



## **AGORAFOBIA: UNA MIRADA ENCERRADA HACIA LA SOCIEDAD**

**Amparo Cano Esteban**

Universidad Complutense de Madrid

### **RESUMEN**

La etiología de la agorafobia ha sido comúnmente explicada a través de la Psicología, como reina indiscutible en el campo de la enfermedad mental. Lo que se intenta en el presente artículo es dar luz a esta cuestión desde una perspectiva totalmente diferente, la sociológica, sin pretender por ello negar otro tipo de teorías igualmente válidas que no caigan dentro de este campo. Así, iremos haciendo un repaso a algunas de las principales teorías para aplicarlas a algo que parecía tan íntimo e individual como es el caso de la enfermedad mental, centrándonos en la agorafobia, para comprobar que efectivamente ésta también es un constructo social.

**Palabras clave:** Agorafobia, enfermedad mental, desviación, estigma.

### **ABSTRACT**

The etiology of agoraphobia has been commonly explained by psychology, the undisputed queen in the field of mental illness. The purpose of this article is to shed light on this issue from a sociological perspective without claiming that other equally valid theories do not fall within this field. We shall make a review of some of the main theories, then apply them to something that is perceived to be so intimate and individual as mental illness, focussing on agoraphobia, to verify that indeed this is also a social construction.

**Keywords:** Agoraphobia, mental illness, deviance, stigma.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, la **agorafobia** es “el temor angustioso y patológico de hallarse solo en grandes espacios abiertos”. La etimología de la palabra procede del griego *ágora* (ἀγορά), que era la plaza pública en las ciudades griegas donde se llevaba a cabo la asamblea y que constituía el centro de la vida administrativa, religiosa y comercial; y *fobia* (φοβία), que es un temor irracional compulsivo. Ampliando esta pequeña definición con la ayuda de criterios diagnósticos típicamente utilizados en el marco de la Psiquiatría, como es el *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, vemos que la agorafobia pertenece a un grupo más amplio de trastornos, denominados **trastornos de ansiedad**.

La **ansiedad** es una emoción no necesariamente patológica, que activa al individuo y es necesaria para la vida diaria (ej: levantarnos al sonar el despertador). Pero hay personas que bien por la frecuencia, la intensidad y/o la duración con la que padecen la ansiedad, pueden desarrollar un trastorno de este tipo. Los niveles altos de ansiedad están relacionados con la aparición de diferentes patologías físicas (problemas coronarios, de la piel...) y psicológicos (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo...) Dichos trastornos crean a su vez un amplio abanico de diferentes patologías que, a pesar de estar encuadradas en el mismo grupo, muestran pequeñas diferencias entre sí. Así pues, encontramos hasta un total de doce tipos diferentes de trastornos, a saber: agorafobia sin historia de trastorno de angustia; trastorno de angustia con agorafobia; trastorno de angustia sin agorafobia; fobia social; fobia específica; trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); trastorno por estrés postraumático (TEP); trastorno por estrés agudo; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica; trastorno de ansiedad inducido por sustancias; y trastorno de ansiedad no especificado. Pero de esta lista sólo nos interesan los cuatro primeros, puesto que se centran en la cuestión que aquí nos ocupa. Y dado que la agorafobia está muy relacionada con el trastorno de angustia, como puede verse en los tres primeros casos, lo primero que haremos será definir éste. Según el *DSM-IV*, la característica principal de una **crisis de angustia** o **ataque de pánico** es “la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos” (palpitaciones, sudoración...) (DSM-IV, 1994: 478). Estas crisis pueden darse en cualquiera de las múltiples patologías que forman los trastornos de ansiedad, pero son más significativas en la agorafobia, ya que la evitación de esta angustia puede llevar al individuo a evitar determinadas situaciones donde aparecieron las crisis e ir generalizando este tipo de situaciones hasta llegar a recluirse en su casa, como sitio seguro donde estar a salvo. Por eso, para determinar la significación del diagnóstico de una crisis de angustia es importante considerar el contexto en el que ésta aparece: 1) inesperadas; 2) situacionales, desencadenadas por un estímulo concreto; y 3) predisuestas por una situación determinada (DSM-IV, 1994: 479).

Para cada tipo de trastorno, la angustia será causada por un tipo de estímulo. El causar la angustia la propia idea de sufrir una nueva crisis y no encontrar ayuda, hace que la ansiedad se retroalimente de esta forma y la persona quede cada vez más recluida. Si sucede una crisis viajando en avión se evitará, no solo esto, si no viajar en cualquier otro medio de transporte público por si sucediese lo mismo. Podemos decir que la angustia acompaña al hombre en el curso de su existencia, pero si estas crisis se repiten en el intervalo de un mes, darán lugar a un **trastorno de angustia**, cuya principal característica es la preocupación por la repetición de nuevas crisis, lo que trae como consecuencia un cambio comportamental significativo. Por supuesto, esto no es achacable a los efectos fisiológicos de ninguna sustancia o una enfermedad médica y no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV, 1994:482). Es en este contexto del trastorno de angustia donde suele aparecer la agorafobia, aunque no siempre es así, ya que a veces el trastorno de angustia se da sin más, sin que desemboque inevitablemente en un caso de agorafobia. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se diferencia de éste por la ausencia de antecedentes de crisis de angustia inesperadas y recidivantes como las que hemos visto. Los comportamientos de evitación en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia obedecen al miedo de sentir incapacitación o humillación pública como consecuencia de los síntomas similares a la angustia cuya aparición es imprevisible, y no a las crisis de angustia completas

como ocurre en el trastorno de angustia con agorafobia (DSM-IV, 1994: 492). El diagnóstico diferencial entre una fobia específica de tipo situacional (ej: miedo a los aviones) y el trastorno de angustia con agorafobia puede ser particularmente difícil, ya que en ambos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación. Pero el segundo caso se caracteriza por crisis de angustia de aparición inesperada que darían lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. De forma similar, el diagnóstico diferencial entre la fobia social y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar igualmente complejo. Pero la diferencia entre ambas es que los individuos con fobia social temen ser observados (ej: hablar en público, que conlleva a comportamientos de evitación como el no acudir a una fiesta) y rara vez presentan una crisis de angustia cuando están solos, mientras que en el trastorno de angustia con agorafobia los individuos pueden sentir más ansiedad en situaciones donde precisamente están faltos de alguien cercano que los ayude (DSM-IV, 1994: 502-510).

Ahora que tenemos presente un mapa mental en el que situar la agorafobia, sus diferentes tipos y la distinción con otros trastornos, me gustaría presentar unos datos estadísticos que justifiquen la investigación realizada. Y es que los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de sustancias son los que más prevalencia tienen y por este mismo orden. En Sociología son muy estudiados los trastornos del estado de ánimo, mayormente la depresión, porque su prevalencia puntual oscila entre el 5 y el 10% de la población, lo cual se trata de una cifra notable que despierta el interés no solo de la Sociología, si no también de otras disciplinas como la Psicología o la Psicología Social. Pero los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia-vida aún mayor, llegando a alcanzar el 15% de la población total. **La agorafobia, solo presenta una tasa de prevalencia del 1,2-3,8% de la población general, que, a pesar de ser inferior a la de otros trastornos, supone, sin embargo, un problema clínico mucho mayor por el grado de interferencia que produce en la vida cotidiana.** Respecto a la variable **sexo**, la presentación de fobias varía según el tipo. Sin embargo, parece haber, en términos generales, un predominio de mujeres fóbicas. Centrándonos en el trastorno de angustia sin agorafobia, éste se diagnostica dos veces más en mujeres que en hombres, mientras que la relación es 3 a 1 para el trastorno de angustia con agorafobia. Otra variable de especial relevancia es la **edad**. La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida. Los temores fóbicos que se inician en la infancia son adaptativos (ej: el miedo a las tormentas hace que evitemos ponernos bajo los árboles), pero si persisten tras esta etapa, se convierten en un miedo irracional.

Aunque el presente trabajo tiene como fin último explicar la aparición de la agorafobia desde una perspectiva sociológica, aún sin negar otro tipo de teorías, esta última línea me da pie para hablar del tratamiento psicológico de la enfermedad (ya que hoy en día es la ciencia que más estudia la agorafobia y el único tipo de tratamiento que existe en la actualidad es de este tipo). De este modo, completaremos la visión sobre esta enfermedad. El tratamiento que se aplica en caso de diagnosticarse agorafobia a un individuo, siempre y cuando el paciente quiere y esté preparado para recibirlo, es la **terapia de exposición**, donde el individuo, con ayuda de un terapeuta, se va exponiendo de manera paulatina a los estímulos que le provocan temor, aprendiendo técnicas de relajación para superar su ansiedad (Bados, 2006: 35-37). También hay que apuntar la posibilidad de compaginar dicha técnica con la ayuda de psicofármacos, que mayormente ayudan a paliar la angustia sentida por el individuo (Mathews, 1985: 69-82).

## 2. AGORAFOBIA Y SOCIEDAD

El lector inexperto sobre el tema que haya leído atentamente esta introducción, podrá seguir las ideas que a continuación se expongan. El cristal a través del cual investigaremos es meramente sociológico, lo que no quiere decir que pretenda negar otro tipo de teorías igualmente válidas como son las psicológicas. Simplemente, de lo que se trata aquí, es de dar luz a la cuestión desde otra perspectiva menos estudiada.

En primer lugar reseñar que tanto el término «enfermedad» como el de «salud» son especialmente ambiguos, puesto que se podría definir uno como ausencia del otro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define

la **salud** como “el estado de bienestar físico, mental y social, en ausencia de enfermedad o invalidez, con capacidad funcional para trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad”. Definición que gira en torno a dos componentes fundamentales de las sociedades actuales: el trabajo y la participación activa en la comunidad (relaciones interpersonales). Nos encontramos ante la cuantificación del trabajo, pero hay que preguntarse si es esto suficiente para definirla porque ¿podría decir el lector cuándo un artista ha pintado bastantes cuadros o cuándo un poeta ha escrito suficientes sonetos como para llamarse productivos? ¿Y es que acaso los profesionales de estos trabajos no caen enfermos? Por otra parte, nos situamos ante la idea de que estar sanos implica «participar activamente en la vida social» (Sánchez, 2002a: 23-24), hecho en el que me gustaría profundizar relacionándolo directamente con nuestro propósito de estudio. Y es que la persona agorafóbica, en tanto que es tomada como una persona enferma, simplemente está aislada socialmente por voluntad propia y puede que, efectivamente, este síntoma patognomónico de la enfermedad merme a lo largo del tiempo las habilidades sociales de dicha persona. Pero, más allá de los límites físicos en los que vive el individuo, puede participar activamente en la vida social atrayendo hacia su espacio todo aquello que ponga de manifiesto la participación social (ej: no podrá salir a tomar un café, pero podrá decirles a sus amigos que suban a tomarlo a su casa). Ciertamente es que la participación en la sociedad será algo más reducida y tosca, pero no nula. Además, hay que sumar el papel que desempeñan hoy en día las nuevas tecnologías de la comunicación (principalmente Internet), que facilitan la labor de integración para estas personas.

Aunque definir salud como ausencia de enfermedad (o viceversa) sería vago e impreciso, es común considerarlo así en el ámbito mental. En el libro *Individuo, sociedad y depresión* el autor argumenta sobre este debate que “definir la salud mental como ausencia de enfermedad excluiría a un buen número de personas que, sin ser diagnosticadas como enfermas mentales, sufren cierto deterioro en su bienestar psicológico” (ej: persona en situación de duelo por la muerte de un ser querido) (Sánchez, 2002a: 23). Como no se puede clasificar a un individuo como enfermo mental o persona completamente sana en muchos casos, la balanza se inclinará hacia uno u otro lado de forma más significativa analizando los seis criterios de salud mental que propone Jahoda: autoestima, autorrealización, integración de la personalidad, autonomía, adecuada percepción de la realidad, y el dominio del ambiente (Sánchez, 2002a: 36-38). Si, como decíamos, no existe un continuum del tipo enfermedad mental – salud, el proceso de diagnóstico de una enfermedad de este tipo se torna más complejo, y éste no se realiza en función de síntomas objetivos como ocurre en la medicina general. Por eso, se deja abierta la puerta para conclusiones subjetivas del propio médico.

### **3. TEORÍAS SOCIOLOGICAS: UNA PERSPECTIVA DIFERENTE PARA EXPLICAR LA AGORAFOBIA**

Acabamos de ver como tanto la enfermedad mental como la salud pueden ser un constructo social. Las explicaciones que se dan a la agorafobia van desde las neurológicas hasta las sociológicas, y las diversas teorías son presentadas como si fueran mutuamente excluyentes. Ahora bien, vamos a intentar explicar la agorafobia desde un punto de vista sociológico, con lo que no se pretende negar el valor de otro tipo de teorías que aportan su ciencia a la cuestión, si no simplemente observarla desde una perspectiva poco común, ya que en el campo de la enfermedad mental la Psicología parece la reina absoluta.

#### **3.1. Teoría del Etiquetado o de la Reacción Social**

Esta teoría surgió en los años 60 de la mano de Lemert. La idea clave de esta teoría se halla en las reacciones de la sociedad. Sirve para explicar la desviación social y lo hace en términos de la reacción de desaprobación y de las sanciones sociales que siguen a una violación de normas o reglas sociales. Los grupos con más poder refuerzan sus valores sobre los menos poderosos, etiquetando a aquellos que infringen las normas con estereotipos. De igual manera, ello es también aplicable al caso de la enfermedad mental. Scheff fue

el primero en hacerlo, y pretendía, según sus propias palabras, crear “una teoría del desorden mental en la que los síntomas psiquiátricos sean considerados como violaciones etiquetadas de las normas sociales y la «enfermedad mental» sea un rol social”. Y es que la mayoría de las enfermedades mentales crónicas no son más que un simple rol social, pero lo que determina la adquisición o no de ese rol por parte del individuo es la reacción social (Sánchez, 2002b: 38). Con esta primera teoría, el lector podrá ver como algo que parecía tan íntimo y personal como es la enfermedad mental, también es construida socialmente por los individuos que rodean al sujeto.

Como vemos, es fundamental el concepto de **desviación**, que no se refiere a una característica de la acción en sí misma, si no que dicha característica pertenece a la respuesta del grupo ante una determinada acción. El individuo ha sido entonces **etiquetado**. Una etiqueta y su estigma asociado son muy resistentes al cambio. Los términos “paciente mental” y “anterior paciente mental” portan connotaciones negativas y duraderas en la sociedad. Ello puede apreciarse claramente con el trabajo de Rosenham, en el que ocho personas sanas obtuvieron la admisión en hospitales psiquiátricos fingiendo síntomas de esquizofrenia. Una vez en la clínica comenzaron a comportarse de forma normal o sana, pero su cambio de comportamiento no fue apreciado por el personal sanitario en el transcurso de 19 a 52 días que duró el experimento. Cuando por fin fueron dados de alta, lo hicieron con el diagnóstico de “esquizofrenia en remisión”. Este experimento nos muestra la prueba del importante papel del etiquetado en la práctica psiquiátrica, y a la vez tiene un claro efecto social: la persona etiquetada se convierte en un miembro de un grupo ajeno al de los individuos sanos. Así, comienza lo que Scheff dio el nombre de «carreras de desviación residual»: el paso sucesivo de una posición estigmatizada a otra. Lo que el autor muestra es que al cometer un acto desviado, no toma ningún rol por el mero hecho de realizar dicho acto, pero de todas formas la sociedad lo etiqueta como tal. En este caso, el individuo será tildeado de algo que él todavía no interiorizará (lo que él dio a llamar **desviación primaria**). Pero si dicho individuo se rebela y como reacción frente a la acción del etiquetaje comienza a comportarse de acuerdo al rol impuesto socialmente y lo interioriza, “el desviado se convierte en una persona cuya vida e identidad se organiza en torno a los hechos de desviación” (esta es la **desviación secundaria**) (Sánchez, 2002b: 39). Esto es totalmente aplicable al rol de enfermo mental. Pero este hecho nos lleva además a otra cuestión de gran relevancia y es que ello se convierte en una **profecía autoincumplida**, que es aquella predicción que una vez hecha es en sí misma la causa de que se haga realidad (ej: estudiante que no estudia porque cree de antemano que suspenderá el examen; así su idea se terminara cumpliendo). De lo que se extrae que la gente no reacciona simplemente a cómo son las situaciones, sino también, y a menudo principalmente, a la manera en que perciben tales situaciones, y al significado que le dan a las mismas.

Hay sociedades en las que existen desviaciones que se identifican con categorías comúnmente aceptadas como tal, como son el robo, el alcoholismo o la prostitución; pero aquellas que no sabemos cómo designar, aun sabiendo que se trata igualmente de una desviación, pasan a formar parte de las llamadas **categorías residuales**. En otros tiempos, estaban formadas por la brujería, la posesión por el demonio... pero actualmente la enfermedad mental es quien ocupa el primer puesto de dichas categorías residuales. A lo largo de la historia, este tipo de categorías siempre ha cumplido la función de *tranquilizador social*: los individuos que cometían algún acto desviado podían marcarse con una de las múltiples etiquetas existentes, pero ¿cómo explicar un acto cuyo autor no puede definirse con el nombre de ninguna de esas etiquetas creadas? Al poner nombre a este tipo de actos nos quedamos más tranquilos porque «ya sabemos lo que es», pero no es tan frecuente como para pasar a ser otra simple etiqueta más (Sánchez, 2002a: 27-29). En relación con esta idea, un último propósito de etiquetar a los individuos como desviados es el *control social* o la presión para ajustarse a la norma. La función de control social comienza con la asignación de esa etiqueta indeseable de la que ya hemos hablado, que se asocia con la desaprobación y el estigma social. Para algunas formas de desviación, se emplean intervenciones sociales más molestas, como el encarcelamiento o la hospitalización, que pueden tener las consecuencias no intencionadas de afianzar aún más en la carrera desviada al individuo (Goffman, 1994: 150-155). Por lo tanto, el individuo no se ha convertido en desviado por sí solo, si no que es la sociedad la que le empuja a ello, haciendo que interiorice el rol impuesto, en nuestro caso el rol de enfermo mental.

En nuestro caso, la Teoría de la Reacción Social no sirve para decir que un individuo es agorafóbico por los síntomas particulares que tiene la enfermedad (aislamiento), pero de igual manera se etiqueta al individuo como enfermo; etiqueta que, indistintamente, causaría unos efectos negativos sobre él. La magnitud de los síntomas y la reacción social hacia ellos determinarán la aparición del etiquetado formal, cuya forma más negativa es el estigma.

### 3.2. *Construccionismo Social*

Los seguidores de esta teoría son aún más radicales que los teóricos del etiquetado. Para los construccionistas, incluso la desviación primaria está socialmente construida (es la etiqueta la que da lugar a la realidad, y no al revés); dicho de otra forma, hasta la enfermedad mental sería una construcción social (Sánchez, 2002b: 41-42). Parece que hoy en día vivimos la medicalización de la sociedad, buscando una explicación plausible a nuestro caso particular. Por eso la medicina también entra dentro del proceso de personalización: el individuo personaliza su enfermedad, acude a la medicina alternativa con sus múltiples salidas para encontrar algo que le satisfaga (recurre al yoga, al tai chi, al zen...) Al menos este es el argumento que G. Lipovestsky da en su obra *La Era del Vacío* (1987). ¿Podríamos afirmar que esto es cierto? Pensemos en nuestras vacaciones de verano, nadie quiere volver a trabajar después de un largo descanso en el lugar elegido. A todos nos cuesta volver a madrugar tras esos días, coger el coche o el transporte público; en definitiva, a todo el mundo le gustaría alargar su periodo vacacional... Esto, que siempre ha sido así, hace años no era más que la pena por haberse acabado las vacaciones y la persona, por sí sola, poco a poco iría recuperando el frenético ritmo diario al que estamos expuestos. Pues bien querido lector, si a usted le pasa esto hoy en día, sepa que padece (el ya tan conocido) «síndrome post-vacacional». ¿Es que acaso se ha descubierto algo nuevo? Más allá del nombre, no se esconde nada que no conociésemos ya, pero es un nuevo síndrome que, como muchos otros, se incluye en libros específicos en los que se describen los síntomas que dicho trastorno tiene.

Es por esto que los teóricos construccionistas realizan una crítica radical a los distintos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, y al propio concepto de enfermedad mental y su diagnóstico (Sánchez, 2002b: 43). El *DSM*, por ejemplo, engloba en cada edición lo que quiere que sea considerado como enfermedad, de acuerdo siempre a los valores sociales del momento. Solo así se explica que la homosexualidad, en ediciones anteriores, estuviera dentro de esta clasificación de enfermedades mentales. En relación a la idea apuntada aquí, simplemente decir que el poder que actualmente ostenta la Psiquiatría no es sino un esfuerzo por parte del Estado para ejercer y justificar el control sobre ciertos individuos o grupos que son considerados desviados y, por lo mismo, problemáticos. Para ver de manera más clara esto, pondremos el ejemplo de los trastornos de ansiedad. En ellos, como en todo grupo de trastornos, hay un apartado *no especificado*. Estos trastornos de ansiedad no especificados son aquellos en los que aparece ansiedad y situaciones fóbicas, pero no se cumplen los criterios para encuadrarlo en otro trastorno. Esta es una forma de incluir a un individuo dentro de la clasificación: sabemos que un individuo no está sano, por lo tanto está enfermo, a pesar de no saber a ciencia cierta lo que tiene, por eso, lo metemos aquí. El objetivo se cumple, el individuo se incluye dentro del listado y la razón es para el discurso médico, que asegura que no está sano. De la misma forma, la recurrente coletilla del *DSM* “no se explica mejor por otros trastornos” construye una personalidad enferma al delimitar dentro de ese trastorno y no otro a la persona. También así se delimita el trastorno de angustia, tanto con como sin agorafobia, ya que la única diferencia es la aparición (o no) de este síntoma en el trastorno; pero por otro lado también encontramos agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Da la sensación de que los autores han ido sacando diferentes trastornos en relación a la agorafobia en base a si había o no trastorno de angustia. Parece que había que clasificar en algún grupo a toda aquella persona que padeciese aislamiento social voluntario, tuviera o no trastorno de angustia; y ya que las combinaciones son varias, varias son también las posibilidades de encuadrar al individuo como agorafóbico. Por ejemplo, una monja de clausura de las de hace años, que no salían a la calle en absoluto y no se relacionaban con nadie que no fuera de su propia orden, encuadraría también en este perfil.

Pero el reverso de esta moneda son los problemas que, en gran medida, comparte con la Teoría de la Reacción Social y que a continuación analizaremos desde esta otra perspectiva. En primer lugar, al afirmar que la enfermedad mental se trata de una simple construcción discursiva, se relativiza la importancia de la investigación etiológica: “nos encontramos ante sistemas de discurso que, en el marco de la práctica psiquiátrica, *crean* la realidad que pretenden descubrir” (Sánchez, 2002b: 43). Esta crítica conecta con la segunda, que además es compartida por la Teoría del Etiquetado, y es que niega la existencia de la enfermedad mental.

### 3.3. Teoría del Estrés

Hasta ahora, las teorías que hemos visto, aunque explicaban la enfermedad desde un punto de vista sociológico obviaban, paradójicamente, la parte fundamental de cualquier teoría de este tipo. Me estoy refiriendo aquí a los elementos de la estructura social, en relación con ciertos procesos individuales (en el caso que aquí nos ocupa dichos procesos se refieren a la enfermedad mental). Precisamente por esto, la segunda de las teorías enunciada por Thoits trata de considerar la importancia que juegan dichos factores. Estamos hablando de la *Teoría del Estrés*. Pero para encontrar una conexión entre enfermedad mental y estructura social ha de explicarse previamente el mecanismo a través del cual se relacionan ambos. Según la *Teoría del Estrés*, básicamente hay dos elementos fundamentales, a saber: *a)* que la posición que ostenta un individuo dentro de la estructura social es un factor causal (etiológico) para la enfermedad mental; y *b)* que este papel causal se concreta a través de una variable dependiente, el estrés. Los estresores no se distribuirían equitativamente entre la población, si no que la posición ocupada dentro de la estructura social determinaría el nivel de estrés que se padece porque son las mismas partes de dicha estructura las que lo crean, y, en consecuencia, la magnitud del deterioro psicológico que el individuo sufre queda relacionado con la posición que éste ostenta dentro del sistema social (Sánchez, 2002b: 45-46). De igual manera que otras enfermedades mentales, como por ejemplo la depresión, podrían ser explicadas de este modo, la explicación para la agorafobia también podría encajarse dentro de esta perspectiva. El individuo, siempre situándolo en su respectiva posición dentro del sistema social, estaría expuesto a diferentes estresores. Algunos de esos estresores, prolongándose en el tiempo, generarían en dicho individuo una ansiedad tal que le llevaría a padecer crisis, las cuales pretende salvar, lo que le conduciría a conductas de evitación de las situaciones temidas, generalizando por último éstas y causando una reclusión voluntaria del individuo para sentirse a salvo. En vista de la importancia teórica de los acontecimientos estresantes para las explicaciones de las fobias basadas en el condicionamiento, Buglass empezó a buscar de forma deliberada dichos **eventos específicos**. De los 30 pacientes estudiados, solo 7 podían recordar acontecimientos vitales estresantes en el mismo momento del comienzo del trastorno, y sólo dos de estos acontecimientos ocurrieron en las situaciones fóbicas subsiguientes. Obviamente este dato negativo debe ser aceptado con cautela, ya que a los pacientes se les pedía que recordasen acontecimientos que podían haber ocurrido muchos años antes (Mathews, 1985: 55-56). Son muchas las investigaciones que ofrecen un claro respaldo empírico al origen social del deterioro psicológico. En este aspecto, las mujeres siguen siendo más propensas que los hombres, y además la combinación de factores género-edad parecen estar interrelacionados en su asociación con la salud mental. Pero también hay otros factores que afectan negativamente, como una situación de desempleo. También el espacio físico y las características socioculturales del lugar de residencia. Por último, los estudios de Ross y Huber señalan que “el efecto de la clase social sobre la salud mental está en gran medida mediado por las presiones y dificultades económicas crónicas” (Sánchez, 2002a: 144).

Profundizando un poco más en el concepto clave de **estrés**, la bibliografía es tan amplia que lo convierte más en un proceso a explicar que en un mecanismo explicativo. Por otro lado, nos encontramos con tantas definiciones que el concepto se ha convertido en una suerte de cajón de sastre. Además, los estresores son tantos y tan variados que se puede decir que prácticamente cualquier situación podría causar estrés. Todo ello en conjunto nos lleva a apreciar una incoherencia tal como para no considerar al estrés la piedra angular de una teoría explicativa de la enfermedad mental. Esto nos lleva a profundizar en otro concepto clave: los *sucesos vitales estresantes*, que pueden agruparse en dos: los desastres y el estrés continuo o crónico. El estrés deja

de ser concebido como una realidad externa al individuo, sino como un proceso en el que persona y ambiente interactúan. Así pues, se produce la paradoja de que el concepto de «estrés» se torna elemento central explicativo para la enfermedad mental en relación con la estructura social, pero él mismo padece graves déficits que le impiden dar cuenta de ello (Sánchez, 2002b: 47).

### 3.4. Teoría del Aprendizaje

La teoría que a continuación se expone, difiere de las anteriores básicamente en dos aspectos, a saber: 1) no explica la enfermedad mental desde un punto de vista sociológico y luego se concreta el caso de la agorafobia sobre dicha teoría, si no que desde primera instancia sirve para explicar la etiología de la agorafobia desde una perspectiva sociológica, no pudiéndose aplicar a ella cualquier enfermedad mental como en los casos anteriores; y 2) tiene una base conductista importante, que es el quid de la cuestión, pero solo a efectos de secuenciación en el establecimiento de la enfermedad, ya que el desencadenante es puramente sociológico. Parece lógico pues, empezar entonces conociendo esta base conductista sobre la que se erige la teoría. Los primeros datos relevantes al estudio de las fobias los obtuvieron Watson y Rayner en 1920, cuando publicaron un caso famoso en la historia del conductismo. Se trataba de un niño de apenas un año de edad, al que se le provocó un temor condicionado a una rata blanca. Se observó, igualmente, una tendencia a la generalización del estímulo fóbico a través de objetos de piel. Más tarde, Dollard y Miller constatan que la evitación de los estímulos fóbicos reduce el temor y la ansiedad, por lo que se refuerza la conducta de evitación y la fobia como tal se mantiene. Mathews, Gelder y Johnston sugieren para la agorafobia tres factores de vulnerabilidad general que podrían predisponer al desarrollo de este síndrome: un alto nivel de ansiedad condicionado genéticamente, factores estresantes inespecíficos y un ambiente familiar precoz (Vallejo Ruiloba, 1991: 364). El primero es tildado por los mismos autores como secundario. En cuanto al segundo, ya ha sido tratado ampliamente en la Teoría del Estrés. Es el tercer y último factor de vulnerabilidad el punto de unión entre el desencadenante sociológico del desarrollo de la enfermedad y la base conductista. La hipótesis fundamental de esta teoría es que **fallos en la socialización primaria (ej: sobreprotección por parte de los padres) conducen al individuo a asociar estímulos, en principio neutros, con estresores que le llevan a responder con conductas de evitación y agorafobia**. Estos fallos de socialización se dan en la socialización primaria del individuo, porque la característica fundamental de ésta es que se produce en un contexto de fuerte carga emocional. Esto es lo que permitió a Andrews sugerir que debido a una gran sobreprotección por parte de los padres (lo que aquí se ha dado a conocer como fallo en la socialización primaria), la persona aprende un patrón de dependencia de los demás que le predispone a desarrollar una evitación fóbica posterior (Mathews, 1985: 51). Esta idea sugiere una serie de preguntas sobre cuánta gente recibe el mismo grado de sobreprotección pero no desarrolla un estilo dependiente o fobias posteriores.

Si afirmamos que fallos en la socialización primaria podrían dar desajustes sociales como la agorafobia, hemos de preguntarnos qué sucede en las relaciones que el individuo mantiene con las personas de su entorno, sobre todo con su familia y en particular la madre, durante su primera etapa de socialización. Uno de los autores que más ha estudiado las experiencias tempranas en el individuo es Bowlby con su *Teoría del Apego*. Según este autor, las relaciones son el pilar central de la vida de un individuo, cuanto más durante la infancia, llegando a desarrollarse vínculos incluso hasta la senectud. Los progenitores, fundamentalmente, son los encargados de transferir valores al individuo y enseñarle a que empiece a interactuar adecuadamente con el mundo social, y el individuo incorpora estos conocimientos durante toda su vida. Si la enseñanza ha sido pobre en términos de exploración del mundo real físico (ej: la madre que dice al niño que no se acerque a los perros porque le pueden morder, que no se suba al columpio que se puede caer, que no juegue con la arena que se puede manchar...), el individuo generará «miedo a» (ej: miedo a los perros). Si a lo largo de su vida este tipo de sobreprotección continúa, por ejemplo durante la adolescencia, cuando el individuo comienza a relacionarse más con su grupo de iguales, dicha persona no desarrollará las habilidades sociales de manera adecuada, lo que causará un déficit en su proceso de socialización. Este déficit puede llevarle a protegerse de múltiples formas, entre ellas la agorafobia. La agorafobia puede ser la respuesta aprendida a un



estímulo generalizado que le cause ansiedad. Por ejemplo, pensemos en el niño cuya madre le dice que no se acerque a los perros porque son peligrosos: es lógico que la madre intente proteger a su hijo ante posibles amenazas potenciales, pero un exceso en este cuidado (ej: sentar al niño en el carro cada vez que un perro está suelto por el parque, aunque este esté lejos y/o acompañado de su dueño) puede llevar al chico a asociar, ya no solo el perro, si no también el parque con un lugar peligroso. De la misma manera que el individuo puede pensar que el peligro es el parque, también puede hacerlo de plazas, calles, puentes... No solo se trata de que le dé miedo encontrarse a un perro por la calle (ya que puede hacerlo en el ascensor de su piso cuando un vecino baje a pasear a su mascota), pues esto encajaría más con una fobia simple, si no que llegará un punto de inflexión en el que lo que también le dé realmente miedo al individuo sean los propios espacios abiertos; cuanto más si la sobreprotección ha continuado a lo largo de su desarrollo con reforzadores constantes para que la aversión a dicho estímulo (la calle) sea desarrollado. Esto, simplemente puede estar transmitiendo constantemente el mensaje de que la calle es un lugar peligroso. Llegados a este punto he de aclarar que, en primer lugar, hablo de madres sobreprotectoras como podría hacerlo de cualquier otro miembro de la familia. Por otro lado, también esclarecer la cuestión de que no se plantea aquí que los padres dejen a sus hijos explorar libremente el mundo sin temer por nada, ni mucho menos (para continuar con el mismo ejemplo, efectivamente, un perro puede morder al niño o simplemente ser juguetón y tirarlo al suelo haciéndole daño). Lo que aquí se ha tratado es la protección extrema hacia el chico, que es muy diferente a proporcionarle los cuidados básicos y necesarios.

Precisamente esta sobreprotección paterna de la que aquí hablamos plantea una cuestión que sirve a su vez de primera crítica a esta teoría: ¿por qué unos individuos sí son susceptibles de desarrollar la enfermedad y otros no? Éste es un gran vacío dentro de la Teoría del Aprendizaje, ya que parece que lo que sustenta dicha teoría se torna aleatorio e impredecible, y por lo mismo, no serviría para explicar la aparición de la agorafobia, puesto que no todos los individuos agorafóbicos cuentan en su historial con la variable sobreprotección. Pero este no es el único aspecto difuso de esta teoría. El concepto de «fallos en la socialización primaria» se encuentra pobremente definido y se pone como ejemplo la sobreprotección por parte de los padres como traba al desarrollo natural del niño con el mundo real físico y sus relaciones sociales; pero éste no es el único posible error. Por ejemplo, transmitir al niño valores que no son socialmente bien vistos (hipocresía, egoísmo, injusticia...) harían que éste fuera apartado por sus amigos tachado de «indeseable» ¿Y por qué estos otros fallos no parecen tan claros para explicar la etiología de la agorafobia? Éste es un interrogante que solo pone de manifiesto la necesidad de ahondar todavía más en dicha teoría.

#### 4. CONCLUSIONES

La pregunta que hemos de formularnos es si existe alguna teoría sociológica satisfactoria que explique la etiología de la agorafobia (como ejemplo de un grupo más amplio, el de las enfermedades mentales). Teniendo presente la pregunta que nos guía, y con la ayuda de todo lo que ya hemos visto, podemos afirmar que realmente existe una Sociología de la Enfermedad Mental, pero que lamentablemente no se puede decir que también exista una Sociología de su etiología (Sánchez, 2002b: 36-37). En nuestra exposición se ha ido centrandó cada teoría justamente en el tema que aquí nos acometía, esto es, la agorafobia. Pero como vimos, estas teorías tenían tanto pros como contras; y precisamente uno de estos últimos es que ninguna explicaba verdaderamente su aparición. La sociedad que envuelve a un individuo no es causa suficiente para la aparición de una enfermedad mental, pero puede haber factores (en este caso sociales) que influyan en ello. Con esta negación tampoco se pretende atribuir todo el peso de la explicación de la etiología de la enfermedad mental a la Psicología. Esta supuesta reina indiscutible del campo también deja espacios en blanco en sus teorías que no sirven como respuestas a la pregunta que aquí nos hacemos. Más, al igual que las teorías sociológicas, este tipo de teorías también aportan causas que pueden llevar al individuo a padecer una enfermedad mental.

La personalidad humana es muy compleja y el individuo se desenvuelve en múltiples planos que le confieren a su vez esa complejidad: un plano más individualista o psicológico y un plano más social (dentro del cual además desarrolla otra gran cantidad de diversos roles). A lo que hay que sumar además los factores biológicos que predisponen al individuo a sufrir o no ciertas situaciones. Precisamente es esta complejidad de la que hablamos la que hace sospechar que tal vez la explicación más satisfactoria sea aquella que integre ambas posturas, tanto psicológica como sociológica. Puesto que estos dos planos no pueden separarse radicalmente dentro de la persona, y aunque entre los dos haya un abismo, existen puentes que los conectan para, de esa forma, construir al individuo. Para construir estos puentes, nos ayudaremos de la teoría de **Ritzer**, en la que propone hasta cuatro tipos diferentes de análisis social. Por supuesto, el mundo social no está dividido tan claramente en niveles sociales, pero Ritzer apuntó dos continuums, objetivo-subjetivo (desde eventos reales y materiales como los actores y las estructuras burocráticas hasta la construcción social de la realidad en normas y valores) y microscópico-macroscópico (desde el pensamiento y la acción individual hasta los sistemas mundiales), que al cruzarse dieran lugar a cuatro niveles principales de análisis social: a) *Macro-objetivo*, como la sociedad, el derecho, la burocracia...; b) *Macro-subjetivo*, como la cultura, las normas o los valores; c) *Micro-objetivo*, como las pautas de conducta; y d) *Micro-subjetivo*, como las creencias. Aunque debemos ser conscientes de que en el mundo real, todos ellos se mezclan de una forma paulatina con el resto (Ritzer, 2001: 574-577).

Esta cuestión es de gran importancia en múltiples campos, entre ellos el de la enfermedad mental que es lo que aquí nos acontece, puesto que de esta manera podemos analizar el campo del individuo de una manera macro y microscópica a la vez que objetiva y subjetivamente, lo que reportará riqueza para entender la situación y nos ayudará a tener un mejor entendimiento sobre el tema con unas perspectivas muy diferentes. Me gustaría que llegados a este punto hiciéramos un inciso para recordar la definición de «objeto» (de estudio) que da la trabajadora social Teresa Zamanillo, en la que se recoge que el objeto viene dado “por todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis estructural y su vivencia personal” (Zamanillo, 1999: 29). Ella ordena el malestar psicosocial de dos maneras: según su génesis estructural (macrosocial) y su vivencia personal (microsocial). Si sólo observamos una u otra, sería una visión sociologista o una visión psicologista, mientras que si observamos las dos, sería una visión sociopsicologista. Lo ideal es la visión sociologista más la psicologista, lo mejor es observar medio e individuo para explicar la etiología de la agorafobia. A partir de aquí, desarrollaremos la parte macrosocial de la teoría de Ritzer a través de **Mead y su Interaccionismo Simbólico**, y el extremo opuesto microsocial con la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura.

Podríamos considerar a Mead como un conductista social, ya que según él, actuamos según las expectativas que tienen los otros de nosotros mismos. Así, nos habla de dos formas de interacción social, a saber: los actos y los gestos. De los primeros podemos decir que describen un proceso por el cual el individuo satisface un impulso a través de cuatro fases interrelacionadas entre sí (impulso, percepción, manipulación y consumación) (Ritzer, 2001: 474-478). Cualquier estímulo provoca una respuesta, aunque ésta no se lleve a cabo. El estímulo puede ser algo cotidiano, como el hecho de tener sed, y suplirse abriendo una botella de agua y bebiendo. Del mismo modo, un individuo que perciba angustia ante los espacios abiertos (impulso), buscará una forma de huir de él, ya que esta es la respuesta que le satisfaría (percepción), y por lo tanto investigará sobre las posibles vías de escape que tiene (manipulación) para llevar a cabo su cometido (consumación). Pero lo que realmente nos interesa de la teoría de Mead es la segunda forma de interacción, los gestos, ya que “mientras el acto implica una sola persona, el acto social implica dos o más personas” (Ritzer, 2001: 479), lo que significa que mediante este proceso interactuamos con los demás y así se construye nuestra personalidad. Pueden ser *no significantes*, inconscientes; o *significantes*, que son en los que nos centraremos, ya que sólo los seres humanos podemos realizarlos debido a que requieren una reflexión previa por parte del actor antes de que se produzca la reacción, siendo el más importante el vocábulo (Ritzer, 2001: 479-481). La agorafobia puede quedar enmarcada dentro del interaccionismo no simbólico, como hemos visto, pero no es suficiente para explicarla puesto que el impulso primario (la angustia ante los espacios abiertos) puede darse por múltiples causas que lleven a la ejecución del acto elegido para suplirlo. Pero con esta segunda forma de interacción, al participar más de una persona en ella, se puede explicar mejor esa parte macro que pretendemos extraer de la teoría de Ritzer a través de las ideas de Mead, porque esto es lo que construye nuestra personalidad. El self (sí mismo) es la capacidad de considerarse a uno mismo como objeto; ser sujeto y objeto a la vez, puesto

que es como salir fuera de ti mismo para poder evaluarte y para ello te pones en el lugar que los demás te ponen. Mead nos dice que el self no es una estructura con una organización propia, si no que se construye al actuar con los demás. En esa actuación reflexionamos sobre los otros y sobre nuestra propia persona. Integrar conductas o no depende de esa reflexión, y esta idea es justamente muy importante para el tema de este presente trabajo. Precisamente *una mala comunicación* entre la persona y lo que está pasando, propiciada por la (no muy buena) construcción social del self, puede ocasionar problemas como podría ser una reclusión voluntaria por parte de la persona para evitar este tipo de relación dañina con ella misma o ella misma y lo que le sucede. Los animales y los niños al nacer no tienen self, si no que surge con el desarrollo y a través de la actividad social y las relaciones sociales. No puede desarrollarse sin ellas, pero una vez desarrollado puede existir a pesar de la ausencia de las mismas. Es decir, que una persona que padezca agorafobia tiene esa capacidad de verse a sí mismo como objeto, ya que su enfermedad surge en un momento determinado de su vida y no la padece desde su nacimiento. Además, las personas que padecen agorafobia, aunque reducen sus relaciones sociales no están completamente solas porque muchas de ellas viven con su familia o tienen a una persona empleada para que les haga sus recados. Recordar que hablamos de personas a las que les dan pánico los espacios abiertos, no la gente. El self se desarrolla principalmente en la infancia (aunque esté sometido a constante crítica y posible cambio el resto de la vida), son importantes los vínculos afectivos que se desarrollan a lo largo de la misma, puesto que esto puede condicionar al individuo para su posterior integración en otros grupos. Esto influye en el tema que aquí nos acontece porque estas experiencias tempranas marcarán de por vida el cómo nos vemos a nosotros mismos y por tanto cómo vamos a tratarlos. Si la persona no se acepta y/o se trata mal, puede desembocar en un problema tan grave como la agorafobia, decidiendo retirarse del mundo externo para paliar su malestar. Por otra parte, si la persona no toma conciencia del otro generalizado (conjunto de normas y valores que aprendemos e interiorizamos en la etapa del deporte, cuando el niño aprende el papel de todos los que están involucrados en sus juegos –lo que implica la aceptación de unas normas y valores–) y no interioriza bien esas normas y valores (parte macro-subjetiva), dicha persona no se comportará dando una respuesta esperada en determinada situación, si no que buscará otro tipo de respuestas. Es decir, que una mala asimilación del otro generalizado crea desajustes en la respuesta del individuo (Ritzer, 2001: 485-490). Esto puede hacer que una persona responda ante la ansiedad creada por los espacios abiertos bien salvaguardando la situación y continuando con su vida, o bien reclusándose como en el caso de los agorafóbicos.

Hasta aquí llevamos explicada la mitad de la teoría de Ritzer, esa parte más macrosocial. Pero ahora nos centraremos en la visión microsocia o individualista, la cual no debería ser opuesta, si no complementaria. Y esto es lo que vamos a ver a través de la **Teoría del Aprendizaje Social de Bandura**, que planteaba que las personas aprendemos por la experiencia de otros, lo que se conoce con el nombre de *aprendizaje por observación* (o «*modelado*»), ya que el observador aprende nuevas conductas al verlas en otras personas que toma como modelos). Un breve paréntesis para exponer aquí los motivos por los que creo conveniente profundizar en esta teoría psicológica para explicar la parte microsocia del Paradigma Integrado de Ritzer. Habrá podido observar el lector que no se trata de una teoría psicológica individualista como puede ser el Psicoanálisis de Freud, si no que parte de la interacción con los otros. Tanto la parte sociológica como la parte psicológica tienen este matiz tan importante, ya que en él se encuentra la respuesta a por qué ni una perspectiva ni otra pueden explicar completamente la aparición de la agorafobia. Las dos teorías son igual de válidas, desde luego, pero cada una de ellas explica una parte diferente del Paradigma Integrado de Ritzer, con lo que se demuestra que efectivamente éste es necesario para explicar la etiología de la agorafobia porque una sola de estas perspectivas no es suficiente para hacerlo: ni sociológica ni psicológicamente puede encontrarse la respuesta, solo en el punto en el que ambas confluyen (aunque luego cada una propicie la balanza hacia un aspecto más sociológico y menos psicológico o viceversa).

Dicho esto, y continuando con la explicación del funcionamiento del proceso de modelado, la persona es capaz de interiorizar y retener las acciones ejecutadas por otros, aunque se trate de modelos simbólicos (ej: lo que vemos en una película), y manifestar esas conductas cuando la situación es propicia para ello. El proceso por el cual el individuo adopta conductas de otros para sí mismo puede aplicarse a cualquier tipo de conducta, incluida la reclusión voluntaria (Puente, 2003: 275). Con esto no quiero decir que toda persona agorafóbica se haya fijado de la conducta de otra persona agorafóbica y haya terminado padeciendo su misma situación, pero perfectamente un individuo puede centrar su atención en alguien que cada vez que tiene un problema se aparta de él y/o se marcha sin hacerle frente. Sin llegar a extremos en los que la persona se encierra en su casa, puede tratarse de alguien que simplemente cada vez que discute con su pareja, tiene un problema en el trabajo o difiere de la opinión de un amigo, *evita* el tema (y esta conducta de evitación es, justamente, la

que otro sujeto puede tomar como modelo a seguir). En el caso de una persona con miedo a los espacios abiertos, el problema está causado precisamente por éstos, y fijándose en un modelo con las características reseñadas, dicha persona puede aprender a evitarlos.

Una vez centrada la atención y retenido en la memoria los eventos modelados, si el individuo posee los aspectos básicos necesarios para que se logre la reproducción motriz, no hay nada que impida al individuo llevar a cabo su respuesta aprendida, como puede ser la de encerrarse en un espacio que la persona considere seguro en el caso de la agorafobia. Pero hay un último proceso que es el más importante de todos, el motivacional, concluyendo así las cuatro fases por las que, según Bandura, tiene que pasar una persona para aprendizaje modelado (atención a un modelo, retención de los eventos modelados, reproducción motriz y procesos motivacionales). La persona puede aprender una conducta a través de un modelo, pero además la refinará para no cometer los posibles errores que éste hubiera podido cometer. Ello puede darse por *castigo vicario*, en el que la observación de un modelo que obtuvo consecuencias aversivas por sus acciones, produce una tendencia a reducir o eliminar un comportamiento similar; o por *refuerzo vicario*, que se refiere a los cambios que se producen en la conducta de los observadores cuando ven que las acciones de un modelo han sido reforzadas (Puente, 2003: 275-276). Pero el refuerzo más importante es el *autorrefuerzo*, que Aníbal Puente define como “la capacidad que tienen los individuos para autorregular su conducta y ejercer control sobre el entorno. La conducta no sólo depende de las recompensas y castigos de los agentes externos, sino que las personas también se recompensan y castigan por sus comportamientos” (Puente, 2003: 277). Este tipo de refuerzo tan especial se aprende solo a ciertas edades (cuando eres niño no se aprende); lo cual es un matiz importante porque explicaría por qué la edad de inicio de la enfermedad, como ya vimos, es el final de la adolescencia y no antes. Si el proceso más importante para adquirir por observación una conducta es el motivacional, y dentro de éste el refuerzo más importante es el autorrefuerzo, que no se da en etapas tempranas de la vida de los individuos; para poder adquirir una conducta de evitación a los espacios abiertos tal y como hemos expuesto en párrafos anteriores a través de la teoría de Bandura, el individuo tendrá que tener una edad lo suficientemente madura como para autocontrolar su conducta (término que utiliza el propio Bandura para designar “tanto las influencias del refuerzo como del castigo que uno se impone a sí mismo”). Esta hipótesis explicativa del inicio de la enfermedad queda fortalecida al observar que la Teoría del Aprendizaje Sociocognitivo resulta muy lenta para aprender determinadas conductas y, las conductas modeladas son retenidas gracias a la repetición. En edad infantil el tiempo juega en contra para este punto a través del cual se adquiere una conducta, puesto que no causa el mismo impacto ver una conducta durante cuatro años que durante diez. Hay que recordar que no estamos hablando de adquirir conductas triviales como aprender a montar en bicicleta. Por supuesto que un niño de diez años puede aprender a montar en bicicleta, es más, lo hace sobre esa edad o incluso antes. Pero adquirir una conducta de evitación fóbica a través del procedimiento que hemos explicado, supone un gran impacto psicológico (y en el caso de la agorafobia, también social), por lo que el individuo ha debido de recibir durante mucho más tiempo el mensaje transmitido por el modelo.

Llegados a este punto, tan solo me queda añadir que el modelo más común de un niño suele encontrarse en su propia familia (siendo conscientes de que a la par existen otros como los profesores, amigos, vecinos, actores... Y que no solo se dan en la infancia, si no a lo largo de toda la vida de la persona). No me detendré más en este punto puesto que en estas páginas ya hemos hablado bastante de la influencia del proceso de socialización primaria para la aparición de la agorafobia, y también de Bowlby y su Teoría del Apego. Pero me gustaría incidir en como esto supone un nuevo nexo de unión con la teoría de Mead, ya que este mismo punto ha sido explicado desde esa perspectiva (la social). Ambas teorías son independientes pero a la vez se necesitan para complementarse.

Este último punto supone un claro puente entre las partes macro y microsociales del Paradigma Integrado de Ritzer, que hemos visto a través de la teoría de Mead y Bandura, y que el lector habrá podido observar que confluyen en multitud de puntos a la vez que pueden considerarse procesos totalmente paralelos. Ya que ambas son teorías en las que la interacción con el otro es el motor con el que arrancan, y la agorafobia, como hemos visto, podría encuadrarse dentro de ellas, se espera haber aclarado por qué no hemos de buscar la etiología de la agorafobia en una perspectiva totalmente sociológica o psicológica y por qué, precisamente por esto mismo, se propuso la teoría de Ritzer para estudiarla.

## Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado*. Washington DC: APA.
- BADOS, A. (2006): *Tratando... Pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- GOFFMAN, E. (1994): *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LIPOVESTSKY, G. (1987): *La Era del Vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- MATHEWS, A.; GELDER, M. y JOHNSTON, D. (1985): *Agorafobia: naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Fontanella.
- PUENTE, A. (2003): *Cognición y aprendizaje: fundamentos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- RITZER, G. (2001): *Teoría sociológica clásica*. Madrid: McGraw-Hill /Interamericana de España.
- SÁNCHEZ MORENO, E. (2002a): *Individuo, sociedad y depresión*. Málaga: Aljibe.
- SÁNCHEZ MORENO, E. (2002b): «Sociología y enfermedad mental: reflexiones en torno a un desencuentro». *Revista Internacional de Sociología* 31: 35-58.
- VALLEJO RUILOBA, J. (1991): *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- ZAMANILLO, T. (1999): *Cuadernos de Trabajo Social, número 12*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.