

# Intervención conductual en un caso de conductas obsesivo-compulsivas

Carmen Pastor Gimeno y Juan Sevillá Gascó

Centro de Terapia de Conducta  
Valencia

## 1. INTRODUCCIÓN

Las conductas obsesivo-compulsivas se han considerado, tradicionalmente, como un problema muy resistente a cualquier tipo de acercamiento terapéutico: psicológico o psiquiátrico. Algunas escuelas de Psicología opinan incluso que son trastornos irresolubles.

Afortunadamente, en los últimos años la Terapia de Conducta ofrece formas de intervención verdaderamente eficaces para este problema.

Las **Obsesiones** son pensamientos o imágenes repetitivas que el sujeto sufre con una frecuencia muy elevada, que se vivencian como impuestas e involuntarias, y que suelen producir una enorme ansiedad. Además, los sujetos intentan resistirse a ellas, sin éxito, y encuentran irracional o absurdo su comportamiento.

Habitualmente encontramos dentro de las obsesiones estas tres modalidades:

- Obsesiones simples; las que hemos descrito, «estoy sucio», «me voy a contaminar», «¿habré cerrado la puerta?»...

- Rituales cognitivos; series elaboradas de acciones mentales que el sujeto se siente obligado a finalizar: acabar una oración, un refrán...

- Rumiasiones; preocupaciones excesivas y reiteradas sobre un tema en concreto: trabajo, sexo, religión...

El término obsesión se evalúa en Terapia de Conducta como Respuesta (R) cognitiva.

Las **compulsiones** son conductas estereotipadas y repetitivas que se hacen siguiendo unas normas fijas y con un fin deter-

Presentamos el tratamiento conductual de un sujeto con conductas obsesivo-compulsivas. El artículo describe cómo se evaluó el comportamiento problemático, qué técnicas se eligieron: exposición in vivo y prevención de respuesta, y porqué. Así como los resultados obtenidos y el seguimiento.

minado: normalmente reducir la ansiedad producida por la obsesión.

Pueden estar conectadas lógicamente o no con la obsesión. Ejemplo:

Obsesión «estoy sucio» → compulsión: lavado

Obsesión «suspenderé el examen» → compulsión: tocar madera

El sujeto es consciente de la absurdidad de su comportamiento, pero se ve «obligado» a realizar el ritual.

Las compulsiones se consideran Respuesta (R) motora.

Los contenidos más frecuentes de las conductas obsesivo-compulsivas son: suciedad-contaminación, comprobación, violencia, sexo y religión.

## 2. HISTORIA

V., varón, de 31 años, acude a consulta porque ha perdido varios trabajos de representante comercial. Las causas de perder los trabajos eran: un enorme déficit de habilidades sociales, una gran agresividad y **conductas obsesivo-compulsivas de comprobación**.

V. tuvo una infancia verdaderamente desgraciada. Sus padres se separaron no legalmente cuando él tenía siete años. Sin conocimiento de la madre, V. fue internado en un colegio religioso

donde pasó cuatro años sin ver ni tener ninguna noticia de sus padres. Su padre, militar, cambiaba constantemente de domicilio y murió en ese período sin notificar a la madre el paradero de V. Como en una película triste, por fin su madre lo encontró. Más tarde, la madre volvió a casarse y las relaciones entre V. y su padrastro nunca fueron buenas.

Es fácil comprender cómo V. ha aprendido un repertorio conductual poco adaptativo: muy pocas habilidades sociales, agresividad-violencia, educación perfeccionista, rígida y con multitud de castigos, y desconfianza general hacia todo el mundo.

A los 25 años consigue un trabajo por mediación de un familiar para representar una casa comercial. Sus actividades consistían en hacer el inventario de las existencias de cada cliente y confeccionar el pedido. El contacto interpersonal era mínimo y así se explica que mantuviese el trabajo durante cinco años. Durante este tiempo, se emancipa y vive solo en un piso alquilado. La empresa sufre una reestructuración y V. es destinado a un trabajo que exige contacto personal continuado con los clientes y un horario rígido. Pierde su empleo y lo mismo le ocurre en dos ocupaciones más. Cuando acude

a consulta se encuentra en el paro.

## 3. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL

Nos centraremos exclusivamente en exponer la evaluación de las conductas obsesivo-compulsivas, aunque, evidentemente, el área de las habilidades sociales y la agresividad fue convenientemente evaluada y tratada.

Los métodos de evaluación o instrumentos que utilizamos para obtener la información necesaria a fin de elaborar el análisis funcional fueron:

- Fundamentalmente, la **entrevista**.

- La **observación directa**: artificial (en consulta) y en el medio natural (en su casa). Para obtener una precisa descripción topográfica de las conductas obsesivo-compulsivas.

- Los **autorregistros**, para obtener la línea base.

- **Cuestionarios**:

- Nuestra «Historia Personal», donde además de los datos clínicos se incluyen: datos de salud, topografía social, educación, pareja y sexo, intereses y motivaciones y expectativas hacia la terapia.

- El Cuestionario Obsesivo-Compulsivo del Maultsley (OCM) donde aparecían con gran nitidez problemas en el área de la limpieza y, sobre todo, de la comprobación.

- El Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura, donde la puntuación de conducta inhábil era muy alta.

- Cuestionario de Creencias Personales de Pastor y Sevillá, adaptado de las Ideas Irracionales de Ellis. Puntuaba en todas las creencias irracionales.

El proceso de Evaluación duró tres sesiones.

Presentamos nuestro Análisis Funcional de las Conductas obsesivo-compulsivas (ver cuadro 1).

La respuesta solía durar aproximadamente entre una hora y hora y media ( $X = 74'2$  minutos, consultar tabla de línea base).

Utilizando un término que nosotros hemos adaptado del trabajo de Arnold Lazarus «Orden de encendido» o secuencia cronológica y causal entre las tres modalidades de respuesta, en este caso era:

— Primero, Respuesta Cognitiva u Obsesión



— Segundo, Respuesta Fisiológica (activación autonómica elevada)



— Tercero, Respuesta Motora o Compulsión

Así, por ejemplo, la secuencia funcional completa de la primera Respuesta sería:

$E_1 \rightarrow Ob_1 \rightarrow R$  Fisiológica  $\rightarrow Cp_1 \rightarrow$  Refuerzo negativo  $\rightarrow$  Autocastigo

#### 4. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Decidimos emplear exposición in vivo con prevención de res-

puesta, como técnica básica de intervención. Nuestras razones fueron las siguientes:

— La Exposición in vivo fue elegida porque V. imaginaba muy mal, y además, los estímulos eran pocos, específicos y fácilmente accesibles en la realidad.

— La Prevención de Respuesta fue necesaria por la existencia de las compulsiones.

— No se eligieron otras técnicas más clásicas como la Desensibilización Sistemática porque, como sabemos, V. imaginaba mal, se relajaba pobremente y no había posibilidad de jerarquizar los estímulos.

— No se eligieron técnicas más cognitivas, como la Detención de Pensamiento, dada la escasa brillantez de V.

Por otra parte, parece estar aprobado experimentalmente que la Exposición in vivo y la Prevención de Respuesta son las técnicas más eficaces para el tratamiento de las conductas obsesivo-compulsivas (Marks, 1981).

Como es habitual en la práctica de la Terapia de Conducta, y en la fase educativa de la intervención, presentamos a V. nuestra hipótesis explicativa y también cuál iba a ser nuestro plan terapéutico y porqué creíamos que era el más adecuado.



CUADRO 1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS OBSESIVO-COMPULSIVAS

ESTÍMULOS (E)	ORGANISMO (O)	RESPUESTA (R)	CONSECUENCIA (C)	CONTINGENCIA (K)
<p><b>Externos</b></p> <p><math>E_1</math> vistiéndose para salir  <math>E_2</math> salir de casa  <math>E_3</math> bajar por las escaleras</p> <p><b>Internos</b></p> <p>— Pensar que iba a enfrentarse con los E externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia de aprendizaje: ya descrita</li> <li>Ningún tratamiento anterior</li> <li>Habilidades de afrontamiento: inexistentes</li> <li>Estilo Personal: soltero, nivel cultural medio-bajo, poca capacidad de relajación e imaginación, no habilidades sociales ni asertividad</li> </ul>	<p><b>R. Cognitiva:</b> Obsesiones</p> <p><math>Ob_1</math> «¿Se me habrá pegado algún papel personal en la ropa?»</p> <p><math>Ob_2</math> «¿Asoma algún papel por debajo de la puerta?»</p> <p><math>Ob_3</math> «¿Se me caerá algún papel bajando la escalera?»</p> <p><b>R. Fisiológica:</b> ansiedad</p> <p>— Enorme activación fisiológica: tasa cardíaca elevada, tensión general, calor y sofoco</p> <p><b>R. Motora:</b> Compulsiones</p> <p><math>Cp_1</math> Mirarse al espejo reiteradamente mientras se viste para comprobar que no hay papeles</p> <p><math>Cp_2</math> Después de cerrar la puerta exterior de su casa, da 5 barridos visuales al umbral para comprobar que ningún papel asoma por debajo de la puerta</p> <p><math>Cp_3</math> Bajar las escaleras de espaldas para comprobar que no pierde papeles (5 pisos)</p>	<p><b>Externas</b></p> <p>Castigo</p> <p><b>Internas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Refuerzo negativo: alivio de la ansiedad producida por la obsesión al realizar la compulsión</li> <li>Autocastigo: «estoy loco», «no es normal»</li> </ul>	<p><math>K = 1</math> (patrón de reforzamiento continuo)</p>

Comenzamos la exposición con prevención de respuesta en la primera situación ( $E_1$ ) vestirse, aunque las tres producían el mismo nivel de ansiedad. La exposición consistía en enfrentarse a V. a la situación de vestirse impidiendo realizar el ritual de comprobación (prevención de respuesta) hasta que el nivel de ansiedad decayese.

Pasamos después a la segunda situación ( $E_2$ ) salir de casa, y finalmente a  $E_3$  = bajando la escalera.

En total, las sesiones de exposición fueron 15, realizadas masivamente en tres semanas, y la duración de cada una de ellas oscilaba entre una y tres horas.

Además de esta intervención se realizó con V. un entrenamiento en Habilidades Sociales individual y en grupo, que duró doce sesiones y Terapia Racional Emotiva (RET), adaptándonos a su nivel, con el fin de flexibilizar su rígido sistema de valores.

En total, la intervención consistió en 30 sesiones distribuidas en cuatro meses.

## 5. SEGUIMIENTO

V. acudió a consulta para realizar el seguimiento cada quince días durante dos meses y después una vez al mes durante dos meses más, porque consiguió un trabajo y tuvo que desplazarse a otra ciudad. Nueve meses más tarde recibimos noticias suyas y los resultados se mantenían (consultar tabla posttratamiento).

## 6. DISCUSIÓN

Los trastornos obsesivo-compulsivos, como cualquier otro tipo de problema emocional, son difíciles de tratar terapéuticamente si no averiguamos con exactitud **cómo se mantienen**. Insistimos, como hemos afirmado en otros escritos, en la necesidad de realizar un Análisis Funcional preciso y desprender de él directamente la intervención adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, J.: «Tratamiento de la ansiedad» en CARROBLES, J. A.: «Análisis y Modificación de la Conducta II» UNED 1985.  
BEECH, H. R.: «Evaluación de las conductas obsesivas» en «Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones». Ed. Pirámide 1981.  
GAINER, J.: «Conductas obsesivo-

compulsivas» en LADOUER y cols. «Principios y aplicaciones de la terapia de conducta». Debate 1981.

GAVINO, A. y cols.: «Obsesiones teorías, evaluación y tratamientos». Ed. Promolibro 1981.

GONZÁLEZ, J. L.: «Obsesiones y

compulsiones» en MAYOR, J. y LABRADOR, F. «Manual de Modificación de Conducta». Alhambra 1984.

MARKS, I.: «Tratamiento de las neurosis». Martínez Roca 1986.

SEVILLA, J. y PASTOR, C.: «Análisis Funcional y diseño del plan

terapéutico» Apuntes de seminario del mismo título impartido en el Centro de Terapia de Conducta.

SEVILLÁ, J. y PASTOR, C.: «Ansiedad». Apuntes del seminario del mismo título impartido en el Centro de Terapia de Conducta.

