

Agorafobia Familiar: La Familia de Angustias

Roberto Pereira
Médico Psiquiatra

Director de la EVNTF

Redes, 10 pp. 35-50. Diciembre 2002

Introducción

Aunque el Abordaje Sistémico-Relacional plantea un nuevo paradigma explicativo de los trastornos relacionales y de la conducta, lo cierto es que la literatura de la Terapia Familiar se ha centrado sobre todo en patologías severas –Psicosis, Adicciones, Trastornos Alimentarios, etc.- prestando poca atención a la Patología Neurótica.

En el caso de la Agorafobia, en concreto, las publicaciones son muy escasas. La experiencia clínica confirma esta tendencia, y en general hemos leído muy poco sobre la aplicación de técnicas sistémicas en este tipo de patología, a pesar de la casi inevitable implicación familiar en el desarrollo de los síntomas agorafóbicos.

A lo largo del presente trabajo, repasaremos brevemente las principales aportaciones efectuadas sobre el tema, y las contrastaremos con un caso ilustrativo de una Familia Agorafóbica.

Definición

Según la 10ª Clasificación internacional de las Enfermedades Mentales, CIE 10 (1992), con el término Agorafobia se denominan una serie de temores –o fobias- que incluyen no sólo el temor a los espacios abiertos (etimología original), sino también los relacionados con la dificultad para poder acceder inmediatamente a un lugar seguro: temor a las multitudes, a salir de casa, a entrar en lugares cerrados con difícil salida, a viajar en trenes, autobuses o aviones, usar el ascensor o cruzar un puente.

Es el más incapacitante de los trastornos fóbicos, llegando algunos individuos a quedar confinados en su casa. Afecta más a las mujeres, y comienza en general al comienzo de la vida adulta. La agorafobia puede cursar sin o con crisis de angustia (episodios de malestar intenso que con síntomas que incluyen habitualmente palpitaciones, sudoración, temblores, opresión torácica, ahogo, mareo, sensación de muerte inminente, etc.) siendo ésta última la más incapacitante, aunque también la que por su aparatosidad recibe tratamiento más precozmente. Un agorafóbico sin crisis de angustia puede organizarse la vida de manera que evite los estímulos fóbicos, lo que le conduce a una vida limitada, pero en la que la agorafobia puede pasar desapercibida y valorarse como más o menos “normal”.

Antecedentes bibliográficos

Entre las aportaciones más tempranas figura la de William Fry (1962), que analiza el contexto conyugal en el síndrome de ansiedad¹. Parte de que la relación con el cónyuge está íntimamente relacionada con la psicopatología del paciente, describe a los cónyuges como negativistas, ansiosos, compulsivos, con escaso compromiso con la relación marital y tendencia a reaccionar excesivamente tanto ante los síntomas de su pareja como en otras facetas de su vida: hipertrabajadores o sobreprotectores de los niños. La pareja conyugal se sumerge en un peculiar problema de “control dual”: ninguno de los dos puede realizar un movimiento sin consultar o ser supervisado por el otro.

Concluye con que, en su opinión, la función de los síntomas es la de mantener unida a la pareja.

Bowlby (1972) plantea que lo esencial en la agorafobia es el miedo a abandonar el hogar, estando el mismo modelo interactivo presente en los niños con rechazo a la escuela.

Habla de tres tipos de familias agorafóbicas: familias integradas, familias con conflictos abiertos y/o carencias afectivas y familias que han sufrido una pérdida, y de cuatro pautas típicas de interacción:

- La más frecuente es aquella en la que la madre tiene una relación conflictiva con sus figuras de apego, y desarrolla una relación sobreprotectora con el paciente identificado, al que necesita tener siempre cerca.
- El paciente identificado teme que su marcha del hogar produzca alguna desgracia a sus padres, o éstos amenazan al paciente identificado con enfermar o suicidarse si lo hace.
- El paciente identificado teme que le ocurra algo terrible si abandona el hogar.
- Uno de los padres, que ha sufrido algún acontecimiento traumático en su infancia, teme que les ocurra algo similar a sus hijos, por lo que les retiene en casa.

Todo esto llevaría al desarrollo de un “apego ansioso” que constituiría la base de la organización fóbica.

En la misma línea de Fry se posiciona Pittman (1990), quien afirma que “las fobias no protegen a las personas: “las reúnen”. En su opinión, los síntomas fóbicos pueden ocupar gran parte de la vida de una persona, pueden impedir la emancipación de quien la padece y llevarlo a la discapacidad, obligando a la

¹ En 1962, no se utilizaba el término Agorafobia en el sentido que establecen las actuales clasificaciones de los trastornos mentales y del comportamiento. Sin embargo, leyendo el artículo puede asimilarse fácilmente el caso que describe a la típica agorafobia.

familia a estar siempre a su alrededor y por tanto, mantenerla unida frente al cambio.

Afirma también que con frecuencia una misma fobia es compartida por varios miembros de la familia, y que lo importante para su tratamiento es permitir que aflore la angustia, normalmente de separación, que subyace detrás del síntoma.

Prata y Raffin (1991) resaltan las relaciones de control y poder que se plantean en las relaciones de los agorafóbicos con sus familias.

Parte de considerar el comportamiento fóbico “como una necesidad obsesiva de control, por parte del paciente identificado, de las relaciones que lo implican”. El paciente identificado se coloca aparentemente en situación complementaria inferior, respecto a sus cuidadores, “pero, en realidad el paciente identificado ejerce un enorme poder de control sobre todo el sistema familiar a través de sus fobias”. En este contexto, “el juego fóbico es una especie de simetría en la cual los movimientos no son rechazos explícitos y claros, sino continuas descalificaciones y desconfirmaciones”.

Pérez Carmona y cols. (1992) consideran que en las familias fóbicas existe el mito de separación = muerte, viviendo el alejamiento físico como sinónimo de alejamiento emocional, necesitando mantener una cercanía física que sirva de mutuo control y calme los temores de cada individuo. Siguiendo a Boszormenyi-Nagy y Spark (1973) afirman que las familias fóbicas se vuelcan en lo. hijos sin aceptar o pedir explícitamente nada a cambio, lo que llevaría a crear una deuda de lealtad que transmitiría transgeneracionalmente esta ligazón física y emocional .

Espina y Pumar (1995) siguen también la línea de Fry, complementándole con las propuestas de Willi (1978) sobre el funcionamiento de las relaciones colusivas en la pareja, es decir aquellas parejas que practican un juego oculto recíprocamente a causa de un conflicto individual previo no superado, que sin embargo actúa como atracción y aferramiento diádico entre los cónyuges, que esperan que el otro les libere de su propio conflicto. Afirman que el tratamiento debe centrarse en la ruptura de la relación de colusión que se produce en estas parejas.

Nardone (1995) señala cómo la actuación de las personas del entorno del paciente fóbico, generalmente su familia, contribuye al mantenimiento del problema. Dice que la persona que teme encontrarse mal si se aleja de casa, pone en práctica dos “soluciones ensayadas” básicas: evitar situaciones en las que quedarse sola o pedir ayuda. En este segundo caso, cada vez que se pide ayuda se “recibe un doble mensaje: 1.- Te ayudo y te protejo porque te quiero, 2.- Te ayudo y te protejo porque estás enfermo”. Afirma que la repetición de ésta comunicación funciona como una profecía autocumplidora, tendiendo a agravar la sintomatología, creándose finalmente, en los casos graves, un “sistema recursivo autorreverberante, decididamente isomorfo de la autopoiesis de los sistemas naturales descritos por Maturana y Varela”, que perpetúa la patología sin necesitar ya de estímulos desencadenantes.

Ugazio (1998) estudia la "Semántica Fóbica" desde el punto de vista del construccionismo social. Parte de un trabajo pionero de Sluzki y Verón (1971) sobre el Doble Vínculo como una situación patogénica universal.

En este artículo, uno de los pocos que se han dedicado, dentro del campo sistémico a los trastornos neuróticos, Sluzki y Verón relacionan estas patologías con el dilema central en todo desarrollo: dependencia versus independencia. En concreto, en el caso de las fobias, se produciría una incongruencia entre el explícito fomento de la independencia y la regla implícita de evitar los peligros que, por definición parental, trae consigo el acceso a ésta. "Toda la interacción fóbica puede ser vista como una evolución de éste proceso de aprendizaje". La actitud de la familia puede resumirse en la fórmula "sé independiente pero dependiendo de mí".

Ugazio desarrolla este punto de partida, ampliándolo notablemente, e introduciendo el concepto de Polaridad Semántica Familiar: "la conversación en la familia, como en cualquier otro grupo con historia, está organizada en polaridades de significado antagonista del tipo justo/injusto, bueno/malo, cerrado/abierto, atrayente/repugnante". Los participantes en una comunicación se ven inevitablemente inducidos a definirse respecto a las polaridades semánticas relevantes en su contexto de referencia.

En el caso de la organización familiar fóbica, la polaridad semántica familiar crítica es la que se establece en torno a la "dependencia, necesidad de protección/libertad, independencia. El mundo externo, a causa de acontecimientos dramáticos ocurridos en la historia familiar, o por razones más oscuras, se percibe como amenazador... puesto que la realidad infunde miedo, el otro es percibido como fuente de protección y seguridad".

Su casuística confirma las observaciones que establecen que los padres con organización fóbica tienden a ser sobreprotectores y presentan a los hijos el mundo externo como peligroso.

El polo libertad/independencia se construye como un objetivo valioso, mientras que los vínculos de apego se viven como la expresión de la necesidad de protección ante ese mundo peligroso, percibiéndose con un cierto grado de dependencia humillante. El paciente fóbico intenta encontrar un equilibrio entre estas dos exigencias irrenunciables: la necesidad de protección y la de libertad e independencia, que se viven como realidades irreconciliables.

El dilema termina siendo irresoluble, lo que conduce a la aparición de la psicopatología. Ésta aparece a menudo bruscamente, en individuos que en general presentan una buena adaptación previa, tras la aparición de una amenaza de separación, real o imaginaria, un cambio profesional que requiera mayor autonomía, un cambio vital que se perciba como pérdida de protección, etc.

Desde un punto de vista biologicista, los estudios familiares han mostrado una mayor prevalencia de Agorafobia con o sin Crisis de Pánico en los familiares de

primer grado (Bueno, 1985), pero sin que se haya demostrado concluyentemente la existencia de un factor de transmisión genético (Torgensen, 1990). Hay una aceptación general de que la sintomatología agorafóbica altera los patrones de relación familiar, generando a menudo una intensa frustración, y poniendo en peligro la estabilidad conyugal o familiar. (Udina,1997). Estudios de la calidad de la relación conyugal de pacientes agorafóbicos muestran resultados distintos, oscilando entre los que describen una variedad de problemas en la pareja (Lange y Van Dick, 1992), y los que no encuentran diferencias con parejas "control" (Arrindell y Emmelkamp, 1987). Otros estudios han reflejado cómo, en general, el tratamiento de la agorafobia mejoraba la relación conyugal (Milton y Hafner, 1979), o que un numeroso grupo de pacientes agorafóbicos, con alteraciones maritales o familiares añadidas, pueden beneficiarse de intervenciones familiares (Jacobson y otros, 1989).

A continuación relataremos un caso de nuestra consulta, que muestra muchas de las características de la familia agorafóbica descrita en las referencias citadas.

La familia de Angustias²

José consultó en nuestro Centro de Salud Mental, remitido por su médico de cabecera, por presentar un cuadro de Agorafobia de varios años de evolución. Refería mareos y malestar, especialmente al andar por las calles, y especial dificultad para cruzar la carretera. No tolera las aglomeraciones, aunque no ha desarrollado una conducta de evitación. Presenta esporádicas crisis de angustia de síntomas limitados.

José es natural de Málaga, casado y con tres hijas, y en el momento de la consulta tenía 60 años. Cuarto de 5 hermanos, su padre murió en la guerra cuando él tenía seis años. Vivió con la madre y los hermanos, dos de los cuales murieron con 20 años, por una tuberculosis y una enfermedad cardíaca congénita. Vino a vivir a Vizcaya por motivos laborales con 21 años, y aquí conoció a su mujer. No señala antecedentes psiquiátricos familiares de interés.

En el momento de la consulta estaba gestionando su incapacidad. Ha trabajado como Empleado de Seguros, los últimos años como cobrador. Hasta entonces no tenía grandes problemas, puesto que sus movimientos eran muy limitados, pero desde que le pusieron en ese puesto que implicaba mucho callejeo, ha cogido numerosas bajas y finalmente le ha llevado a solicitar la jubilación.

Este es un caso frecuente de adaptación de un problema agorafóbico, que no se define como tal problema hasta que las circunstancias laborales lo sacan a la luz. Podíamos hipotetizar que de haberse mantenido José en su antiguo de trabajo hasta la jubilación, es muy posible que su conducta no hubiera sido definida nunca como patológica.

² Todos los nombres que se citan en el caso son ficticios, excepto el de Angustias, por razones obvias.

Meses después, solicita consulta la segunda de las hijas, Carmen, 29 años, remitida por su médico de cabecera, presentando crisis de angustia diarias, con la sintomatología habitual: opresión torácica, bolo esofágico, cefaleas, sofoco, sensación de ahogo, dolor en pecho y brazo, mareo y sensación de muerte inminente. El cuadro se inició 2 años atrás, y se ha ido agravando progresivamente, lo que le ha llevado a consultar. Presenta además sintomatología agorafóbica importante con ansiedad anticipatoria: le cuesta mucho salir sola de casa, e igualmente tiene miedo a quedarse sola en casa.

Carmen es soltera, está en paro sin subsidio, y no está buscando activamente trabajo. Siempre ha tenido dificultades de relación, nunca ha salido con un chico; cada vez está más aislada, y sale menos de casa.

Dos meses más tarde, solicita consulta en el centro Irene, la mayor de las hermanas, enviado por el médico de cabecera, por presentar igualmente sintomatología agorafóbica: sensación de mareo al andar por la calle, dificultad para viajar, etc. Ocasionalmente crisis de angustia de síntomas limitados.

Irene tiene 33 años, está separada, tiene una hija de 8 años que se llama como ella, y desde la separación, un año después de casarse, vive de nuevo en el domicilio familiar.

Es importante señalar las circunstancias en las que se producen éstas entrevistas. El contexto es el de un Centro de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud, en una zona de población obrera con un porcentaje de inmigración muy elevado, y una acusada presión asistencial, donde se realizan tratamientos psicoterapéuticos que, al igual que en el resto de la Red Asistencial, no superan el 18% del total de consultas, siendo la mayoría de ellas entrevistas individuales. Los casos seleccionados para Terapia Familiar son escasos, y no incluyen habitualmente patologías neuróticas.

En éste caso, las solicitudes de consulta de José y Carmen habían sido atendidas individualmente por el autor, y se les había prescrito un tratamiento ansiolítico, con buena evolución en el caso de Carmen, y mala en el caso de José. Cuando acude Irene, tercer miembro de la familia en solicitar consulta simultáneamente, situación absolutamente inusual, al menos en nuestra casuística, es cuando se toma la decisión de citar a la familia.

En el modelo sistémico se ha prestado muy poca o ninguna atención a éste tipo de familias en las que coinciden simultáneamente varios pacientes identificados, que no son raras en este tipo de patología o en otras de mayor gravedad como la esquizofrenia. El modelo sistémico explica muy bien la sucesión de pacientes identificados en una misma familia, pero no la existencia de más de un paciente sintomático a la vez.

En el domicilio familiar viven los padres –José y Angustias, de 60 y 59 años-, las dos hermanas mayores, Irene y Carmen de 33 y 29 años respectivamente, y la hija de Irene, Irene, de 8 años.

De los cinco que viven en la casa, tres –José, Irene, Carmen- han consultado por sintomatología muy similar: Agorafobia con crisis de angustia de síntomas limitados. Pero además Irene hija no soporta subir en ascensor, tiene que dormir con la puerta abierta, y sale muy poco de casa, hasta el punto de que en la escuela han llamado la atención a la familia sobre su conducta. Pero éstos lo justifican así: “como está tan a gusto en casa, con tantos juguetes... no quiere salir”.

No sólo encontramos problemas en los tres pacientes identificados, sino que toda la organización familiar parece girar en torno a la agorafobia. Esta impregna a todos sus miembros, comenzando también la niña a reflejarla en su conducta.

La hermana mayor, Irene, se casó embarazada con 25 años, y a pesar de lo pequeña de la casa, la nueva pareja se instaló en la casa de los padres de Irene. La relación entre el marido y la familia de Irene era mala, nunca se aprobó el matrimonio, y la tensión en la convivencia les llevó a trasladarse, 3 meses mas tarde, a un piso propio... al otro lado de la calle. Desde la ventana, la madre veía la casa donde vivía su hija. Aún así, como el marido de Irene trabajaba muchas horas en un bar, Irene y su hija se pasaban el día y hacían todas las comidas en casa de los padres.

Un año después de casarse Irene se separó, culpando a los horarios de trabajo de su marido, que no estaba nunca en casa y volvía a horas intempestivas. Tras la separación, Irene volvió con su hija a casa de los padres. A pesar de ser joven y guapa, no se plantea siquiera la posibilidad de buscar una nueva pareja, y sólo sale de casa para acudir al trabajo, y alguna vez con su hermana y alguna amiga, pero es excepcional.

Carmen, la segunda, ha llevado una vida “normal”, salvo que nunca ha tenido una relación de pareja, y apenas tiene amigas, lo que hace que cada vez salga menos de casa. Progresivamente se va haciendo cargo de las tareas de la casa, y en sus expectativas de futuro no entra la posibilidad de formar un hogar propio.

La hermana pequeña, M^a Jesus, se casó un año atrás. Es definida como la más independiente de las hermanas. Aún así vive muy cerca del domicilio de los padres, y va todos los días a comer a su casa

José, el padre, es un hombre muy casero, pero aún así es considerado “un zascandil” por las mujeres de la familia. Angustias, la madre, sale de casa para las compras, acudir al médico, etc. Pero, ni ella, ni su marido, tienen amistades, más allá de las vecinas. Ambas familias de origen viven lejos, y no tienen costumbre de salir ni siquiera a pasear. El único que se da algunos paseos es José, el “zascandil”, al que con frecuencia las mujeres acusan de beberse algunos vinos de más en sus paseos.

Cualquier conducta que se aleje de la norma no es rechazada clara y abiertamente, sino que como afirman Prata y Raffin (1991) es , como en este caso, descalificada o bien desconfirmada el malestar que muestran ambos

cónyuges por la conducta y actitud del otra expresa el “ control dual” a que se refiere Fry, por el cual ningún miembro de la pareja puede realizar un movimiento sin ser controlado o supervisado por el otro. .

Viven en un primer piso con dos dormitorios: una para los padres y otra para las hijas, que siempre han dormido juntas. La vivienda tiene acceso a un patio. Allí, con flores y rejas, han intentado recrear un ambiente de patio andaluz, donde pasan las tardes de buen tiempo. Cuando no es así, está toda la familia junta en el interior de la casa, viendo la TV, o haciendo labores domésticas, a pesar de lo reducido de la vivienda. La relación en el interior de la vivienda permite una escasa o nula intimidad, como es fácil suponer. Las puertas interiores siempre están abiertas, día y noche. Sin embargo, todos coinciden en afirmar que en casa se está divinamente.

La familia presenta una escasa adaptación a su entorno. Es una familia emigrante, pero viven en un lugar con un alto porcentaje de emigrantes, muchos de ellos provenientes de su misma región. Sin embargo, la añoranza de su lugar natal es palpable, no sólo en su forma de vivir, sino por ejemplo en la persistencia del acento en los padres a pesar de los años – mas de 30 – que llevan residiendo en el País Vasco.

Durante el verano, se van de vacaciones. Se desplaza toda la familia a Andalucía, donde comparten una apartamento, de reducidas dimensiones, y donde se encuentran muy a gusto. Allí salen más.

El mito familiar, es decir, la creencia compartida por toda la familia, a pesar de no ser racionalmente sostenible (Ferreira, 1971), es que el entorno es hostil, y que lo mejor que puede hacer uno es estar recogido. Se sale a trabajar, a hacer la compra, etc., y aún así, se paga un tributo por ello: las crisis de angustia. Este tipo de creencias, los mitos familiares, son capaces de condicionar toda la conducta de la familia, y ser motivo de una importante disfunción familiar. Estos mitos con frecuencia aparecen en generaciones anteriores. Veamos el caso de esta familia.

José el cuarto de 5 hermanos. Su padre murió en la guerra, cuando él tenía 6 años. Durante la guerra y la posguerra, la familia, lo pasó mal, aunque tiene el recuerdo de un buen ambiente familiar. La madre pasó muchos apuros para sacar a los hijos adelante, y dos de los hermanos murieron con una edad próxima a los 20 años, uno de Tuberculosis y otro por una enfermedad cardíaca congénita. Sin embargo José recuerda haberse “criado con mucha alegría”: Al parecer todos los males venían de fuera. Tuvo que emigrar por motivos laborales, y ya instalado en Vizcaya conoció a su mujer, con la que se casó dos años después.

Angustias, la madre, de la que apenas se ha hablado, la sana de la familia, resulta paradójicamente el personaje central de la historia. Es la que más tiempo pasa en casa (en estrecha competencia desde hace un tiempo con su segunda hija Carmen), y aparentemente lleva el liderazgo familiar. Su marido parece ser bastante periférico, y en esta familia con predominio de mujeres,

Angustias es la depositaria de la autoridad, y su historia la principal causa de la génesis del mito de la peligrosidad del entorno.

*Angustias es la octava de 10 hermanos, 3 varones y 7 hembras. Cinco de ellos murieron de pequeños, generalmente al nacer. Sin embargo, la madre de Angustias, también llamada Angustias, sólo recordaba con cierta frecuencia la muerte de la hija mayor, que murió con 4 años, y que también se llamaba Angustias. La actual Angustias es la **cuarta** de las hermanas en llevar ese nombre. Las tres Angustias anteriores murieron, la primera con 4 años, como hemos dicho, y las dos restantes al poco de nacer.*

El tema de la repetición de los nombres, como en este caso, adjudicando a un recién nacido el nombre de un hermano muerto o de otro miembro de la familia cuyo fallecimiento coincide con la concepción, el embarazo o el nacimiento de un niño, tiene importantes repercusiones no sólo en el adjudicatario del nombre, sino en toda la organización de la nueva familia, que no han sido suficientemente estudiadas.

En la familia del padre, así como en la de la madre, vemos que se cumple la norma de poner a los primogénitos de ambos sexos los nombres del padre y de la madre. Así, el hermano mayor de José se llama Francisco como su padre, y los hermanos mayores de Angustias, Manuel y Angustias, como sus padres. La hija de Irene, se llama también Irene. Únicamente se rompe la tradición en el caso de la primogénita de José y Angustias: le llaman Irene, como la hermana mayor de Angustias, la cuarta de las hermanas y la primera que sobrevive. Es muy posible que, a partir de ese momento, el nombre de Irene, un talismán contra la muerte, se convierta en el nombre de las primogénitas de la familia, sustituyendo a Angustias, que tan mal resultado había dado, y que no se repite ya en la siguiente generación.

Angustias recuerda que durante su infancia la tuvieron “como oro en paño. Había una chica en casa sólo para cuidarme a mí. Mi padre no quería ni que me diera el aire. No me dejaron salir sola a la calle hasta muy mayor”. Angustias pasó la infancia con el temor, o casi la seguridad, de que podía morir en cualquier momento. Todas las precauciones eran pocas, y la familia, de buen nivel económico, se volcó en que la sustituta de la primera y también llamada Angustias, consolara a su madre de ésa y las sucesivas pérdidas.

Cuando Angustias tenía cerca de 5 años, llegó la Guerra Civil, y la amenaza que pendía se cumplió, a la madre la encarcelan, la familia pierde todo lo que tiene, más tarde detienen al padre y le encarcelan también, etc.

El recuerdo de Angustias de la Guerra está lleno de dramáticos relatos de sufrimientos, malos tratos y separaciones traumáticas –en especial recuerda la noche en que se llevaron a su madre-. Su infancia dorada se quiebra brusca y definitivamente por todos esos cambios que, no lo olvidemos, vienen del exterior.

La familia de origen de Angustias construyó toda una serie de normas destinadas a cuidar a los hijos de una manera extrema, tratando de protegerles

de los peligros que venían fundamentalmente del exterior. La Guerra y los acontecimientos que se suceden vienen a confirmar este mito, del que la superviviente Angustias no podía escapar. La protección extraordinaria de los niños se evidencia una vez más en el motivo de la marcha de Angustias de su lugar de origen. Ésta no tenía intención de marcharse de su pueblo, pero se trasladó para atender a su hermana que acababa de parir. Durante su estancia, conoció a su actual marido, y ya no se marchó.

José, su marido, podría haber actuado como contrapeso a la hora de la negociación de las reglas familiares. Pero José, igualmente, había perdido a su padre durante la guerra cuando tenía 5 años, la madre tuvo que sacar adelante a la familia con muchas dificultades, y dos hermanos murieron jóvenes. Difícilmente podía considerar el entorno exento de amenazas

José y Angustias desarrollan una relación colusiva (Willi, 1978). Ambos esperan que su cónyuge le ayude a resolver sus problemas, pero cada uno está inmerso en sus propias dificultades, que finalmente son las que les mantienen *unidos*.

Las hijas de José y Angustias se criaron en el seno de una familia en la que las normas, el mito, conducen a quedarse en casa, bajo la protección del hogar y la familia, de manera que toda salida al exterior se ve desanimada, y los intentos conducen a fracasos que confirman la norma. El aventurarse por los peligros exteriores da muchísimo miedo, hasta el punto de comenzar a mostrar síntomas fóbicos. Las normas se transmiten generacionalmente, y naturalmente afectan a la siguiente generación, que convive en el domicilio.

Es importante aclarar lo siguiente: las normas en sí no son buenas ni malas, son únicamente funcionales en un contexto y disfuncionales en otro. Cuando la familia de origen de Angustias desarrolló toda la serie de normas destinadas a preservar a la última Angustias de la muerte, y posteriormente para protegerse de los desastres de la guerra, podemos pensar que en ese contexto tales normas resultaron útiles y funcionales. La transformación de éstas normas en mito, aseguran la transmisión transgeneracional.

Con el paso del tiempo, el medio externo en el que se desarrollan las historias familiares cambia, y la familia debe modificar sus normas para adaptarse a esos cambios. En el caso que nos ocupa, la familia no ha sabido adaptarse, y vive atrincherada en su casa para protegerse de unos peligros que ya pasaron. Sin embargo la familia no está aislada por completo: trabajo, diversión, sexualidad, se cruzan en su camino, y es aquí donde la disfunción se hace evidente y se manifiesta sintomáticamente.

En la familia del padre, así como en la de la madre, vemos que se cumple la norma de poner a los primogénitos de ambos sexos los nombres del padre y de la madre. Así, el hermano mayor de José se llama Francisco como su padre, y los hermanos mayores de Angustias, Manuel y Angustias, como sus padres. La hija de Irene, se llama también Irene. Únicamente se rompe la tradición en el caso de la primogénita de José y Angustias, a la que ponen el nombre de la primera de las hermanas de Angustias que sobrevive: la 4ª, a la que al parecer

ya no se atrevieron a llamar Angustias. Los padres de Irene cambian la norma de la transmisión del nombre, como una protección más contra los riesgos, en éste caso relacionados con los aspectos mágicos del nombre. No sería extraño que a partir de éste momento se modifique la norma familiar, y las primogénitas de la familia pasen a llamarse Irene en lugar de Angustias.

Conclusión

La mayoría de los autores coinciden en una serie de características de las familias con un paciente agorafóbico – padres sobreprotectores, conflicto no resuelto entre dependencia -independencia, control mutuo en la pareja, dificultad de separación -. Sin embargo hay pocas referencias en la ya de por sí escasa bibliografía, a lo que podríamos denominar como Familias Agorafóbicas.

Estas familias se caracterizarían por asumir el comportamiento agorafóbico como una parte esencial del funcionamiento familiar, construyendo toda una serie de reglas y mitos acerca de las excelencias de permanecer estrechamente unidos, y las dificultades y peligros que surgen al abandonar la protección del entorno. El cuidado sobreprotector de los niños puede ser un integrante adquirido transgeneracionalmente, o bien estar, como en el caso descrito, vinculado a experiencias traumáticas de uno o ambos progenitores.

El desvelamiento del origen del mito familiar, efectuado con el cuidado y la delicadeza que aconseja Ferreira (1971), y su vinculación con las dificultades sintomáticas que ponen en cuestión la situación idílica de la familia, es lo que condujo, en el caso de la familia de Angustias a la remisión sintomatológica, y al inicio de modificaciones de la relación familiar: La comparación de la situación familiar durante la que se origina el mito, con el aquí y ahora de la familia permitió visualizar la inadecuación de algunas de las normas familiares.

Aunque las hijas conocían en líneas generales la historia de la madre, había muchos detalles importantes que desconocían – por ejemplo, el que su madre fuese la 4ª niña en llevar el mismo nombre- ya que se evitaba sistemáticamente hablar de ello. La redefinición de los síntomas y la conducta agorafóbica como vinculados con la historia de los padres, especialmente la de Angustias, atacó las raíces del mito familiar del mantenimiento de la familia unida como situación ideal, y permitió la aparición de los múltiples inconvenientes y problemas que tal situación acarrea.

Coincidimos con Pittman entonces en que, el desvelamiento de la situación traumática que subyace a menudo en éstos casos, facilitando que aflore la angustia de separación, es una buena vía para permitir que la familia desarrolle historias alternativas al mito familiar de “como en casa y todos juntos, no se está en ningún sitio”.

En un seguimiento llevado a cabo siete años después, la situación de la familia es la siguiente: los padres, jubilados, pasan la mayor parte del año en Málaga, en el apartamento del veraneo. José no ha vuelto a presentar sintomatología agorafóbica o de otro tipo. Carmen, la hija que parecía predestinada a cuidar

de la casa y de los padres, vive emparejada en una localidad a unos 15 km. de la vivienda familiar, y tiene un trabajo a tiempo parcial. M^a Jesús se divorció de su primer marido, y mantiene una nueva relación de pareja de la que está a punto de tener un hijo. Irene madre e hija son las que continúan viviendo en el domicilio familiar. Irene hija está desarrollándose bien, con una buena escolarización y socialización, y sin problemas fóbicos de ningún tipo. Irene madre es la única miembro de la familia que ocasionalmente sigue presentando síntomas agorafóbicos, en dos ocasiones a lo largo de éstos años, con una sintomatología leve que ha cedido en pocos meses con tratamiento ansiolítico.

Agradezco a Juanjo Villegas sus comentarios y sugerencias que me han permitido mejorar el texto.

Referencias Bibliográficas

ARRINDELL, W. Y EMMELKAMP, P.(1986): *Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: a controlled study*. Br. J. Psychiatry, 149: 592-602.

BOSZORMENYI-NAGY, I. Y SPARK, G.(1973): *Invisibles loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*.Harper&Row, Maryland. Hay trad. Española: *Lealtades invisibles*. Amorrortu, Buenos Aires, 1983.

BOWLBY, J. (1973): *Attachment and loss*. Vol. 2 *Separation, anxiety and anger*. Hogarth Press, Londres. Hay trad. española: *La separación afectiva*. Piados, Barcelona, 1993.

BUENO, J. (1985): *Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos de ansiedad*. Rev. Dpto. Psiq. Fac. Med. Barna., 12. 5: 303-323.

ESPINA, A. y PUMAR, B. (1995): *Algunos aspectos relacionales en la Agorafobia*, Rev. de Psicoterapia, VI, 21: 57-70.

FERREIRA, A.(1971): *Mitos familiares*. En *Interacción Familiar*, C. Sluzki (comp.). Editorial Tiempo Contemporáneo, B. Aires.

FRY, W. (1962): *The Marital Context of an Anxiety Syndrome*. Family Process, 1: 245-252.

JACOBSON, N.; BOLTZWORTH, A. Y SCHMALING, K.(1989): *Marital therapy and spouse involvement in the treatment of depresión, agoraphobia and alcoholism*. J. Consult Clin Psicol., 57, 10.

LANGE, A. Y VAN DYCK, R.(1992): *The function of agoraphobia in the marital relationship*. Acta Psychiatr. Scand., 85 :89-93.

MILTON, F. Y HAFNER, J.(1979): *The outcome of behaviour therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment*. Arch Gen. Psychiatry, 36: 807-811.

NARDONE, G. (1995): *Paura, pánico, fobie*. Ponte alla Grazie, Florencia. Hay traducción española: *Miedo, pánico fobias*, Herder, Barcelona, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE 10*. Meditor, Madrid.

PÉREZ CARMONA, P; GARCÍA SANTIAGO, L. y TOURIÑO, R. (1992): *Sobre una peculiar organización familiar de las fobias*. FEATF, Actas de las XIII Jornadas de Terapia Familiar: 439-443, Cáceres?

PITTMAN III, F.(1987): *Turning points*. Norton, N. York. Hay trad. Esp.: *Momentos Decisivos*. Paidós, Barcelona, 1990.

PRATA, G. y RAFFIN, C. (1991): *Guarire dalla rabbia*. Psicobiattivo, 11: 35-45. Hay traducción española: *Curarse a través de la rabia*. Revista de Psicoterapia, VI, 21: 71-82, 1995.

SLUZKI, C. y VERÓN, E. (1971): *The double bind as an Universal Pathogenic Situation*. Family Process, 10: 397-410.

TORGERSEN, S.(1983): *Family study of agoraphobia*. Arch. Gen. Psychiat., 40: 1065-1069.

UDINA, C. (1997): *Comorbilidad en los trastornos de ansiedad*. En J. Massana (coord.) *Pánico, visión actual*. Aula Médica, Madrid.

WILLI, J.(1978): *La pareja humana: relación y conflicto*. Morata, Madrid.

RESUMEN

Aunque el Abordaje Sistémico-Relacional plantea un nuevo paradigma explicativo de los trastornos relacionales y de la conducta, lo cierto es que en la literatura de Terapia Familiar se encuentran pocas referencias a los trastornos neuróticos en general y a la agorafobia en general.

A lo largo del artículo se repasa esta bibliografía, encontrando algunas características típicas de las familias con un paciente agorafóbico: padres sobreprotectores, conflicto no resuelto entre dependencia -independencia, control mutuo en la pareja, dificultad de separación.

Se expone un caso clínico, el de la familia de Angustias, con el que se propone el concepto de familia agorafóbica: familias que asumen el comportamiento agorafóbico como una parte esencial del funcionamiento familiar, construyendo toda una serie de reglas y mitos acerca de las excelencias de permanecer estrechamente unidos, y las dificultades y peligros que surgen al abandonar la protección del entorno.

El desvelamiento del origen del mito familiar, y su vinculación con las dificultades sintomáticas que ponen en cuestión la situación idílica de la familia fue el abordaje utilizado y propuesto para este tipo de familias.

ABSTRACT

Although the Systemic-Relational Approach proposes a new paradigm explicative of the relational and behaviour disorders, the fact is that in Family Therapy literature few references to neurotic disorders in general, and agoraphobia in particular are found.

Through the article this bibliography is revised, finding some typical characteristics of families with an agoraphobic patient: over-protective parents, non-resolute conflict between dependence-independence, mutual control in the couple, difficulties in the separation.

A clinical case is exposed, the family of Angustias, proposing the concept of agoraphobic family: families that assume the agoraphobic behaviour as an essential part of the family behaviour, building a whole sequence of rules and myths about the excellences of being tightly joined, and the difficulties and dangers that arise in the case of leave the protection of the scene.

The disclosing of the origin of the family myth, and its link with the symptomatic difficulties that put in question the apparent idyllic situation of the family, was the approach used and proposed for this families.