

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN LA ADOLESCENCIA (1)

P. Cobos Alvarez (*)

C. López Rodríguez (**)

(*) Profa. del Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad. Universidad de Málaga. Subdirectora del Servicio de Atención Psicológica (Sección Infantil) de la U. de Málaga.

(**) Psicóloga del Servicio de Atención Psicológica (Sección Infantil) de la U. de Málaga.

RESUMEN

Presentamos el estudio de un caso de un trastorno obsesivo-compulsivo en una chica de 13 años cuya familia se hallaba involucrada en el mismo.

Se emplean para su eliminación técnicas propias de Modificación de Conducta dentro del marco de la Terapia Familiar Comunitaria, utilizando a los padres como coterapeutas y con un resultado ampliamente satisfactorio que se mantuvo después de finalizada la intervención.

Palabras clave: *Trastorno obsesivo-compulsivo; terapia familiar; modificación de conducta.*

SUMMARY

The case of 13 years old girl with O.C.D. (obsessive compulsive disorder) is presented and discussed.

Techniques of behavior modification were employed in the framework of family community therapy using the parent as cotherapist.

(1) Agradecemos a D^a Aurora Gavino Lázaro el asesoramiento para el tratamiento del presente caso.

The results, which subsists 20 months after the end of the treatment, were highly satisfactory.

Key Words: *Obsessive compulsive disorder; family therapy; behavior modification.*

INTRODUCCION

El problema principal del caso que presentamos consiste en manifestaciones verbales de asco a la abuela y evitación para entrar en contacto físico con objetos directamente relacionados con ella. Dicho problema reúne las características del trastorno obsesivo-compulsivo tal como las resume Teasdale (1974): elevada frecuencia, forma estereotipada, sentimiento subjetivo de tener que hacerlo y sensación de que el comportamiento es absurdo para el propio sujeto y para los demás, o como aparecen en el D.S.M. III (Manual Estadístico de Diagnóstico) o en su revisión de 1987: ideas, pensamientos, imágenes... persistentes y recurrentes que son egodistónicas, es decir, que no se presentan voluntariamente sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son experimentados como sin sentido o repugnantes.

La particularidad estriba en que, dada la edad y las características del sujeto, tanto la evaluación como el tratamiento se realizan utilizando a los padres como coterapeutas paraprofesionales sin llegar en ninguna ocasión a tener presente al sujeto y sin que él conozca que está siendo tratado. Con ello queremos poner de manifiesto las posibilidades terapéuticas que poseen los acercamientos contextual-familiares tal como propone Pelechano (1980, p. 31 y ss.; 1984, p. 87 y ss.).

Con respecto a la edad del sujeto -13 a.- apoyaría la opinión de Black (1974) según la cual, de tres pacientes que padezcan obsesiones, uno ha comenzado con síntomas obsesivos entre los 10 y los 15 años y también la de Rapoport (1989) la cual afirma que de una tercera parte a la mitad de los enfermos con D.O.C. (Desorden Obsesivo Compulsivo) comienzan a comportarse de ese modo en la infancia o en la adolescencia.

Nos inclinamos por un abordaje conductual con un tratamiento de amplio espectro tal como sugieren los resultados de la mayoría de los estudio (Gavino et al., 1988; Kennedy, W. 1983; Magre, C., Martínez, M. y Pares, M., 1989) y llevado a cabo por coterapeutas paraprofesionales -en este caso, los padres- tal como propone Pelechano (1980, 1984).

Los datos del seguimiento - a los veinte meses de finalizar la intervención - ponen de manifiesto la eficacia del programa.

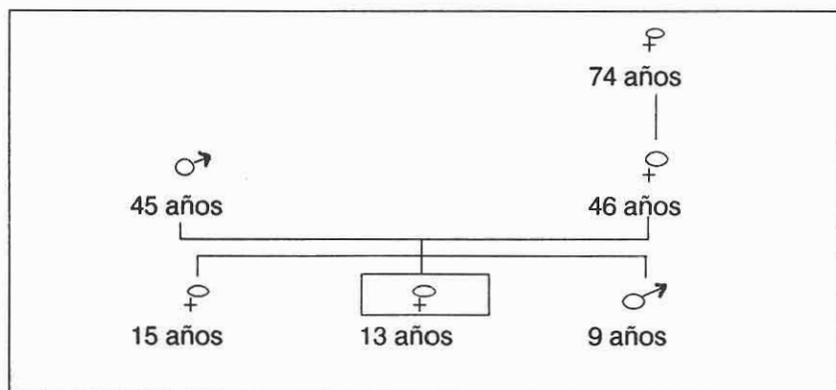
DEMANDA

- Conducta disruptiva: frecuentes reacciones de genio con otros miembros de la familia, dando patadas a puertas y muebles, arrojando objetos, gritando e insultando.

- X. manifiesta verbalmente tener asco de la abuela y evita entrar en contacto físico con objetos directamente relacionados con ella.

- Frecuentes discusiones con la abuela.

- Bajo rendimiento académico: repite 6º E.G.B. y está suspendiendo todas las asignaturas. Sin embargo, consideran que está no es la demanda principal.

DIAGRAMA FAMILIAR**HISTORIA CLINICA**

X. es una niña de 13 años de edad, la segunda de tres hermanos, que estudia 6º de E.G.B. en un colegio concertado. Su familia es de nivel socio-económico medio: el padre dirige un pequeño negocio y la madre se dedica a sus labores.

La abuela tiene 74 años. Desde hace 9 años vive en el domicilio familiar por decisión de la familia, ya que es viuda y preferían que no viviera sola. Respecto a sus relaciones con los miembros de la familia ha tenido algunos problemas, aunque no graves, derivados de sus propias características personales. Hace 3 años sufrió una trombosis que le afectó al lado izquierdo y le obligó a ser encamada. Su hija permaneció con ella en el hospital durante 9 días, después de los cuales es dada de alta, y vuelve a casa aunque en un estado que requiere

cuidados especiales en todo lo relacionado con conductas de autonomía: comer, lavarse, vestirse y control de esfínteres.

PROCEDIMIENTO DE EVALUACION Y RESULTADOS

Instrumentos de evaluación

- Entrevista evolutiva (Romero, 1985)
- Entrevistas semiestructuradas a los padres
- Registros de conductas
- Plano de la casa.

Mediante la entrevista evolutiva se obtiene información general sobre el desarrollo evolutivo de la niña en todas las áreas, aspectos que comentaremos a continuación:

Su desarrollo evolutivo es en líneas generales normal, aunque lento en algunos aspectos.

Desde pequeña se muestra introvertida y poco comunicativa: no tiene amigos/as ni juega fuera de casa. A nivel escolar manifiesta retraso en el aprendizaje lecto-escritor. Debido a esto y a su falta de relaciones sociales la llevan a un psicólogo que, tras evaluarla, considera necesario intervenir sólo en lecto-escritura, aunque el tratamiento no se inicia ya que la madre no queda satisfecha con esta opinión del psicólogo.

A consecuencia del retraso lecto-escritor repite el primer curso de E.G.B. Ha mantenido un bajo rendimiento académico a lo largo de todo su período escolar.

Ha manifestado igualmente lenta adquisición de las conductas de autonomía. A los 6 años empieza a comer sola y a partir de los 9 años se viste y baña sin ayuda. En la actualidad la madre le ayuda en estas conductas con frecuencia porque, según ella, tarda mucho si lo hace sola.

Un año antes de venir a nosotros, fue evaluada por la psicóloga del colegio, quién sólo les dijo que "X, es inmadura" y la remitió al neurólogo. La madre empezó a suministrarle a la niña el tratamiento médico que este especialista le había recetado, pero dejó de dárselo porque consideraba que "estaba engordando demasiado".

En la actualidad, repite 6º de E.G.B. y sigue obteniendo bajas calificaciones.

Aunque la definen como una niña cariñosa, de trato agradable y preocupada por los padres y hermanos, y también por la abuela, su relación con los demás miembros de la familia es conflictiva en muchos momentos por sus fuertes reacciones de genio.

Con respecto a la abuela, desde que ésta vuelve a casa tras su hospitaliza-

ción necesitando cuidados especiales, la niña empieza a ser más desobediente y a llevarse mal con la madre y con la abuela. La madre destina uno de los aseos para uso exclusivo de la abuela, debido a su falta de control de esfínteres y pone sobre aviso a los hijos para que no lo utilicen. Los padres piensan que este puede ser el origen de que X. haya ido desarrollando conductas de evitación hacia la abuela.

Este comportamiento se ha ido generalizando a objetos que la abuela normalmente usa. La evitación ha ido en aumento, tanto en frecuencia como en intensidad, llegando a manifestar asco verbalmente e incluso a lavarse ritualmente las manos. Sus reacciones violentas y de mal genio también han aumentado, desembocando en una situación insostenible, en opinión de los padres, motivo por el cual acuden a consulta.

Por otro lado, la abuela siempre ha tenido un carácter muy fuerte y ha sido poco cariñosa con los niños. Sólo cuidada a sus nietos cuando eran pequeños "porque eran más manejables". No le gustan los niños en general; le molesta que jueguen a su lado, les esconde sus juguetes e incluso se los tira a la basura si los encuentra abandonados por la casa; no le gusta que vengan sus amigos a casa, les regaña continuamente y procura que los padres les regañen, informándoles de "lo mal que se han portado".

Durante la evaluación, los padres centran su demanda en controlar las reacciones violentas de la niña, así como sus peleas y conductas de evitación y asco hacia la abuela. Sin embargo, en un principio no hay acuerdo entre los padres respecto a la prioridad de la conducta a tratar: mientras la madre demanda que su hija deje de manifestar y sentir asco hacia la abuela, el padre, que no considera que esta actitud sea modificable e incluso la justifica, no tolera las reacciones de genio de la niña especialmente si se producen en su presencia.

A partir de las entrevistas semiestructuradas y los registros de conductas observamos que se puede hablar de tres conductas problema, con características propias, aunque también con elementos en común:

- enfados y reacciones de genio en general
- discusiones con la abuela
- verbalizaciones de "asco" y conducta de evitación hacia la abuela.

También obtenemos información sobre su frecuencia e intensidad, así como de los antecedentes y consecuentes que se producen.

De la información obtenida destacamos lo siguiente:

a) Respecto a los enfados y reacciones de genio:

En opinión de los padres, X. tiene un temperamento fuerte e impulsivo que la lleva a enfadarse con frecuencia.

La conducta es, en realidad, una cadena de conductas que comienza con gritos e insultos y prosigue con tirar objetos próximos (generalmente pequeños y que no se rompen), dar golpes con puños y pies en los muebles o puertas de la casa (varias de ellas tienen agujeros debido a esto) y huir a su habitación llorando y gritando. A los 15 o 20 minutos la abandona y todo vuelve a la normalidad, como si nada hubiese ocurrido.

Su conducta presenta oscilaciones en frecuencia, intensidad y duración.

La intensidad es variable ya que no siempre presenta todas las manifestaciones descritas; oscila desde contestar sólo con gritos e insultos (aproximadamente 2 veces /día) hasta presentar la secuencia completa (aproximadamente 3 veces /semana). Esta frecuencia puede aumentar o disminuir según su estado de ánimo, ya que si está nerviosa o excitada por cualquier circunstancia adicional, por ejemplo, si tiene exámenes, la frecuencia aumenta.

Por otra parte, con la madre la respuesta es más intensa y frecuente. Al padre parece que le tiene más respeto: por ejemplo, nunca lo insulta y la frecuencia de enfados es menor.

La duración del enfado también es variable: desde un mínimo de 5 minutos hasta un máximo de 15 minutos aproximadamente. Si los padres no le contestan cuando ella se enfada la duración es menor y se calla enseguida; si, por el contrario, siguen regañándole, ella vuelve a gritar llegando a completarse la secuencia de conductas ya mencionada.

Los antecedentes inmediatos de la conducta son: que los padres le regañen gritándole, que le den una orden repetidas veces con brusquedad y gritos y contrariarle en algo imponiéndole otra cosa y elevando también el tono de voz.

Los consecuentes de la conducta: ante su enfado y sus gritos los padres responden regañándole y con gritos más fuertes aún, con castigos físicos (como zapatillas, tortazos) y enviándola a su habitación. La madre es la que más le grita y le regaña: el padre emplea más el castigo físico y opina que la niña "no le va a subir encima" y que "con palo se arregla".

Los hermanos y el padre también le hacen comentarios del tipo "tú estás loca", "estás chalada gritando así".

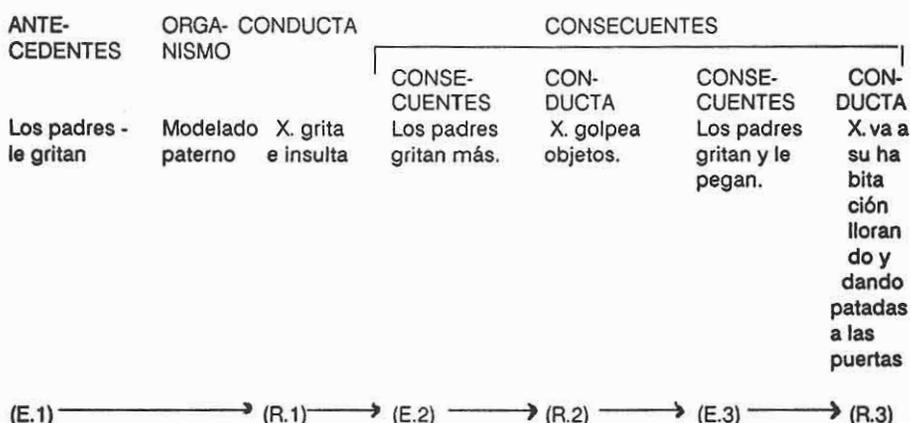
La madre le dice que va a volverla loca y a quitarle la vida; cuando se le pasa el enfado intenta razonar con ella y convencerla de que no se debe portar así.

Observamos que X. presenta un aprendizaje en el que los padres han servido de modelo y ella reproduce su mismo patrón de conductas, utilizándolo como estrategia de defensa ante sus regañinas.

Ante la forma en que los padres de X. le regañan y le dan una orden, con gritos, y mediado por el modelado paterno, la niña responde con una conducta similar. El consecuente inmediato de esto es el aumento de la ira de los padres que, al no estar dispuestos a consentirle la falta de respeto, recurren

de nuevo a los gritos. Esta consecuencia es, a su vez, una nueva situación estimular que provoca en X. un aumento en la intensidad de su respuesta (tira objetos, eleva la voz), y esta respuesta aumenta también la intensidad de la conducta paterna consecuente que desemboca en el castigo físico. Esta nueva respuesta es otro antecedente cuya consecuencia es que X. va a su habitación gritando, llorando y dando patadas a las puertas.

Hipótesis:



Se produce por tanto una reacción en cadena en que cada consecuente se convierte en un nuevo estímulo que provoca un aumento en la respuesta de X. Esta cadena sólo se ve truncada cuando los padres cesan en su reprimenda; mientras no lo hacen, X. continúa respondiéndoles.

b) Respecto a las discusiones con la abuela.

Esta conducta tiene muchos elementos en común con la anterior, pero la incluimos en una categoría distinta por estar relacionada con un miembro concreto de la familia hacia el cual X. manifiesta una especial aversión.

Tiene dos manifestaciones:

Conducta 1 (C.1)

Molestar a la abuela haciéndole gestos con las manos, acercándose a la cara y retirándolas con rapidez al tiempo que emite sonidos del tipo "iúuuu!",

"¡júl!" o le dice "¡abuela, vieja!" canturreando. Esta conducta se produce cuando la abuela está sentada en su sillón y no hay nadie más en la habitación. Los padres no han precisado la frecuencia, sólo dicen que lo hace de vez en cuando.

La respuesta de la abuela es de regañarle y gritarle, decirle que no tiene vergüenza y que está loca, quejarse a la madre de X. y decirle que le regañe. La madre interviene reprendiendo a la niña, cuya reacción suele ser reirse o decir que ella no ha hecho nada.

Conducta 2 (C.2)

La otra manifestación de X. consiste en contestar a la abuela con brusquedad, gritándole (por ejemplo, "déjame en paz", "no me toques", "quítate de en medio"), insultarle diciéndole vieja y gorda con rabia, aunque esto último con menor frecuencia y dependiendo de la situación.

Estas reacciones tienen una frecuencia de 2-3 veces/día aproximadamente. Como en el caso de los enfados que veíamos en el apartado 1, la duración e intensidad aquí también es variable, dependiendo de los antecedentes y consecuentes.

Los antecedentes que desencadenan la discusión suelen ser:

-la abuela fastidia a X. , le pasa la mano por la cabeza, le pega en la espalda, coge juguetes o ropas suyas y/o los esconde.

-la abuela se cruza con ella por el pasillo o se pone delante de la T.V. cuando X. la está viendo.

-la abuela protesta porque los niños juegan cerca de ella o les regaña, a ella sola o a los hermanos también, porque estén haciendo algo que no le gusta.

La actitud de la abuela ante el enfado de X. suele ser de discutir con ella y gritarle, murmurar en voz baja o quejarse a la madre. Suele decirle a la niña que está loca y que no tiene vergüenza, con frecuencia verbaliza que estaría mejor muerta. A la madre de X. le dice que ella tiene la culpa de que tenga poca vergüenza, haciendo que se sienta culpable.

La madre siempre interviene en estas discusiones principalmente regañando a X. , con lo que ésta desplaza su enfado hacia ella. Suele decirles a ambas, niña y abuela, que la están volviendo loca y que le van a quitar la vida con tantas peleas. A X. concretamente, le dice que deje en paz a la abuela porque está enferma, aunque cuando no está la niña delante intenta razonar con ella pidiéndole que no se meta con ella ni con sus objetos personales, pues piensa que la mayoría de las veces la causante de lo que ocurre es la abuela .

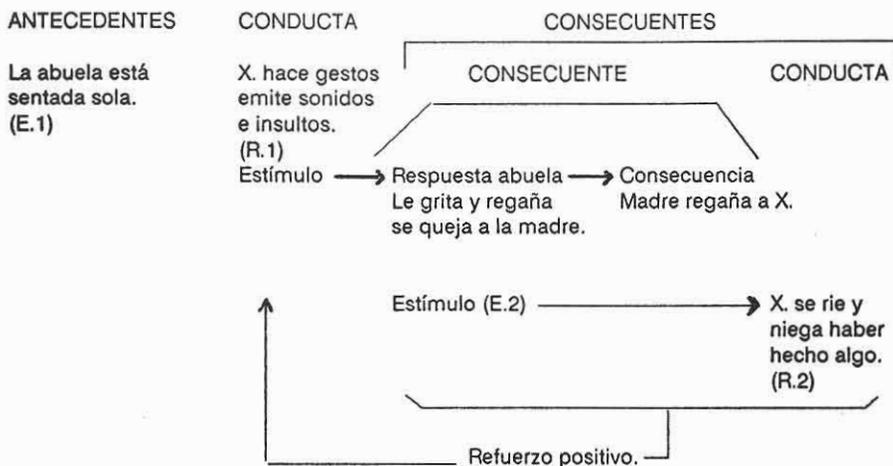
El padre no suele intervenir pues piensa que la culpa es de la abuela, así que opta por no regañar a X. a no ser que ésta desplace su enfado hacia él.

Los padres han observado que X. deja de discutir si la abuela no responde a sus gritos y viceversa, disminuyendo entonces la intensidad y duración del enfado. También manifiestan que, cuando ellos no están en casa, abuela y niña no se pelean entre sí.

Hipótesis:

Podemos establecer dos hipótesis en base a las dos conductas, C.1 y C.2., que presentan X:

Respecto a la Conducta 1, "X. molesta a la abuela gesticulando delante de ella":

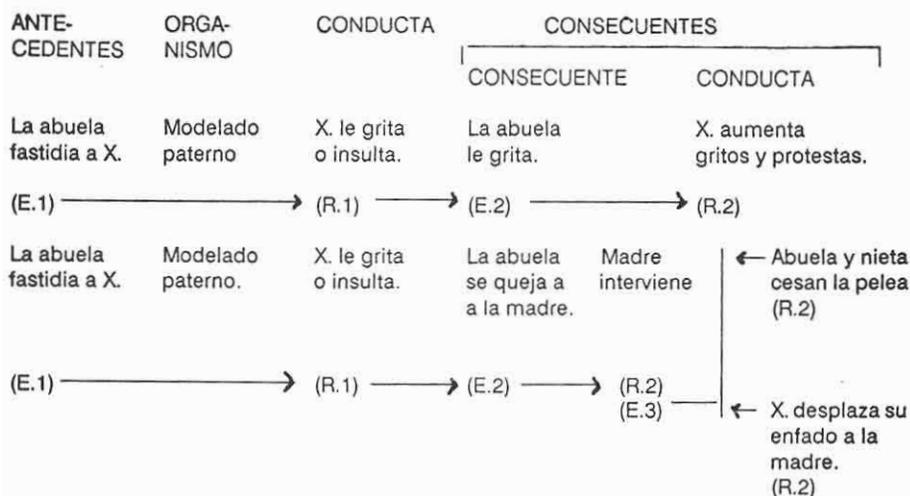


Observamos que, cuando la abuela está sola, la niña se le acerca para gesticular delante de ella., El resultado de su conducta es una respuesta de la abuela, regañarle y quejarse a la madre, que tiene a su vez una consecuencia: la madre regaña a X. Esto actúa como reforzador positivo para la abuela, manteniendo en ésta su respuesta de gritar, quejarse ante ella y culpabilizarla de la actitud de la niña.

Por otro lado, esta situación creada a partir de la conducta de X., es decir, la respuesta de la abuela y la regañina de la madre sirve de estímulo para provocar en ella risa y la negociación del hecho, cosa que al parecer le divierte.

Todo este bloque de consecuentes que aparentemente tienen la cualidad de castigo, (presentación de un estímulo aversivo), cumplen la función de un refuerzo positivo ya que sirven para incrementar y/o mantener la conducta de la niña de molestar a la abuela haciéndole ruidos y/o gestos con las manos, que es gratificante para ella al obtener atención y diversión.

Respecto a la conducta 2, "X. responde a la abuela con gritos e insultos":



Cuando la abuela "fastidia" a X. en algunas de las formas descritas, la reacción de ésta es defenderse gritando e insultando, respuesta que está mediatizada por el modelo de aprendizaje paterno.

Las consecuencias de esta conducta son varias, produciéndose un encadenamiento de estímulos y respuestas:

- Por un lado la abuela responde con gritos, lo cual es un nuevo estímulo para que X. aumente sus gritos y protestas hacia ella.

- Por otro lado la madre interviene reprendiendo a X.; esto es una situación estimular que hace que la niña desplace hacia ella su enfado, cesando su discusión con la abuela.

Al conseguir detener la disputa entre abuela y nieta, se refuerza positivamente la conducta de intervención de la madre, manteniéndose como consecuente de la R.1 inicial de X. (gritar e insultar a la abuela). A su vez, esta intervención materna refuerza el hecho de que la abuela siempre responda con gritos y quejas hacia ella, ya que su demanda es atendida.

c) Respecto a la conducta aversiva hacia la abuela:

Los padres comentan durante la evaluación que se consideran un tanto "escrupulosos" en general: no beben en el vaso de otro miembro de la familia, no utilizan el mismo plato para dos comidas distintas y la madre de X. lava la ropa de la abuela separada de la restante. Ya hemos comentado anteriormente

que la madre se mostró preventiva con respecto al aseo de la abuela a su llegada del hospital.

Por otra parte, el padre de X. no solo dice comprender la actitud aversiva de la niña respecto de la abuela sino que le da la razón y argumenta que también a él le da "asco" algunas veces.

Nos encontramos por tanto en un cierto clima propicio para el desarrollo de conductas de evitación.

X. empezó a generalizar su aversión a la abuela hacia otras personas: pidió a su madre que lavara el edredón porque unos amigos se sentaron encima de su cama.

La conducta aversiva de X. hacia la abuela tiene varios aspectos:

- a nivel cognitivo verbal:

Expresa que "le da asco de la abuela, incluso del aire que hay en la casa". Cuando se le pregunta el por qué, repite cada vez más angustiada e incluso gritando que le da asco y que no puede soportarla.

Estas manifestaciones verbales comenzaron a producirse unos dos meses antes de venir a consulta debido a las continuas preguntas de la madre sobre el por qué de su actitud hacia la abuela. Desde entonces han ido en aumento: al principio sólo se lo decía a la madre y cuando ésta le preguntaba, ahora lo dice a cualquier miembro de la familia incluso en presencia de la abuela y sin que le pregunten, sólo con que la abuela pase cerca suya o la vea utilizar palillos de dientes o comer.

No disponemos de datos concretos sobre la frecuencia de estas verbalizaciones.

Las situaciones que suscitan las verbalizaciones de X. son:

- la abuela le regaña, se enfada con ella y dice que "se tiene que ver peor que ella".;

- la madre intenta razonarle, le pregunta los motivos y trata de convencerla de lo contrario;

- el padre y los hermanos se ríen de ella, parodian sus expresiones y le dicen que está loca o chalada.

- a nivel motor

Manifiesta su aversión de dos formas:

- de un lado presenta una *conducta de evitación* que consiste en apartarse cuando ella va a pasar cerca suya, no tocar objetos que sospeche que hayan entrado en contacto con ella o hacerlo protegiéndose la mano con la manga del jersey, cubrirse la boca con la ropa cuando la abuela abre la ventana por que "el aire trae sus gérmenes" y no entrar en su dormitorio ni en el aseo que ella utiliza.

- por otro lado, presenta *rituales de limpieza y lavado* de manos cuando no puede evitar entrar en contacto directo con esos objetos: se lava una sola vez,

no utiliza jabón y no se frota repetidamente. Si es otra parte de su cuerpo la que toca el objeto en cuestión, también se lava (por ejemplo la cabeza).

La conducta de coger objetos protegiéndose la mano con la manga del jersey/camisa, se produce sobre todo en invierno por ser la época en que usa manga larga. En verano, por tanto, aumenta la frecuencia de los rituales de lavado ya que coge los objetos sin protección.

Los padres no pueden precisar la frecuencia de estas conductas, sólo dicen que ocurren siempre que la abuela pasa cerca de suya o siempre que la niña toca algo que ella ha podido tocar con anterioridad.

Con ayuda de los padres establecimos un *listado de las cosas o acciones que le resultan aversivas* y de la conducta que realizaba ante ellas, así como de la frecuencia aproximada con que ocurrían:

Cuadro 1.

ACCIONES AVERSIVAS	FRECUENCIA
- Enciende el botón de la T.V. protegiéndose con la manga	1 de cada 7
- Se cubre la boca con la ropa que lleve puesta si la abuela abre la ventana	siempre
- El pomo de las puertas: las abre con la manga o se lava las manos después	"
- El teléfono o el portero electrónico los coge con la manga o se lava las manos después	"
- Las ventanas del salón: las abre con la manga	"
- Cuando se sienta en el salón a ver la T.V. lo hace en el sitio del sofá más alejado de la butaca de la abuela	"
- Cuando ve que la abuela va a entrar o salir del salón, se levanta del sofá y se va de la habitación para que no pase cerca de ella	"
- Si la niña va a salir o la abuela va a entrar, o se cruzan en el pasillo, X. le grita para que se quite y pasa acercándose totalmente a la pared	"
- Los objetos que pertenecen o usa frecuentemente la abuela, evita tocarlos; en caso de entrar en contacto con ellos de forma accidental, se lava las manos (o la parte del cuerpo afectada)	"
- Si la abuela toca algún objeto suyo se enfada y le dice a la madre que los limpie o lave; no vuelve a tocarlos hasta que la madre no le confirma que los ha limpiado	"
- No utiliza las sillas para sentarse a comer porque no sabe cuál ha sido usada por la abuela; se sienta en un taburete que guarda en su habitación	"
- Objetos de uso común en la familia como cubiertos, platos, etc., que ha usado la abuela, evita utilizarlos hasta que han sido lavados por la madre	"

- Si la abuela entra en su habitación, se enfada gritando y quejándose a la madre
- Si la abuela le roza o viceversa, X. le grita e incluso llora y a continuación se lava la parte afectada o se cambia de ropa
- Evita entrar en el cuarto de aseo de la abuela
- Evita entrar en la habitación de la abuela

A la vista de esta relación, podemos englobar las respuestas motoras de X. en dos clases de conductas:

- *conductas de evitación del estímulo aversivo* como son las de protegerse las manos, retirarse cuando la abuela pasa cerca, sentarse en un lugar alejado de ella, no utilizar objetos que ha usado ella, no entrar en su habitación, etc.

- *rituales de limpieza* después de entrar en contacto físico con el estímulo aversivo: lavarse y pedir que la madre limpie o lave lo que haya tocado la abuela.

Las *consecuencias* que suscita su conducta en el resto de la familia son las siguientes:

- la madre de X. le pregunta continuamente por qué lo hace, a lo que ella contesta siempre que es porque le "da asco"; también intenta convencerla e incluso le pide que cambie su actitud y le explica que la abuela no tiene ninguna enfermedad contagiosa y tampoco tiene falta de aseo. Ante los requerimientos de la niña para que le limpie los objetos que ha tocado la abuela, la madre actúa limpiándolos o haciéndole creer que lo ha hecho.

- el padre se ríe de ella, imita sus rituales y le dice que está chalada con tantas tonterías.

- los hermanos se ríen de ella, y le preguntan a la madre el motivo de su conducta, a lo que ésta les contesta que es porque le "da asco" de la abuela.

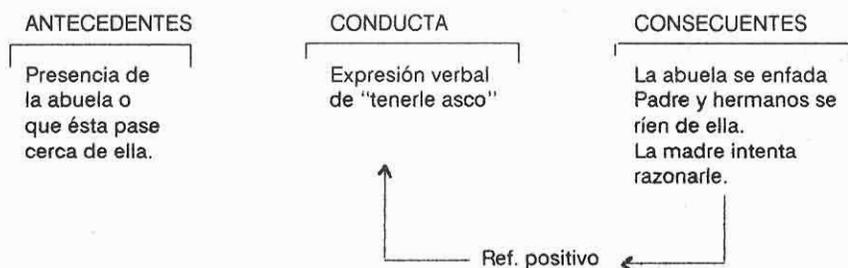
- para X. la consecuencia es que disminuye la ansiedad que experimenta al entrar en contacto con ella o con objetos que ella toca y que se debe a ese "asco" que dice sentir. Con su conducta recibe, además, la atención de toda la familia.

La sola presencia de la abuela se ha convertido para X. en un estímulo discriminativo que desencadena en ella la expresión de "tenerle asco" y "no poder soportarla". Esta conducta suya obtiene resonancia en la familia, que le hace continuos comentarios al respecto, y especialmente en la madre que al intentar razonarle y convencerla de lo contrario consigue reforzar en ella la búsqueda de argumentos para defender su idea, favoreciendo así el hecho de que estos cada vez sean más convincentes para ella y que no le importe comunicarlos ante el menor estímulo.

Hipótesis:

Podemos establecer dos hipótesis globales, una para la conducta verbal y otra para las conductas motoras.

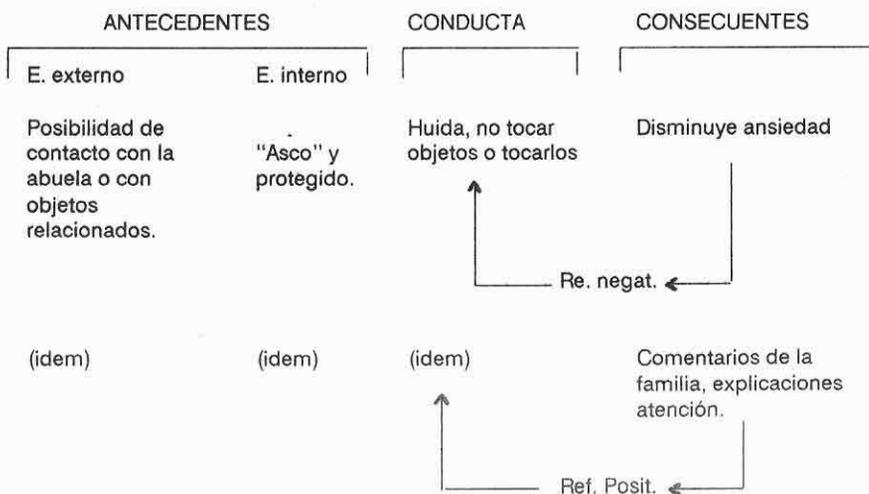
Respecto a la *conducta cognitivo verbal*:



Por tanto la reacción de la familia está actuando como un reforzador positivo de esta conducta verbal ya que la fortalece y aumenta.

Respecto a las *conductas motoras*:

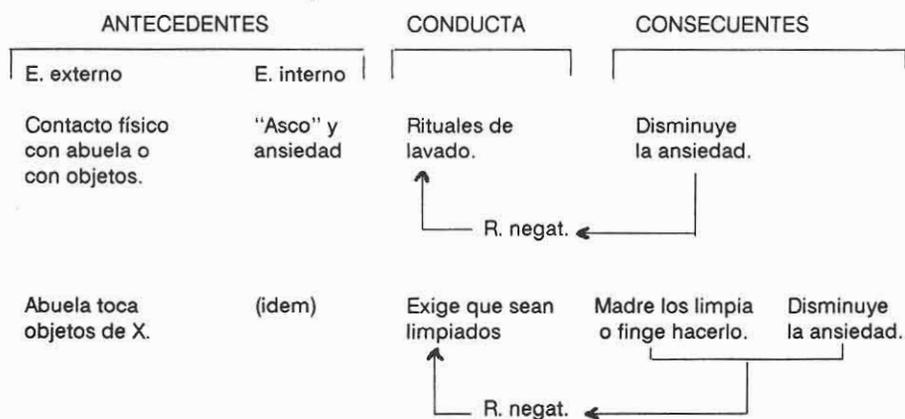
- *conductas de evitación*



Observamos que la posibilidad de que X. pueda entrar en contacto con la abuela o con algún objeto habitualmente utilizado por ella, es un estímulo externo que se ha suscitado a uno interno: la sensación de "asco" -aversión y la ansiedad que ésta le produce. Esta estimulación aversiva desencadena en X. la conducta de huida y rituales de evitación ya descritos. Con esta respuesta, la niña consigue disminuir la ansiedad que experimenta al eliminar el estímulo externo que la produce; la conducta se mantiene y se fortalece por tanto debido al reforzamiento negativo.

Por otro lado, su conducta produce una serie de comentarios y explicaciones por parte de la familia que le proporciona así una mayor atención, hasta el punto de que gran parte de la vida familiar está condicionada a las conductas y estado de ánimo de X. Todo esto contribuye a mantener la conducta actuando como un reforzador positivo.

-Rituales de limpieza:



Respecto a los rituales de limpieza nos encontramos con dos estímulos externos que producen a X. la estimulación interna de asco y ansiedad: por una parte que llegue a tocar directamente a la abuela o algún objeto que ella haya usado; esto le lleva a lavarse "la zona afectada" para eliminar la sensación de asco, y conseguir la disminución de la ansiedad. Se produce por tanto un reforzamiento negativo de la conducta ritualista, la cual se mantiene al disminuir o eliminar la estimulación aversiva interna.

Por otro lado, si la abuela toca algo de X. su respuesta es exigir de la madre que dicho objeto sea lavado. Esta exigencia hace que la madre actúe limpián-

dolo, para que pueda utilizarlo y ante el temor de una discusión fuerte por parte de la niña. De esta forma también ella contribuye a eliminar la estimulación aversiva interna en X. y como consecuencia a disminuir la ansiedad, por lo que estamos de nuevo ante un reforzamiento negativo.

RECURSOS TERAPEUTICOS

Una vez recogida toda la información y tras el planteamiento de nuestra hipótesis funcional, observamos que el comportamiento de la abuela influye notablemente en la actitud de X. La abuela provoca reacciones de genio en la niña tirándole sus juguetes a la basura y mantiene el asco que X. le manifiesta escupiendo delante de ella o diciéndole que está "chalada". No obstante, no consideramos siquiera la posibilidad de trabajar directamente con la abuela porque su enfermedad y su avanzada edad dificultan su colaboración.

Tampoco consideramos el poder intervenir con la niña ya que, según los padres, no entendía su conducta como "problema", sino que la asumía de manera perfectamente lógica y no manifestaba deseos de cambio.

Optamos por tanto por trabajar con los padres como principal recurso terapéutico y establecerlos como coterapeutas en el propio contexto donde se manifiesta la conducta de X., dejando en último término la intervención directa con la niña.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Nuestros *objetivos a largo plazo*:

- *Controlar las reacciones de genio* de X. en todas sus manifestaciones y conseguir de ella unos patrones de interacción familiar normalizados con los que pueda expresar deseos, quejas y opiniones sin gritos, golpes o patadas.

- *Disminuir las discusiones con la abuela*: que deje de gritarle y también de molestarla y que la respete como un miembro más de la familia.

- *Que X. deje de manifestar "asco" hacia la abuela y que abandone la conducta de evitación y los rituales de lavado.*

A este respecto se plantearon concretamente los siguientes bloques de *objetivos específicos*, en función de la relación de conductas que establecimos con los padres durante la evaluación:

- 1.- permanecer sentada cuando ella pase.
- 2.- utilizar objetos de su pertenencia sin ser limpiados cuando los haya cogido la abuela;
- 3.- tocar objetos de la casa que ella ha tocado, sin realizar rituales;

- 4.- entrar con normalidad en la habitación y aseo de la abuela;
- 5.- tocar a la abuela.

Establecimos los siguientes *objetivos a corto plazo*:

A. Respecto a los *enfados y reacciones de genio*

Dado que lo que desencadena y mantiene esta conducta en X. es el modo en que los padres le reprenden o le dan órdenes, nos propusimos *cambiar las pautas de interacción padres-hija*.

B. Respecto a las *discusiones con la abuela*:

Debido a las limitaciones para intervenir con la abuela optamos por hacerlo únicamente con la otra parte implicada: la madre. Nuestro objetivo: conseguir que ésta *no participe en las discusiones* que mantienen la niña o la abuela, controlando así una parte de la cadena de estímulos-respuestas al tiempo que se evita el reforzamiento de las quejas de la abuela.

C. Respecto a la *aversión a la abuela*:

1.- Para la conducta verbal, intervenir sobre los padres y que éstos a su vez lo hagan sobre los hermanos, con objeto de *evitar los comentarios* que realizan ante las expresiones de "asco" de la niña.

2.- Para la conducta motora: Tanto en el caso de la evitación como en el de los rituales de lavado, *anular los posibles comentarios* que la familia haga al respecto.

Concretamente respecto a estos rituales:

- *no atender las demandas de limpieza* de la niña ya que está colaborando al mantenimiento de la conducta;
- conseguir que X. *no realice conductas de evitación ni rituales*.

TECNICAS EMPLEADAS

A. Para los *enfados y reacciones de genio*:

- *control estimular*: controlar los estímulos que provocan y posteriormente contribuyen a la cadena E-R y que suelen ser emitidos por los padres (hablarle y darle órdenes con gritos, reprenderle gritando, pegarle, etc.)

- *extinción*

- *instrucciones terapéuticas* a los padres: ante la conducta de genio de X. tendrán que explicarle lo inadecuado de su comportamiento y que no va a obtener nada con él. Se lo han de decir una sola vez, sin gritar ni insistir, y en caso de que lo mantenga, hacer extinción.

B. Para las *peleas con la abuela*:

- *extinción* por parte de la madre.

- *instrucciones terapéuticas a la madre*:

- en caso de que la niña o la abuela le demanden que intervenga sin

necesidad, contestarles que no va a hacerlo ya que es un asunto entre ellas dos; si continúan con la demanda, hacer extinción.

- no defender siempre a la abuela, sino darle la razón a quien objetivamente la lleve.

C. Para la *aversión hacia la abuela*

- ante la *manifestación verbal de asco*:

- extinción por parte de toda la familia

- ante la conducta motora de *evitación y rituales*:

- *prevención de respuesta*: obligarle a permanecer sentada, a coger objetos sin protección, impedirle directa o indirectamente la limpieza, etc.

Al principio de la intervención se instruyó a los padres en los *principios básicos de la Modificación de Conducta*.

A lo largo de todo el tratamiento se realizó modelado por parte del terapeuta respecto a la forma en que los padres debían intervenir.

Las instrucciones se fueron variando en función de la evolución de las conductas.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención han sido satisfactorios.

Se pelea con menos frecuencia con la abuela y no tiene tantas reacciones de genio como al principio del tratamiento, sólo las que pueden considerarse "normales" o tienen causa justificada. No golpea las puertas ni los muebles, grita menos, "está más tranquila", según su madre. A veces insulta a la madre, pero luego pide perdón.

Respecto a la *conducta cognitivo-verbal*, responde frecuentemente al siguiente esquema:

ANTECEDENTES

Presencia de la abuela o que está pase cerca de ella

CONDUCTA

No hace comentarios de "asco"

Se mantiene en la actividad que estuviese realizando.

CONSEQUENTES

Interacción familiar normalizada.

En cuanto a las conductas de evitación y rituales de limpieza, el resultado fue también positivo siguiendo frecuentemente el siguiente esquema:

- Conducta de evitación

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
Posibilidad de contacto con la abuela o con objetos relacionados.	Permanencia en el lugar donde está la abuela. Utiliza los objetos sin protección.	Interacción familiar normalizada.

- Rituales de limpieza:

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
Contacto físico con objetos que toca la abuela.	Los toca con normalidad, no se lava.	Interacción familiar normalizada.
Abuela toca objetos de X.	No exigencia de que sean limpiados.	Interacción familiar normalizada.

Remitieron todas las conductas excepto:

- entrar en el cuarto de aseo de la abuela,
- sentarse en la silla de la abuela,
- tocar a la abuela,

las cuales se mantuvieron como al inicio del tratamiento.

Sin embargo, estas conductas que mantuvo hasta 5 meses después de finalizada la intervención (pasado este tiempo desaparecen completamente), pueden explicarse por la costumbre que toda la familia ha adquirido:

- X. siempre entra en el mismo cuarto de baño: el usado por toda la familia, a excepción de la abuela que tiene el suyo propio en el que está su ropa interior y sus enseres. Según los padres, X. no entra en él normalmente porque tampoco hay nada allí que la niña necesite, no ven ningún problema en ello y piensan que es sólo una costumbre. De hecho, X. entró dos veces y cogió el alcohol para limpiar su bicicleta.

- sigue sentándose en la misma silla de la cocina, al igual que los otros miembros de la familia se sientan siempre en el mismo sitio para comer. No obstante, ya no se niega a tocar la silla de la abuela, aunque no se siente en ella, ni se pone furiosa si toca el cojín de ella: el hermano se lo echó a la cara para hacerle rabiar y X., sin decir nada, lo devolvió a su sitio.

La hipótesis según la cual estas dos conductas son sólo un reflejo de las

costumbres familiares queda demostrada por el hecho de que durante el período de vacaciones de verano, estando alojados en una casa nueva para ellos, X. utilizaba el mismo cuarto de baño usado por la abuela, ya que los otros dos aseos estaban en la planta superior y le resultaba más cómodo no subir las escaleras. Respecto a los asientos ocurría que cada uno se sentaba en la primera silla que cogía, sin asignarse sillas ni posiciones en la mesa.

DURACION DEL TRATAMIENTO

La duración ha sido de 10 meses, a razón de una sesión semanal con un total de 21 sesiones. Aunque en realidad las sesiones se llevaron a cabo durante sólo 8 meses, ya que en julio y agosto la familia se encontraba de vacaciones. Actualmente, el caso está cerrado.

SEGUIMIENTO

Mes y medio después de concluir el tratamiento, se mantienen las conductas totalmente normalizadas.

La abuela también ha modificado su conducta: se muestra más tranquila y discute con X. sólo esporádicamente. La niña por su parte incluso sostiene conversaciones con ella.

Respecto a la conducta de evitación y rituales, únicamente queda por comprobar si es capaz de tocar a la abuela con normalidad. Esto se debe a que los padres no han llevado a cabo la instrucción expresa que se les dió al respecto: "provocar una situación en la que X. tenga que ayudar a la abuela a entrar o salir de algún sitio cogiéndola del brazo".

En un *seguimiento* posterior realizado a los *seis meses* los padres comunican que han cambiado de domicilio, dándose la circunstancia de que en su nuevo lugar de residencia sólo hay un cuarto de baño.

No obstante nos informan de que toda la familia, incluido X., hace uso indistintamente de él sin ningún tipo de problema ni manifestaciones aversivas por parte de la niña.

También informan que X. entra con normalidad en la habitación de la abuela, toca ropas u objetos pertenecientes a ella y objetos que ella haya tocado con anterioridad. Incluso ha tenido contacto físico con ella: en algunas ocasiones le ha dado un beso, especialmente con motivo de las fiestas navideñas, cumpleaños, etc.

Respecto a los problemas de comportamiento, los padres consideran que su conducta se ha normalizado y que no presenta explosiones de genio tal y

como las describían al comenzar la intervención. Los padres mantienen las instrucciones que se les dieron al respecto.

En un *último seguimiento*, realizado a los *veinte meses*, nos informan que se han mantenido los resultados durante todo este tiempo sin ningún tipo de problema. Se ha dado la circunstancia de que la abuela falleció un mes antes de realizar este seguimiento después de un proceso de enfermedad que ha durado unos veinte días, de los cuales los doce últimos han transcurrido en casa, incluido su fallecimiento que tuvo lugar en su propia habitación.

Durante estos días X. no ha presentado ninguna alteración en su comportamiento sino que ha manifestado conductas de acercamiento hacia la abuela y de colaboración en los que ésta le pedía (llevarle algo que necesitara, conversar con ella, etc.).

En la actualidad la familia, incluida X., hace uso normal de la habitación que fue de la abuela, que ha pasado a ser un cuarto de trabajo.

CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto las posibilidades terapéuticas de un acercamiento contextual-familiar.

Se alerta sobre el tratamiento de las fobias infantiles que podrían derivar en un trastorno obsesivo-compulsivo cronicado y de difícil remisión en la edad adulta.

Se aboga por un enfoque conductual con un paquete de intervención combinado según las características particulares de cada sujeto.

DISCUSION

Creemos conveniente señalar la incidencia de los padres sobre el programa ya que como señala Marks, p. 121 (siguiendo a Adam, 1973; Bolton y cols., 1983 y Bolton, 1983), "casi todos los niños afectados involucran a sus padres" ya sea en forma de peticiones repetidas, en forma de humor si se niegan a obedecerle o bien suscitando conflicto entre los padres a propósito de la forma en que manejan al niño.

En el caso que nos ocupa, el padre se define como impulsivo en sus reacciones y "con poco aguante" desde muy joven. Considera que X. tiene su mismo carácter, con la diferencia de que él se controla más que la niña.

La madre dice ponerse muy nerviosa en las situaciones conflictivas que plantea X., está todo el día en tensión y temiendo las reacciones de la niña. En ocasiones se ve obligada a tomar tranquilizantes para conciliar el sueño.

Las expectativas negativas del padre dificultaron el desarrollo de las sesiones: veía el tratamiento inútil porque consideraba el asco como algo imposible de modificar. Añade, además, que la conducta de repulsa de X. hacia la abuela es justificada porque algunas cosas que ésta hace no son nada agradables, como hurgarse los dientes y escupir restos de comida. Entorpeció la intervención en la medida en que no seguía las instrucciones, se mostraba reticente ante los resultados y, con respecto a aplicar extinción ante las reacciones violentas de X., seguía opinando que lo mejor era pegarle.

La madre seguía con más interés y motivación el caso, aunque a veces dejara de aplicar extinción cuando X. reaccionaba violentamente, porque se ponía muy nerviosa y era incapaz de controlarse.

Ambos están satisfechos de los resultados de la intervención; aunque, especialmente el padre, atribuye el éxito a que X. está creciendo y está madurando.

Por otra parte reconocemos el peso que dentro del paquete de intervención tuvo la Prevención Respuesta (Avia, 1992, Alburquerque, 1992); ya que aunque X. estaba expuesta casi inevitablemente a la abuela durante su estancia en el hogar es desde que se le aplica dicha técnica cuando apreciamos una ascendiente mejoría y remisión de los síntomas.

Por último subrayar la importancia que le concedemos al seguimiento a largo plazo ya que es el que nos asegura de forma inequívoca la eficacia del programa.

BIBLIOGRAFIA

- ALBURQUERQUE, A. (1992): Tratamiento psicológico y fracasos terapéuticos en el trastorno obsesivo-compulsivo crónico". En Echeburúa, E. (1992): **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid. Pirámide. (p. 75-83).
- AVIA, M.D. (1992): Adhesión al tratamiento obsesivo-compulsivo. En Echeburúa, E. (1992): **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid. Pirámide. (p. 85-96)
- BLACK, A. (1974): The natural history of obsessional neurosis. En H.R. Beech (Ed). **Obsessional states**. New York: Harper and Row (p. 19-54).
- GAVINO, A. et al. (1988): **Obsesiones: Teorías, evaluaciones y tratamientos**. Valencia. Promolibro (p. 81-125).

- KENEDY, W. (1983): Reacciones obsesivas- compulsivas y fóbicas. En **Psicopatología infantil**. Barcelona. Martínez Roca (1986) (p 380-398).
- MARKS, I. (1987): **Miedos, fobias y rituales**. 2 Clínica y tratamientos. Barcelona. Martínez Roca (1991).
- PELECHANO, V. (1980): **Terapia familiar comunitaria**. Valencia. Alfaplús.
- PELECHANO, V. (1984): Programa de intervención psicológica en la infancia: Miedos. En **Análisis y Modificación de Conducta**. V. 10. 1984. N 223 y 24.
- RAPOPORT, J.L. (1989): Biología de las obsesiones y las compulsiones. En **Investigación y Ciencia**. 1989 n° 152 (p. 64-71).
- TEASDALE, J.D. (1974): Learning models of obsessional-compulsive disorder. En H.R. Beech (Ed). **Obsessional states**. New York: Harper and Row. (p. 197-229).