

## El tratamiento cognitivo-comportamental en un caso de neurosis obsesivo-compulsiva grave

Fco. Santolaya Ochando, M.<sup>a</sup> Angeles Tomás Bolos  
Psicólogos

Uno de los problemas conductuales más difíciles de controlar, tanto a nivel farmacológico como a nivel de intervención psicológica son los denominados trastornos «obsesivos compulsivos».

En el presente artículo se expone el caso de un paciente diagnosticado de «neurosis obsesivo compulsiva» y se describe la evolución del trastorno conforme se va efectuando la intervención psicológica.

### ESTUDIO DEL CASO

#### Historia del problema

El paciente P.A., varón, soltero, de 25 años de edad y con estudios de grado medio, es remitido a consulta tras haber recibido tratamiento farmacológico y psicológico en un centro de la Seguridad Social durante un año y medio aproximadamente. El diagnóstico es el de neurosis obsesivo compulsiva, con muy mal pronóstico.

P.A. relata que ha recibido distintos tipos de tratamiento farmacológico, sobre todo de tipo tranquilizante y ansiolítico (Tepacepan, Tranxilium, etc...), a altas dosis y que no le han hecho

efecto, que anda medio dormido y no consigue estar bien. Al llegar a consulta se niega totalmente a tomar ningún tipo de medicación.

Asimismo, relata que ha recibido durante 3 o 4 meses, aproximadamente, tratamiento psicológico en el cual debía, estando «... relajado imaginarse las situaciones...» (Desensibilización Sistemática) y posteriormente «imaginar que se enfrentaba adecuadamente a las situaciones problemáticas» (Refuerzo Positivo Encubierto).

Al referirse a sus síntomas, dice que él ha sido así «de toda la vida», desde pequeño ha sido un niño modelo: ordenado, limpio, etc...; pero desde hace 2 años y medio aproximadamente y coincidiendo con la compra de un coche nuevo, empezó a preocuparse de lo que hacía, ya que comprobaba muchas veces las cosas y estaba metido mucho tiempo en los servicios arreglándose, y por ello le resultaba imposible llegar puntualmente a las citas, el trabajo, etc...

#### Historia familiar

P.A. era el primogénito de una

familia de nivel sociocultural medio, compuesta por el padre, la madre y un hermano también varón. El padre, trabajador autónomo, es descrito como una persona terca, aunque bastante tolerante a partir de la enfermedad del hijo, que estaba muy unido al paciente cuando éste era pequeño.

La madre es descrita como «una persona que lo aguanta todo» y que se preocupa hasta la exasperación, estando actualmente más unido a ella, pues ésta le «anima», y «ayuda» mucho. El hermano tiene una personalidad totalmente opuesta a la del paciente «... ni de pequeño ni de mayor se le ha ocurrido hacer la cama», aunque en la actualidad es una persona responsable y apreciada por los demás, cosa que no es aceptada totalmente por el paciente.

#### Evaluación

Durante la evaluación, se le pasaron dos cuestionarios, un inventario y se realizó un Análisis Funcional del Problema; los cuestionarios pasados fueron el EPI y el STAI, las puntuaciones obtenidas en el EPI eran las si-

guientes: N-95%, E-10%, y S-99%; en el STAI, tenía una puntuación del 80%, en la AE y un 98%, en la AR. En el Inventario de Problemas Familiares aparecían como muy graves los hábitos personales.

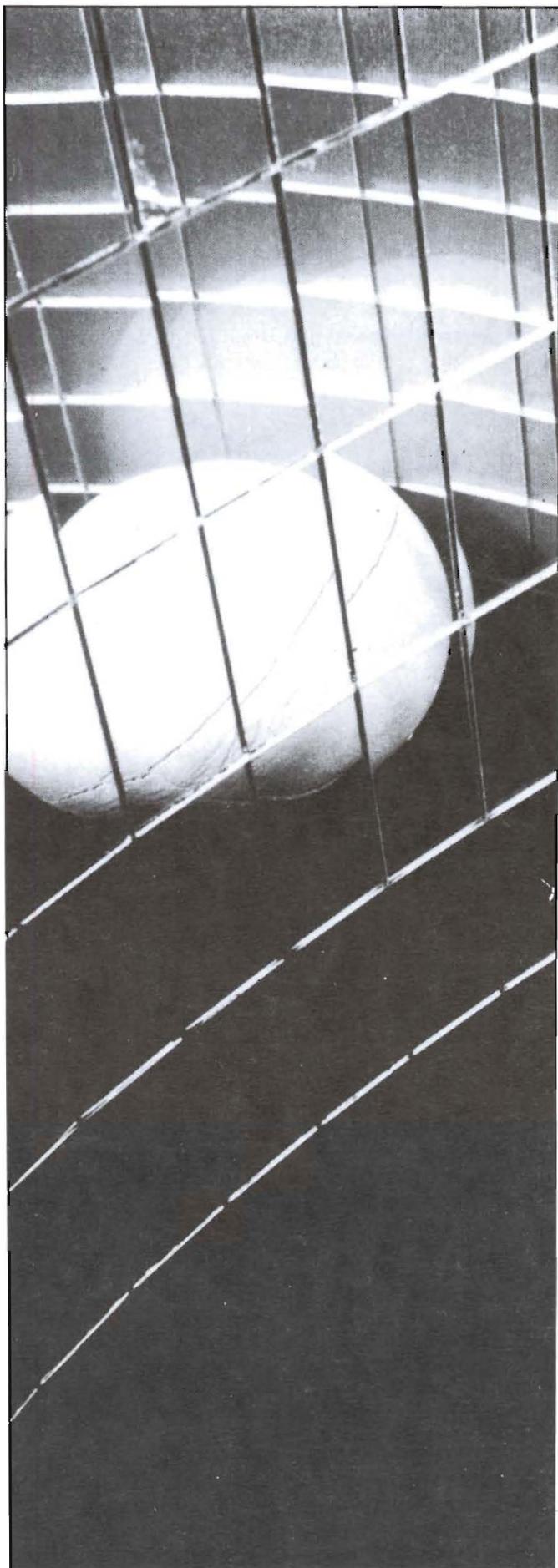
En el Análisis Funcional del Problema, se observan conductas, patológicas en tres grandes áreas; en el Área de la Limpieza se dan conductas patológicas relacionadas con el vestir, el defecar, ducharse, limpieza de coche, etc... Otra área donde se da la patología es en la Comprobación de Conductas, en esta área el paciente efectuaba conductas como mirar los grifos, limpiar las sillas y abrir o cerrar cajones, puertas, luces, etc... Otra área era la del Pensamiento, el paciente estaba pensando continuamente en las actividades que tenía que realizar durante el día «... repaso mentalmente todo lo que tengo que hacer...».

Al preguntarle qué opina sobre sus síntomas, el paciente no presenta una clara «conciencia de enfermedad» y afirma que estas conductas no le molestan, todo lo contrario, si no las realiza es cuando se encuentra mal, con ansiedad, nervios y agresividad;

TABLA I

Línea base Área limpieza	Área comprobación	Área pensamientos
(10) Limpiar ano con papel higiénico	(10) Repasar coche puertas/ventanas	(10) «Algo se me puede olvidar»
(06) Limpiar rincones wáter	(10) Abrir y cerrar cajones de casa	(10) «¿Estaré limpio?»
(04) Doblar ropa	(08) Repasar ropa limpia	(10) «¿Estará cerrada?»
(03) Limpiar las sillas	(07) Mirar las habitaciones	(10) «¿Estará en orden?»
	(07) Mirar las puertas	
	(07) Buscar cosas en los bolsillos	
	(04) Tocar y cerrar los grifos	

Conductas por áreas y niveles de intensidad (entre paréntesis).



**TABLA II**

	Area limpieza	Area comprobación	Area pensamiento
Intensidad.....	10	9	10
Duración.....	160-180 por día	10 cada vez que comprueba	Continua
Frecuencia.....	10-12 veces semana	10 veces por día	Más de 100 veces por día

Parámetros conductuales por áreas.

(tanto la familia como el paciente no cumplían lo acordado en el contrato de contingencias).

En la Terapia Familiar se intentó, tras clarificar expectativas y aportar un soporte teórico sobre la terapia y las bases de la comunicación, efectuar un entrenamiento en manejo de contingencias y en la resolución de las conductas problemáticas del paciente.

Con la terapia familiar y la aplicación de técnicas de Exposición Estimular y Prevención de Respuesta, se consiguió que su conducta se normalizara.

Las técnicas de prevención y exposición duraron 6 sesiones, en la tercera sesión el paciente había normalizado su conducta dentro del coche, en la quinta sesión lo había conseguido en casa y ... en la sexta sesión decide dejar el tratamiento, en contra de la opinión del terapeuta y marchar de vacaciones.

Durante las vacaciones estuvo asintomático totalmente, pero en cuanto éstas se acabaron y volvió a casa los síntomas reaparecieron, a la vez que aparecieron otras dos conductas problemáticas: la bebida y las salidas nocturnas.

Ante estos nuevos síntomas y su negativa a seguir con la terapia familiar, se le condiciona la asistencia a las sesiones con la normalización gradual de su vida (... empezar trabajando sólo 1 h. al día con su padre...), tras hablar con sus padres el paciente acepta el trato y a partir de ese momento los síntomas obsesivos van desapareciendo gradualmente en totalidad (el último registro de permanencia en el aseo es de 20 minutos); no obstante, mantiene las conductas de beber y las salidas nocturnas y no cumple el trato en cuanto a empezar paulatinamente a trabajar.

## Conclusiones

A pesar de que toda la sintomatología inicial del paciente es compatible con una neurosis obsesiva, aún más con una enfermedad obsesiva (véase la diferencia en Vallejo, 1984), y de que la historia familiar coincide con la relación establecida por Snowdon en cuanto a que las neurosis obsesivas aparecen en familias con un número pequeño de hijos y en el primogénito de ellos, nuestra opinión, tras observar la evolución del paciente, es que los síntomas son «excesos conductuales», destinados a manejar el ambiente familiar y que se mantienen por los resultados positivos que consigue; dichos síntomas van cambiando, ¿intencionadamente?, cuando dejan de ser efectivos y aparecen otros nuevos (p.e.: borracheras), los cuales le sirven para seguir controlando el ambiente familiar.

El desarrollo de este caso nos hace recordar la célebre frase de Montserrat-Esteve, citada por Vallejo (1984): para que un neurótico pueda alcanzar la curación es preciso que quiera, pueda y sepa hacerlo... en el presente caso el paciente con los programas terapéuticos sabía que podía curarse, pero no quería.

## BIBLIOGRAFIA

- MAYOR, J.; LABRADOR, F. J.: *Manual de Modificación de Conducta*. Ed. Alhambra, 1984.
- VALLEJO, J.; BULBENA, A., y al.: *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Ed. Salvat, 1984.
- VALLEJO RUILOBA, J. *Estados obsesivos*. Ed.: Salvat, 1987.

lo que le preocupa realmente es el tiempo que pierde en hacerlas y el no poder dejar de hacerlas cuando «quiere».

Las conductas patológicas, las realiza sobre todo estando en casa, lo cual le impide muchas veces ir a trabajar, pero asimismo le aparecen en la oficina, el coche o el cine.

Asimismo, refiere que andando por la calle muchas veces se queda parado durante «unos minutos» repasando mentalmente lo que tiene que hacer.

Un cuadro resumen de los síntomas e intensidad de los mismos se puede ver en las tablas 1 y 2.

Al explorar el nivel de actividad cotidiana del paciente, éste nos describe lo siguiente: «... me despierto sobre las 10 h., y mi madre me trae el desayuno a la cama; me pongo a leer y tomo el desayuno 1 h., aproximadamente más tarde. Me suelo levantar sobre el mediodía y me meto al cuarto de baño a arreglarme (ver línea base de tiempo de permanencia en el wáter), sobre las 17 o 18 h., me pongo a comer y ver la TV, más tarde si puedo voy a ver a los amigos o a la novia...».

## Tratamiento y resultados

Tras el análisis funcional del problema, se plantean unos objetivos a conseguir mediante el siguiente programa terapéutico:

- Reducción de las ideas maladaptativas de orden, limpieza y comprobación; para ello se utilizó un Análisis Socrático de las mismas, así como técnicas de Detención de Pensamiento.

- Creación de Autoinstrucciones adecuadas para el control de la ansiedad y de los pensamientos negativos.

- Adecuación y normalización del ambiente familiar, utilizando para ello un Contrato de Contingencias.

Asimismo, se intentó que el paciente empezara a tomar algún psicofármaco, dada la agresividad con que trataba a su familia.

Este programa terapéutico, que duró unas 30 sesiones aproximadamente, no consiguió grandes resultados, ya que el paciente seguía pensando (a pesar de analizar hasta la saciedad las conductas que realizaba) que lo que hacía no era nada «anormal», y por lo tanto, no empleaba las técnicas terapéuticas aprendidas.

Esta «tozudez» para comprender el problema que tenía nos hizo sospechar que el paciente estaba utilizando sus síntomas

para controlar completamente el ambiente familiar, hecho que se comprobó al comparar la Línea Base que habían realizado el paciente y la familia antes y después del tratamiento. En dichas gráficas se apreciaba una discrepancia bastante grande (véase gráficas A y B) entre las autoobservaciones del sujeto y las ob-

servaciones objetivas de la familia.

Por todo ello se realizó un programa terapéutico alternativo que constaba de las siguientes técnicas y objetivos, el cual se realizó en 15 sesiones:

- Adecuar la ingesta de fármacos a las necesidades del paciente (se introdujeron antide-

presivos y se consiguió que el paciente tomara las dosis prescritas por el psiquiatra).

- Eliminación de los rituales obsesivos, aquí se aplicaron técnicas de Exposición Estimular y Prevención de Respuesta.

- Se inició asimismo una Terapia Familiar, con el fin de lograr una mayor integración familiar

