

## FORMULACION Y TRATAMIENTO DE UN CASO CON UN PROBLEMA OBSESIVO COMPULSIVO

**José Luis Graña Gómez(1)**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.  
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. Madrid.

### RESUMEN

*El presente caso clínico trata sobre un trastorno obsesivo compulsivo que se caracteriza por un miedo irracional a contraer el cáncer y por unos rituales de limpieza que se producían ante diversos estímulos. El análisis histórico reveló que existía una predisposición de miedo a los contagios, aprendida por imitación.*

*El tratamiento tenía por objetivo reducir y eliminar los rituales de descontaminación, fomentar en la paciente un nuevo estilo de vida y ayudarla a mejorar su relación de pareja. Para ello se desarrolló un programa de prevención de respuesta aplicado de forma gradual y un programa de terapia de pareja. El tratamiento tuvo una duración de 5 meses y en total se aplicaron 80 sesiones de exposición y 19 de terapia de pareja.*

*Los resultados mostraron una disminución considerable en el número de rituales. También se produjo una mejoría notable en sus relaciones de pareja y en su estilo de vida. Estos resultados se mantuvieron al año de seguimiento.*

---

(1) Este caso fue tratado en el Middlesex Hospital Medical School. Universidad de Londres.

## SUMMARY

*This is a case study of a patient with obsessive compulsive disorder characterized by an irrational fear of contracting cancer, and by washing rituals concurrent with various stimuli. The patient's history reveals a predisposition to fear of contamination learned by imitation.*

*The treatment goal was to reduce and eliminate the cleaning rituals, help the patient improve her lifestyle, and to improve her marital relationship with her husband. Treatment consisted of gradual response prevention along with marital therapy. Treatment consisted of 80 individual fear exposure sessions and 19 marital sessions over a period of five months.*

*Results show a notable reduction of the patient's rituals. Improvements were also made in the patient's general lifestyle, as well as in her marital relationship. Improvements were maintained at the one-year follow-up after the conclusion of treatment.*

## 1. DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: María.

Edad: 54 años.

Estado Civil: Casada y sin hijos.

Profesión: Profesora.

## 2. PROBLEMA QUE PRESENTA LA PACIENTE

El principal problema que presenta la paciente es el de emprender prolongados rituales de descontaminación debido a un fuerte miedo a contraer cáncer. Este problema no sólo le afecta a ella sino también a su marido. Viven totalmente aislados. Durante 5 años sus amigos no han frecuentado su casa, aunque circunstancialmente podían verse fuera de ella. Esto es debido al fuerte olor a desinfectante que impregna la casa y al hecho de que María lleve consigo un cojín de plástico para sentarse.

Así, la vida de María se limita a estar en su casa donde pasa horas y horas limpiando, por lo que se ha vuelto depresiva.

Siempre que ella y su marido salen a la calle entrar en casa supone un ritual de 5 horas, tres de las cuales las pasa su marido en la puerta esperando a que ella

limpie todo antes de entrar él y dos en el baño para limpiarse plenamente.

Como resultado de este y otros muchos rituales que el marido tiene que soportar, él se ha planteado seriamente romper la relación, dado que se le hace imposible vivir en estas condiciones.

Previamente María estuvo en tratamiento durante 12 años, 4 de los cuales los pasó con un psiquiatra haciendo psicoterapia dos veces por semana y recibiendo medicación (antidepresivos, benzodiazepinas durante 6 o 7 años), hipnoterapia, etc.

### 3. ANALISIS FUNCIONAL

Los datos que describimos a continuación se han obtenido en base a entrevistas con la paciente y su marido, así como a observaciones hechas en el hospital a lo largo de varios días.

#### 3.1. Estímulos

- Tocar a personas que padecen cáncer o que éstas toquen sus cosas.
- Ir a casa de personas que padecen cáncer o que por esta circunstancia hayan muerto.
- Encontrarse con los familiares de enfermos de cáncer o recibir cosas de ellos.
- Ir a hospitales o cualquier lugar público.
- Sentarse en lugares que no han sido limpiados cuidadosamente por ella o que las personas la toquen.
- Recibir correspondencia, debido a que el cartero toca las cartas de personas que pueden padecer cáncer.
- Cualquier objeto que toque el suelo, así como manejar dinero o tocar libros y periódicos que ella no haya limpiado.

En resumen, existen dos tipos de estímulos: por un lado, aquéllos que guardan una relación directa con algo o alguien que haya tenido contacto con personas afectadas por el cáncer, y que son los más peligrosos y, por otro, aquéllos que implican un contacto indirecto con el cáncer, prácticamente, cualquier objeto que no haya sido limpiado por ella, siendo éstos menos peligrosos.

#### 3.2. Respuestas

**3.2.1. Cognitiva:** "puedo contraer el cáncer, tengo que lavarme las manos y desinfectar todo para evitar el riesgo.

**3.2.2. Autónoma:** siente tensión en el estómago y la garganta; sudores en frente y mano; su tasa cardíaca se acelera; sus piernas se debilitan y se siente mal.

**3.2.3. Motora:** Si los estímulos no eran muy peligrosos, se lavaba con un kleenex que contenía una mezcla de agua, lejía y detergente, secándose con otro impregnado en desinfectante.

Si los estímulos eran muy peligrosos, se lavaba primero con una mezcla de lejía, agua y detergente, después con agua y jabón, a continuación con agua y, finalmente, se secaba con un kleenex empapado en desinfectante.

Respecto a su ropas, las lavaba de la misma forma, pero el número de pasos a seguir dependía del peligro, por ejemplo: si el peligro era elevado lavaba la ropa una vez en casa con la mezcla especificada; luego la enviaba a la lavandería y, posteriormente, la volvía a lavar en casa de la misma forma. A veces, añadía colonia con el fin de que la desinfección fuera total.

Se lavaba las manos un promedio de 42 veces al día.

### 3.3. Consecuencias

Su ansiedad se reducía como consecuencia de pasar tanto tiempo limpiando, por lo que, los tres componentes de la respuesta (cognitiva, autónoma y motora) se mantenían debido a un paradigma de reforzamiento negativo. El reforzamiento positivo lo obtenía por medio de la atención que le proporcionaban, por sus síntomas, su marido, amigos y terapeutas.

### 3.4. Variables de mantenimiento

Se basaban fundamentalmente en las siguientes conductas: cubrir el más mínimo objeto con plástico; llevar un cojín de plástico a cualquier parte; llevar un algodón impregnado en desinfectante; colocar la ropa en el armario según el nivel de contaminación; mantener una cantidad considerable de productos desinfectantes en casa; colocar sus objetos personales sobre papeles y cartones de forma que no entren en contacto con el suelo; es importante la cooperación del marido en sus rituales.

## 4. ANALISIS HISTORICO

### 4.1. Adquisición del problema

En el año 1963 fue sometida a una operación sintiéndose muy tensa, antes y después de la misma, lo que provocó un envejecimiento rápido, según testimonio

de su marido. Durante su estancia en el hospital, desinfectó la habitación por no saber quién la había ocupado antes.

En 1964 se mudaron de casa y atravesaron una mala etapa, dado que María siempre tuvo dificultades a la hora de afrontar cambios y tomar decisiones. En esta época, dos tíos de su marido mueren de cáncer; cuando iba a visitarlos se sentaba en trozos de periódico y si eran los enfermos los que la visitaban, cuando se iban limpiaba todo.

En 1967 descubre que el marido de la señora que le ayuda en casa tiene cáncer; busca una disculpa para despedirla y limpiando cuidadosamente la casa hasta, incluso, lesionarse. Después de esta limpieza, María dice que pasa por un período de relativa tranquilidad.

En el año 68 tuvo problemas en el Instituto en el que impartía clases ya que cambiaron los métodos de enseñanza; los inspectores la presionaban para cambiar su forma de enseñar pero no le proporcionaban la más mínima orientación, siendo para ella muy difícil emprender cambios. Por esas fechas descubre que la madre de una íntima amiga suya tiene cáncer y una vez que su amiga se va desinfecta toda la casa, ya que no es capaz de sentarse en la silla utilizada por ella. Este hecho le afecta profundamente y su marido no está al corriente. En un principio sólomente desinfectaba su casa, pero gradualmente empezó a desinfectar la clase, primero una o dos veces por semana y después todos los días cuando se enteró que la madre de un alumno padecía cáncer. En todo este período hubo varios cambios de director en el colegio y se siente cada vez peor y con más dificultades para afrontar el día a día.

Su madre murió en 1975 en una operación debido a una caída con unos zapatos que ella le había regalado, hecho que le hizo sentirse muy culpable.

Con respecto a su marido inicialmente se mostraba poco cooperador con los rituales de María, pero gradualmente fue cediendo a sus demandas.

Desde entonces, esta pauta se perpetúa hasta que alcanza las dimensiones problemáticas de la actualidad.

#### **4.2. Factores de predisposición**

María describe a su madre como una figura muy importante en su vida: honesta, considerada y una auténtica madre y esposa. Era demasiado protectora, estricta con la limpieza y preocupada por las enfermedades, porque su hija cogiera catarros o infecciones a través de otros niños y no dejándola ir a la escuela hasta los 8 años por si cogía alguna infección.

La influencia de su madre fue tan grande que recuerda sentirse mal en la escuela y decirle a la maestra que no podía estar enferma sin su madre.

Generalmente su madre utilizaba lejía y desinfectantes para curar las heridas.

Su padre era una persona bondadosa, protector, pero no en exceso, muy trabajador, agradable y con muchos amigos.

Antes de casarse sus padres tomaban las decisiones por ella. Así recuerda que una vez en un restaurante su madre le regañó por querer elegir una comida distinta.

Se casó a los 27 años, y se sintió muy culpable por haber dejado a sus padres. Respecto a su relación sexual, tanto ella como su marido afirman que no era excelente pero su frecuencia aceptable. Cuando se le preguntó sobre las diferentes áreas de su relación de pareja, antes de iniciarse el problema, la única que no quiso calificar fue la sexualidad. Desde 1968 sólo tenían relaciones sexuales esporádicas que solían coincidir con las vacaciones.

## 5. OTRAS AREAS

### 5.1. Autoimagen

Se considera una persona honesta que no haría daño a nadie, le complace ayudar a la gente, cree que ha sido una buena profesora, inteligente y creativa. Le gustaría tener más confianza en sí misma, ser menos soñadora y más realista, hacer más cosas de su agrado, ser más práctica, menos egoísta y una buena esposa.

### 5.2. Motivación

Su motivación para el cambio depende más de su marido que de sí misma. Cuando se le pidió que calificase esta circunstancia en una escala de 0-10 su puntuación fue de 5. Este hecho fue confirmado por la puntuación baja en resistencia en el Inventario de Obsesiones de Leyton.

### 5.3. Objetivo para el tratamiento según la paciente

Cambiar su actitud hacia el cáncer, dejar de hacer los rituales de limpieza y llevar una vida normal.

## 6. VARIABLES DEPENDIENTES

### 6.1. Medidas conductuales

**6.1.1. Frecuencia con la que se lavaba las manos:** se realizaron observaciones por parte del "staff" y autoregistros por parte de la paciente.

**6.1.2. Test de evitación** (ver apéndice 13.1): Se componía de 9 tareas conductuales que tenía que realizar la paciente. Se midió la realización de la tarea, rituales realizados y deseo que sentía la paciente de lavarse las manos en una escala de 0 a 10.

**6.1.3. Rituales del marido:** Tiempo que pasaba en la puerta de su casa esperando entrar, tiempo que pasaba en el baño y utilización de un cojín de plástico para sentarse.

## 6.2. Cuestionarios

**6.2.1. Inventario de Obsesiones de Leyton:** : fue desarrollado por Cooper (1970) y se compone de 69 ítems, de los cuales 47 se relacionan con síntomas y 22 con rasgos asociados al trastorno obsesivo compulsivo. Este instrumento proporciona una evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo. Se obtiene un índice de rasgo, síntomas, nivel de resistencia e interferencia. La resistencia indica en qué medida el sujeto afronta la conducta obsesiva, ya sea cognitiva o motora. La interferencia se refiere al grado con que el problema afecta a la vida del individuo como consecuencia de los síntomas.

**6.2.2. Nivel de Ansiedad en relación con una jerarquía de situaciones temidas** (ver anexo 2): se elaboró una jerarquía de situaciones temidas para la paciente y se le pidió que puntuase, en una escala de 0 a 100, el nivel de ansiedad que le produciría entrar en contacto con cada una de las situaciones de la jerarquía.

**6.2.3. Escala de Satisfacción Marital:** elaborada por Azrin et al. (1973), proporciona una evaluación de la relación de pareja para cada uno de los cónyuges en 10 áreas: (1) compartir responsabilidades; (2) crianza de los hijos; (3) actividades sociales; (4) manejo del dinero; (5) comunicación; (6) sexualidad; (7) progreso académico u ocupacional; (8) independencia personal; (9) independencia del cónyuge; (10) felicidad general. Se le pide a cada uno de los miembros de la pareja que califiquen cada área con una escala de 1 a 10, el 1 significa un nivel de satisfacción muy bajo y el 10 muy alto.

## 7. FORMULACION

El trastorno obsesivo-compulsivo que presenta María puede explicarse en la adquisición por la influencia que tuvo la exposición a un modelo inadecuado en los primeros años de su vida, que la ha llevado a desarrollar un miedo excesivo a las enfermedades contagiosas y una predisposición a reaccionar en exceso ante situaciones estresantes, como por ejemplo el cambio de casa, la operación,

personas conocidas que contraen cáncer. Además, a lo largo de su vida no aprendió a afrontar situaciones de cambio con éxito ni a tomar decisiones por sí misma, posiblemente como resultado de haber tenido unos padres tan protectores que reforzaron conductas de dependencia.

En un principio sus reacciones fueron bastante adecuadas, pero a medida que el nivel de ansiedad se incrementó como consecuencia de tener que afrontar un cambio en el sistema de enseñanza y la enfermedad de cáncer que padecieron sus allegados, todo esto la llevó a perder el control sobre su problema y a sobreaprender los rituales de descontaminación que, mediante su realización, atenuaba los pensamientos obsesivos de contagio y las reacciones fisiológicas de ansiedad en base a un paradigma de reforzamiento negativo. En gran medida aprendió a reaccionar de la misma forma que lo hacía su madre, es decir, limpiando con los mismos materiales y reduciendo de este modo su nivel de ansiedad.

En el mantenimiento se observan ciertas "ganancias secundarias" por su problema, siendo probable que con esta respuesta controle al mismo tiempo otros aspectos de su vida, como es una vida social ocupada y una relación de pareja deteriorada, en la que predomina la evitación de la sexualidad. Estas "ganancias secundarias" podrían acentuar su baja resistencia a sus síntomas y una baja motivación por cambiar.

Por lo tanto, de la presente formulación se desprende que el tratamiento debe centrarse en la extinción del miedo irracional al contagio, mediante la eliminación de los rituales de limpieza y la modificación de su estilo de vida, sobre todo su relación de pareja y su vida social.

## 8. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y PLAN DE INTERVENCIÓN

- a. Dejar de realizar los rituales de descontaminación.
- b. Exposición gradual a una jerarquía de estímulos temidos.
- c. Eliminar las variables de mantenimiento.
- d. Introducir un programa de supervisión de 24 horas con prevención de respuesta.
- e. Desarrollar el tratamiento con un contrato terapéutico, negociable en cada fase del programa.
- f. Superado el problema en el hospital, se introducirá un programa en su casa de características similares.
- g. De forma simultánea se trabajará en la relación de pareja y en modificar su estilo de vida actual, incrementando el nivel de actividades reforzantes.
- h. La medicación que recibió durante el tratamiento fue:
  - Clomipramina, 25 mg 1 vez al día.
  - Lorazepan, 2,5 mg 3 veces al día.

En un principio, la paciente no aceptó del programa expuesto los puntos a, c y d, modificando temporalmente el objetivo del tratamiento que consistió en trabajar la motivación de María para que aceptase el programa expuesto de la siguiente forma:

. Realizando un número mayor de actividades reforzantes que la llevasen a incrementar el nivel de resistencia a sus síntomas.

. Reduciendo de forma gradual los rituales de descontaminación y las variables de mantenimiento por medio de contratos terapéuticos semanales, que incluían la exposición a los items más bajos de la jerarquía (ver tabla...).

## 9. FASES DEL TRATAMIENTO

. Evaluación conductual (13 días y 8 sesiones).

. Negociación del primer contrato de tratamiento e implicación de la paciente en actividades dentro y fuera del hospital (19 días y 10 sesiones).

. **Fase I** ( 6.4-14.4, 8 días y 8 sesiones)

a. Reducción gradual de los rituales: 2 duchas en la habitación, lavarse las manos antes de las comidas; después de ir al servicio se lavaba y a continuación se la exponía a estímulos contaminantes; no utilizar desinfectantes; podía lavar la ropa por la noche con guantes.

b. Reducción en el número de variables de mantenimiento: entregar detergente, lejía, colonia y desinfectantes.

c. Exposición a los estímulos más suaves de la jerarquía.

d. Supervisión desde que se levantaba hasta que se acostaba.

. **Fase II** (14.4-18.4, 4 días y 4 sesiones)

a. Reducción gradual de los rituales: 1 ducha en la habitación, lavarse las manos y la cara por la noche; lavarse las manos un máximo de 6 veces y contaminación después de ir al servicio; lavar la ropa una vez a la semana con guantes.

b. Reducción en el número de variables de mantenimiento: entregar cualquier otro material de desinfección; que el marido deje de hacer los rituales en el hospital; retirar los plásticos que cubren la almohada y las sábanas; dejar de llevar algodón o kleenex impregnado en desinfectante en los bolsillos; no utilizar mantel de papel en las comidas.

c. Exposición: igual que en el punto anterior.

d. Supervisión: igual que en el punto anterior.

. **Fase III** (19.4-26.4, 7 días y 7 sesiones)

a. Reducción gradual de los rituales: sin cambio.

b. Variables de mantenimiento: retirar el resto de los plásticos y papeles con los que envuelve la ropa de vestir o de la cama y mezclar todas sus ropas; poner en el suelo las maletas de la ropa.

c. Exposición: lo mismo que en la fase anterior; además las enfermeras entraban en su habitación 4 veces al día y tocaban sus objetos personales y ropa del armario.

d. Supervisión: lo mismo que en la fase anterior.

. **Fase IV** (26.4-30.4, 4 días y 4 sesiones)

a. Reducción gradual de los rituales: sin cambios.

b. Variables de mantenimiento: dormir por las noches sin el gorro de plástico; al lavarse las manos utilizar una toalla; utilizar cada día ropa distinta.

c. Exposición: Lo mismo que antes.

d. Supervisión: Lo mismo que antes.

. **Fase V** (30.4-6.5, 7 días)

Sin tratamiento y discusión de un nuevo contrato debido a los engaños que hacía y a discusiones constantes sobre el tratamiento.

. **Fase VI** (6.5-10.5, 4 días y 3 sesiones)

a. Reducción gradual de los rituales: lavarse las manos una vez al día después de ir al servicio, seguido de contaminación.

b. Variables de mantenimiento: retirar de forma gradual los plásticos de las cosas de su casa; el marido deja de hacer todo tipo de rituales.

c. Exposición a los estímulos más altos de la jerarquía (las situaciones relacionadas con el cáncer).

d. Supervisión: 24 horas de supervisión.

. **Fase VII** (10.5-17.5, 7 días)

Sin tratamiento. La paciente tenía que convencer al staff de su compromiso en llevar a cabo el programa de prevención de respuesta de forma completa.

. **Fase VIII** (17.5-23.5, 6 días y 6 sesiones)

a. Prevención de respuesta: sin lavarse ni realizar otros rituales.

b. Variables de mantenimiento: retirar de su casa todos los plásticos, periódicos, botellas de desinfectantes, etc.

c. Exposición a los ítems más altos de la jerarquía e ir a su casa a continuación y quedarse a dormir allí; que distintas personas del hospital fuesen a su casa, fundamentalmente enfermeras, e ir de compras entrando y saliendo de la casa.

d. Supervisión: 24 horas de Supervisión.

e. Se introdujo un programa operante para extinguir la conducta de discusión.

. **Fase IX** (23.5-27.5, 4 días y 4 sesiones)

- a. Lavarse de nuevo: una ducha y lavarse las manos dos veces al día.
- b. Recontaminación con alguna situación de cáncer después de cualquier ritual.
- c. Supervisión: retirada gradual solamente durante el día y para proporcionar información sobre lo que debería hacer.
- d. Autocontrol mediante la realización de un autoregistro de sus rituales.
- e. Al final de esta fase dejó de ser paciente interna y fue admitida como paciente externa.

. **Fase X** (28.5-11.6, 14 días y 8 sesiones)

- a. Sin restricciones en la limpieza y recontaminación ante la presencia de cualquier ritual; entrenamiento con un modelo en cómo limpiar su casa.
- b. Incremento en el nivel de actividades de la paciente y asistencia a terapia ocupacional.
- c. Terapia de pareja según procedimientos de intervención descritos por Azrin et al. (1973) y Jacobson y Margolin (1979).

. **Fase XI** (11.6-3.7, 23 días y 16 sesiones)

Igual que en la fase previa, combinándose sesiones de contaminación ante una señal de ritual y sesiones de terapia de pareja.

. **Fase XII** (3.7-4.8, 30 días, 18 sesiones)

- a. Una semana de prevención de respuesta autoimpuesta.
- b. Terapia de pareja: se centró en el desarrollo y participación de ambos en actividades diversas.
- c. Exposición al ítem más alto de la jerarquía.
- d. Reducción gradual en su asistencia al hospital en esta fase: 2 primeras semanas 3 días por semana, tercera semana 2 días y el mes siguiente 1 vez, posteriormente 2 veces al mes durante 2 meses y una vez al mes otro mes.

## 10. RESULTADOS

### 10.1. Medidas conductuales

#### 10.1.1. *Frecuencia media con la que lavaba las manos*

Como muestra la figura 1, los resultados indican la eficacia del tratamiento a lo largo de las distintas fases para reducir el número de rituales de descontaminación, sobre todo una vez introducido el programa de prevención de respuesta en

la fase 8. También se han introducido dos fases (5 y 7) de reversibilidad del tratamiento y los resultados muestran un aumento en el número promedio de lavado de manos, lo que pone de manifiesto la adecuación del programa aplicado para eliminar el trastorno obsesivo compulsivo según esta variable conductual. Una vez que se retiró la supervisión, la paciente informó que la mejoría se mantuvo y como puede observarse en la figura 1, los resultados se estabilizaron a un nivel bajo (fases 10, 11 y 12).

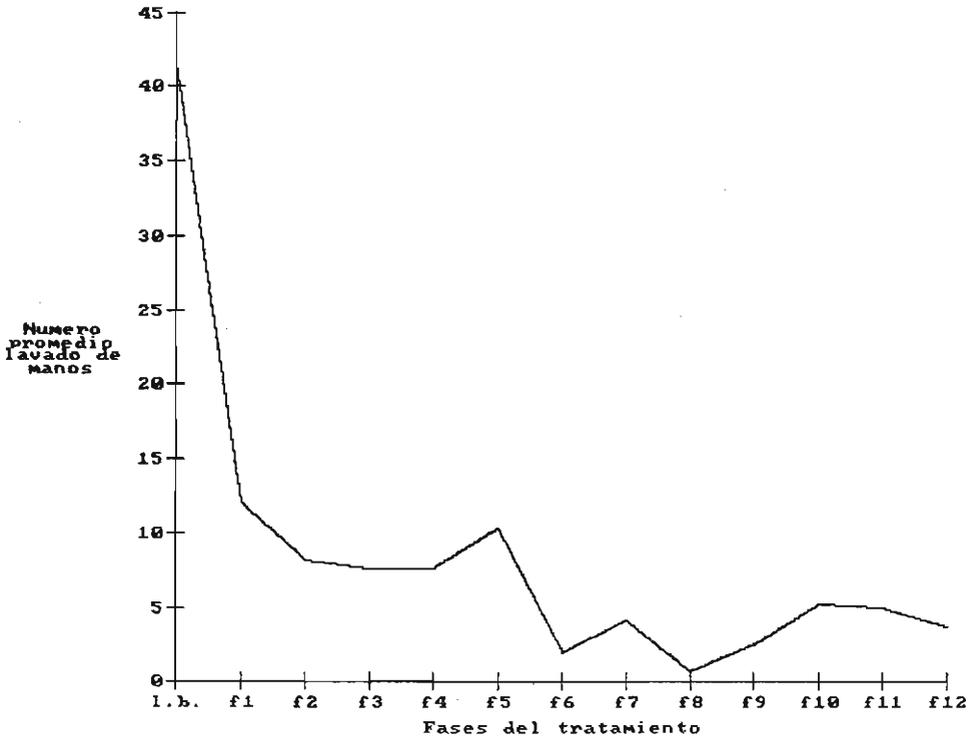


Figura 1: Frecuencia media de lavado de manos durante línea base y fases de tratamiento.

Como se ha demostrado una disminución importante en los rituales, una consecuencia importante del éxito terapéutico fue la reducción drástica en el dinero que gastaba en desinfectantes. También desaparecieron los plásticos que tenía en su casa para cubrir la ropa de los armarios, de la cama, los libros de las estanterías, etc. Otra consecuencia positiva es el estado saludable que muestran sus manos al final del programa.

## 10.1.2. Test de evitación

|                       | Tareas realizadas | Rituales |
|-----------------------|-------------------|----------|
| Pretratamiento        | 3                 | 3        |
| Postratamiento        | 9                 | 0        |
| Seguimiento (3 meses) | 9                 | 0        |

**Cuadro 1.** Resultados de los cuestionarios aplicados en línea base, al alcanzar el peso objetivo y en el seguimiento a 3 meses.

Los datos del cuadro 1 muestran un cambio significativo en las conductas de evitación, y aunque después del tratamiento y en el seguimiento la paciente todavía sentía deseo de lavarse después de realizar 3 tareas (ver figura 2), poner una bolsa de plástico con sus cosas personales en el suelo, que una enfermera u otra persona toque sus pertenencias, sentarse en el asiento de un coche de una persona desconocida; sin embargo no realizó ningún ritual en comparación con la línea base que de tres tareas realizadas se lavó a continuación y el deseo de lavarse era máximo incluso cuando no había realizado tareas (ver figura 2). Estos datos ponen de manifiesto otra dimensión del éxito terapéutico.

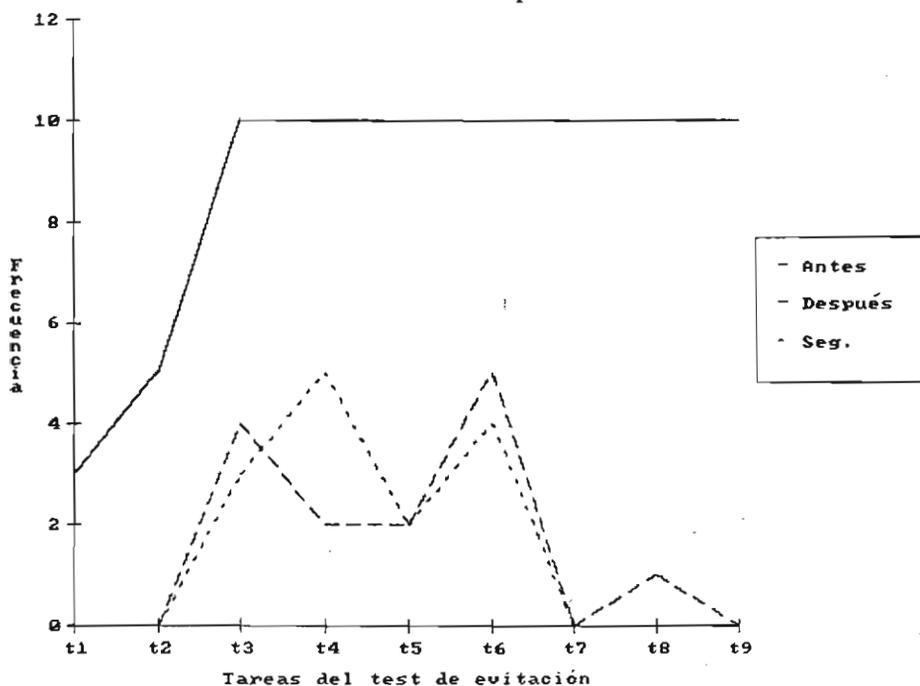


Figura 2: Deseo de lavarse las manos ante la presentación de cada tarea.

### 10.1.3. Rituales del marido

|   | Pretrata. | Postrata. | Segui.  |
|---|-----------|-----------|---------|
| Tiempo que pasa en la puerta de casa              | 3 horas   | 0 minutos | 0 minu. |
| Tiempo que pasa en el cuarto de baño              | 2 horas   | 0 minutos | 0 minu. |
| Utilización de un cojín de plástico para sentarse | Si        | No        | No      |

**Cuadro 2.** Evolución de los rituales del marido antes del tratamiento, después y en el seguimiento.

El cuadro 2 indica el éxito obtenido en la extinción de los rituales del marido que reforzaban positivamente los rituales de descontaminación realizados por la paciente, como se puso de manifiesto en la formulación del caso.

## 10.2. Cuestionarios

### 10.2.1. Inventario de Obsesiones de Leyton

|                | Síntomas | Rasgo | Interferencia | Resistencia |
|----------------|----------|-------|---------------|-------------|
| Pretratamiento | 34       | 17    | 54            | 43          |
| Postratamiento | 32       | 8     | 32            | 54          |

**Cuadro 3.** Resultados del Inventario de Obsesiones de Leyton antes y después del tratamiento.

El cuadro 3 informa que aunque la disminución en el número de síntomas probablemente no sea significativa, sin embargo se puede asumir el éxito clínico de este caso en base a la reducción de la puntuación de interferencia de 54 antes del tratamiento a 32 la de rasgo de 17 a 8, lo que muestra un cambio considerable en su actitud hacia el problema que presenta. También se puede asumir el éxito clínico por el aumento en el nivel de resistencia al trastorno obsesivo-compulsivo,

de 43 a 54. Es probable que la variable número de síntomas mejore en el seguimiento como se puede observar por la magnitud de las puntuaciones de rasgo, interferencia y resistencia.

Estos datos son congruentes con los objetivos terapéuticos de incrementar considerablemente la resistencia a los rituales de descontaminación y al número de conductas de evitación, así como una mayor flexibilidad para emprender nuevas actividades y afrontar los síntomas ritualistas.

10.2.2. Nivel de ansiedad en relación con una jerarquía de situaciones temidas

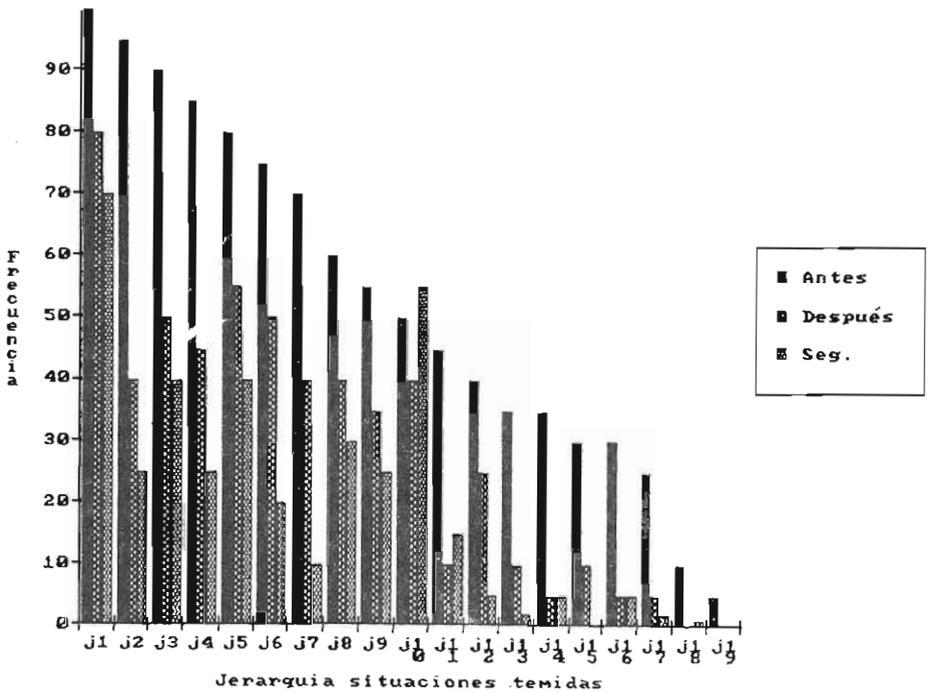


Figura 3: Ansiedad que le produce afrontar cada una de las situaciones de la jerarquía.

En la figura 3, se observa que el nivel subjetivo de ansiedad disminuye después del tratamiento, siendo el cambio mayor en el seguimiento a 3 meses, lo que demuestra la dificultad de extinguir, sobre todo los pensamientos obsesivos y las reacciones fisiológicas de ansiedad, incluso cuando el número de rituales de descontaminación disminuyó considerablemente con el programa terapéutico descrito. No obstante, todavía sigue existiendo un nivel considerable de ansiedad

en relación con los estímulos más altos de la jerarquía como muestra la figura 3, por ejemplo visitar un hospital con enfermos de cáncer, etc., y la ansiedad es mucho menor con los estímulos más bajos de la jerarquía (ver anexo 2); de aquí se deduce que todavía son necesarias sesiones adicionales de autoexposición para prevenir la probabilidad de una recaída a largo plazo.

### 10.2.3. Escala de satisfacción marital

|                | María                  | Marido                 |
|----------------|------------------------|------------------------|
| Pretratamiento | 6 (1,3,5,6,<br>7,8,10) | 7 (1,3,5,6,<br>8,9,10) |
| Postratamiento | 1 (6)                  | 1 (6)                  |

**Cuadro 4.** Resultados de la escala de satisfacción marital recamada en el apartado 6.2.3.

Los números entre paréntesis del cuadro 4 indican las áreas que ambos cónyuges puntuaron por debajo de 5.

Hay que tener en cuenta que esta escala fue administrada la primera vez, una vez finalizado el programa de prevención de respuesta, lo que indica el nivel de deterioro experimentado en la relación de pareja, y aunque parte de este problema se debe al efecto que tuvo el trastorno obsesivo-compulsivo, sin embargo no fue suficiente para mejorar su funcionamiento la extinción de los rituales de descontaminación. Los cambios que se observan en esta escala antes y después del tratamiento pueden atribuirse casi por completo al efecto del programa de terapia de pareja aplicado.

La única área que permanece inalterable para ambos es la relación sexual, y no fue posible abordarla terapéuticamente debido a la oposición de María a intentar obtener soluciones.

## 11. DISCUSION

Como muestran los resultados de las distintas variables dependientes, este caso experimentó una mejoría terapéutica considerable si se tiene en cuenta la gravedad del problema y el deterioro marital y social experimentado a lo largo de tantos años.

No cabe duda que los resultados terapéuticos pueden explicarse por el efecto del programa de prevención de respuesta con supervisión, pues a partir de la fase

8 se observó una drástica reducción en los rituales de descontaminación. Aunque la exposición gradual a los estímulos fóbicos implicó un cambio notable en el número de veces que se lavaba las manos, sin embargo la reducción más considerable en los rituales se produjo con la prevención de respuesta. Este descubrimiento confirma los resultados originales de varios estudios de caso único realizados por Meyer et al. (1966, 1973), y posteriormente en estudios experimentales realizados por Rachman et al. (1976, 1977, 1980). Meyer y Levy (1973) afirmaron que el elemento más significativo de la prevención de respuesta es la Supervisión continua a lo largo del tratamiento, aspecto que se aplicó en el programa de tratamiento de este caso.

Como habíamos planteado en la formulación del caso los rituales de descontaminación cumplen una función de reducción de la ansiedad, aunque esta se extinguió de forma gradual y una vez que el número de rituales había disminuido considerablemente. Otros autores plantearon previamente que los rituales compulsivos cumplen una función de reducción de la ansiedad (Turner y Michelson, 1984). Según este planteamiento la extinción se obtiene en base a la exposición del paciente a los estímulos que previamente inducían a los rituales, pero si no se permite que los rituales ocurran, entonces se extingue la ansiedad. Hodgson (1972), Roper, Rachman y Hodgson (1973), Roper y Rachman (1976), en varios experimentos realizados con individuos con rituales de comprobación y de limpieza, mostraron experimentalmente la hipótesis de reducción de la ansiedad que cumple la conducta compulsiva. En este caso se confirmó por la disminución en el nivel de ansiedad, medido en base a la jerarquía de situaciones temidas. Es posible que la ansiedad subjetiva de la paciente tenga una gran relación con la obsesión a ser contaminada con una enfermedad de cáncer, de ahí que la modificación de la expectativa de miedo al contagio que predispone a María a realizar los rituales parece haberse extinguido, como prueban los datos del inventario de obsesiones de Leyton en cuanto a rasgo, resistencia e interferencia. Además, es probable que ocurran cambios en las expectativas de la paciente y en consecuencia en su actitud hacia el problema si se produce una reducción en el nivel de ansiedad, pues como postularon Turner y Michelson (1984), en la actualidad se cree que existe una asociación estrecha entre las obsesiones y el nivel de ansiedad.

En este caso no se ha dado una eliminación total de la conducta compulsiva de lavarse, como se ha ilustrado por la reacción de la paciente a entrar en un hospital con enfermos de cáncer. Este hecho posiblemente se pueda explicar por la oposición de María a confrontar el estímulo de cáncer en situaciones en que no existían lazos emocionales. Así, durante el tratamiento aceptó visitar una amiga suya que estaba en el hospital con cáncer, pero no si no se daba esta condición de amistad y la única vez que lo hizo se lavó a continuación. Otra explicación alternativa de la imposibilidad de reducir los rituales a cero, se debe al efecto del reforzamiento intermitente, ya que incluso durante la semana de prevención de

respuesta se lavó alguna vez, siendo así más difícil la extinción del miedo al contagio. Algunos autores (Walton y Matheu, 1963; Marks et al., 1975) plantearon que existía una disociación entre los rituales de limpieza y el nivel de ansiedad producido por las obsesiones de miedo al contagio en los estados crónicos del trastorno obsesivo-compulsivo, circunstancia que se da en esta paciente, lo que nos llevó a seguir introduciendo sesiones adicionales de exposición por un período de tiempo más largo.

Aparte de la importancia que tiene reducir los rituales a cero e identificar todas las propiedades de los estímulos de miedo al contagio para garantizar la extinción, en este caso también fue importante eliminar las variables de mantenimiento e introducir la generalización de los resultados obtenidos en el hospital a su medio ambiente habitual, como era su casa. Tampoco podemos olvidar, como señalaron Sturgis y Meyer (1981), que el programa de prevención de respuesta aplicado en este caso incluye varios elementos de otros tratamientos conductuales, como son exposición, modelado, ensayo de conducta guiado, etc. El concepto de guiamento es central en la prevención de respuesta, pues de hecho la prevención de respuesta tiene su origen en técnicas diseñadas para alterar conductas fijadas en animales (Maier, 1949; Maier, Ellen, 1952; Maier, Klee, 1945).

La aplicación del tratamiento de forma gradual ha sido muy eficaz para incrementar el nivel de resistencia de la paciente a los rituales y en consecuencia su motivación para afrontar los estímulos más temidos y aceptar el programa de tratamiento propuesto. Todo esto parece relacionarse con el cambio positivo que ha mostrado en su actitud y resistencia a su problema y quizá también se pueda explicar este cambio por la larga duración del tratamiento, pues se ha reforzado positivamente la actitud por cambiar su forma de vida. En este sentido la terapia de pareja ha tenido un efecto mantenedor, pues ambos empezaron a desarrollar, de forma bastante satisfactoria, un estilo de vida alternativo al problema vivido durante tantos años.

También es importante comentar el posible efecto de la medicación, concretamente la clomipramina, que ha mostrado tener cierto efecto terapéutico, aunque a dosis mucho más altas (Ananth y Van den Steen, 1977; Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1975). Sin embargo es difícil evaluar su impacto, ya que en los estudios en que se administró como única alternativa de tratamiento no se han realizado evaluaciones objetivas de los rituales "per se" y todavía está por resolver si la clomipramina ejerce su efecto elevando el estado de ánimo (acción antidepressiva) o si afecta directamente al trastorno. Con otros antidepressivos se ha sugerido que el efecto era principalmente antidepressivo (Turner et al., 1980). Para resolver este problema, Rachman et al. (1979), realizaron un estudio experimental en el que combinaron, en un diseño factorial, la administración de clomipramina con otros tratamientos, concretamente un grupo recibió clomipramina, otro grupo placebo, un tercer clomipramina y exposición, y otro clomipramina más relajación. Los re-

sultados mostraron que el tratamiento conductual mejoraba significativamente los rituales compulsivos, mientras que la administración de clomipramina afecta significativamente las medidas de ansiedad y depresión, que en este caso también pueden estar influenciadas por el lorazepam, pero no observaron efectos de interacción entre la droga y el tratamiento conductual, lo que parece indicar la presencia de efectos aditivos más que de potenciación. En el caso de María es muy probable que la medicación prescrita haya tenido muy poca influencia en los resultados terapéuticos, pues como señalaron Turner y Michelson (1984), existe muy poco apoyo empírico sobre el efecto específico de la clomipramina u otros antidepresivos para el tratamiento del desorden obsesivo-compulsivo. Además aquí se observa una disminución gradual en el nivel de ansiedad, que probablemente disminuyó como consecuencia del tratamiento conductual aplicado, ya que la medicación se mantuvo constante a lo largo del tratamiento.

Por último, señalar que los resultados obtenidos al final del programa de intervención en gran medida se mantenían al año de seguimiento, lo que nos da una indicación de la adecuación de la formulación desarrollada y del programa de intervención aplicado a un caso complejo y con pocas probabilidades de cambio debido a su edad y al deterioro experimentado durante tantos años.

## APENDICE

### 1. Test de evitación

Se le pregunta a María si es capaz de realizar 9 tareas, organizadas en grado de dificultad creciente, que se le presentan de una en una y se anota si la hace, el deseo que tiene de lavarse y si realiza el ritual de limpieza. Con este test se intenta medir el grado de evitación antes del tratamiento, después y en el seguimiento a 3 meses.

1. Tocar un objeto pequeño que pertenece a otra persona.
2. Saludar con un apretón de manos a distintos miembros del "staff".
3. Poner en el suelo una bolsa de plástico con sus objetos personales.
4. Manejar dinero que le da una enfermera.
5. Tocar y tener en sus manos una carta de un desconocido.
6. Que alguien del hospital toque sus cosas personales.
7. Secar sus manos con una toalla del hospital.

8. Sentarse en una silla distinta de la suya sin cojín de plástico.
9. Sentarse en el coche de un desconocido.

## 2. Jerarquía de situaciones temidas

La jerarquía que se presenta a continuación, organizada en orden de dificultad decreciente, se utilizó para realizar las sesiones de exposición y, al mismo tiempo, para evaluar el grado de ansiedad que le produce afrontar cada una de las situaciones temidas, antes del tratamiento, después y en el seguimiento a 3 meses.

1. Visitar un hospital con enfermos de cáncer.
2. Visitar una amiga que padece cáncer.
3. Hacer un reconocimiento médico en un hospital.
4. Ir a un hospital.
5. Recibir una carta de alguien que tiene cáncer.
6. Ir al médico de cabecera.
7. Visitar a sus antiguos compañeros del trabajo.
8. Sentarse en una silla en la que se sentó alguien relacionado con cáncer.
9. Sentarse en una silla en la que alguien relacionado con cáncer haya podido sentarse.
10. Utilizar el cepillo de dientes después de apoyarlo en una mesa.
11. Viajar en autobús, taxi, metro sin cojín de plástico.
12. Utilizar el teléfono público.
13. Abrir cartas.
14. Leer libros que han estado en contacto con el suelo.
15. Ir al Instituto en que daba clases.
16. Sujetar en su mano un bolígrafo que ha estado en el suelo.
17. Sentarse en la silla de un restaurant, cine, sin cojín.
18. Comer sin mantel.
19. Tocar vasas, platos y objetos de otras personas.

## BIBLIOGRAFIA

ANANTH, J. & VANDEN STEEN, N. (1977). Systematic studies in the treatment of obsessive-compulsive neurosis with tricyclic anti-depressants. *Current Therapeutic Research*, 21, 495-500.

COOPER, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.

AZRIN, N., NASTER, B. & JONES, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365-382.

HODGSON, R. & RACHMAN, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111-117.

JACOBSON, N.S. & MARGOLIN, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner Mazel.

MAIER, N.R.F. (1949). *Frustration: The study of behaviour without a goal*. New York: McGraw-Hill.

MAIER, N.R.F. & ELLEN, P. (1952). Studies of abnormal behaviour in the rat: The prophylactic effects of guidance in reducing rigid behaviour. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 109-116.

MAIER, N.R.F. & KLEE, I.B. (1945). Studies of abnormal behaviour in the rat: XVII. Guidance versus trial and error in the alterations of habits and fixations. *Journal of Psychology*, 19, 133-163.

MARKS, I.M., HODGSON, R., RACHMAN, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.

MEYER, V. (1966). Modification of expectancies in a case with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.

MEYER, V. & LEVY, R. (1973). Modification of behavior in obsessive-compulsive disorders. En H.E. Adams & P. Unikel (Eds.). *Issues and trends in behavior therapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.

RACHMAN, S. (1976). Obsessional-compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 269-277.

RACHMAN, S., COBB, J., GREY, S., MACDONALD, B., MAWSON, D., STARTORY, G. & STERN, R. (1979). The behavior treatment of obsessional-compulsive disorders, with and without clomipramine. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 467-478.

ROPER, G. & RACHMAN, S. (1976). Obsessional-compulsive checking: Experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 25-32.

ROPER, G., RACHMAN, S. & HODGSON, R. (1973). An experiment on obsessional checking. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 271-277.

STURGIS, E. & MEYER, V. (1981). Obsessive-compulsive disorder. En S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy*. New York: J. Wiley.

TURNER, S.M. & MICHELSON, L. (1984). Obsessive-compulsive disorders. En S.M. Turner (Ed.). *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York:

Plenum Press.

- TURNER, S.M., HERSEN, M., BELLACK, A.S., ANDRASIK, F. & CAPPARELL, H.V. (1980). Behavioral and pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 651-657.
- WALTON, D. & MATHER, M.D. (1963). The application of learning principles to the treatment of obsessive-compulsive states in the acute and chronic phases of illness. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 163-174.
- YARYURA-TOBIAS & NEZIROGLY, J.A. (1975). The action of clomipramine in obsessive-compulsive neurosis: A pilot study. *Current Therapeutic Research*, 17, 111-116.