

TRATAMIENTO CONDUCTUAL-COGNITIVO DE UN CASO DE POTOMANIA

*Diego Macià Antón
Universidad de Murcia*

RESUMEN

En este trabajo se presenta un programa de tratamiento basado en técnicas cognitivas para el tratamiento de una potomanía. El problema principal de este tipo de desórdenes, más que la comprensión y explicación de este comportamiento es diseñar y aplicar un tratamiento eficaz. Los resultados obtenidos muestran una reducción significativa de la conducta problema al finalizar el tratamiento, manteniéndose ésta en el primer control de seguimiento a los tres meses.

SUMMARY

This paper shows a treatment program of cognitive techniques to treat a potomania case. The main problem of these disorders isn't to understand and to explain this behaviour but to design and apply a successful treatment. Finished the treatment the results we have obtained show a significant decrease of this behaviour even in a three months follow-up.

1. INTRODUCCION

La potomanía consiste en un desorden del comportamiento que comprende la necesidad imperiosa de beber grandes cantidades de agua y, en su defecto, de cualquier otro líquido. Este desorden fue aislado como entidad clínica por Achard y Ramon (1905) quienes observaron el primer caso en un niño de seis años. Ya en el siglo XIX se dió el nombre de "neurosis de la sed" o "vesania de la sed" a una suma de trastornos caracterizados por una imperiosa necesidad de beber.

Como señala Ajuriaguerra (1976, 1982) el diagnóstico diferencial debe ser muy cuidadoso y eliminar cualquier causa orgánica, antes de poder concluir con el diagnóstico de potomanía. Debe eliminarse la posibilidad de que se trate de uno de los síndromes poliuro-polidípticos (diabetes mellitus, diabetes insípida nefrogénica, etc.) de etiología orgánica; resultando especialmente delicado el diagnóstico diferencial entre diabetes insípida sin clara modificación orgánica y la potomanía.

Es difícil situar este trastorno en una de las categorías del sistema de diagnóstico tradicional. La potomanía es considerada generalmente como un trastorno del comportamiento alimenticio. En forma amplia se trataría de un desorden de ansiedad (polidipsia neurótica). Por la forma característica en que se manifiesta podría ser considerada un trastorno del control del impulso o un desorden obsesivo-compulsivo.

En general se considera obsesivo-compulsivo al sujeto con pensamientos, imágenes, impulsos o acciones que van acompañados de una sensación interna que le empuja a realizarlos, produciendo en la mayoría de los casos desagrado, intentando el sujeto resistirse a ellos. La persona con un desorden obsesivo-compulsivo abunda en ideas recurrentes inoportunas, denominadas "obsesiones", que con frecuencia van acompañadas de acciones repetitivas inoportunas llamadas "compulsiones". Una obsesión es una idea o pensamiento absurdo o sin sentido aparente, que parece irracional y del que la persona obsesiva no puede liberarse. Una compulsión es el

comportamiento, relativamente automático, que se experimenta como incontrolable, sería la obsesión llevada a la acción, que se acompaña inicialmente del frustrado deseo de evitarlo.

Como señalan Davison y Neale (1980) cualquier conducta puede considerarse "compulsiva" si el individuo reporta un irresistible impulso de llevarla a cabo y experimenta una considerable angustia cuando se le impide hacerlo. La potomanía se caracteriza por la necesidad poderosa, y casi siempre incontrolable, de beber.

Los desórdenes obsesivo-compulsivos y en general los trastornos del control del impulso, han sido considerados tradicionalmente como muy resistentes a la intervención terapéutica, siendo en los últimos años, desde una perspectiva conductual, objeto de numerosos estudios y tentativas de tratamiento, pudiéndose afirmar que en la actualidad el número de casos informados como resueltos con éxito es elevado.

Una de las técnicas que con más frecuencia se ha utilizado en el tratamiento de las compulsiones es la exposición con prevención de respuesta (Meyer, 1966, 1974; Rachman y cols., 1971, 1973; Hodgson y cols., 1972; Rachman y Hodgson, 1980). También ha sido utilizada con éxito la sensibilización encubierta, (Lázarus, 1958; Levine, 1976 y Wisocki, 1970).

Para el tratamiento de las obsesiones la técnica más utilizada ha sido sin duda la detención de pensamiento (Cautela, 1969; Lázarus, 1971; Rimm y cols., 1973, etc.). Stern, Lipsedge y Marks (1973), comparan la aplicación de esta técnica a ideas obsesivas y no obsesivas, verificando que el tratamiento tenía una eficacia similar para las dos categorías de ideas, estos autores llegan a concluir que la detención de pensamiento constituye más un método de adaptación al stress que un proceso de distracción o de moldeamiento.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de aplicación de técnicas cognitivas a un paciente que presentaba la necesidad de beber grandes cantidades de agua.

La autoinstrucción y reevaluación cognitiva ha sido también utilizada como técnica de tratamiento, en unos casos sola, en otros como complemento de la exposición con prevención de respuesta. Taylor (1963) comenta un caso de tricotilomanía, en el que se enseñó al sujeto a generar ideas propias contrarias a su compulsión. Un estudio de Weiner (1965) apoya los resultados de Taylor. Para estos casos, como señala Gainer (1981) habría que resaltar que un factor importante del éxito es, sin duda, la duración excepcionalmente corta del problema antes del comienzo del tratamiento.

Cuando se ha utilizado como complemento a la exposición con prevención de respuesta la autoinstrucción y reevaluación cognitiva, los resultados no han indicado que esta adición mejorase el efecto de la primera técnica. Así, Emmelkamp y cols., (1980) compararon los resultados terapéuticos tras un tratamiento de exposición con prevención de respuesta con los de dicho tratamiento más entrenamiento en autoinstrucción, no indicando los resultados que mejorase éste. Semejantes resultados obtiene González Almen-dros (1982) aplicando un entrenamiento cognitivo algo más complejo, que incluía aspectos de la terapia racional emotiva de Ellis (1980) y del método cognitivo de Meichenbaum (1975), no encontrando tampoco evidencia de que mejorase el tratamiento de exposición y prevención de respuesta con la adición del tratamiento cognitivo.

2. METODO

2.1. Sujeto

F.V., varón de 22 años de edad, soltero. Estudiante del Curso de Orientación Universitaria y trabajador en una empresa de calzado. Fue remitido por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de la Seguridad Social por presentar "potomanía".

El propio sujeto refiere que su problema es "una somatización de un estado de ansiedad y angustia, necesitando estar todo el día bebiendo agua". El comienzo del problema lo sitúa claramente cuatro meses atrás coincidiendo con problemas en su trabajo, no observando cambios en el mismo desde el comienzo.

De la historia clínica y personal extraemos los siguientes datos. F.V. no ha padecido enfermedades importantes en el pasado. De siempre se reconoce como "intranquilo", "miedoso" y "excesivamente preocupado por las cosas". A los ocho años recuerda que le tuvieron que administrar tranquilizantes por presentar miedos, temblores, etc. Recuerda que con posterioridad y con cierta frecuencia ha padecido dolores y trastornos digestivos.

Proviene de una familia de nivel socio-cultural medio-bajo. En los contextos familiar y social, no aparecen aspectos que necesiten ser comentados.

2.2. Procedimiento

En este caso se empleó un diseño de un solo sujeto ($N = 1$) del tipo A-B. Tras un período de línea base inicial el sujeto era sometido al tratamiento. Para registrar la frecuencia de la conducta problema se utilizó un autoregistro en el cual el paciente anotaba una señal para cada vaso de agua consumido y otra para indicar la necesidad de beber; en este registro se indicaba igualmente

te el sitio, la hora y la actividad que en ese momento estaba realizando.

Las sesiones, que fueron de 30 minutos, se llevaron a cabo con una periodicidad de 2 por semana durante dos meses. Los períodos de seguimiento se establecieron a los 3, 6 y 12 meses.

2.2.1. Evaluación

Los métodos utilizados en la evaluación conductual fueron: a) entrevista, b) autoinforme (Cuestionario autobiográfico de Cautela y Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton) y c) autoobservación.

La evaluación conductual respecto a la conducta problema se dirigió a conocer los componentes básicos de este tipo de respuesta: a) las circunstancias que rodearon la aparición del problema, b) frecuencia de las obsesiones y compulsiones, c) el contenido cognitivo que forma la obsesión, d) determinación exacta del desastre temido, e) las verbalizaciones internas que aparecen antes, durante o después del comportamiento, y f) la respuesta emocional que suscita, tanto la obsesión como la compulsión.

2.2.2. Tratamiento

Tras un período de catorce días de recogida de datos durante los cuales determinamos la línea base del número de veces que bebía y de la cantidad de agua ingerida, dió comienzo el tratamiento.

La intervención terapéutica se estructuró en dos grandes fases:

1ª) Fase educativa o de aprendizaje de habilidades: inicialmente, en esta fase, se le proporciona información sobre la naturaleza del problema que presente -"corrección de los errores de concepto"- de Wolpe (1977), a continuación se resalta sobre todo el papel central de la ansiedad, subrayando la importancia de los factores cognitivos en la activación emocional. Se le informa de la posibilidad de reconocer ciertos pensamientos que anteceden, acompañan y siguen a la conducta problema y de la posibilidad de analizar y controlar dichas cogniciones con el fin de controlar su conducta impulsiva.

En esta fase se introduce la *auto-observación* como uno de los métodos terapéuticos utilizados. Hasta ese momento y para la obtención de la línea base inicial, el paciente anotaba la ocurrencia de la conducta, ahora se le pide que repare en sus pensamientos, autoverbalizaciones y en cómo contribuyen al problema. El cliente aprende a observar y registrar de forma objetiva su con-

ducta. Mediante este proceso, se le enseña a conocer los principios de la conducta, para que él mismo pueda aplicarse las habilidades aprendidas y controlar su conducta.

Como afirma Kanfer (1970, 1980), la conducta empieza a modificarse por el hecho mismo de observarla, debido posiblemente a la activación de procesos evaluativos. Como afirma Avia (1981), lo que es una amenaza para la precisión de las observaciones, cumple una misión terapéutica en muchos casos importante. Así, puede ser significativo el comentario de nuestro paciente el primer día que se comentó el autoregistro: "al tener la tarjeta vi la posibilidad de controlar el hábito".

Una de las primeras tareas consistiría en reconocer y precisar el contenido de sus pensamientos autoderrotistas ("donde voy puede que no tenga agua", "si no bebo estaré molesto y no podré pasarlo bien", etc.) haciéndose pronto evidente la importancia de sus pensamientos en la aparición de su conducta de beber.

Se instruye al sujeto para que en el contexto de la auto-observación cada vez que aparezca la "necesidad" de beber, que piense que tiene que beber, que *objetive* dicha necesidad, dicho pensamiento, y que utilice verbalizaciones y razonamientos alternativos. Con el fin de controlar o reducir la ansiedad se le enseña a que en esos momentos por medio de respiraciones lentas y profundas y de *auto-instrucciones para relajarse* se concentre en las verbalizaciones objetivas. Lo importante es que aprenda a generar auto-afirmaciones y auto-instrucciones incompatibles con las inductoras de ansiedad.

Dado que podía suponerse que los pensamientos tendrían un carácter insistente, se le enseñó a utilizar la *detención de pensamiento* como complemento de la objetivización. Cuando se hubiese argumentado suficientemente a los pocos segundos volviese el pensamiento, podía optar por un "¡basta!" interno. Tanto en uno u otro caso debía continuar con frases o declaraciones positivas de tipo asertivo adecuadas a la situación. En la *aserción encubierta* de modo firme y convincente el paciente se decía a sí mismo: "yo puedo soportarlo", "yo puedo evitar...", etc.

El proceso de enfrentamiento debía concluir con la auto-administración de recompensas contingentes a la ejecución. Estas verbalizaciones de *autoreforzo* persiguen establecer y mantener la conducta de modo similar al refuerzo externo.

En las cuatro sesiones dedicadas al aprendizaje de habilidades de enfrentamiento, se le pidió al sujeto que se imaginase en la situación problema y que iba poniendo en práctica lo aprendido.

2ª) Fase de aplicación: en esta fase el paciente aplicaba lo

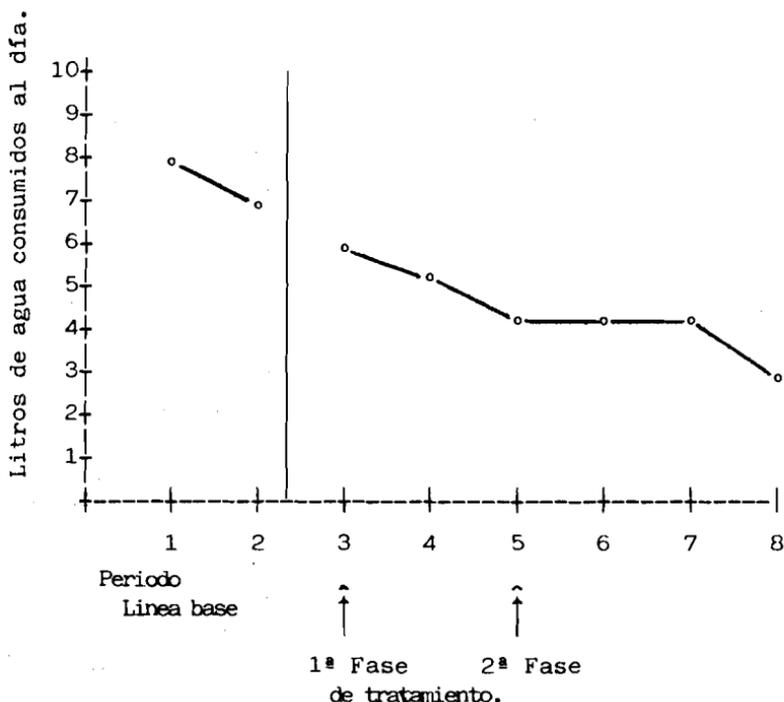
aprendido en las situaciones de la vida real. Las sesiones con el terapeuta se dedicaban a comentar el registro de auto-observación y las dificultades en poner en práctica lo aprendido, haciendo en todas ellas un repaso de las actividades a realizar en cada situación problema.

El terapeuta reforzaba los logros que se iban alcanzando. Tras ocho sesiones se dio por concluida esta segunda fase, estableciéndose controles de seguimiento a fin de poder comprobar que se mantenían los resultados obtenidos, a los 3, 6 y 12 meses.

3. RESULTADOS

En las gráficas número 1 y 2 pueden verse claramente los resultados obtenidos. En la gráfica número 1 aparece la media de litros de agua consumidos por día. En la número 2 la frecuencia de veces que bebe al día.

GRAFICA Nº 1

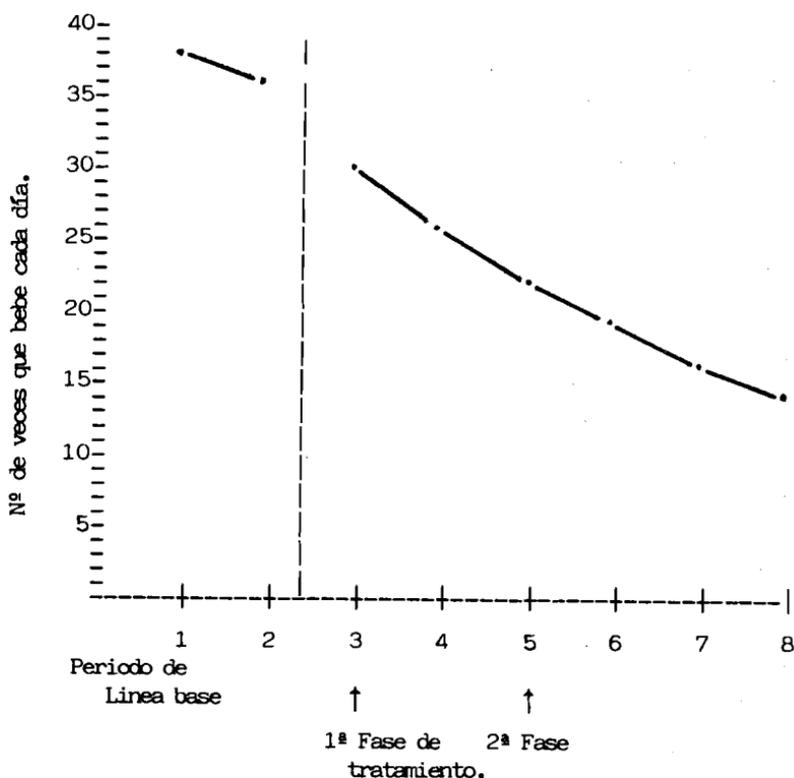


En la gráfica número 1 se aprecia la evolución de los autoregistros en cuanto a la cantidad de líquido ingerido, así como la incidencia que sobre estos autoregistros pudiera haber tenido la fase educativa y la fase de puesta en práctica. El sujeto que en

el período de línea base inicial consumía 8 y 7 litros diarios de agua, de forma gradual concluye la sexta semana de tratamiento con 3 litros diarios.

En la gráfica número 2 se puede apreciar la media diaria de veces que bebe. El paciente inicia el tratamiento con 38 vasos de agua, para concluir la última semana consumiendo una media diaria de 15 vasos.

GRAFICA Nº 2



En el control que se estableció a los tres meses se mantenían los resultados.

4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro caso indican con claridad que las técnicas cognitivas son efectivas para el tratamiento de este tipo de desórdenes. Aún no pudiendo dar los resultados como definitivos, ya que el paciente continúa en período de seguimiento, consideramos que los objetivos se han alcanzado sobradamente.

El objetivo de este enfoque ha sido ayudar al paciente a analizar las cogniciones que le permitiesen controlar su conducta impulsiva.

Es importante observar el relativo poco tiempo (cuatro meses) que llevaba instaurada esa conducta en el paciente; es posible que este hecho pueda haber facilitado el tratamiento. Del mismo modo habría que destacar la gran colaboración de F.V. en todos y cada uno de los pasos de la terapia.

BIBLIOGRAFIA

- ACHARD, Ch. y RAMON, L.: "Potomanie chez un enfant". *Bul. et Mém. Socl. méd. Hôp. Paris*, 1905, 22, pág, 380-390.
- AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Toray-masson, Barcelona, 1976.
- AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psicopatología del niño*. Toray-masson, Barcelona, 1982.
- AVIA, M.D.: "La auto-observación". En R. FERNANDEZ BALLESTEROS y J.A.I. CARROBLES *Evaluación Conductual*. Pirámide, Madrid, 1981.
- CAUTELA, J.R.: "Behavior Therapy and self control: Techniques and implications". En C. M. FRANKS (Dir.), *Behavior Therapy: Appraisal and status*. McGraw-Hill, Nueva York, 1969.
- DAVISON, G.G. y NEALE, J.M.: *Psicología de la conducta anormal*. Limusa, México, 1980.
- ELLIS, A.: *Razón y emoción en psicoterapia*. D.D.B., Bilbao, 1980.
- EMMELKAMP, P.M.G.; DER HELM, M.; ZANTEN, B.L. y PLOCHG, I.: "Treatment of obsessive compulsive patients: The contribution of self-instruccional training to the effectiveness of exposure". *Beh. Res. & Ther.* 1980, 18, 61-66.
- GAINER, J.: "Conductas obsesivo compulsivas". En R. LADOUCCER, M.A. BOUCHAR y L. GRANGER, *Principios y aplicaciones de las tereapias de conducta*. Debate, Madrid, 1981.

- GONZALEZ ALMENDROS, J.L.: "Influencias de la adición de un tratamiento cognitivo al tratamiento conductual de las compulsiones". *Revista Española de Terapia del Comportamiento.*, 1983, 1, 29-42.
- HODGSON, R.J. y RACHMAN; S.: "The effects of contamination and washing in obsessional patients". *Beh. Res. and Ther.*, 1972, 10, pág.: 111-117.
- LAZARUS, A.A.: "New methods in psychotherapy: a case study". *South African Medical Journal.*, 1958, 33, pág.: 660-663.
- LAZARUS, A.A.: *Behavior therapy and beyond*. McGraw-Hill, Nueva York, 1971.
- LEVINE, B.A.: "Treatment of trichotillomania by covert sensitization". *Jour. of Beh. Ther. and Exper. Psychiat.*, 1976, 7, pág.: 75-76.
- MEICHENBAUM, D.: "Self-instructional methods". En F.H. KANFER y A.P. GOLDSTEIN: *Helping people change*, Pergamon, Oxford, 1975.
- MEYER, V., LEVI, R. y SCHNURER, A.: "The behavioral treatment of obsessive compulsive disorders". En H.R. BEECH (Ed.): *Obsessional states*, Methuen, Londres, 1974.
- RACHMAN, S. y HODGSON, R.J.: *Obsessions and compulsions*. Prentice-Hall, Nueva Jersey, 1980.
- RACHMAN, S.; HODGSON, R.J. y MARKS, I.M.: "The treatment of chronic obsessional neurosis". *Beh. Res. and Ther.*, 1971, 9, pág.: 237-247.
- RACHMAN, S.; MARKS, I.M. y HODGSON, R.J.: "The treatment of chronic obsessive compulsive neurosis by modeling and flooding in vivo" *Beh. Res. and Ther.* 1973, 11, pág.: 463-471.
- RIMM, D.C., SAUDERS, W.D. y WESTEL, W.: "Thought stopping and covert asertion in the treatment of snake phobias". Southern Illinois University, 1973.
- STERN, R.S. y LIPSEGE, M. y MARKS, I.M.: "Obsessive ruminations: A controlled trial of a thought-stopping technique". *Beh. Res. and Ther.* 1973, 11, pág.: 659-662.
- TAYLOR, J.G.: "A behavioral interpretation of obsessive-compulsive neurosis" *Beh. Res. and Ther.* 1963, 1, pág.: 237-244.
- KANFER, F.H.: "Self-monitoring: methodological limitations and clinical applications", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 35, pág.: 148-152.
- KANFER, F.H. "Self-management methods". En F.H. KANFER y A.P. GOLDSTEIN (Eds.) *Helping people change*. Pergamon, Nueva York, 1980.
- WEINER, H.: "Conditioning history and maladaptive human operant behavior". *Psycho*

logical Reports, 1965, 17, pág.: 659-662.

WISOCKI, P.A.: "Treatment of obsessive-compulsive behavior by covert sensitization and covert reinforcement. A case report". **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 1970, 1, pág.: 233-239.