

TERAPIA DE IMPLOSION EN UN CUADRO ANANCASTICO

E. GILES GORDON
Profesor Ayudante de Clases Prácticas

M. CAMACHO LARAÑA
Jefe de Sección

J. GINER UBAGO*
Jefe de Departamento

C. LAZARO FARRAN
Ayudante Técnico Sanitario

1. INTRODUCCION

El término implosión, empleado por primera vez por Polin en 1959, en experimentación animal, hace referencia a un método clínico-experimental utilizado por los terapeutas de conducta por su considerable eficacia en la reducción del miedo y en el tratamiento de ciertos comportamientos obsesivos.

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica (Director: Profesor J. Giner Ubago) - Facultad de Medicina, Sevilla.

El procedimiento terapéutico, aplicado por primera vez por STAMPFL en 1961, consiste básicamente en provocar al paciente intensas reacciones emocionales impidiendo que se escape o evite los estímulos ansiógenos que se le vayan presentando con objeto de descubrir un trauma inicial y eliminar las cualidades aversivas asociadas.

La técnica de implosión posee dos requisitos que deben cumplirse siempre:

- Exposición durante un tiempo suficiente de los estímulos que provocan conductas de evitación.
- Impedir, y esto es lo más importante, que se pueda presentar el comportamiento evitativo.

Las explicaciones teóricas de este método varían según los autores, así Stampfl y Levis (1968) lo explican mediante un proceso de extinción de condicionamiento clásico: la presentación continuada de estímulos condicionados (EC), sin aplicación del refuerzo primario, que en sí mismo es aversivo, conduce a la desaparición del comportamiento evitativo condicionado. Pavlov (1941) dice: "Establecido un reflejo condicionado, si se hace actuar reiteradamente el estímulo condicionado sin ir seguido de refuerzo, el reflejo condicionado se extingue".

Otra hipótesis hace referencia a la teoría de la excitación y el agotamiento. Los supuestos teóricos que giran en torno a estos conceptos parten del hecho de que al suscitar de modo continuado una reacción emocional condicionada (REC), como la ansiedad, ésta, con tal de que dure lo suficiente, puede agotarse por sí misma. La existencia de este fenómeno de agotamiento ha sido objetivada por Ullrich y cols. (1966) en la terapia de implosión mediante parámetros fisiológicos que se pueden medir, intentando objetivar la ansiedad (frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, temperatura de la piel, reflejo psicogalvánico de la piel, tamaño pupilar, etc.). Dicho autor, con respecto a la evolución de la tensión, observó los siguientes fenómenos durante el tratamiento por implosión:

- Disminución de la tensión durante la sesión.

- Baja progresiva de los primeros valores de tensión y de los valores máximos y finales en el transcurso de las sesiones.
- Acortamiento progresivo de la duración de la excitación máxima.

El método de implosión se refiere a un procedimiento terapéutico, con el que se persigue una habituación a una estimulación aversiva y la anulación del comportamiento evitativo, mediante la presentación masiva y durante un tiempo relativamente largo de los estímulos ansiógenos.

En el procedimiento clásico de implosión deberían distinguirse tres aspectos:

- Desaparición de la conducta evitativa ante la presentación de los estímulos simbólicos, mediante un compromiso formal del paciente.
- Implosión, es decir, la presentación masiva, intensa y prolongada de estímulos ansiógenos.
- Presentación de la situación real una vez que los estímulos simbólicos ya no provocan estados de ansiedad.

Debe tenerse en cuenta, en la realización de la técnica, la motivación de los pacientes así como su nivel cultural. Se les informará que la técnica es sumamente desagradable, que requiere su total colaboración y que no debe ser interrumpida. Se les advertirá de los posibles peligros que lleva consigo el incremento del nivel de ansiedad provocado por una interrupción brusca del tratamiento.

La selección del material (estímulos ansiógenos) se hará por entrevistas y cuestionarios. Después el paciente establecerá una especie de jerarquía, reordenándose la información que nos ha proporcionado.

Se recomienda la no utilización de fármacos durante el tiempo que dure la implosión.

En cuanto a la eficacia, comparándola con otras técnicas la implosión para unos es sensiblemente superior a la desensibilización sistemática, mientras que para otros ocurre lo contrario. Algunos autores opinan que la implosión es efectiva precisamente en aquellos casos más resistentes a la desensibilización sistemática, como son la Agorafobia y las fobias sociales.

Nuestro objetivo en este trabajo es presentar la técnica y los resultados de la terapia de implosión en un cuadro anancástico.

2. HISTORIA CLINICA

Paciente de 33 años, casada, con dos hijos sanos de 9 y 3 años, perteneciente a una familia de clase media-baja.

El comienzo de la enfermedad lo sitúa diez años antes, a raíz de contraer matrimonio. Coincidiendo con el primer embarazo la paciente comienza a preocuparse de forma excesiva por la limpieza, teniendo que limpiar hasta veinte veces el mismo objeto, siente la necesidad imperiosa de lavarse las manos muchas veces al día, molestandole la presencia de personas extrañas en su casa, ya que "me parecía que traían algo que me podía contagiar" y con negativa a salir a la calle, pues si lo hacía al regresar a casa tenía que lavarse.

Tras el parto refiere la enferma que "sólo vivía para mi hijo", no permitiendo que fuese tocado por ningún extraño e hirviendo continuamente los enseres personales del niño.

Ante esta situación la enferma acude por primera vez al psiquiatra, que instaura un tratamiento farmacológico. En el transcurso de los años siguientes el cuadro clínico fue empeorando de forma paulatina, con exarcebación de su sintomatología obsesiva y alteración del estado de ánimo (tristeza, apatía, irritabilidad); lo que la lleva a hacer

un extenso recorrido terapéutico con diferentes tratamientos farmacológicos y psicoterápicos, individual y de grupo, sin sensación subjetiva de mejoría.

La paciente llega a nuestro servicio tras un intento de suicidio por ingesta medicamentosa, verbalizando ideas de muerte y desesperanza ante la no curación de su enfermedad. Refiere que en la actualidad se ve incapacitada para desarrollar su tarea de ama de casa, expresando constantes dudas de si está bien o mal hecha, con una gran inseguridad sobre todo en el área del aseo personal y del lavado de ropa. Con respecto a su aseo personal nos dice que llega a lavarse las manos hasta cien veces al día, con todo tipo de productos detergentes y secándose con una toalla reservada para tal fin; queda siempre con la sensación de asco y miedo al contagio.

Refiere rituales en el área del lavado de la ropa, consistentes en poner varias veces el mismo programa de la lavadora para la misma ropa, que previamente ha seleccionado de forma bastante particular. Para tender una prenda necesita contar con los dedos 1-2, 1-2, hasta tres veces y así sucesivamente con cada prenda. Para recoger la ropa del tendedero le es preciso la presencia de otra persona junto a ella, poniéndose la enferma de puntillas, juntando las piernas y sacudiendo la prenda en el aire contanto mentalmente hasta tres; este ritual lo repite hasta diez u once veces para una misma prenda.

Continúa refiriendo miedo a la presencia de extraños en su casa, sobre todo si son personas con aspecto descuidado o que la paciente conozca que padecen de alguna enfermedad, angustiándose enormemente si dichas personas rozan algún mueble o se sientan, teniendo después la necesidad de limpiar estos objetos con alcohol.

Esta situación ha ido llevando a la paciente a un aislamiento, prácticamente total con el mundo exterior, ya que al igual que la presencia de extraños en su casa le provoca angustia, también se siente muy angustiada en su salida a la calle, evitando en todo momento el roce fortuito con los demás y no pudiendo utilizar los transportes públicos; de vuelta a su casa la paciente tiene que lavarse,

en particular los pies y las manos, y precisa un armario donde guarda exclusivamente la ropa de salir.

La enferma refiere que vive estas situaciones como absurdas, pero que en ningún momento puede evitar el hacerlas, expresando miedo ante el aumento progresivo de su sintomatología obsesiva, que en palabras textuales de la paciente recogemos: "Me da miedo ya de mi mente porque cada día me lleva a manías nuevas".

3. PLANTEAMIENTO DE LA TERAPIA DE IMPLOSION

El tratamiento de la paciente se orientó desde el punto de vista conductual, optando por la modalidad de IMPLOSION. Esta decisión fue tomada en base a las características de su cuadro clínico, dominado en su totalidad por los síntomas fórbico-obsesivos descritos anteriormente. Otros factores que se tuvieron en cuenta fueron la larga evolución del cuadro, la cristalización de los síntomas y los resultados negativos de otros recursos terapéuticos, individual y grupal, de corte dinámico, que la paciente había realizado.

Mediante una serie de entrevistas preliminares se requirió de la paciente una relación de situaciones (conductas, objetos), que le provocaban ansiedad. Sobre esta relación se le pidió a la enferma que la valorara de 0 a 10, según el grado de dificultad para realizar las conductas o para soportar las situaciones ansiógenas. Dado que la paciente estaba ingresada se confeccionaron dos grupos de conductas ansiógenas, una en el marco hospitalario y otra en la casa (Tablas 1 y 2). En las tablas 1 y 2 se recogen todas las conductas que la enferma valoró con un grado máximo (9-10) de dificultad, despreciándose las conductas de menor grado de dificultad.

En base a esta relación, y contando con las limitaciones del marco hospitalario, se sistematizaron las pruebas

Tabla 1.- RELACION DE CONDUCTAS ANSIOGENAS EN EL HOSPITAL
(Según la paciente)

- 1.- Sentarse en el W.C. cuando está sucio.
- 2.- Secarse con una toalla de otra persona.
- 3.- Colocar su toalla en el toallero común.
- 4.- Colocar sus pertenencias en la mesita de noche.
- 5.- Sentarse en las sillas rotas del salón.
- 6.- Traer ropa de su casa al hospital.
- 7.- Ver a alguien escupir.
- 8.- Que algún enfermo con "mal aspecto" se siente en su sillón.
- 9.- Sentarse al lado de determinados enfermos.
- 10.- Poner su bolsa de aseo en el cuarto de baño.
- 11.- Acostarse en un colchón sucio.
- 12.- Ponerse la ropa del hospital.

a realizar según se refleja en la Tabla 3. Como se observará se incluyeron pequeñas modificaciones, sobre la conducta de base, siempre buscando un grado de dificultad mayor.

Para poder objetivar el grado de ansiedad y la dificultad para realizar las pruebas se establecieron unos criterios de evaluación:

Grado 0: Sin manifestaciones objetivas ni subjetivas de ansiedad.

Grado 1: Con manifestaciones objetivas (sudoración, enrojecimiento, llanto, etc...) y subjetivas (opresión precordial, dificultad respiratoria) de ansiedad.

Tabla 2.- RELACION DE CONDUCTAS ANSIOGENAS EN SU DOMICILIO
(Según la paciente)

- 1.- Abrir la puerta de su casa por el exterior.
- 2.- Colocar sus vestidos de calle en el armario de su habitación.
- 3.- Sentarse en el W.C. mojado o usado previamente por otra persona.
- 4.- La presencia de personas extrañas, familiares con aspecto de enfermedad o que vengan de visitar enfermos.
- 5.- Sentarse donde lo hayan hecho personas extrañas, familiares con aspecto de enfermedad o que vengan de visitar enfermos o donde hayan dejado alguna de sus pertenencias.
- 6.- Secarse con la toalla usada por su familia.
- 7.- Colocar ropa interior y vestidos de calle con el resto de la ropa sucia.
- 8.- Utilizar taxis con aspecto de suciedad.

Grado 2: Con manifestaciones objetivas y subjetivas de ansiedad, más verbalizaciones ("qué asco", "qué porquería").

Grado 3: Con lo referido en el grado 2, más manifestaciones veladas de agresividad ("me vais a volver loca", "no hay derecho", "esto no es un tratamiento", etc...).

Grado 4: Con lo referido en el grado 3, más envaramiento y necesidad de amenazas verbales por parte del terapeuta para que realizara la prueba.

Grado 5: Todo lo referido en el grado 4, obligándole físicamente.

Tabla 3.- PRUEBAS A REALIZAR EN SESIONES HOSPITALARIAS

1) SENTARSE EN W.C.

- A) W.C. mojado de su habitación.
- B) W.C. de otras habitaciones.

2) LAVARSE

- A) Lavabo de su habitación (no al chorro).
- B) Palangana para uso de la sala.
- C) Lavabo de otras habitaciones (no al chorro).
- D) Bidet para uso de la sala.

3) SECARSE

- A) Toalla de otro enfermo previamente ensuciada.
- B) Toallas de otras habitaciones.
- C) Toalla privada.

4) ACOSTARSE VESTIDA

- A) Vestida sobre sábanas sucias.
- B) Vestida sobre colchón sin funda.
- C) Vestida en la cama de otro enfermo.
- D) Vestida acostándose inmediatamente tras levantar a otra enferma.
- E) Vestida en la cama de otro enfermo cubriéndose con las sábanas.

5) ACOSTARSE EN ROPA INTERIOR

- A) Ropa interior sobre sábanas sucias.
- B) Ropa interior sobre colchón sin funda.
- C) Ropa interior en la cama de otro enfermo.
- D) Ropa interior en la cama de otro enfermo cubriéndose con las sábanas.

Para llevar a cabo el tratamiento se designó a un médico, un ayudante técnico sanitario y una auxiliar de clínica, que conjuntamente le hacían las sesiones diarias de implosión. Otro médico, responsable del tratamiento global de la enferma, no intervenía directamente en la terapia implosiva, reduciéndose su papel a la entrevista posterior a la sesión de implosión, con objeto de favorecer la descarga emocional y disolver los niveles de ansiedad. Por último se dieron indicaciones al personal sanitario de los turnos de tarde y noche para conseguir los objetivos señalados para cada día, al margen de la terapia de implosión. Estas indicaciones, con pequeñas variantes, fueron las siguientes:

- 1) Obligación de salir a la calle con el vestido que se utiliza en la sesión.
- 2) Prohibición de ducharse tras las sesiones.
- 3) Obligación de colocar sus pertenencias de aseo en el cuarto de baño de forma permanente.
- 4) Obligación de colocar su ropa interior en la mesilla de noche de forma permanente.
- 5) Obligación de usar tras cada sesión y, durante todo el día, la toalla de otro paciente.
- 6) Obligación de usar tras cada sesión y, durante todo el día, la bata de otra paciente.
- 7) Obligación de usar objetos personales de otros pacientes (vaso, peine, cenicero, etc...).

En una entrevista con la enferma se le explicó la terapia a seguir, advirtiéndole que en caso de asumirla no podría abandonar el tratamiento hasta que éste no hubiese finalizado. Con el consentimiento de la enferma, se informó, en los mismos términos al marido para su consentimiento y colaboración en las indicaciones generales a las horas de visita.

Una última condición para el tratamiento fue la supresión de todo tipo de medicación ansialítica, con la fina-

lidad de que la angustia fuera desapareciendo por agotamiento, como consecuencia de las sesiones de implosión, y no por efecto farmacológico.

4. REALIZACION DE LA TECNICA

Las sesiones se llevaron a cabo en la habitación de la enferma y posteriormente en otras habitaciones, en función de las pruebas a realizar.

La duración, por término medio, era de 30 minutos con una frecuencia diaria, hasta un total de once sesiones.

En el Cuadro 1 esquematizamos los resultados de cada una de las sesiones, en función de los criterios de evaluación anteriormente señalados.

Como ansiedad inicial evaluamos la situación que presentaba la enferma antes de indicarle las pruebas a realizar. Como ansiedad final el estado que presentaba la paciente al final de la sesión. Todas las pruebas se incluyeron en los cinco apartados reseñados (W.C., lavarse, secarse, acostarse vestida y en ropa interior) (ver Tabla 3).

Como se refleja en el Cuadro 1, en la tercera sesión consiguió la enferma realizar todas las pruebas que se le indicaron sin ningún grado de ansiedad. Por tanto en la sesión siguiente (4ª) se le incluyeron variantes en algunas pruebas, con objeto de conseguir situaciones de ansiedad, este criterio se mantuvo en las demás sesiones. En la séptima sesión se cambió de habitación con lo que se consiguió una elevación de la ansiedad en todas las conductas y se mantuvieron con ligeras variantes hasta la sesión 11ª, en que no se objetivó angustia de inicio ni final.

Es importante destacar como el grado de ansiedad final no siempre se correspondía con el grado de ansiedad observado en cada prueba (sesión 8ª), lo que aboga en favor de

Cuadro 1.- SESIONES HOSPITALARIAS

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
ANSIEDAD INICIAL	1	1	0	0	1	0	5	2	1	0	0
W.C.	2	1	0	0	0	0	5	5	0	0	0
LAVARSE	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	B
SECARSE	2	1	0	2	0	0	4	5	0	2	0
	A	A	A	B	B	B	C	C	C	D	D
ACOSTAR VESTIDA	4	2	0	0	0	0	4	5	5	2	0
	A	A	A	A	A	A	B	B	C	C	C
ACOSTAR ROPA INTERIOR	-	5	0	2	2	2	C	D	-	1	0
	A	A	A	B	B	C	C	D	E	E	E
ANSIEDAD FINAL	4	5	0	0	1	0	5	1	0	0	0
	A	A	A	B	B	B	C	C	D	D	D

- El número indica el grado de ansiedad en cada prueba.
 - La letra indica la variante de conducta a realizar.

un agotamiento, objetivo principal de la técnica.

Al finalizar la 11ª sesión se hizo una valoración global: la paciente cumplía todas las indicaciones generales, no existían síntomas de ansiedad durante el día, no requería la atención terapéutica de su médico y vivenciaba su estado como totalmente normal. Se indicó realizar las sesiones en su domicilio, a donde la enferma no había ido, desde su ingreso, por indicación médica. Con ligeras variantes, adaptadas al marco domiciliario, se llevaron a cabo dos sesiones, puesto que desde la primera todas las pruebas fueron realizadas por la paciente sin ninguna manifestación de ansiedad, con lo que se consideró terminado el tratamiento.

5. CONTROLES

La enferma se ha revisado posteriormente al alta, a la semana, uno, tres y seis meses. No ha sido necesario ninguna sesión de recuerdo, toda vez que los síntomas fóbico-obsesivos no han vuelto a aparecer.

RESUMEN

En el presente trabajo se expone un tratamiento desde el punto de vista conductual en la modalidad de implosión realizado a una paciente con un cuadro anancástico. En la historia clínica se pone de manifiesto la larga evolución de la enfermedad y los nulos resultados de otras terapias realizadas previamente. Se exponen las condiciones previas al tratamiento y el modelo de observación de las sesiones, así como los resultados obtenidos en ella.

Finalmente se hace referencia a la favorable evolución de la enferma tras controles posteriores.

SUMMARY

This paper describes, from a behavioral point of view, the effects of an implosive therapy on a female patient with obsessive-compulsive behavior of long evolution and no response to other treatments. Conditions as well as sessions performance and results are presented and discussed. Finally, it is stressed the favorable evolution of the patient as detected in successive controls.

BIBLIOGRAFIA

- PAVLOV, I.P.: *Conditioned Reflexes an Psychiatry*. Traducido por W.H. Gantt, Nueva York, International Publ., 1941.
- STAMPFL, T.G. y LEVIS, D.J.: Implosive therapy, a behavioral therapy, *Behav. Res. Ther*, 6, 31, 1968.
- ULRICH, R.; STACHNIK, T. y MABRY, J.: *Control of Human Behavior*, Glenview 111, Scott-Foresman, 1966.