

MODELO PSICOPATOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE UN CASO CON UN TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

José Luis Graña Gómez¹ y Daniel Navarro Bayón
Universidad Complutense de Madrid (España)

Introducción

Estudios recientes estiman una prevalencia global del TOC del 2,5% (DSM-IV, 1994). A pesar de la dificultad para obtener datos epidemiológicos, se dice que el TOC es el 4º trastorno psicopatológico más frecuente tras las fobias, el abuso de sustancias y la depresión mayor (Cruzado, 1997). Las obsesiones son una fuente significativa de angustia e interfieren en el funcionamiento social. Entre las obsesiones más comunes encontramos pensamientos repetitivos de violencia, contaminación, accidentes y duda (Foa y Kozac, 1996). Con frecuencia existe alguna conducta motora compulsiva y evitaciones fóbicas de situaciones que implican el contenido de la obsesión: reaseguración, comprobación y lavado.

Algunos pacientes manifiestan sufrir «rumiaciones» u «obsesiones puras» y pueden llegar a constituir el 60% de los casos de TOC (Weissman *et al.*, 1994). Se ha denominado a estos sujetos «ritualizadores mentales» o «atormentados» (Foa y Wilson, 1992). Se caracterizan por intentar reducir la angustia de sus pensamientos mediante razonamientos internos o rutinas mentales específicas.

El curso del TOC es normalmente crónico, con aumentos y disminuciones de los síntomas y la incapacidad que provoca puede ir de moderada a grave (Dengrove, 1993). Las tasas de morbilidad con otros trastornos son altas, fundamentalmente, con la depresión (23% al 38%) y otros trastornos de ansiedad (52%) (Rachman y Hogson, 1980; Rasmussen y Eisen, 1992; Weissman *et al.*, 1994; Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1996), así como con trastornos de personalidad (52%) (Stekette, 1993).

Normalmente muchos pacientes reconocen el contenido irracional de sus obsesiones, pero, en algunos casos, los pacientes no están convencidos de que los pensamientos sean irracionales (Kozac y Foa, 1994; Freeston y Ladouceur, 1997). Mientras más alto sea el nivel de certidumbre, peor será el pronóstico para la terapia (Kozac y Foa, 1994).

1 *Correspondencia:* José Luis Graña Gómez, Departamento de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid (España)

El TOC es una condición difícil de tratar, con índices muy bajos de remisión espontánea. Cuando las compulsiones son encubiertas o no se encuentran rituales de comportamiento bien definidos, se dice que el trastorno es más resistente al tratamiento. Sin embargo, en la literatura han aparecido informes de caso que describen el tratamiento con éxito de las obsesiones por alguna forma de exposición (Ladoucer *et al.*, 1993, 1995; Freeston y Ladoucer, 1997). Sin embargo, cuando se presentan obsesiones más puras y rituales motores poco definidos puede ser más frecuente de lo que se estima y con interesantes posibilidades de tratamiento. Para una más detallada revisión de esta forma de trastorno puede consultarse Freeston y Ladoucer (1997) o la valiosa revisión de Cruzado (1997).

El caso que presentamos se caracteriza por una complicada mezcla de obsesiones y acciones neutralizadoras, entendiéndolo en sentido amplio (rituales cognitivos, actos motores y estrategias de afrontamiento).

Presentación del caso

Datos sociodemográficos

Nombre: Antonio

Edad: 29 años

Profesión: Estudiante de doctorado en Historia

Convivencia: en el mismo domicilio con su hermano mayor y su padre

Nivel económico: bajo

Problema que presenta

Antonio presenta pensamientos obsesivos recurrentes que le resultan perturbadores y le hacen padecer altos niveles de ansiedad. El contenido de tales pensamientos *versa sobre la posibilidad de que alguien pueda sufrir algún accidente* debido al mal estado de una alcantarilla, una acera, fachadas, carreteras o alguna señal de tráfico. Estos pensamientos no aparecen de forma impulsiva e impredecible, sino *siempre ante la presencia de dichos estímulos externos*.

Cuando la obsesión invade su conciencia siente una presión en el hemisferio derecho («como si una mano estuviera presionando fuerte la zona»), así como un gran malestar subjetivo. Debido a esta presión le han hecho exámenes neurológicos e incluso ha sido intervenido quirúrgicamente (estuvo 6 meses con un drenaje en el oído derecho, no encontrando nada anormal y sin resultados positivos tras la operación). Los niveles de ansiedad pueden ser tan elevados que ha sufrido dos ataques de pánico mientras esos pensamientos permanecían en su cabeza. Puede llegar a permanecer con esos síntomas el tiempo que duren las obsesiones y rumiaciones obsesivas (de tres a siete días), dependiendo de si lo que ha provocado la obsesión es más o menos grave y de su indecisión/decisión para actuar.

En estas circunstancias, Antonio se ve impelido a recurrir a distintos organismos oficiales (ayuntamientos, concejalías, policía). Con ello previene posibles desastres (que alguien se caiga, un posible accidente de tráfico), alivia de forma inmediata la

tensión y desaparece la presión craneal por completo. Otras veces no reclama a ningún sitio y los síntomas desaparecen al cabo de unos días.

Como resultado de este problema la vida de Antonio se ha visto afectada de forma importante. Ha dejado de hacer deporte (antes participaba en carreras de bicicleta, maratones); su progreso académico se ha quedado estancado; viajar y participar en congresos se convierten en experiencias angustiantes; le cuesta relacionarse con gente, lo que le impide promocionarse; no va a los sitios que le gustaría ir, etc.

Por todo ello reconoce que las obsesiones y sus continuas reclamaciones son excesivas ya que le están impidiendo llevar una vida normal. Sin embargo su grado de introspección es variable, pues también reconoce que es un «deber ciudadano» y que con ello ha evitado muchos desastres.

Actualmente Antonio está en tratamiento con un psiquiatra de la Seguridad Social desde hace 5 meses, durante los cuales el único tratamiento que ha recibido ha sido farmacológico (anafranil 1-0-1; sumial 1-0-1; idalprem si precisa). La medicación le ha servido para reducir la frecuencia de sus obsesiones pero no las ha conseguido erradicar por completo, además el paciente muestra deseo de dejar de tomarla debido a los efectos secundarios.

Análisis funcional

Antecedentes

- Alcantarillas que le faltan rejas.
- Socavones en el suelo o en la carretera.
- Fachadas en mal estado.
- Tejados «peligrosos».
- Farolas que tienen los cables fuera.
- Vallas mal puestas.
- Agujeros o desniveles en las aceras o carreteras.
- Curvas peligrosas.
- Señales de tráfico rotas, tiradas, o mal colocadas.
- Escalones en mal estado.
- Cuerdas o cables donde se pueda tropezar.
- Pivotes arrancados para aparcar los coches.

En resumen, todos los estímulos que guardan relación con estructuras o aspectos urbanos en mal estado y que él los percibe como peligrosos para los otros.

Respuestas

COGNITIVAS

- Pensamientos del tipo: «Puede haber una desgracia; si alguien no interviene aquí otros podrían caerse y hacerse daño».

- Imágenes de alguien tropezando y cayéndose (un niño que va saltando y se cae a una alcantarilla, una persona mayor tirada en el suelo).
- Dificultades de concentración y enlentecimiento de tiempo de reacción.
- Pensamientos de culpa o remordimiento por si no interviniera y pasara algo malo.
- Rumiaciones y razonamientos internos: puntos a favor y en contra de intervenir, sopesar la gravedad del asunto (puede permanecer horas e incluso días rumiando. (En el anexo 1 se incluye un ejemplo de este tipo de rumiación).
- Pensamientos tranquilizadores («no es tan grave», «puede actuar otro»).
- Intentar poner la mente en blanco, no pensar en ello, pensar en cosas agradables.

FISIOLÓGICAS

- Siente sudoración, tensión, palpitations, ahogos y temblores (en manos principalmente). A veces siente que está «al principio de uno de esos ataques».
- Presión en el hemicráneo derecho que dura mientras permanece obsesionado. También nota como un «liquidillo» por la zona de detrás del oído.
- Problemas de visión («no se ven las cosas claras»).

MOTORAS

- Realiza los siguientes comportamientos o compulsiones:
- Si sabe que se puede arreglar rápido llama o escribe directamente al sitio responsable (departamentos de urbanizaciones e infraestructuras).
- Escribe una carta al ayuntamiento o concejalía (mirar anexo 2).
- Redacta un escrito de solicitud a la junta municipal (mirar anexo 2).
- Llama a la policía.
- A veces, si le ha parecido una situación muy grave, interviene él mismo intentando arreglarlo, pero no suele hacerlo por temor a dejarlo peor y contribuir de alguna manera a un posible accidente.
- Emite quejas a su familia (durante el período en que está obsesionado va dando «partes» de cómo se va encontrando).
- Pide información detallada a amigos que saben la localización exacta de una curva o una alcantarilla.
- Emplea actividades distractoras (descansar, leer, tumbarse).
- Hincha los mofletes, se tapa la nariz, o se da masajes en la sien derecha.
- No pasa por lugares que sabe que están en mal estado o donde ha hecho una reclamación en el pasado; no mira a los sitios que sabe pueden estar mal; o, por el contrario, vuelve a pasar por un aquellos donde reclamó para asegurarse de si está igual o lo han arreglado ya.

EMOCIONALES

- Impotencia, frustración por no conseguir arreglar todo.

Consecuencias

— Su nivel de ansiedad y presión craneal disminuye como consecuencia de las reclamaciones y solicitudes a los distintos organismos oficiales. *Evitación activa (refuerzo negativo, ref-)*.

— Los razonamientos internos y pensamientos tranquilizadores (Anexo1) contribuyen a reducir su nivel de tensión, convirtiéndose por tanto en una forma de *evitación activa encubierta (ref-)*.

— Evita posibles desastres (*ref-)*.

— También las *formas pasivas de evitación* (no pasar por determinados sitios, no mirar) así como las conductas de reaseguración (volver a un sitio para ver si lo han arreglado) le sirven para paliar la ansiedad (*ref-)*.

— El *refuerzo positivo* lo obtiene por la atención de familiares y amigos.

— También obtiene *refuerzo positivo* cuando le comunican del ayuntamiento que lo que solicitó ha sido arreglado, o cuando lo comprueba por él mismo yendo a el sitio concreto. En el anexo 3 se incluye una de las contestaciones a sus cartas.

— Las actividades distractoras motoras (descansar, leer) y mentales (no pensar en ello) son un *escape que disminuyen la ansiedad (ref-)*.

— *Aplaza responsabilidades* personales y familiares (disminuyen los recados y exigencias familiares, deja de escribir la tesis doctoral y un libro que tiene en marcha) (*ref-)*.

Variables de mantenimiento

Consisten en respuestas motoras para reducir su ansiedad y que por lo tanto contribuyen al mantenimiento del problema. Son las siguientes conductas: llevar siempre que sale a la calle lápiz y papel para apuntar todos los datos y direcciones si ve algo que está mal, guardar las direcciones de esos sitios en un cajón («si algún día me obsesiono con algo se dónde ir»), tener cartas metidas en el ordenador que nunca llegó a mandar, guardar las contestaciones del ayuntamiento, guardar las direcciones y teléfonos de los sitios a donde puede reclamar.

Evaluación

Entrevista

Durante cuatro sesiones se recogió información detallada sobre la topografía y funcionalidad del problema, factores de predisposición, etc. Se realizó un análisis biográfico del paciente y un análisis retrospectivo del problema.

Inventarios y escalas

1. Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley (Hodgson y Rachman, 1977). Fue construido para estudiar la conducta anormal de los pacientes obsesivos, en concreto: comprobación, lavado, lentitud, duda.

2. Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Goodman, 1987). Permite un análisis completo a nivel topográfico y cuantitativo de las obsesiones y los rituales, además de ofrecer una impresión clínica global.

3. Inventario de preocupación rasgo de Pennsylvania (PSWQ) (Meyer *et al.*, 1990). Instrumento encaminado a evaluar el grado de preocupaciones permanentes.

4. Test de ansiedad y evitación. Se elaboró una jerarquía de situaciones temidas y se le pidió que puntuase, en una escala de 0 a 100, al nivel de ansiedad que le produciría entrar en contacto con cada una de las situaciones de la jerarquía y el grado de evitación de las mismas (ver anexo 4).

5. Autorregistros. Se pidió al paciente que anotase la frecuencia, duración y grado de malestar de las obsesiones. Cabe destacar que, a pesar de informar de las numerosas ventajas del autorregistro, el paciente se negó a completarlos debido al temor a que sus obsesiones aumentasen en frecuencia y duración. Al final se registró la frecuencia y duración de las obsesiones informadas por el paciente en las sesiones.

Análisis histórico

Adquisición del problema

En el año 1987, cuando tenía 19 años de edad, se cayó de la bicicleta haciendo deporte debido al mal estado de la carretera. Esta fue la primera vez que escribió al ayuntamiento para que arreglaran aquello y así evitar futuros accidentes para otras personas.

Un mes y medio antes tuvieron que cambiarse de casa debido a problemas económicos. Esto lo vivió con gran angustia debido al gran cariño que tenía a su barrio y antigua casa.

A los 18 años muere de cáncer un tío suyo. Antonio recuerda que siguió de cerca su deterioro hasta que falleció.

En 1991 consigue un trabajo en la Comunidad de Madrid donde estuvo 7 meses. Los últimos tres meses los pasó atormentándose con la duda de dejarlo, ya que para continuar en el puesto tuvo que falsear cierta información. Esto le perturbó mucho e incluso en la actualidad le remuerde la conciencia y siente que obró mal, piensa que debería de «enmendar su culpa de alguna manera» (yendo y diciendo lo que hizo).

En esa época atravesó una mala etapa ya que un poco antes su padre se jubiló y se acentuaron los problemas económicos (se quedó sólo con el 60% del sueldo). Recuerda que tanto su padre como sus compañeros recurrieron a todos los sitios, pero mientras que algunos conservaron el sueldo íntegro, no fue así en el caso de su padre.

A los pocos meses de terminar su trabajo en la Comunidad de Madrid un amigo suyo murió en un accidente de tráfico, hecho que vivenció de forma traumática.

En 1993 mueren tres tíos suyos cercanos, que fueron los que iban a cuidarle a casa cuando era pequeño.

En 1994 haciendo deporte descubrió un socavón muy peligroso en la carretera. Recurrió a todos los sitios que pudo para que lo arreglaran, pero no le hicieron caso. Durante tres meses estuvo muy angustiado, yendo continuamente al sitio para comprobar cómo estaba e incluso intentando arreglarlo él mismo. Recuerda este periodo como el más grave ya que lo pasó muy mal sintiéndose totalmente impotente y completamente obsesionado por el asunto.

Desde entonces esta pauta se repite y se ha ido generalizando a distintos estímulos, cables, aceras y aparcamientos, hasta alcanzar las dimensiones problemáticas en la actualidad.

Variables de predisposición

A la edad de 9 años muere su madre de cáncer. A partir de entonces vienen dos tíos a cuidarles y su abuela se va a vivir con ellos. La época en que vivió con su abuela fue de continuos sobresaltos ya que era muy mayor y constantemente había que estar pendiente de que no tropezara y se cayera. Recuerda que los momentos que pasaba sólo con ella en casa tenía que estar asomándose cada 5 minutos para asegurarse de que estaba bien.

El paciente describe a su padre como una figura muy importante en su vida, ha estado muy unido a él desde la muerte de su madre. La describe como una persona con problemas psicológicos: «Padeció de vértigos, miedo a morir y a caerse y a que le pasara algo». Este problema ya lo tenía antes de que Antonio naciera y continúa con él en la actualidad. Recuerda a su padre yendo con mucho cuidado por los sitios y con miedo a no tropezar. También desarrolló un problema de ludopatía (posiblemente debido a ello tuvieron que cambiarse de casa hace 10 años). Actualmente este problema continúa ya que durante los primeros días del mes se gasta el sueldo y se quedan en números rojos para el resto de los días (les prestan dinero en las tiendas). Esto último lo vive con mucho estrés y aunque lo sabe no se atreve a decírselo directamente a su padre.

La relación entre su hermano y su padre siempre ha estado llena de tensiones y peleas, siendo Antonio el que equilibra el nivel de tensión en casa.

Ha recibido una educación religiosa y ha crecido con fuertes convicciones respecto a lo que debe de ser la ética y la moral.

Antonio se describe como una persona preocupada por los demás, religioso (sus amigos piensan que es un santo) y ha desarrollado un gran sentido de la responsabilidad para con los demás.

Fue un estudiante brillante y siempre se identificó con los compañeros más «débiles». No tuvo problemas para relacionarse con la gente, aunque nunca le ha gustado salir con chicas ni a discotecas. Durante la infancia no recuerda que nadie le dictara las normas, vivió en un ambiente demasiado flexible y era él quien decidía lo que estaba bien y mal.

Formulación clínica del caso

Según el DSM-IV, el paciente presenta un trastorno obsesivo compulsivo, que puede explicarse en su origen por la influencia que tuvo en los primeros años de su vida la exposición a unos modelos inadecuados (padre y abuela). Esto le ha llevado a desarrollar una preocupación excesiva acerca de los posibles desastres que pueden ocurrirles a los demás (accidentes y daño físico). Además, a lo largo de su vida creció con un excesivo sentido de la bondad y responsabilidad para con los demás debido al tipo de educación recibida en su proceso de socialización.

Las variables de predisposición citadas junto a una serie de acontecimientos vitales estresantes (muertes de familiares cercanos y amigos, sobresaltos continuos con su abuela, problemas económicos y cambio de casa) le llevaron a desarrollar una tendencia a reaccionar con exceso ante estímulos estresantes. Al principio, sus reacciones fueron adecuadas, pero, a medida que su vulnerabilidad fue aumentando, así como el nivel de ansiedad (como consecuencia de la «trampa» en el trabajo y de la muerte de un amigo en un accidente de tráfico), perdió el control sobre su problema y se produjo una asociación entre los pensamientos obsesivos y la intensidad de las respuestas emocionales. Todo ello le llevó a reaprender los rituales de «reclamación» que atenuaban sus pensamientos obsesivos y las respuestas fisiológicas de ansiedad. (Mirar Figura 1).

En la actualidad, como consecuencia de los rituales de reclamar y recurrir, se reduce su ansiedad en los cuatro niveles de respuesta (cognitiva, emocional, fisiológica y conductual). También los razonamientos internos llegan a convertirse en compulsión encubierta, ya que disminuyen la aflicción producida por los pensamientos obsesivos. Por lo tanto, todo ello mantiene el problema siguiendo un paradigma de reforzamiento negativo.

Las conductas de escape/evitación ante los estímulos que pueden provocar la obsesión así como las variables de mantenimiento contribuyen a mantener el miedo a los estímulos temidos mediante el mismo proceso de reforzamiento.

Otro aspecto que contribuye al mantenimiento es que con el problema está aplazando y evitando responsabilidades (terminar la tesis y escribir el libro) y, además, consigue ciertas ganancias secundarias como evitar compromisos y peticiones familiares.

Por otro lado, las conductas están reforzadas positivamente por la atención que le prestan familia y amigos. Hay veces en las que Antonio recibe contestación del ayuntamiento comunicándole que han atendido su solicitud (Anexo 3). De esta forma, el problema está siendo reforzando positiva e intermitentemente.

Por último, los problemas cotidianos en la vida del sujeto, además de estar asociados con el inicio del episodio actual, son responsables de las fluctuaciones en los niveles sintomáticos. Serían desencadenantes indirectos asociados al empeoramiento de los síntomas. (Véase figura 1).

Modelo psicopatológico del trastorno

Partiendo de los análisis previos (análisis funcional, análisis histórico y formulación del caso) se realiza un modelo causal para establecer las relaciones funcionales

entre las distintas variables independientes inferidas para explicar el cuadro obsesivo compulsivo del paciente.

Las principales variables identificadas son:

En la adquisición:

a) Educación religiosa estricta dando lugar al desarrollo de creencias sobre un ideal de bondad y de deber ciudadano ante posibles peligros que pueden afectar a los demás.

b) La figura del padre, como modelo, transmisor de una función psicológica de inseguridad y miedo a la hora de afrontar situaciones relevantes en su vida.

c) La presencia de factores estresantes de carácter ambiental como edificios y estructuras urbanas en mal estado susceptibles de generar algún tipo de daño a los demás.

d) La presencia de factores personales generadores de estrés e inseguridad personal como la responsabilidad por el cuidado de su abuela, el accidente que tuvo a los 19 años, dificultades económicas, cambio de domicilio y dificultades laborales: todo lo mencionado daba lugar a una percepción subjetiva de incompetencia y falta de control.

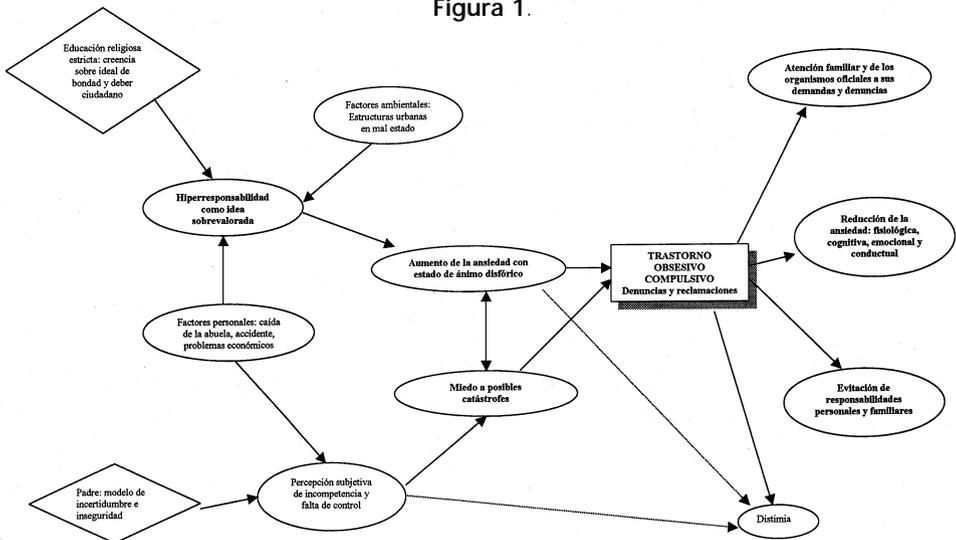
En el mantenimiento:

e) Reducción de la ansiedad con las denuncias y reclamaciones a nivel cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual.

f) Atención que le presta la familia y las autoridades oficiales a sus demandas y denuncias.

g) Evitación de las responsabilidades personales y familiares.

Figura 1.



h) Síntomas depresivos característicos de una distimia como consecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo que padece.

Una vez especificadas las variables independientes del caso, a continuación se presenta el modelo psicopatológico para conceptualizar el mismo, enumerando las posibles relaciones causales entre las distintas variables. El rectángulo, indica el trastorno psicológico del paciente, los círculos, las variables causales y la negrilla, la importancia de la variable en el modelo. El rombo indica una variable causal no modificable (p. ej., vulnerabilidad, predisposición) y las flechas enumeran la dirección de las relaciones (Haynes, 1995).

Contraste de hipótesis

Una vez desarrollado el modelo psicopatológico, se pasa a probar las variables más relevantes incluidas en el modelo causal. En este sentido, se plantean las siguientes hipótesis:

a) La *hiperresponsabilidad* (como idea sobrevalorada) que asume el paciente en relación con los distintos factores estresantes (ej., ambientales y personales) es una variable central en el modelo y, de no manejarla adecuadamente en el curso del tratamiento, las técnicas de exposición y prevención de respuesta tendrán un alcance terapéutico menor. Este hecho lo constatamos de la siguiente forma: 1) Puesto que en la entrevista pudimos comprobar que el paciente intentaba arreglar los desperfectos en estructuras urbanas a través de denuncias y reclamaciones y acudiendo al lugar de los hechos para solucionarlo por sí mismo, se propuso la realización de una prueba empírica. Así pues, antes de iniciar el tratamiento realizamos un ensayo de exposición en la calle en la que había ligeros socavones, comprobando el incremento de los niveles de ansiedad subjetiva del paciente así como el nivel de agitación e inquietud, llegando éste a verbalizar en voz alta que algo grave podría suceder de no hacer nada en esos momentos por solucionarlo; 2) Mediante sus respuestas a los ítems de la Escala de Yale-Brown, se obtiene la máxima puntuación en «el sentido sobrevalorado de responsabilidad», es decir, el paciente asume con total convencimiento que sus preocupaciones y conductas son racionales.

b) Otras variables centrales en el modelo guardan relación con el *aumento de la ansiedad* en los cuatro sistemas de respuesta, así como su reducción mediante la realización de los *rituales obsesivos y compulsivos*, hecho que probamos con el experimento que realizamos exponiendo al sujeto a situaciones ambientales relacionadas con estructuras urbanas en mal estado, tal como se expone en el apartado de resultados.

Objetivos y plan de intervención

Objetivos

a) Ayudar al paciente a comprender el papel crucial que desempeña la hiperresponsabilidad en su patología y, al mismo tiempo, enseñarle a interpretar sus obsesiones de forma alternativa con la ayuda de técnicas de reestructuración cognitiva que le posibiliten, al menos, distanciarse de ellas y vivirlas con menos intensidad.

b) Reducir la intensidad de la ansiedad y de los miedos que experimenta a posibles catástrofes en relación con factores ambientales y personales, y eliminar, al mismo tiempo, las posibles conductas de evitación que ocurren en presencia de tales estímulos.

c) Dejar de realizar los rituales externos de «reclamación» e internos (rumiaciones y razonamientos internos) para, así, permitir la habituación a los pensamientos obsesivos.

d) Mejorar la autoeficacia percibida en relación con los factores ambientales y personales y, al mismo tiempo, superar la distimia asociada al cuadro obsesivo-compulsivo.

Plan de intervención

a) Se proporcionará una explicación adecuada de las obsesiones, dentro del modelo psicopatológico propuesto anteriormente.

b) Se realizará una jerarquía de situaciones temidas, preparando al paciente para la exposición a los pensamientos y a las situaciones que desencadenan las obsesiones.

c) Exposición *in vivo* a los estímulos temidos que provocan la obsesión y prevención de respuesta hasta que se produzca una habituación de la ansiedad.

d) Se eliminarán las variables de mantenimiento que impiden la exposición a los estímulos temidos.

e) Exposición en imaginación a los pensamientos obsesivos y prevención de respuesta, haciendo énfasis en las consecuencias desastrosas, hasta conseguir una habituación de la ansiedad.

f) Suponemos que la presión en el hemicráneo disminuirá con la habituación de la ansiedad. Si no desapareciera, habría que incorporar al tratamiento alguna técnica específica (relajación y/o biofeedback). La hipótesis inicial es que la presión del hemicráneo está provocada por el enorme esfuerzo cognitivo que le supone el luchar contra sus obsesiones para quitárselas de la cabeza, provocándole una alta tensión muscular que se focaliza en la zona derecha desde el músculo frontal a la nuca.

g) Se corregirá la posible exageración de su grado de responsabilidad y culpa sobre los hechos temidos (accidentes de los demás). Esto se tratará a través de técnicas cognitivas: reatribución y reestructuración cognitiva.

Curso del tratamiento

A continuación se ofrece una guía de las sesiones del tratamiento. La duración fue de 7 meses, con un total de 24 sesiones a razón de una sesión por semana de 1,5 horas. Las cuatro últimas sesiones se realizaron con una periodicidad de una sesión por mes dedicándolas a trabajar en prevención de recaídas y sobreaprendizaje y recuerdo de las técnicas aprendidas en el curso de la terapia.

Evaluación: Sesiones 1, 2, 3, 4

- Entrevista.
- Cuestionarios.

Devolucion de la información: Sesión 5.

- Biblioterapia acerca de los trastornos obsesivos: «Venza sus Obsesiones» de Foa y Wilson (1992).

Tratamiento: Sesiones 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Los tratamientos más eficaces para el TOC son los que incluyen alguna forma de exposición (Cruzado, 1997). Para una exposición de los tratamientos y su forma de aplicación (véase Cruzado 1993, 1997; Foa y Wilson, 1992; Freeston y Ladoucer, 1997).

- Jerarquía de situaciones de ansiedad.

— Exposición en vivo y prevención de respuesta (en lugares concretos que sabía que estaban en mal estado y sin que realizara ningún intento de reclamar o arreglar el sitio. Tampoco debía de darse ningún razonamiento como los expuestos en el anexo 1. Además, se le enseñó a utilizar un autodiálogo positivo a través de un entrenamiento en autoinstrucciones).

— Exposición en imaginación y prevención de respuesta, concentrándose en los desastres anticipados y consecuencias temidas hasta que redujera su nivel de ansiedad.

- Eliminación de las variables de mantenimiento.

En el anexo 5 se puede ver un ejemplo de las escenas durante la exposición en imaginación y los autorregistros utilizados durante las exposiciones.

Sesiones 16, 17, 18, 19, 20

— Tratamiento de ideas sobrevaloradas a través de «guiones de teatro» y autodiálogo interno.

- Prevención de respuesta.
- Entrenamiento en respiración.

Llegados a este punto del tratamiento, los niveles de ansiedad y evitación respecto a las estructuras urbanas en mal estado habían desaparecido por completo. Sin embargo, el contenido de la obsesión cambió hacia los alimentos. El paciente empezó a obsesionarse con la idea de que determinados alimentos y líquidos pudieran estar en mal estado (ej., espárragos, patatas y agua) y que él debía hacer algo para evitar grandes epidemias o intoxicaciones masivas. Estas obsesiones eran distintas a las primeras en contenido pero no en función, puesto que ante ellas hacía exactamente los mismos rituales que ante las estructuras urbanas en mal estado (un ejemplo de un escrito enviado a un carnicero de su barrio se incluye en el anexo 6). Los niveles de ansiedad que estas nuevas ideas le provocaban eran similares a las anteriores y la presión en el hemisferio derecho se despertaba de la misma manera. Por tanto, se mostró evidente que el núcleo de la terapia debía girar en torno a

la modificación de supuestos cognitivos erróneos. La base del tratamiento cognitivo de las ideas obsesivas es que los pacientes obsesivos interpretan que pensamientos intrusos normales les hacen responsables del daño a otros o a ellos mismos. Esto lleva a aumentar sus pensamientos obsesivos y a incrementar las respuestas neutralizadoras para escapar o evitar la responsabilidad. El concepto de responsabilidad es central en el enfoque cognitivo del TOC. Una explicación de los distintos métodos para corregir el exceso de responsabilidad se encuentra en Freeston y Ladoucer (1997).

La forma que aquí adoptamos para corregir las ideas obsesivas consistió en utilizar «guiones de teatro» que ante pacientes con un fuerte grado de convicción en sus creencias y con una elevada capacidad de razonamiento lógico-deductivo puede ser una forma creativa y útil de reconducir las supuestas ideas sobrevaloradas (hiperresponsabilidad que asume ante cualquier estímulo susceptible de desencadenar el miedo a posibles catástrofes). En el anexo 7 se muestra un ejemplo de uno de los guiones utilizados durante las sesiones y la explicación de su utilización.

Dado que el paciente presentaba todo tipo de neutralizaciones encubiertas y manifiestas, se acordó una estricta prevención de respuesta que consistía en eliminar todas las conductas de reaseguración (comprobar alimentos, preguntar a dependientes en el mercado, razonamientos sobre la posibilidad de reclamar o poner una queja y hacer escritos para protestar).

El entrenamiento en respiración se hizo con el sentido de ayudar al paciente a reconducir su atención hacia otras partes que no fueran el hemicráneo derecho, previniendo de esa manera la acumulación de tensión en la zona.

Sesiones 24, 25, 26, 27, 28

— Prevención de recaídas. En el anexo 8 se muestra un resumen de las sesiones de prevención de recaídas.

Estas sesiones trataron sobre la identificación de situaciones de riesgo y ensayos imaginados de afrontamiento.

Resultados

Inventarios y escalas

INVENTARIO OBSESIVO-COMPULSIVO DE MAUDSLEY

Los resultados que aparecen en el cuadro 1 indican la eficacia del tratamiento en lo que se refiere a la disminución de las puntuaciones de duda/conciencia. En las subescalas de comprobación, lavado, lentitud y duda no puntuó ya que dichos comportamientos no forman parte de su cuadro clínico.

Cuadro 1

Puntuaciones obtenidas en el Maudsley a los 3, 6, 9 y 12 meses del tratamiento

	Comprobación	Lavado	Lentitud	Duda
PRETRATA	0	0	0	6
3 meses	0	0	0	3
6 meses	0	0	0	3
9 meses	0	0	0	2
12 meses	0	0	0	2
	Máx. 9	Máx. 11	Máx. 7	Máx. 7

Una revisión más detallada del inventario permite ver como sus dudas acerca de cosas sencillas que hace diariamente y el atraso que le provocan en su trabajo, han desaparecido por completo.

Cuadro 2

Escala Yale-Brown. Puntuaciones a los 3, 6, 9 y 12 meses

	Pre	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
-Tiempo de obsesión	4	4	4	3	4
+Interferencia por la obsesión	3	2	2	1	1
-Malestar asociado a la obsesión	4	3	3	2	3
-Resistencia a la obsesión	1	2	2	3	2
+Grado de control sobre la obsesión	4	2	2	2	1
+Interferencia por las compulsiones	2	1	1	1	0
+Malestar por la compulsión	4	2	2	2	0
+Resistencia a las compulsiones	2	2	1	1	1
+Control sobre la compulsión manifiesta	2	0	1	0	0
+Control sobre la compulsión encubierta	4	3	3	2	2
+Conciencia de obsesiones-compulsiones	2	0	0	0	0
+Evitación	4	1	0	0	1
+Sentido sobrevalorado de responsabilidad	4	2	2	1	1

ESCALA OBSESIVO-COMPULSIVA DE YALE-BROWN

En el cuadro 2 se ofrece un análisis de los ítems más sobresalientes de la escala. Los ítems señalados con «+» se refieren al éxito clínico y los señalados con «-» se refieren a aquellos cuya mejoría no ha sido significativa.

Se puede observar como a lo largo de las fases del tratamiento se han producido importantes mejorías clínicas. La interferencia de los pensamientos obsesivos en su vida cotidiana y el grado en que puede controlar la obsesión han mejorado conside-

rablemente desde niveles extremos a ligeros o leves, informando tales puntuaciones sobre la disminución de la intensidad intrusiva de las obsesiones.

En lo que se refiere a las conductas compulsivas manifiestas (reclamar y reaseguraciones) y encubiertas (razonamientos neutralizadores de ansiedad), se puede observar que la interferencia y el malestar provocado por tales conductas es nula. La eficacia del tratamiento se produce una vez introducido el programa de prevención de respuesta y tratamiento de ideas sobrevaloradas. El control sobre las compulsiones ha aumentado desde ningún control a un control moderado.

Uno de los logros que más cabe destacar y que contribuyó al éxito del tratamiento fue el cambio del sentido sobrevalorado de responsabilidad. Desde una creencia extrema de responsabilidad evolucionó hasta una creencia ligera, sólo mencionada desde la interrogación. La mayor disminución en estas creencias aparece a raíz de poner en marcha la terapia para tratar las ideas sobrevaloradas.

INVENTARIO DE PREOCUPACIÓN RASGO DE PENNSYLVANIA (PSWQ)

La puntuación en este inventario refleja una disminución en el componente cognitivo de sus respuestas de ansiedad, principalmente en lo que se refiere a la posibilidad de controlar sus pensamientos obsesivos, así como la capacidad de rechazar «pequeñas preocupaciones» antes de que se conviertan en grandes obsesiones.

Cuadro 3

Puntuaciones en PSWQ a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento

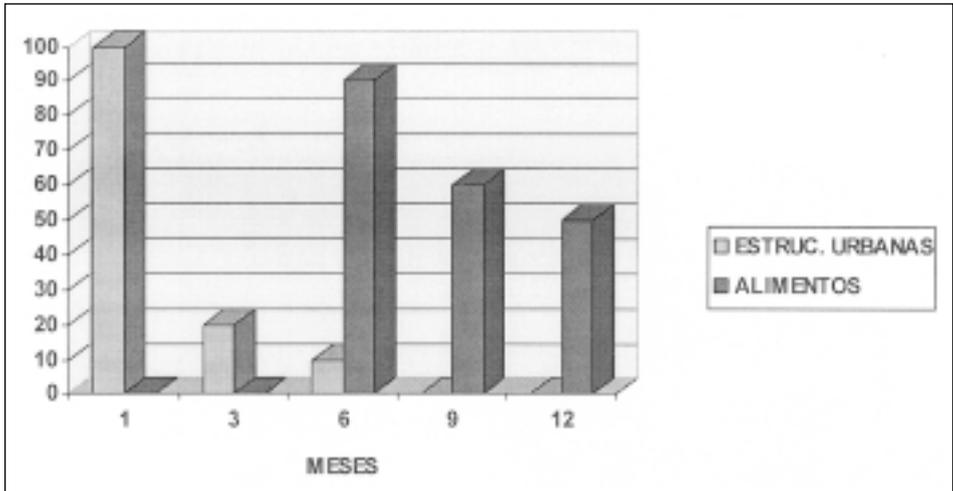
Pre	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
60	50	50	46	40

Niveles de ansiedad y evitación

En los gráficos 1 y 2 pueden verse los niveles medios de ansiedad y evitación del paciente con relación a las ideas obsesivas relacionadas con estructuras urbanas en mal estado y alimentos contaminados.

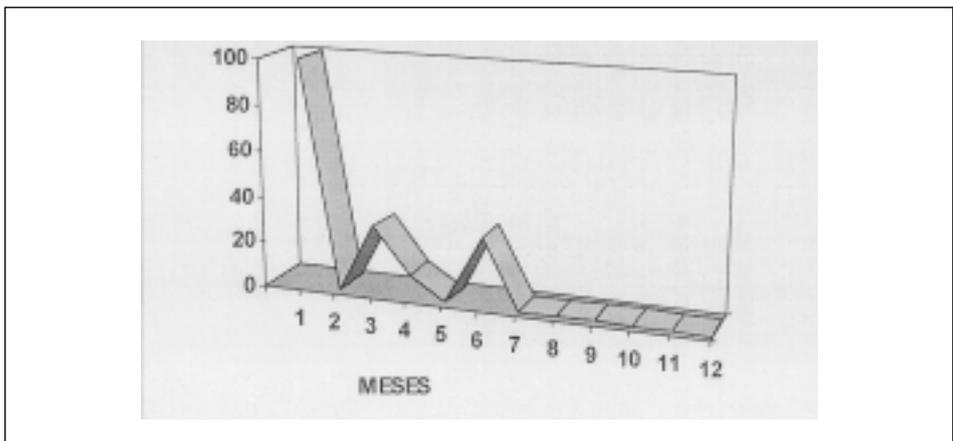
Basándonos en la jerarquía de ansiedad construida antes del tratamiento, se comprueba que el paciente reduce su ansiedad en relación con estructuras urbanas de forma progresiva, alcanzando la reducción más clara al iniciar la fase de exposición.

Sin embargo, tras esta fase la obsesión cambia al tema de los alimentos. Al empezar el abordaje de ideas sobrevaloradas los niveles de ansiedad bajan, aunque siguen siendo altos. A los 9 y 12 meses la reducción sigue siendo progresiva, generalizándose los resultados en el tiempo.

Gráfico 1. Nivel medio de ansiedad a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento

El gráfico 2 muestra un cambio significativo en las conductas de evitación. Desde el momento en que iniciamos el programa de exposición y prevención de respuesta, el paciente no realizó ningún ritual de reclamación. En cuanto a la evitación pasiva (dejar de ir a determinados sitios o hacer determinadas cosas) y activa (rumiaciones de reaseguración), también la reducción ha sido clara, aunque en ocasiones le costaba dejar de realizar sus «comprobaciones mentales».

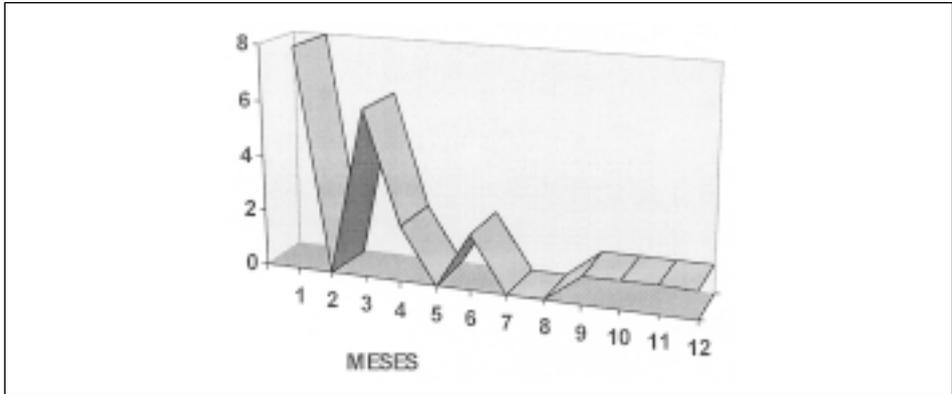
Estos índices se obtuvieron en las entrevistas a través de autoinformes del paciente, haciendo una valoración subjetiva y global de sus niveles de ansiedad y evitación.

Gráfico 2. Nivel medio de evitación a los 3, 6, 9 y 12 meses del tratamiento

Frecuencia de aparición de las obsesiones

En el gráfico 3 puede observarse la aparición de las obsesiones a lo largo del tiempo. Cuando se produce una reducción más aparente es en el momento de iniciar la terapia de ideas sobrevaloradas (4º-5º mes) junto con un programa estricto de prevención de recaídas.

Gráfico 3. Frecuencia de aparición de las obsesiones a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento



A pesar de haberse demostrado una disminución importante en los rituales y comportamientos evitadores, así como en los niveles de ansiedad, se observan recaídas frecuentes en la aparición de distintas obsesiones. Sin embargo, son cada vez menos frecuentes e interfieren menos en su funcionamiento cotidiano.

Una consecuencia de los logros terapéuticos fue la recuperación de los hábitos deportivos (participación en competiciones y carreras) que había abandonado por el miedo a tropezar con algo «peligroso» (una alfombra, etc.). También, al pasar menos tiempo bloqueado por sus obsesiones y sentir que interferían menos en su vida, se presentó a un puesto de trabajo al cual pudo acceder debido a su alta capacitación para el mismo.

Respuestas fisiológicas

En cuanto a la presión en el hemicráneo derecho, nuestra hipótesis inicial quedó confirmada. Lejos de tratarse de un problema de origen orgánico, consistía en una focalización de la tensión a lo largo del músculo frontal que le llegaba hasta la parte de la nuca. En el momento en que dejó de luchar contra las obsesiones y aceptó «abrirles la puerta» en vez de intentar quitárselas de la cabeza, la presión se eliminó.

El paciente llegó a la conclusión de que los intentos que llevaba a cabo para dejar la mente en blanco y quitarse sus ideas intrusivas suponían un esfuerzo cognitivo tan grande que le ocasionaban una somatización muy intensa. De hecho, en los momentos en que se intentaba provocar la obsesión a través de la terapia de exposición, no aparecía la presión hemicraneal.

La práctica de la respiración le fue útil para desplazar el foco de atención a otras zonas corporales más «sanas» y bloquear por tanto la aparición de la presión.

Discusión

Los resultados obtenidos indican la eficacia de las técnicas elegidas para el tratamiento, derivadas de la formulación clínica y del modelo psicopatológico propuesto. Tal y como hipotetizamos, en este caso, la hiperresponsabilidad del sujeto fue una variable crucial y de no haberla manejado cognitivamente, la eficacia de la exposición y de la prevención de respuesta hubiese sido mucho menor. Este aspecto, también fue puesto de manifiesto por otros autores (Van Oppen y Arntz, 1994) quienes plantearon que los pacientes que presentan compulsiones encubiertas y obsesiones puras se benefician más del tratamiento cognitivo. En el caso que presentamos, debido a la mezcla de aspectos manifiestos y encubiertos se hizo necesario combinar las terapias más tradicionales con otras formas de terapia cognitiva, como ha sido la aplicación de guiones de teatro para abordar aquellas variables que juegan un papel determinante en la adquisición y en el mantenimiento del cuadro obsesivo-compulsivo (hiperresponsabilidad como idea sobrevalorada).

Sin embargo, aunque el éxito terapéutico obtenido no ha sido el ideal, el paciente sí vio mejorada su sintomatología obsesivo-compulsiva, así como su estilo de vida. En este sentido coincidimos con otros autores (Cruzado, 1997) al plantear que una proporción muy alta de pacientes, aún habiendo mejorado, siguen con importantes problemas alcanzando una reducción de los síntomas de entre el 40-50%. Además, en este tipo de cuadros, las recaídas pueden ser frecuentes y, posiblemente, la remisión total se alcance después de que el paciente aplique de forma continuada y duradera (al menos durante dos años de seguimiento) aquellos procedimientos de intervención que mostraron ser eficaces a corto plazo.

Otro aspecto importante a considerar con respecto al mantenimiento de los éxitos terapéuticos ha sido, sobre todo en el seguimiento a un año, el trabajar aquellos aspectos de la terapia más relacionados con la adquisición de un sentido general de autoeficacia y sensación de control sobre los acontecimientos vitales más importantes en su vida como retomar su tesis doctoral, la búsqueda activa de empleo y el desarrollo de una relación íntima. De este modo, se ha manejado una de las variables del modelo explicativo del trastorno (percepción subjetiva de incompetencia y de falta de control), confirmando su relevancia no sólo en el mantenimiento del cuadro obsesivo sino también en el mantenimiento de los logros terapéuticos y las implicaciones en el bienestar y adaptación del paciente.

Referencias

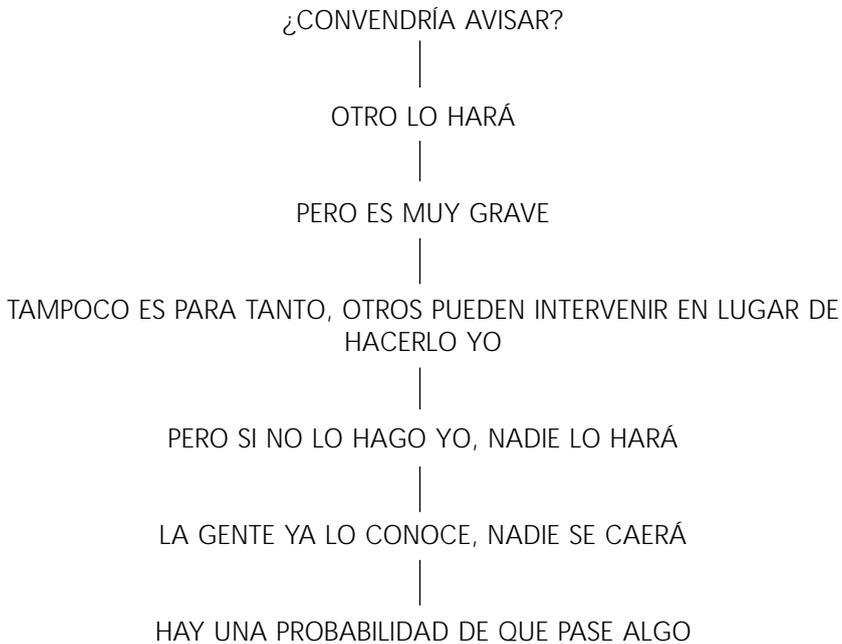
- Cruzado J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cruzado J.A. (1995). Evaluación de los trastornos obsesivos-compulsivos. En A. Roa (dir.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Cruzado J.A. (1997). Técnicas de intervención con pacientes obsesivo-compulsivos. *Ansiedad y Estrés*, 3, 289-318.

- Dengrove, E. (1993). Pensamiento obsesivo. En M. Hersen y C. Last (dirs.), *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: DDB. (Orig. 1985).
- Foa, E.B. y Wilson, R. (1992). *Venza sus temores*. Barcelona: Robin Book (Orig. 1991).
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1996). Obsessive-compulsive disorder. En C. Lindemann (dir.), *Handbook of the treatment of the anxiety disorders*. Londres: Jason Aronson.
- Freeston, M.H. y Ladouceur, R. (1996). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Haynes, S. N. (1995). Causalidad multivariada en psicopatología: Introducción a los modelos causales. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 343-353.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., Gagnon, A., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., Gagnon, A., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1993). Idiographic considerations in the cognitive-behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 301-310.
- Rachman, S.J. y Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Rasmussen, S.A. y Eisen, J.L. (1992). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Van Oppen, P. y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., Newman, S.C., Oakley-Browne, M.A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U. y Yeh, E.K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Yaryura-Tobias, J.A. y Neziroglu, F.A. (1996). *Obsessive-compulsive disorder spectrum*. Nueva York: American Psychiatric Press.

ANEXOS

ANEXO 1: EJEMPLO DEL TIPO DE RUMIACIONES MENTALES DEL PACIENTE EN EL PERÍODO EN QUE PERMANECE OBSESIONADO

Se puede observar cómo a cada pensamiento generador de ansiedad le sigue otro tranquilizador. Esta pauta se convierte en un auténtico ritual mental ya que puede pasar horas o días rumiando de esta forma. Esta neutralización constante o búsqueda de la reaseguración impide la exposición a los sentimientos de ansiedad provocados por la creencia de posibles desastres. También aparece la recurrente idea de responsabilidad y la ansiedad asociada a la misma.



ANEXO 2
EJEMPLO DE ESCRITO DE RECLAMACIÓN A LA CONCEJALÍA Y A LA JUNTA MUNICIPAL

AYUNTAMIENTO DE MADRID
Área de Régimen Interior y Personal

Ilustrísimo señor

D. Antonio

Domiciliado en Madrid

Código postal 28039 teléfono.....con DNI N°.....

EXPONE: Que habiéndose realizado obras en la Plaza de Canalejas, al pavimentar han dejado un pequeño desnivel entre la acera y el sitio para cruzar la calle, siendo por tanto peligroso dicho desnivel precisamente por su pequeñez, ya que puede pasar desapercibido y provocar caídas peligrosas especialmente en personas mayores, teniendo en cuenta, además, lo transitada que es la calle.

Por todo lo cual

SOLICITA: Que se pongan al mismo nivel los dos tipos de aceras y, al mismo tiempo, se aproveche para poner los baldosines que faltan.

Madrid, a 27 de Mayo de 1997

ANEXO 3
CONTESTACIÓN DEL AYUNTAMIENTO A UNA DE LAS RECLAMACIONES
EFFECTUADAS POR EL PACIENTE

AYUNTAMIENTO DE MADRID

Nº EXPED.: 711/97/05575

Nº EXPED.: 711/97/11770

Nº EXP. Z. NO.: 774/97

Madrid, 8 de Julio de 1997

ASUNTO: Reclamación por obras.

EMPLAZAMIENTO: Plaza de Canalejas

En contestación a lo solicitado por D. Antonio, esta Jefatura ha dado las órdenes oportunas a la empresa adjudicataria de las obras para que, de una forma provisional proceda a hacer un remate en el escalón denunciado, toda vez que cuando se acometa la pavimentación de las aceras de la Carrera de San Jerónimo, el desnivel existente en la actualidad desaparecerá por completo.

EL JEFE DE LA SECCIÓN NOROESTE

Vº Bº

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO

ANEXO 4 TEST DE ANSIEDAD Y EVITACIÓN

Se elaboró la siguiente jerarquía con el objetivo de medir las tasas de ansiedad y evitación antes, durante y después del tratamiento.

Cuadro 4
Resultados del test de ansiedad y evitación

	Ansiedad	Evitación
Aceras en mal estado	60	100
Rejillas peligrosas para bicis (rotas o que falta alguna reja)	70	100
Cables sueltos y peligrosos (sin protección)	80	100
Curvas peligrosas, baches y carreteras en mal estado	90	100
Semáforos y señales de tráfico mal puestas o que faltan	90	100
Alcantarillas que faltan enteras	100	100

ANEXO 5**EJEMPLO DE UNA ESCENA TRATADA PARA LA EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN**

Estoy de vacaciones en la Costa de Portugal con dos amigos, vamos en bicicleta haciendo turismo, vamos cargados y llegamos a un lugar en que hay una pendiente pronunciada. En la pendiente hay una curva a la izquierda muy cerrada. Como en ese mismo lugar el paisaje se abre y se ve una playa, decidimos hacer una foto. Cuando estamos en ello viene un coche con algo de velocidad, pasa por delante de nosotros y segundos después se oye un frenazo. Miramos y el coche ha parado al borde del precipicio, aunque sin caer. Soltamos un «¡ufff...!» y decidimos que si antes lo comentamos antes sucede, pues el año pasado que pasamos por el lugar hablamos de la «cacho» curva que era. En ese momento mi mecanismo de obsesión empieza a funcionar y pienso que al paso del año pasan por aquí muchos coches y en condiciones climáticas a veces peores. ¿Qué sucedería si alguien tuviese un accidente? Pienso que esto es realmente peligroso de verdad. Empiezo a desear no haber hecho la foto y haber continuado. Deseo saber exactamente dónde nos encontramos para tomar referencia del lugar, pero como vamos a comer a una playa cercana y tenemos que volver a pasar por el lugar decido que todo ésto lo haré si acaso más tarde. Pienso que tenía que haber actuado después de la primera vez que estuvimos aquí.

Mis amigos siguen animados y contando chistes y yo procuro seguir bien de ánimo pero a mi mente surge una y otra vez la imagen de la siniestra curva con una señal, que si la hubieran colocado dos o tres metros más abajo sería mucho más útil que donde está. Me voy a la playa y noto que el pensamiento es obsesivo y noto que la cabeza empieza a tensarse, señal de que en pocos minutos puedo empezar a sentirme realmente mal. Pienso en que ¡maldita la ocasión en que nos desviamos de la curva par buscar una playa!

Acabamos el baño y tenemos que continuar adelante. Pasamos por la curva y me quedo un rato pensando en el peligro, en la casualidad de que una vez pensado en lo peligroso que es, un coche estuviera a punto de caer por el barranco. Me pregunto: «¿Habrá señales de aviso de reducción de velocidad y de curva peligrosa?» Llego a la conclusión de que de todas formas la curva es peligrosa de por sí, aun teniendo una tímida señal de peligro. Pienso que ojalá estuviéramos en Gran Bretaña en donde de haber cualquier mínimo peligro y por muy secundaria que sea la carretera siempre suele haber un cartel grande y amarillo diciéndote que vayas más despacio. Pero estamos en Portugal, y Portugal es otro mundo. Podía al menos no haber sucedido lo del coche en mi presencia, ello habría hecho que olvidara con mayor facilidad el percance.

En ese momento viene otro coche avanzando suavemente, es una familia, van como cuatro niños detrás cantando. ¡Toman mal la curva y el volante se le va de las manos al conductor! Se oye un grito profundo y el coche desaparece de nuestra vista.

Ha ocurrido lo que me temía..., el coche se ha ido abajo y ¡yo no he hecho nada por evitarlo! Podría haber salvado sus vidas. Me acerco al precipicio y llevo mi vista al fondo. Una mujer anciana yace en el suelo con los huesos rotos y un poco más

allá veo a un niño con la cabeza reposando en un charco de sangre. El coche ha quedado completamente destrozado. ¡Yo tenía razón desde el principio, es un sitio verdaderamente peligroso! Pero no actué... por comodidad, por vaguedad, por lo que fuera. Me siento horrible. Lo peor es que sé que nada se va a hacer ni después del accidente. Mis amigos que me conocen me dicen: «¡Tenías que haber recurrido a algún sitio la otra vez!» Me voy de allí y mi cabeza se tensa. Intento darme masajes de relajación pero ya noto el «liquidillo» corriendo por detrás de la oreja. Sé que no estaré bien más en mi vida y que esto fastidiara profundamente mi forma de relacionarme con los demás, porque noto un peso profundo en la cabeza, como una garra aplastando mi cerebro. Estoy al borde del pánico. La molestia aumenta por momentos.

Mientras desciendo al camino un pensamiento señala a los demás y es el de que tenía que haber tomado nota, pero ahora es demasiado tarde y, además, me voy de allí sin poder hacer nada.

Cuadro 5
 Autorregistros utilizados durante las exposiciones

Fecha	Tarea de Exposición (Puntuada)	Tiempo	Ansiedad (0 - 10)	Dificultades
		5'		
		10'		
		15'		
		20'		
		25'		
		30'		
		35'		
		40'		
		45'		
		50'		
		55'		
		60'		
		65'		
		Tiempo total De exposición	Ansiedad máxima Al finalizar	

ANEXO 6
EJEMPLO DE UNA DE LAS CARTAS DE REASEGURACIÓN COMO FORMA DE
ATENUAR LA ANGUSTIA PROVOCADA POR UNA POSIBLE CONTAMINA-
CIÓN DE ALIMENTOS

En Madrid, 2 de Septiembre de 1996

Estimado señor:

Le escribo la presente por lo que sin duda usted pensará que es una tontería, pero sin comunicarle mis dudas no me quedaba tranquilo. El asunto es el siguiente: los carniceros, cuando afilan con la «especie de espada» sus cuchillos cortantes antes de partir filetes, etc., ¿se desprenden del cuchillo afilado restos o astillas o simplemente se queda más recto el cuchillo? La duda me entró porque el otro día vi como usted se dedicaba a la acción de afilar, me parece, por encima de la carne que a continuación iba a cortar, y me quedé pensando eso, si no se desprenderían trocitos o muescas de acero a la carne. Ya sé que puede resultar absurda mi observación, pero como no me quedaba tranquilo se la comunico para que si se desprende algo ejerza la acción de afilar alejado de las carnes, y si no hay peligro de esto, pues nada a continuar igual. No estoy para darle clases de nada sobre cómo tiene que ctuar un carnicero, sino sólo para comunicarle mis dudas sobre el asunto.

Aprovechando la ocasión para enviarle un atento saludo, se despide de usted:

Firmado

ANEXO 7

GUIONES DE TEATRO UTILIZADOS PARA LA TERAPIA COGNITIVA

A continuación pasamos a exponer el procedimiento que resultó efectivo para desbaratar las ideas sobrevaloradas del paciente. Se trata de la elaboración de escenas de teatro que se representan en la consulta entre el paciente y el terapeuta y, si procede, uno o más coterapeutas. Esta forma de proceder surgió ante la necesidad de utilizar algún procedimiento alternativo a los descritos tradicionalmente, ya que el paciente era inaccesible a la argumentación lógica o ante cualquier intento de reorganización cognitiva. Consideraba que sus ideas no eran nada erróneas. Es más, pensaba que era un deber de todo ciudadano pensar como él lo hacía (no sin falta de razón, por otra parte).

En concreto, se pidió al paciente que escribiera un guión de teatro en el que debían figurar varios personajes. Como mínimo: la obsesión, el contenido de la obsesión y el «obsesionado». Después de leer dicho «teatrillo», se pedía al paciente que lo volviera a elaborar pero, esta vez, convirtiendo el personaje del «obsesionado» en «preocupado», y el de la «obsesión» en «preocupación». De esa forma debía aceptar que la idea obsesiva tenía cierta credibilidad pero, aun así, existían formas alternativas de enfocar el problema sin que le causara tanto malestar. En la nueva interpretación la preocupación aparecía como algo preocupante, pero en menor intensidad y sin las exageraciones catastróficas que generaba la obsesión.

Cuando se contrastaban los dos guiones de teatro y sus «personajes», se procedió a enseñar al paciente a identificar los supuestos disfuncionales, en especial con relación a la creencia sobrevalorada de responsabilidad, y se evidenciaron las relaciones entre tales ideas y las respuestas emocionales, fisiológicas y motoras.

A raíz de este procedimiento el paciente fue capaz de darse cuenta de sus errores cognitivos y empezó a cambiar su forma de valorar los posibles desastres. La mejoría fue radical sobre todo en lo que respecta a la aparición de pensamientos obsesivos y el nivel de malestar que generaban.

Como objetivos al utilizar los guiones de teatro nos planteamos:

- Autoobservar lo irracional de sus ideas al verbalizar su contenido, en alto, en la consulta.
- Eliminar la exageración de importancia del asunto en concreto.
- Ayudar a aclarar su idea sobre los mecanismos de funcionamiento obsesivo.
- Distanciarse emocionalmente del problema, encontrando nuevas soluciones razonables.
- Aumentar la sensación de control de la obsesión al plasmarla en un papel y darle «forma física».
- Reducir la ansiedad provocada por las consecuencias temidas al hablar de ellas en un sentido cómico, utilizando el sentido del humor.

Pensamos que no sólo tuvo sentido el hecho de escribir sobre las obsesiones para analizar su contenido, sino que también el hecho de escribir en sí mismo contribuyó de manera importante al éxito de la técnica. Así, informó el paciente de «darse cuenta de lo disparatado» de muchas de sus ideas y de «encontrar la mane-

ra de agarrar la obsesión por alguna parte», aspecto que hasta entonces no había sabido hacer.

Veamos uno de estos teatros elaborados por el paciente con la ayuda del terapeuta. Se trata de un momento en que el paciente estaba obsesionado con la idea de que ciertos espárragos podrían estar contaminados, lo que le provocaba fuertes niveles de ansiedad y toda la sintomatología explicada en su cuadro psicopatológico.

LA OBSESIÓN Y LOS ESPÁRRAGOS

(En un piso de Madrid, a mediados del mes de enero, en un día soleado)

OBSESIÓN— (Llamando a la puerta). ¡Hola, estoy aquí de nuevo!

OBSESIONADO— (Por detrás de la puerta)— ¿Qué quieres?

OBSESIÓN— Vengo a traerte malas noticias, como habitualmente

OBSESIONADO— (Mirando por la mirilla de la puerta). Veo que no vienes sólo.

¿Quién te acompaña?

OBSESIÓN— Son mis amigos los espárragos enlatados, que quieren hacerte una visita

OBSESIONADO— ¡Alto ahí! Ya les dije que no quería saber nada más de ello

OBSESIÓN— Pero ellos te echan mucho de menos. ¿Es que no les vas a saludar?. Anda, sé bueno y ábrenos la puerta

OBSESIONADO— Pero ¿es algo grave, muy grave?

OBSESIÓN— Ellos mismos te lo contarán

(El hombre obsesionado abre la puerta y entran al piso la Obsesión acompañado de un racimo de espárragos metidos en un bote)

ESPÁRRAGOS— (Ellos hablarán siempre, excepto, cuando se indique, todos al unísono) ¡Hola, hombre obsesionado!

OBSESIONADO— ¿Qué hacéis ahí dentro? ¡Qué mal aspecto tenéis!

ESPÁRRAGOS— Por eso te queríamos ver. Nos enlataron en China y viajamos hasta Barcelona, y allí hemos estado bastante tiempo esperando saber nuestro destino, hasta que finalmente recalamos aquí en Madrid. ¡Qué viaje más insoportable! ¡Esta lata huele fatal y nosotros estamos casi intoxicados!

OBSESIONADO— A ver, dejadme ver. Pero bueno, es increíble. ¡Esta lata está oxidada por dentro!

ESPÁRRAGOS— Ya te decíamos que algo raro nos olía

OBSESIÓN— Hombre obsesionado, piensa qué peligroso es que estén vendiendo espárragos enlatados en mal estado.

OBSESIONADO— Yo no puedo hacer nada, y menos si vienen de China. ¡Pues sí, cualquiera se pone a remover obstáculos!

OBSESIÓN— ¡No seas insensato! Esto es un problema muy serio que puede afectar, llegado el caso, a la salud mundial. Ya sabes cómo funcionan en todas partes los controles de Sanidad. Son unos chapuceros.

ESPÁRRAGOS— A nosotros nos vieron por lo menos cinco personas distintas antes de enlatarnos. Pero luego, nadie se ocupó más de nosotros, no hemos tenido a quién quejarnos.

OBSESIÓN— Hombre obsesionado, ya es hora de que hagas algo. Tienes que poner una protesta ante las autoridades. A fin de cuentas, tú no vas a perder nada y así todos saldremos de dudas sobre si nuestros amigos los espárragos han sido víctimas de un intento de intoxicación que a su vez podría arrastrar a cientos o miles de personas a lo mismo.

OBSESIONADO— ¡Te he dicho mil veces que no! Me han recomendado no acudir a ningún sitio para presentar reclamaciones y, ya lo sabes, además no hacerte nunca gran caso.

OBSESIÓN— Así que ¿esas tenemos? ¡Eres un inconsciente! ¿Sabes de dónde he sacado los espárragos? ¡De la tienda de abajo! Están para acabarse, y si no actúas pronto nunca lo podrás hacer y te quedarás, cuando menos, con una duda, si no con remordimientos de conciencia permanentes por no haber actuado. ¡Incluso podrías caer en la locura!

OBSESIONADO— ¡La locura! Quitaa, quita. Quien me va a volver loco si sigo haciéndote caso eres tú. Mira, anda, déjame, que tengo muchas cosas que hacer. Tu compañía no me es grata, y si tengo que aguantarte, por favor, al menos intenta estar calladito y haciendo el menor ruido posible.

ESPÁRRAGOS— ¿Habéis oído? ¡Podíamos haber intoxicado a muchas personas! Porque después de todo, no somos los únicos que hemos salido de la fábrica China. Todos los días salen miles de latas de allí en el mismo estado y con destinos muy diferentes.

ESPÁRRAGO FUERTE— Hasta he oído que en otras latas ha pasado algo parecido. Y algunas mentes nos quieren echar a nosotros la culpa diciendo que lo que pasa es que segregamos un líquido especialmente corrosivo para las latas sin un adecuado tratamiento.

ESPÁRRAGOS— ¡Lo que hay que oír! ¡Es indignante!

OBSESIONADO— Por favor, muchas gracias por vuestra visita, pero creo que ha llegado el momento de que os marchéis. No puedo hacer nada por vosotros y, además, Obsesión bien sabe que, aunque no esté físicamente conmigo, es posible que esté regularmente acompañándome psíquicamente. Aunque os diga adiós, en definitiva, seguiré estando de alguna manera con vosotros.

ESPÁRRAGOS— Ya, pero así no arreglarás nada. Obsesión nos trajo aquí diciendo que había un buen amigo que podría ayudarnos, y ya vemos que no sólo no eres un amigo sino que encima te dan igual los otros de tu especie. ¡Qué gente!

OBSESIÓN— Ya sabes, hombre obsesionado, que, aunque ahora me vaya siempre, te acompañaré y que, además, puedo ser más pesado cuando no estoy presente que cuando lo estoy.

OBSESIONADO— (Abriendo la puerta). Hasta la siguiente, pues seguro que habrá una siguiente, con o sin espárragos.

ANEXO 8

CONTENIDO DE LAS SESIONES DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

MANTENER LOS CAMBIOS

- Estar atentos a situaciones de estrés, no caer en viejos hábitos. Si se vuelve a tener problemas, es una ocasión para volver a practicar lo aprendido.
- Restablecer actividades deportivas y de ocio.
- Las pequeñas preocupaciones que siguen angustiando cada vez serán menos intensas si se continúa con la exposición y la firme decisión de no recurrir, ni caer en rituales mentales.
- Después de múltiples ensayos los viejos hábitos se cambiarán por nuevos hábitos automáticos.

TÉCNICAS DE CONSOLIDACIÓN

- Aprovechar cualquier ocasión para exponerse.
- Intentar evocar de vez en cuando pensamientos que solían angustiar, siendo consciente de no recurrir y modificando las creencias exageradas de responsabilidad.
- Estropear algo deliberadamente.