciente entrara en la ecuación, ya que podía percibirlo como un punto de inseguridad por parte nuestra en relación con la propuesta terapéutica. De hecho, así era. A medida que se acercaba la hora íbamos sintiendo cierta intranquilidad, predictiva de cómo se iban a desarrollar los acontecimientos.

Cité a mi paciente a las cuatro y media del viernes. El Hospital de Sant Pau (actual recinto histórico) posee una red de pasillos subterránea que comunica todos los pabellones existentes en la superficie. El ascensor se encontraba en este sótano, emplazado en el pabellón de laboratorios, y conectaba dicho nivel con la planta de cada laboratorio hasta el ya mencionado de Anatomía Patológica. Eran cuatro pisos. Inma acudió puntualmente, aún vestida con el uniforme de auxiliar. Yo llevaba mi bata blanca reglamentaria. En el bolsillo derecho portaba una jeringa cargada con un potente sedante.

—Inma, ¿qué tal?, ¿preparada? —espeté con obligada alegría cuando se acercaba lentamente hacia el ascensor.

—Estoy aterrorizada —contestó con una sonrisa forzada—. Creo que sería mejor que siguiera subiendo escaleras —bromeó con resignación—. ¿Traes lo que me dijiste?

—Claro —respondí dando un par de toques al bolsillo de la bata—. Pero no pienses en ello, no hará falta, solo es para que anticipes menos temor —aventuré—. Nadie va a usar este ascensor. Si alguien a estas horas de un viernes tiene que acceder a otra planta del edificio lo hará por el ascensor que hay al final del pasillo. No te preocupes.

—No, ya, en eso ni había pensado, la verdad.

—¿Procedemos? —dije con fingida ceremoniosidad y sin dejar una tenue sonrisa que le podía infundir seguridad.

Abrí la puerta del ascensor y con una especie de reverencia la invité a entrar. A esas alturas la intranquilidad de Inma era patente. Un ligero pero constante temblor le recorría desde el severo moño que culminaba su cabeza hasta los pies. Con los brazos fuertemente cruzados a modo de abrazo para reducir su evidente estado cruzó el umbral. Yo entré acto seguido y mientras la puerta se cerraba por gracia de un muelle plano me vino a la cabeza, cómo no, la célebre frase de Julio César cuando cruzó el Rubicón: «Alea jacta est».

El temblor de mi paciente se incrementó en el preciso momento en que apreté el botón con el guarismo del cuatro.

—Será corto —exclamó con un hilo de voz.

—No puede serlo, Inma. Recuerda que, si sientes un gran alivio al salir del ascensor, la fobia persistirá —dije mientras pulsaba el botón de *stop* entre los pisos primero y segundo.

El ascensor osciló de arriba abajo como un latigazo y se paró con brusquedad entre los dos pisos. Probablemente todo ocurrió muy rápido, pero a mi paciente y a mí mismo nos pareció una eternidad. El temblor de Inma se intensificó y cada vez respiraba más deprisa y con más amplitud. De su garganta emergió un jadeo cada vez más sonoro. Su cabeza empezó a moverse de derecha a izquierda a modo de intensa negación. Las dos manos de mi paciente me agarraron crispadas el brazo derecho.

—¡Sácame de aquí, por lo que más quieras! Esto ha sido un error.

A medida que su respiración se intensificaba en ritmo y profundidad, empezó a tambalearse, el equilibrio la abandonaba y sus manos crispadas pasaron de agarrar mi brazo a usarlo como gayata para no caerse. Tenía los ojos abiertos más allá de lo que podía imaginar de puro terror. En este instante me pareció oír claramente el latido de su corazón a toda marcha. Sentí bruscamente miedo de no poder controlar la situación. Aunque Inma era una mujer joven con un sistema cardiovascular sano y resistente, yo era un psiquiatra acostumbrado a lidiar con situaciones

complicadas por conductas disruptivas, pero no con síntomas cardiovasculares consecuencia del miedo. Noté claramente que mis palpitaciones empezaban a confundirse con las suyas y mi sensación de inestabilidad se sumaba a la de mi paciente.

—¡Inma, estás a punto de conseguirlo! Estoy contigo, tranquila, mírame a mí.

Sus ojos se encontraron con los míos, pero su mirada aterrorizada no detectó, afortunadamente, el temor incipiente que traslucían. Mi codo derecho topó con la jeringa cargada en el bolsillo de la bata. Me tranquilicé un poco y al menos pude mantener la calma aparente que la situación requería.

—¡La inyección, ponme la inyección! —me dijo sensible a mis movimientos.

Saqué la jeringa a modo de símbolo de escape.

—Aquí la tengo, pero no la vamos a usar, no va a hacer falta. Vamos bien, tranquila.

Su jadeo empezó a disminuir y sus ojos parpadearon ocasionalmente como si sintiera algún cambio. En aquel momento mi inquietud se había elevado considerablemente; no era un tipo de emoción con la que hubiera lidiado en el pasado en relación conmigo mismo (¡afortunadamente!), así que se me hacía extraño y me resultaba tan incómodo como inquietante. Con sinceridad, durante unos instantes pensé seriamente en pincharme yo el tranquilizante en aras de seguir con el tratamiento de mi paciente y no desfallecer en el intento. Ese instante de duda, que ahora me resulta cómico, al igual que al lector, lo he contado en muchas ocasiones al explicar a mis alumnos el tratamiento de la ansiedad, y no sé si me han creído, pero les aseguro que lo consideraré seriamente.

Volvamos al desenlace. Las manos de Inma fueron aflojando su presa. De pronto pareció crecer al abandonar la ligera flexión de las rodillas y el redoble de tambor de su corazón dejó al mío redoblando solo. Su rostro amarrado de sudor me miró con cierto alivio y el jadeo se fue lentificando poco a poco.

—¡Puedo! —dijo de pronto—. ¡Puedo estar en el ascensor! ¡Esto funciona!

Intenté conservar la serenidad que el momento requería para ella mientras cedía la crisis de pánico provocada por el tratamiento. No quiero ni pensar hasta qué punto hubiera empeorado el problema si, debido a mi inseguridad, hubiera abortado el procedimiento de inundación. Cuando su temerosa expresión se transformó en euforia, pulsé aliviado el botón del cuarto piso, consciente de que ese alivio podía causarme algún problema con los ascensores en un futuro inmediato.

Inma me soltó, recompuso con ligereza su uniforme y su pelo y se secó el sudor de la cara. Cuando se abrieron las puertas, vimos a Conrado charlando con la recepcionista y, antes de que pudiera preguntar nada, Inma espetó mientras salía del ascensor:

—¡Bien! ¡Ha funcionado! —Lo dijo ante la asombrada recepcionista de Anatomía Patológica, luego se plantó ante mí y me dijo en voz baja—: Hace unos minutos te hubiera matado, pero ahora estoy muy contenta, de verdad. ¡Gracias! —susurró cogiéndome las manos—. ¡De verdad, gracias!

Durante las siguientes semanas tuve noticias no solo de la paciente sino también de mis colegas, que ratificaban que usaba el ascensor cuando se cruzaban ocasionalmente con ella o pasaba a recoger muestras o traer resultados a nuestra sala.

La anécdota de esta historia es que la crisis de pánico que pagó la paciente para superar su fobia implicó un estado de ansiedad en mí que condicionó la aparición de un leve resquemor al subir en un ascensor, especialmente en edificios públicos y si iba lleno. Aplicándome el paradigma de la fobia con el que «ilustra» a mis pacientes superé durante un viaje mi temor aceptando asistir a una cena que se celebraba en el piso 110 de un famoso rascacielos neoyorquino. Y funcionó. ¡Vaya si funcionó!

Comentarios y aspectos clave

Consciente de que el apartado técnico en este caso puede resultar un poco farragoso, para el lector ávido de profundizar en cómo se generan y mantienen las fobias y la aplicación de su tratamiento, he aquí una sola recomendación: leer despacio estas líneas. No es en absoluto complejo, pero resulta imprescindible adquirir el conocimiento línea a línea y concepto a concepto en el orden procedente. A continuación, comentaremos aspectos conceptuales en relación con la naturaleza de la ansiedad y su tratamiento centrándonos en una de sus manifestaciones más comunes y objeto de este caso, la fobia. Y empezaremos por el concepto ontológicamente más antiguo y elemental: el miedo.

El **miedo** es una emoción primaria con la que estamos equipados los seres humanos desde el nacimiento. Se trata, sin duda, de una emoción adaptativa, ya que su utilidad es salvarnos la vida. El miedo supone evitar su causa: ante el estímulo que lo produce, nuestro cuerpo se prepara para evitar el peligro. El cerebro detecta un estímulo peligroso, visual, auditivo o táctil, e inmediatamente ordena que la sangre se acumule en el aparato locomotor, el corazón bombee más rápido y los músculos se pongan en tensión preparados para un esfuerzo: la conducta de huida.

Todos los mamíferos llevan este tipo de respuesta «de serie», con la capacidad añadida de detectar la amenaza a través del olfato, sin duda la vía más rápida y eficaz para que el cerebro detecte una amenaza, pero los seres humanos no la poseemos; es un peaje más por haber adoptado la bipedestación como postura habitual.

La respuesta de huida inherente a la detección del peligro supone, pues, redirigir los recursos a alejarnos lo más rápido posible de la amenaza. La consecuencia es que el cerebro pasará unos instantes con menos

posibilidades de «funcionar» adecuadamente. Durante la huida todo ocurre aparentemente automatizado con pocas posibilidades de modificaciones tácticas sobre la marcha.

Hasta aquí, el miedo. Entonces, cuando sentimos esta misma emoción o una parecida en nuestra vida cotidiana sin encontrarnos realmente en una situación comprometida, ¿de qué estamos hablando? No dudo ni por un instante de que el lector conoce perfectamente el término **ansiedad**, pero ¿cuál es su naturaleza? La ansiedad es el **miedo condicionado**. En el próximo párrafo intentaremos comprender las bases que, según la psicología experimental, nos han ayudado a entender su génesis y mantenimiento y, por ende, a poder modificar nuestro comportamiento para vencer la ansiedad.

En síntesis, la ansiedad significa experimentar miedo ante situaciones que no deberían producirlo o bien hacerlo con una mínima intensidad. La génesis de la ansiedad se puede buscar en el concepto de condicionamiento clásico o pavloviano (fue Pávlov quien lo descubrió durante sus experimentos en el campo de la fisiología digestiva). El **condicionamiento clásico** se produce cuando se presentan a la vez un estímulo que produce siempre una determinada respuesta fisiológica (estímulo incondicionado) y un estímulo que llamaremos neutro porque no produce ninguna respuesta. Después de asociarlos varias veces la presentación del estímulo neutro produce una respuesta casi idéntica a la del estímulo incondicionado. En este momento, cuando el estímulo que no producía ninguna respuesta genera la misma que el estímulo incondicionado, decimos que se ha condicionado y pasa a ser un estímulo condicionado.

En el experimento que Pávlov realizó con perros se asoció una luz y un sonido a la presencia de alimentos. Los alimentos producían salivación y generaban jugos gástricos (estímulo incondicionado) solo con su visión. La luz y el sonido no implicaban ningún efecto (estímulo neutro), pero después de asociarlos repetidamente la sola presencia de la luz o el sonido producía la misma respuesta en el aparato digestivo de los perros que la comida. Pasaron de ser estímulos neutros a ser estímulos condicionados. El procedimiento se llama **condicionamiento clásico** y se puede dar con cualquier tipo de estímulo incondicionado, también con el miedo.

La psicología experimental, tal y como su propio nombre indica, se basa en experimentos realizados con animales dotados de un cerebro relativamente simple. En el caso del ser humano, las posibilidades de condicionamiento son casi infinitas por la complejidad y capacidad de ser afectado por muchos estímulos a la vez creando condicionamientos simultáneos cuyo origen puede ser complejo de conocer. En todo caso, el temor fóbico se genera por este mecanismo: la asociación de un estímulo neutro (por ejemplo, el ascensor de este caso) con una experiencia que produce miedo. En ocasiones la asociación es flagrante. Una experiencia de aso-

ciación de gran intensidad puede producir un **condicionamiento en un solo ensayo**. Por ejemplo, un choque múltiple en una autopista puede condicionar una fobia a entrar en un coche o viajar por carretera o por cualquier medio, y en este caso diremos que el condicionamiento fóbico se ha **generalizado** a todas las situaciones que se parecen a la principal. Dado que la capacidad de generalizar del cerebro humano es extraordinaria, no es extraño que en muchas ocasiones el condicionamiento clásico primario que ha generado la fobia sea difícil o imposible de rastrear.

El condicionamiento clásico requiere asociaciones ocasionales del estímulo incondicionado con el condicionado (antes neutro) para mantenerse. En caso contrario, el condicionamiento clásico se **extingue** y, por tanto, la fobia se debería extinguir sola. Pero ¿por qué no ocurre?, ¿por qué las fobias no se curan solas? Hay dos explicaciones posibles, pero analizaremos con detalle solo la segunda porque es la que nos dará la clave del tratamiento de la fobia que hemos descrito en el caso.

La primera explicación resulta obvia: la persistencia de la asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado mantendrá, sin duda, el temor fóbico y la conducta de evitación que la caracteriza y define. La segunda explicación es la clave de todo y para entenderla adecuadamente debemos comentar otro tipo de condicionamiento: el **condicionamiento operante** o instrumental, descubierto y definido por Burrhus F. Skinner; nos revela cómo se mantienen las conductas condicionadas y, a su vez, puede actuar, por supuesto, como proceso primario en el condicionamiento de la conducta.

Veamos primero dos conceptos básicos: **refuerzo positivo** y **refuerzo negativo**. El primero es el que refuerza una conducta cuando se aplica. Su naturaleza es de premio o recompensa. A nivel experimental, si queremos entrenar a un animal para que efectúe una determinada conducta, le suministraremos con la mayor inmediatez posible una recompensa cuando emita esta conducta de forma espontánea. Por ejemplo, cuando un ratón baje la cabeza, le suministraremos una bolita de alimento cada vez; un tiempo después el animal continuamente agachará la cabeza. Este procedimiento, denominado **modelación de la conducta**, se utiliza para entrenar conductas complejas en animales reforzando progresivamente cada uno de los gestos en que se puede descomponer una conducta. En la vida cotidiana el refuerzo positivo se utiliza en el ámbito de la educación y la actividad laboral: tanto la aprobación social como el sueldo son refuerzos positivos, y los premios por comportamiento, los halagos, los regalos imprevistos pueden modificar la conducta en un sentido diferente a como hubiera sido si no se hubieran presentado estos reforzadores.

El concepto más importante para entender el mantenimiento del temor fóbico es el del **refuerzo negativo**. En efecto, es de naturaleza desagradable y refuerza la conducta que estamos realizando cuando deja de actuar (en

oposición al refuerzo positivo). Experimentalmente se suele estudiar como sigue: en una jaula con el suelo electrificado con una corriente de pocos voltios que no representa un riesgo para el animal de experimentación, pero lo incomoda permanentemente, en cuanto se desconecta la electrificación, el comportamiento que está realizando el animal queda inmediatamente reforzado y su frecuencia de presentación se incrementa.

En los seres humanos el refuerzo negativo universal es el miedo condicionado, es decir, la ansiedad. Cuando esta desciende abruptamente, la conducta que estamos realizando se ve inmediatamente reforzada y las probabilidades de que se incremente su presentación en un futuro aumentan de forma notable. Por ejemplo, si una persona con fobia a viajar en avión recibe la noticia de que debe hacerlo en una fecha concreta, percibirá desde el primer momento cierto nivel de ansiedad, que irá aumentando a medida que se acerque el día del viaje. Las horas previas serán las más desagradables, con un aumento importante de la ansiedad, que llegará al máximo poco antes del embarque. Si en ese momento esa persona decide no subir al avión y volver a su hogar, la ansiedad (reforzador negativo) desaparecerá y, por tanto, aumentará la probabilidad de presentación de la conducta que está realizando: evitar, huir de su situación fóbica (viajar en avión). Al aumentar la tendencia a evitarla (no subir a un avión) la fobia empeorará. Esta es la razón de que el temor fóbico se mantenga y no se extinga en ausencia del estímulo incondicionado de miedo que lo causó en su momento.

Deliberadamente he utilizado un ejemplo distinto al del caso para mostrar al lector que la génesis y mantenimiento de una fobia se parecen en todas las temáticas fóbicas. El tratamiento en el ejemplo anterior sería aconsejar al paciente efectuar un vuelo transoceánico para dar tiempo a que la ansiedad desaparezca por completo. En un vuelo corto la mejoría sería menos contundente porque al mantenerse cierto grado de ansiedad en el momento de abandonar el avión aún podría actuar parcialmente como refuerzo negativo.

En resumen, en nuestro caso Inma fue expuesta a su temor fóbico durante el tiempo suficiente para que desapareciera su intensa respuesta de ansiedad. De este modo, la ansiedad dejó de reforzar la fobia e Inma dejó de evitar los ascensores. Por otra parte, un condicionamiento clásico generó en su terapeuta un pequeño temor fóbico al asociar el ascensor (estímulo neutro) con la intensa respuesta de ansiedad de la paciente (estímulo incondicionado), que lo incomodó, percibiendo que si se alargaba mucho podría implicar problemas. Los ascensores pasaron a ser un estímulo condicionado que le producía un ligero temor. Hasta la exposición prolongada relatada en el caso no desapareció. Doy fe.