

## TRATAMIENTO DE CONDUCTAS OBSESIVO-COMPULSIVAS EN TORNO AL CONTAGIO DEL SIDA

María Xesús Froján Parga<sup>1</sup>  
María Alonso Suárez

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

### RESUMEN

*En este trabajo se presenta el tratamiento de un sujeto que presentaba un problema obsesivo-compulsivo en torno al sida y su contagio. Se trata de un varón de 21 años que en el momento que realiza la demanda manifiesta una serie de conductas de evitación y rituales de limpieza encaminados a reducir la ansiedad manifestada ante situaciones o pensamientos relacionados con el sida, que le impiden llevar a cabo prácticamente cualquier actividad de la vida cotidiana. El análisis funcional nos indica la pertinencia del empleo de una técnica de exposición con prevención de respuesta. A pesar de producir una notable mejoría, es rechazada por el cliente después de varias sesiones de tratamiento. En un segundo momento de la intervención se decide introducir además una estrategia de discusión racional partiendo de la propia lógica del sujeto; es decir, encontrando con él una manera efectiva de eliminar el miedo a la posibilidad de contagio que tenían para él*

---

<sup>1</sup> Correspondencia: María Xesús Froján Parga. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid (España). Correo electrónico: mxesus.frojan@uam.es.

*díversos objetos y conductas, aunque dicha manera fuera absurda desde un punto de vista racional. Siguiendo este procedimiento de "lógica ilógica", junto con la exposición en vivo a los ítems generadores de ansiedad, se consiguieron eliminar por completo las conductas obsesivas y compulsivas y el sujeto empezó a desarrollar una vida totalmente adaptada y satisfactoria, resultados que se mantenían al cabo de cinco meses de seguimiento.*

**Palabras clave:** TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, EXPOSICIÓN, TERAPIA COGNITIVA

## SUMMARY

*In this work we present the treatment of obsessive-compulsive behaviors about aids and its infection. He was a twenty one years old male who at that moment presented evitacion behaviors and washing rituals to reduce anxiety in situations related with aids or thoughts about it. These behaviors didn't allow him to carry through any activity in his daily life. Functional analysis shows the pertinence of a exposure with response prevention technique, which produces an evident improvement but it is refused by the client after some weeks with treatment. In a second intervention moment, we decided to add a rational discussion strategy based on his own logic; this means, to find with him an effective way to eliminate the fear to infection associated with some objects and behaviors; following this "illogic logic" procedure, with exposure in vivo to anxiogenous ítems, it was possible the whole elimination of obsessive compulsive behaviors and the restore of a pleasant and adapted life. These results are maintained at the five months follow-up.*

**Key Words:** OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER, EXPOSURE, COGNITIVE THERAPY

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la CIE-10 (OMS, 1992), las obsesiones son ideas, impulsos o imágenes mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Por lo general se

perciben como desagradables, por lo que quien las padece suele intentar resistirse a ellas. El DSM IV (APA, 1994) hace especial hincapié en que las obsesiones no deben ser preocupaciones excesivas acerca de problemas reales e, igual que la CIE-10, resalta la necesidad de que el individuo las viva como algo desagradable contra lo que intenta resistirse. A diferencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad, que se presentan más en mujeres, el trastorno obsesivo-compulsivo lo presentan hombres y mujeres en una proporción similar. La edad de inicio suele ser anterior a los 40 años (Marks, 1987).

En general, el pensamiento obsesivo suele ir seguido de una conducta compulsiva (manifiesta o encubierta) encaminada a reducir el malestar generado por la obsesión. La relación entre obsesión y compulsión no está clara y, aunque lo más frecuente es que aparezcan unidas, en algunas ocasiones se presentan las obsesiones aisladas así como, aunque con menor frecuencia, también pueden aparecer compulsiones sin obsesiones que las precedan (Foa, Steketee y Ozarow, 1985; Hembree, Foa y Kozak, 1994). No existen diferencias en cuanto a forma y/o contenido de las obsesiones y las compulsiones entre la población "normal" y las poblaciones clínicas. De hecho, las diferencias son únicamente cuantitativas, en el sentido de que la obsesión se presenta menos frecuentemente y el grado de interferencia en la vida del individuo es menor.

Con base en el modelo cognitivo-conductual, se han elaborado diversas teorías explicativas del trastorno obsesivo compulsivo. La teoría bifactorial de Mowrer, (Mowrer, 1939; 1960) a pesar de que deja algunas cuestiones sin resolver en su explicación del trastorno, sigue siendo válida y la base de las técnicas de intervención que han resultado más eficaces hasta el momento actual. En síntesis, esta teoría sostiene que en la génesis del trastorno obsesivo-compulsivo se encuentran procesos de condicionamiento clásico, mientras que el mantenimiento del mismo ocurre por condicionamiento operante: los rituales funcionarían como respuestas de escape o evitación reductoras de la ansiedad.

Por su parte, Rachman (1977), considera que, además de procesos de condicionamiento, el trastorno obsesivo compulsivo también se puede generar por modelado o por transmisión de informa-

ción, además de destacar la importancia de variables de aprendizaje social en el proceso de desarrollo de las obsesiones.

Para finalizar este breve resumen, hay que citar las aportaciones de Salkovskis (1985, 1989), que introduce el concepto de "responsabilidad personal" para explicar el desarrollo de este trastorno: las obsesiones están relacionadas con la idea de poder ser responsable de un daño para uno mismo o para los demás. En este sentido el autor diferencia entre pensamientos automáticos negativos y obsesiones, en función de tres criterios: grado de accesibilidad a la conciencia, grado de intrusión percibido y, sobre todo, grado de consistencia con el sistema de creencias de la persona.

En cuanto al tratamiento de los problemas obsesivo-compulsivos, la técnica más utilizada y con mayor éxito terapéutico es la exposición con prevención de respuesta (Foa, Steketee y Ozarow, 1985; Marks, 1987; Echeburúa, 1992). El procedimiento consiste en la aproximación a los estímulos que provocan ansiedad impidiendo la evitación o escape del sujeto, de forma que estas conductas no se conviertan en la "señal de seguridad"; el individuo se ha de mantener ante el estímulo ansiógeno hasta que remita la ansiedad, por cualquiera de los procesos posibles: habituación, extinción y/o cambio de expectativas.

La exposición se puede llevar a cabo en imaginación, en vivo o autoexposición. El éxito es mayor con exposiciones en vivo, largas y repetidas, aumentándose el gradiente de la exposición de forma tan rápida como se tolere. Algunos autores opinan que es preferible utilizar la prevención de respuesta cuando los rituales son visibles y preferir la interrupción o parada de pensamiento para el tratamiento de las obsesiones sin rituales (o cuando los rituales son cognitivos o encubiertos) (Marks, 1987). En cualquier caso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo parece necesario dedicar algunos periodos de tiempo diarios a evocar las obsesiones de forma continuada así como localizar señales externas evocadoras de la obsesión y entonces mantener ésta hasta que la ansiedad disminuya por habituación. Además hay que impedir los rituales cognitivos dirigidos a reducir la ansiedad, ya sea por interrupción de pensamiento, distracción o cualquier otro medio (Steketee y Shapiro, 1993).

## 2. MÉTODO

### 2.1. Presentación del caso

J., de 21 años y estudiante de 1º de Historia del Arte, acude a consulta por un problema de miedo, que él mismo considera irracional, a contagiarse el SIDA. El problema comenzó hace 2 meses y el primer episodio ocurrió al beber de una lata con una mancha de cuya naturaleza empezó a dudar más tarde (“¿y sí era de sangre infectada?”). J. vive con su madre y sus dos hermanos (él es el pequeño). Su padre falleció hace 2 años. Tiene novia y sale frecuentemente con amigos los fines de semana. Cuando llega a consulta muestra un aspecto pálido, encogido, muy delgado y con las manos cerradas y escondidas en los puños del jersey en un intento, según el mismo explica, de no rozar con nada.

Sus temores principales son dos. Por un lado a las manchas, de las que procura alejarse; y por otro lado a contagiar a los demás dado que piensa que puede estar contagiado. Tiene permanentes dudas acerca de si tocó algo ‘peligroso’, por lo que se lava muy frecuentemente (2 veces por hora) y durante unos 5 minutos cada vez, como consecuencia de lo cual tiene las manos completamente despellejadas. También ha incrementado la duración de las duchas (más de una hora) y la frecuencia de lavado de la ropa (nunca repite una prenda al día siguiente, etc.) Además de evitar las manchas evita cualquier cosa que alguna vez hubiese tocado con las manos “sucias” (interruptores de la luz, apuntes de clase, grifos, muebles de la casa, etc.) y se mueve por la casa como un fantasma, intentando no rozar nada. También evita actividades en las que pudiese encontrarse con sangre o manchas (lavarse los dientes, afeitarse, peinarse, estudiar con apuntes en los que vio una mancha, etc.) o actividades en las que él pudiera ser una fuente de contagio para los demás (dejar el cepillo de dientes en el mismo bote que los hermanos, usar la misma toalla que sus hermanos, usar el teléfono sin lavarse las manos, etc.). No realiza ni ha realizado ninguna conducta de riesgo de contagio de SIDA, de acuerdo con las especificaciones de la OMS.

La forma de tranquilizarse (además de lavándose y evitando ‘peligros’) es buscar constantemente confirmación en los demás de

que no hubo ningún peligro en lo que hizo. En casa le ayudan avisándole de las manchas, lavándole la ropa, cambiándole dinero 'viejo' por 'nuevo', encendiendo los interruptores por él, tranquilizándole sobre si tocó algo o no, etc. Por otra parte, la familia y la novia acceden a lavarse las manos cuando él se lo pide. Reconoce que en casa empiezan a hartarse. La novia al principio no le hacía caso pero ahora prefiere ceder para que se tranquilice y no se enfade.

En estos momentos ha dejado de estudiar por no tocar los apuntes. No va a clase normalmente y en las pocas ocasiones en las que va ocurre que se vuelve antes a casa para poder lavarse si tocó algo. Sale menos los fines de semana y en los momentos que peor se ha encontrado dejó de salir totalmente (ocurrió dos fines de semana); reconoce que si sale y bebe alcohol se olvida de las manchas. Sin embargo, al día siguiente lo pasa peor pensando en lo que pudo haber hecho o tocado.

Hasta cierto punto, reconoce que su miedo puede ser irracional, pero siempre encuentra una posibilidad que admita que sus temores se pueden hacer realidad. Busca información y se documenta ampliamente sobre el SIDA y sus formas de contagio (médicos, asociaciones anti-SIDA, libros, etc.). Encuentra que siempre queda la posibilidad de que se haya contagiado. Por otro lado, no se hace la prueba porque no le daría información sobre si se ha contagiado en los últimos tres meses (ya que le han dicho que durante los primeros tres meses desde el momento del contagio no existe prueba que detecte la presencia de anticuerpos); por ello vive en una inseguridad permanente sobre si se habrá o no contagiado, imposible de eliminar con ningún análisis.

## 2.2. Evaluación

La evaluación es continuada a lo largo de todo el proceso de la terapia, que se prolongó durante veinte sesiones más cinco de seguimiento. De esta forma se van reajustando los cambios en el tratamiento a medida que se detectan progresos o retrocesos.

*Entrevistas.* La entrevista ha constituido el principal instrumento de evaluación. Además de las entrevistas con J., se han llevado a cabo entrevistas con uno de los hermanos, con la madre y con la

novia. A estas entrevistas se dedicaba parte de la sesión. Las entrevistas con estos últimos han tenido varios objetivos:

1. Confirmar los datos obtenidos en las entrevistas con J.
2. Explicar el análisis funcional, los fundamentos del tratamiento.
3. Obtener su colaboración como coterapeutas. Un hermano tuvo el papel más activo y colaboró como coterapeuta en la terapia de exposición.
4. Obtener información acerca de los avances de J.

Con el hermano se han llevado a cabo entrevistas en las sesiones 3, 4, 6, 13, 14, 15, 16, 18, 20 y 23 con la madre en las sesiones 3, 6 y 21, y con la novia en las sesiones 4, 7, 15, 19 y 24.

*Autoinformes.* Se le pidió que rellenara la historia clínica y el 'Inventario de Indicadores Psicofisiológicos' (Cautela y Upper, 1976). Los datos de éste último ponen de manifiesto que las respuestas de ansiedad a nivel fisiológico son escasas. Afirma que para reducir la tensión se lava las manos, busca confirmación, llora y lava lo que ha tocado.

*Autorregistros.* Únicamente se evaluó mediante autoobservación entre la primera y segunda sesión. Se eliminaron los autorregistros por la elevada ansiedad que producía en J. la constante autoobservación de sus pensamientos obsesivos y rituales. Únicamente rellenó el autorregistro durante 2 días. El tercer día llama a la clínica y pide adelantar la cita a ese mismo día porque se encuentra fatal. En el autorregistro aparecen algunos datos interesantes. Busca constantemente confirmación de que no pasa nada, verbaliza en alto todo lo que cree que puede ir mal, pide consejos y soluciones a su problema, etc. Avisa a quien esté con él de lo que ha hecho y de que puede contagiarles; les pide que se laven. Los demás le tranquilizan. Aparecen pensamientos acerca de: si habrá tocado o no una mancha, que tiene las manos sucias, que seguramente la mancha que ha tocado es de sangre, que ya ni lavarse le sirve para tranquilizarse, que va a contagiar a los demás. Otros pensamientos frecuentes manifiestan su preocupación porque el problema no tenga solución o por estar agobiando a los demás. Por último, se refleja en el autorregistro un aspecto que también más adelante se confirmará en las entrevistas y es el hecho de que uno de los momentos en los que se siente más triste, agobiado, deses-

peranzado y con ganas de llorar es cuando reflexiona en solitario sobre lo que pudo haber hecho mal a lo largo del día.

### 2.3. Hipótesis histórica y análisis funcional

Con la información recogida en la 1ª y 2ª sesión se elabora la hipótesis histórica sobre la aparición del problema y el análisis funcional, que se explica en la 3ª sesión tanto a la madre y al hermano como a J.

**Datos de la historia:** la familia relata que a los 11 años se clavó un clavo en una zapatilla que se negó a volver a ponerse. J. no da importancia a ese episodio. Otro episodio más próximo (hace unos 6 meses) es una obsesión con un problema cardíaco que comenzó tras un día de resaca en el que tuvo palpitaciones. Acudió a médicos y psicólogos. Finalmente se le pasó cuando comenzó a hacer deporte gradualmente y vio que no pasaba nada (es decir, no se moría de un infarto). El primer episodio del problema actual ocurrió hace algo más de dos meses, cuando bebió de una lata que tenía una mancha. Horas más tarde comenzó a preocuparse por si fuese sangre contaminada de SIDA y se iniciaron las conductas de evitación ante determinados estímulos (manchas, suciedad) que se convirtieron en ansiógenos para J..

Por lo que respecta al momento actual, las variables que constituyen el problema son las siguientes:

*Antecedentes:*

- Externos: ver manchas, tocar algo que haya podido estar en contacto con una mancha, que alguien le toque a él o toque algo que él haya tocado.
- Internos: dudar sobre si se lavó bien, pensar que sus manos están sucias, pensar que alguien le ha tocado estando sucio, pensar que alguien ha tocado algo que él tocó, pensar que está transmitiendo la enfermedad a los demás.

*Características generales del sujeto y su contexto:*

21 años. Estudiante de 1º de Ciencias Políticas. Mal estudiante hasta su entrada en la universidad. Actualmente tiene problemas en los estudios por el problema obsesivo.

Vive con su madre y 2 hermanos. El padre murió hace 2 años.



Hermano: tiene su propia teoría del problema y cree que J. está mal y que cuando desaparezca esta obsesión aparecerá otra. La opinión de este hermano es muy valorada en casa. El otro hermano será el que colabore como coterapeuta a lo largo de toda la terapia.

Madre: se siente culpable por haber sido escasamente protectora con sus hijos. Ahora lo es mucho con J.

*Respuesta:*

Fisiológica: no manifiesta altos niveles de ansiedad a nivel fisiológico. En los momentos de mayores dudas acerca de si actúo bien es cuando más angustia siente y llora.

Cognitiva:

- Pensamientos obsesivos: acerca de que se va contagiar de SIDA, de que va a contagiar a los demás, dudas constantes acerca de si tocó algo o no, de si se lavó bien o no.
- Otros pensamientos: miedo a volverse loco, pensamientos de culpa por estar amargando la vida a los de alrededor.

Motora

- Evitación pasiva: de situaciones en las que pueda tocar manchas. Por ejemplo, no estudia por no tocar los apuntes, no se lava los dientes ni se afeita por si sangra, no se pone abrigos porque no los puede lavar a diario, no lleva consigo ni las llaves ni el abono del transporte, no se pone determinados zapatos con los que pisó una mancha, etc.
- Evitación activa:
  - limpieza: lavado frecuente de manos, elección cuidadosa y lavado diario de la ropa, larga duración de la ducha.
  - Confirmación: busca que le tranquilicen preguntando constantemente si lo ha hecho bien, si la mancha que ha tocado es o no de sangre, si habrá podido contagiarse, etc.

*Consecuencias:*

REFUERZO NEGATIVO: reducción de la ansiedad (tras la realización de los rituales de limpieza y confirmación, y las conductas de apoyo de la familia)

REFUERZO POSITIVO: conductas de apoyo de la familia y de la novia (le avisan de las manchas, le lavan la ropa, le tranquilizan, se lavan las manos cuando él lo pide, le dan consejos sobre cómo lavarse mejor, encienden por él los interruptores, le abren los grifos, etc.)

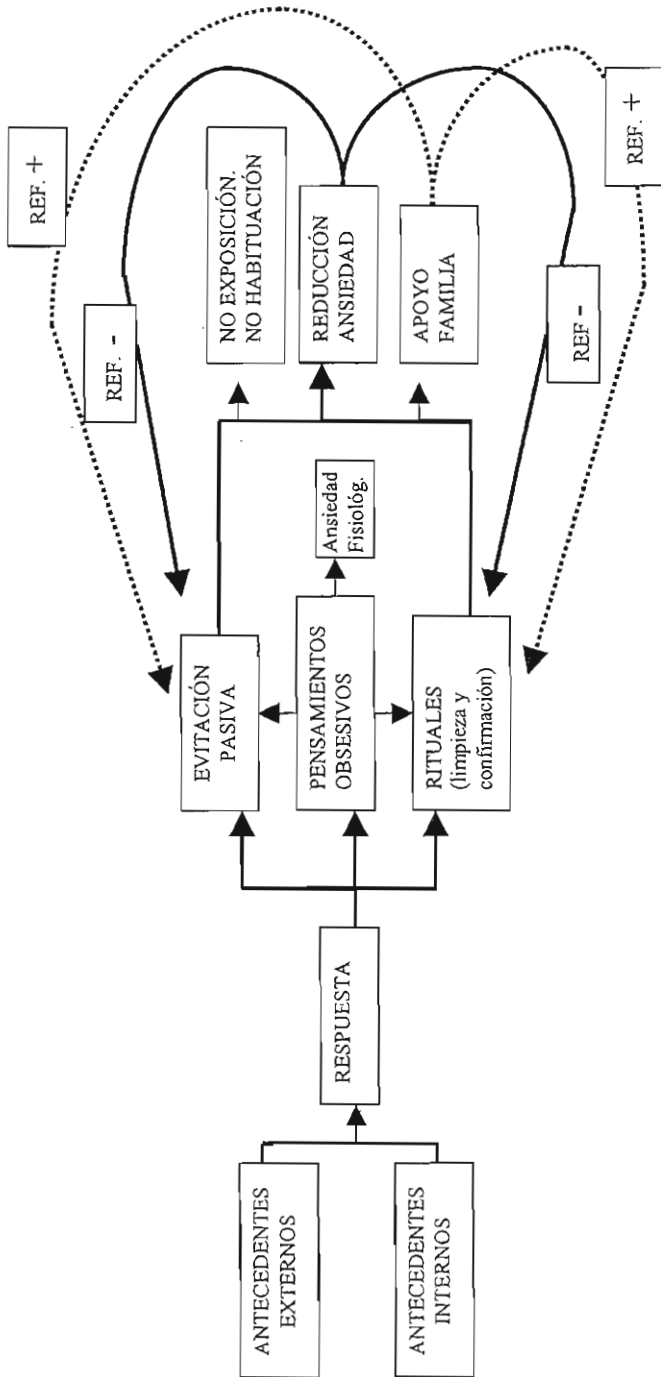


Figura 1.- Análisis funcional

**CONSECUENCIAS NEGATIVAS:** insatisfacción, malestar; manos completamente despellejadas; reducción de refuerzos por la paulatina reducción de actividades. Son las que le hacen decidirse por acudir a terapia.

La hipótesis de mantenimiento de la conducta compulsiva (análisis funcional, figura 1) se podría resumir como sigue: la evitación pasiva y los rituales de limpieza y confirmación están reforzados negativamente por la reducción de la ansiedad que conllevan. Esta ansiedad se inicia por los antecedentes internos (dudas, pensamientos de que tocó algo sucio o de que le han tocado, pensamientos de estar contagiado y estar contagiando, etc.) y por los antecedentes externos (ver manchas, tocar algo 'peligroso', etc.). Por otra parte, la no exposición a las situaciones lleva a que no pueda producirse habituación de la ansiedad. Por último, el apoyo de la familia y su respuesta a la búsqueda de confirmación contribuyen a la reducción de la ansiedad y, por tanto, al mantenimiento de estos rituales. El papel de la familia no se limita a colaborar en la reducción de la ansiedad (refuerzo negativo) sino que su atención constituye un refuerzo positivo en sí mismo.

## 2.3. Tratamiento

### 1. *Explicación del análisis funcional*

El objetivo de la 3ª sesión es la explicación del análisis funcional; a ella acuden la madre, el hermano que va a colaborar con nosotros y J.. En primer lugar hablamos con el hermano y la madre y les explicamos la situación. Por un lado, se discuten las creencias que ambos tienen acerca del problema de J. Por otro lado, se explican las bases de la terapia conductual, el desarrollo de las obsesiones y el análisis funcional del caso. El objetivo fundamental es que comprendan los fundamentos sobre los que se asienta el tratamiento, instruirles sobre las pautas de conducta que ellos deben abandonar para que el tratamiento progrese y sobre los aspectos de la conducta de J. que deben extinguir o reforzar.

A continuación, a solas con J., le explicamos el análisis funcional. Con el fin de asegurarnos de que lo comprende, le pedimos que nos

lo vuelva a explicar a nosotros. Se insiste sobre todo en que para solucionar el problema ha de dejar de evitar las situaciones temidas y enfrentarse a ellas.

**Tabla 1.- Situaciones, conductas y objetos que evita**

- |   |
|---|
| 1. Manchas  |
| 2.1. Afeitarme  |
| 2.2. Lavarme los dientes                                    |
| 2.3. Mis heridas  |
| 2.4. Zapatos  |
| 2.5. Ropa que utilizo                                       |
| 2.6. Abono transporte, carnet                               |
| 2.7. Gafas  |
| 2.8. Llaves   |
| 2.9. Dinero, mi hucha                                       |
| 2.10. Baños públicos  |
| 2.11. Tocar a alguien o dar la mano si no me siento limpio. |
| 3.1. Teléfonos  |
| 3.2. Pasamanos  |
| 3.3. Picaportes y manillas                                  |
| 3.4. Pañuelos   |
| 3.5. Suelo, alfombras                                       |
| 3.6. Mi cama, pijama  |
| 3.7. Mis pies   |
| 3.8. Suelo, alfombras                                       |
| 3.9. Lavabo   |
| 3.10. Grifos  |
| 3.11. Mi reloj.   |
| 3.12. Toallas   |
| 3.13. Cubo basura   |
| 4.1. Apuntes, papel, bolis                                  |
| 4.2. Carpetas, libros                                       |
| 4.3. Mochila  |
| 4.4. Servilleta   |
| 4.5. Interruptores  |
| 4.6. Mesas  |
| 4.7. Sillas, sofás  |
| 5.1. Lámpara  |
| 5.2. Vasos, cubiertos, ...                                  |
| 6.1. Gente rara   |
| 6.2. Revistas, periódicos, libros                           |

## **2. Terapia de exposición con prevención de rituales**

*Establecimiento de jerarquía de exposición.* En la 2º sesión se analizan cuáles son las situaciones que evita. Como tarea para casa entre la 2º y la 3ª sesión trae todas esas situaciones jerarquizadas (tabla 1) desde el 1 (máxima ansiedad) al 6 (ansiedad mínima);

dentro de cada categoría existen diversas situaciones (por ejemplo 2.1, 2.2, etc.) que pueden ser más o menos ansiógenas en función de las situaciones concretas (pero siempre dentro de la misma categoría, en el ejemplo la 2). Otras situaciones que nunca le han pasado pero que le producirían miedo serían: ver sangrar a alguien o ver y/o pisar jeringuillas, preservativos. Otras situaciones que no siempre le producen ansiedad son: beber de una lata y hacerse una herida.

### **3. Problemas surgidos en los primeros momentos de terapia**

Desde la sesión 3ª a la 8ª comienza una primera fase de la terapia de exposición con prevención de rituales. Principalmente consiste en tareas graduales de exposición (por ejemplo, cambiarse de ropa día sí día no sin lavarla) y de prevención de rituales (por ejemplo, reducir la frecuencia de lavado de manos y apuntar cada vez que quiere preguntar algo (reasegurarse) y no lo hace). Por otro lado, se instruye a la familia y a la novia en extinción de esas búsquedas de confirmación. Se informa a J. de que esto va a ser así y lo acepta. Se advierte del posible incremento de ansiedad que esto puede conllevar.

Una vez comenzada esta estrategia aparece una serie de cambios en la conducta de J. que llevan a que, por iniciativa del psicólogo, abandone el tratamiento en la sesión 8ª y vuelva por iniciativa propia a los dos días (sesión 9ª). Estos son los cambios observados:

*Aparecen mejorías que son confirmadas por la familia (por ejemplo, ya no tiene las manos despellejadas, se lava menos, sale más, etc.) e incluso por los registros que él mismo hace. En la figura 2 se puede observar la gráfica realizada por J. del tiempo que permanece en la ducha, en la que se aprecia una reducción de 20 a 14 minutos durante la sexta semana de intervención (en las semanas anteriores había pasado de 60 a 20 minutos, pero no hizo el gráfico).*

*J. no acepta que esté mejorando la mayoría de las veces aunque reconoce que sale más y ha sido capaz de divertirse. Afirma que sus cambios son superficiales.*

*Aparece otro problema obsesivo que hasta ese momento no había aparecido: miedo a dejar "embarazados" a los de su alrededor,*

principalmente a la novia aunque también a su madre e incluso a sus hermanos. Sus relaciones sexuales no son frecuentes, aunque por causas ajenas a la obsesión. Por tanto, dejaría embarazado a alguien si le toca después de, por ejemplo, meterse las manos en los bolsillos delanteros (porque afirma que eyacula con frecuencia por la noche y pueden quedar restos). En este punto, dado que esta idea es absolutamente irracional, intentamos entablar una discusión que concluya en la evidencia de lo absurdo de su idea; y si bien admite que es un hecho imposible que su hermano varón se quede embarazado porque él le toca (aunque tuviese las manos manchadas de semen), dice no sentir la misma seguridad respecto a una mujer.

En una entrevista con la madre y el hermano se plantea el hecho de que utilice la obsesión como una llamada de atención. En unas ocasiones controla su ansiedad y se expone y en otras no lo hace.

En la 8ª sesión llega con la intención de que el psicólogo le diga que su problema no tiene solución. Insiste en que no hay nada que se pueda hacer y que no hay mejoras, cuando estas son evidentes para la familia y en términos objetivos.

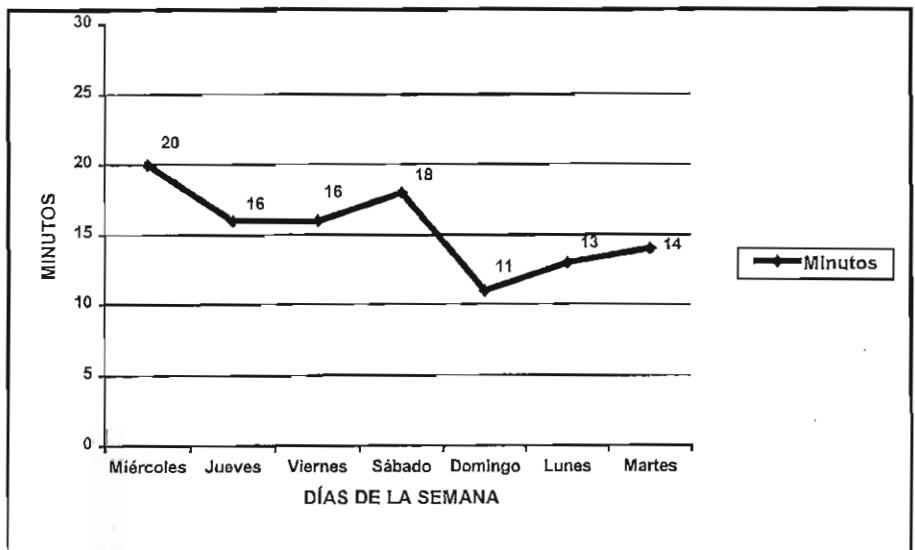


Figura 2.- Tiempo empleado en la ducha durante la sexta semana de intervención

Tabla 2.- Listado de cosas que no hace y le gustaría hacer

| ÍTEMS PARA LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN: "COSAS QUE NO HAGO Y ME GUSTARÍA HACER".*             |   |
|--|---|
| Me tengo que duchar por las mañanas (antes me duchaba por las noches).                     | Me cuesta mucho dar la mano a la gente  |
| No puedo llevar reloj  | Encender los interruptores de mi casa con las manos   |
| Ni gafas de sol; tengo muchos problemas para usar las gafas normales (de ver)              | Tocar manecillas de las puertas con las manos   |
| Ni ninguna cosa en los bolsillos delanteros  | Me cuesta mucho limpiarme los mocos   |
| No puedo utilizar mis apuntes  | Ponerme los calcetines  |
| Ni leer libros, ni tocar discos que tengo, ni cintas, ni revistas, ni apuntes, periódicos. | Echarme colonia   |
| No como con pan (bocadillos en la calle, etc.)   | Ni tocar mi hucha ni mi dinero  |
| No puedo utilizar mis llaves sin lavarme las manos después (no puedo echar el cerrojo)     | Me cuesta mucho utilizar los teléfonos públicos   |
| Ni jugar al baloncesto   | Peñar fruta o cortar algo que vaya a comer más gente además de mí   |
| Ni irme a correr por la tarde (porque me tengo que duchar otra vez)                        | No puedo sentarme en mi cama si no es con el pijama   |
| No me puedo sentar en el suelo de mi cuarto, ni en salón                                   | Con el pijama puesto no me puedo sentar más que en mi cama  |
| Me cuesta mucho compartir una bebida   | Ni utilizar el 'walkman' ni llevar libros por la calle  |
| No como entre horas (patatas fritas, aceitunas...)   | Ni escribir cartas  |
| No me puedo sentar en las sillas de mi cuarto ni utilizar la mesa                          | Me cuesta mucho sentarme en un banco, apoyarme en la pared, escaparate, sentarme en unas escaleras, sentarme en la parada del autobús |
| No puedo recoger nada del suelo  | No puedo comprarme unos pantalones (en general ropa)  |
| Me cuesta hacer pis fuera de casa  | Ni tomar una lata de Coca-Cola sacada de una máquina  |
| No puedo ponerme varias zapatillas   | No me peino   |

\* Posteriormente estos ítems se clasificarán en función de que ocurran en la calle o en casa, y se jerarquizarán.

A la vista de esta situación, se le insiste en que abandone el tratamiento, puesto que nuestra ayuda no puede ser otra distinta de la que le estamos dando: se están produciendo cambios positivos objetivos que él es incapaz de apreciar, lo cual confirma nuestra hipótesis de trabajo y el plan de tratamiento; frente a esto, J. insiste en que le digamos que no tiene solución, así que le indicamos que, puesto que nuestra actuación no le satisface, lo mejor es interrumpir el tratamiento y facilitarle, si quiere, el contacto con otro profesional.

Dos días más tarde vuelve a terapia (sesión 9ª) con una actitud completamente distinta. Retomamos el análisis funcional, lo volvemos a discutir y se muestra de acuerdo en continuar trabajando de la forma que lo habíamos planteado (incluyendo además los pensamientos y conductas de evitación en torno al embarazo). Insistimos en el hecho de que para mejorar habrá de enfrentarse a la situación y pasar por momentos de mayor malestar. También lo acepta. Plantea que su objetivo principal es volver a la vida normal, hacer las cosas que antes hacía y que ahora no puede hacer. Se realiza una nueva lista de ítems siguiendo ese criterio: cosas que no hace y que le gustaría hacer (tabla 2). Así, comienza en este punto de nuevo la terapia de exposición con prevención de rituales que constará de varios aspectos:

1. Entrenamiento en técnicas para afrontar los pensamientos ansiógenos
2. Exposición gradual en vivo, con dos vertientes:
  - Exposición en vivo con coterapeuta del centro para ítems de la calle.
  - Exposición en vivo con coterapeuta (hermano) para ítems de casa.
3. Prevención de rituales.

*1. Entrenamiento en técnicas para afrontar los pensamientos ansiógenos.*

Entre la sesión 9ª y la 10ª se le enseñan tres técnicas para afrontar los pensamientos ansiógenos que puedan surgir durante la exposición o en cualquier otro momento:

- respiración,
- parada de pensamiento y
- racionalización.



El objetivo es que sea capaz de enfrentarse, por un lado, a las tareas de exposición y prevención de rituales que se reinician desde la 10ª sesión y, por otro, a las situaciones en que al llegar a casa o por la noche comienza a dudar de si lo que hizo está bien, sin tener que preguntar a las personas relevantes sobre el peligro derivado de sus conductas.

## 2. Exposición gradual en vivo

- *Con coterapeuta del centro para ítems de la calle.* Se realiza una jerarquía con aquellos ítems que se presentan cuando J. está fuera de casa (tabla 3), combinando conductas que se realizan en la calle con ropa y objetos que J. traería desde casa. En las dos semanas siguientes (entre la sesión 11ª y la 13ª) se realizan sesiones diarias de una hora de exposición a los ítems de la jerarquía. Además de avanzar en orden de dificultad creciente de los ítems se avanza en el siguiente sentido: 1º con modelado y coterapeuta observando cómo lleva a cabo tareas, 2º sin modelado pero coterapeuta presente mientras J. realiza la tarea y 3ª sin modelado y coterapeuta esperando en otro sitio mientras J. realiza la tarea en solitario.

Tabla 3.- Listado de ítems para la exposición fuera de casa

| CONDUCTAS A REALIZAR EN LA CALLE                      | PRENDAS DE VESTIR QUE TRAE DESDE CASA |
|---|---------------------------------------|
| 1. Sentarse en escaleras, bancos, parada bus,...      | Llevar puesto reloj                   |
| 2. Comer cosas con las manos (patatas, bocadillos...) | Llevar gafas de sol                   |
| 3. Dar la mano  | Ponerse botas 'prohibidas'            |
| 4. Tocar barras de autobús y metro                    | Repetir la ropa del día anterior      |
| 5. Orinar fuera de casa                               |                                       |

Avanza rápidamente por todos los ítems y sin manifestar ninguna muestra de ansiedad desde el primer momento. No necesita usar la respiración pero sí recurre adecuadamente a la parada de pensamiento y la racionalización. Al finalizar la exposición a la jerarquía, J. afirma que realiza todos los ítems en su vida diaria en ausencia del psicólogo. Su novia confirma esto último y comenta que en la calle ya no evita nada y funciona con normalidad.

- *Con coterapeuta (hermano de J.) para ítems de casa (tabla 4).* Para J. la casa es un lugar limpio. Siempre que llega a casa se quita la ropa 'contaminada' de la calle y se lava antes de tocar nada. Resulta paradójico que realice consigo mismo estos rituales para prevenirse de contagios futuros y de contaminar cosas de la casa y que no lo haga con sus hermanos. Es decir, no le preocupa que sus hermanos y su madre entren y salgan de casa sin tomar precauciones para no 'contaminar' los muebles, interruptores, grifos, etc. También resulta paradójico que considere que no todas las cosas están contaminadas a pesar de haberlas tocado sin lavarse al llegar de casa. Algunos muebles adquirieron la cualidad de posibles fuentes de contagio mientras que otros no.

En este momento de la terapia vuelve a manifestarse que la atención que recibe de los demás es un aspecto importante. Sobre todo porque la manera en que debe llevarse a cabo la exposición viene determinada por el mantenimiento de la atención constante por parte del hermano para que J. realice las tareas. Además, en una ocasión se enfada porque el otro hermano no le pregunta cómo está. Por otro lado, siguen apareciendo pequeñas muestras de resistencia al cambio a pesar de que en general está avanzando rápidamente y se encuentra satisfecho. Ejemplo de esto último es que siempre 'se deja' algún ítem sin realizar o que realiza el ítem dependiendo de la situación: no es capaz de llevar sus llaves a sesión pero sí cuando sale de copas porque no tiene "más remedio".

La exposición a los ítems de casa (tabla 4) se realiza siempre con uno de los hermanos: éste actúa primero de modelo tocando el objeto en concreto y después lo hace J. En la primera fase no se le impide a J. que realice preguntas ni que su hermano confirme que "no pasa nada". Si se sigue ese criterio es bajo la hipótesis de que la atención, a pesar de haber funcionado hasta ahora como reforzador negativo de los rituales al reducir la ansiedad, paradójicamente

camente ha de utilizarse en este punto como reforzador positivo de la conducta de exposición. Posteriormente, una vez afrontados todos los ítems y estabilizada la conducta de J., se procederá a retirar paulatinamente la atención. Esto se realizará enseñando a J. a controlar las veces que pregunta y busca confirmación y además J. deberá realizar solo las tareas de exposición.

**Tabla 4.- Jerarquía de ítems para la exposición en casa (tocar, usar, coger, sentarse en...)**

1. Abrir grifos, encender interruptores de la luz, encender calentador agua
2. Librerías, armarios y algún mueble (de los que considero fáciles)
3. Coger el jabón si se me cae en la ducha o lavabo
4. Coger la toalla de manos por los picos
5. Libros de los que considero fáciles, tocar la silla del comedor con las manos
6. Librerías, armarios y algún mueble de los que considero más difíciles
7. Coger libros, el aparato de música, algunas cintas y CDs de los fáciles
8. Algunos papeles
9. Coger muchas cosas más (adornos de la estantería, fotos..)
10. Sentarme en la silla de mi cuarto, en los sillones del salón
11. Manillas de las puertas
12. Recoger cosas del suelo
13. Uso de los teléfonos
14. Llaves
15. Tocar mi hucha
16. Sentarme con el pijama puesto en otro sitio que no sea la cama
17. Bañarme en la bañera
18. Otros muebles y librerías más difíciles
19. El aparato de música, algunas cintas y CDs difíciles
20. Colocar cepillos de dientes en el mismo bote que mis hermanos, utilizar la misma pasta de dientes, utilizar la misma toalla que mis hermanos

Las tareas de exposición en casa se realizan con cada ítem y basta con un solo ensayo (durante el cual J. no muestra ninguna ansiedad a nivel fisiológico), para que ese objeto ya esté 'descontaminado'. Una vez que se ha llevado a cabo la sesión de exposición J. ya puede tocar ese objeto siempre que lo necesite y sin ningún problema. Incluso viniendo de la calle con las manos sucias ni se plantea el hecho de que pueda volver a 'contaminarlo'.

### 3. *Prevención de rituales*

- *Prevención de rituales durante las tareas de exposición en vivo.* Durante las sesiones de exposición en la calle no se permitía que J. lavase sus manos inmediatamente después, como forma de impedir la reducción de ansiedad a través del ritual de lavado de manos. También durante las sesiones se extinguían las conductas de búsqueda de confirmación (reaseguración) sobre lo inocuo de su comportamiento y se reforzaba la racionalización. En cuanto a las sesiones de exposición en casa en un principio se llevaron a cabo con las manos lavadas y permitiendo la confirmación, en segundo lugar debía exponerse sin lavarse las manos antes y, por último, se eliminaba la confirmación.

- *Tareas para casa de reducción gradual de los rituales.* Se establecen cuatro tipos de tarea:

1) Reducir la frecuencia y duración de los lavados de manos; desde las primeras sesiones una de las tareas para casa fue la reducción gradual del lavado de manos. En muy pocas sesiones (cuatro) sus manos adquirieron un aspecto normal (sin descamación).

2) Reducir la duración de las duchas, que podían prolongarse hasta 1 hora. Esto era así porque repetía una secuencia de lavado durante muchas veces y siempre en el mismo orden (manos – brazos – cabeza – tronco – piernas...; ver tabla 5). En primer lugar, la tarea para casa fue reducir la duración de las duchas, tarea que ya había comenzado entre la sesión 7ª y 8ª, cuando se interrumpió la terapia (ver figura 2). A pesar de los buenos resultados que estaba obteniendo, tal como se comentó en su momento, J. se mostraba claramente insatisfecho con el desarrollo de la terapia, por lo cual modificamos la estrategia; posteriormente se dio a elegir a J. entre dos posibilidades para reducir la duración de las duchas: reducir el número de repeticiones de la secuencia de lavado o eliminar alguno de los elementos de las secuencias. Eligió la primera opción.

3) Reducir la frecuencia de lavado de la ropa; la tarea fue que repitiese la ropa de calle durante varios días antes de lavarla. Esta tarea comenzó a la vez que las tareas de exposición en la calle de forma que el coterapeuta del centro pudiese controlar su cumplimiento.

**Tabla 5.- Secuencia seguida por J. en sus duchas**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me desnudo en mi cuarto</li> <li>1. Me voy al cuarto de baño</li> <li>2. Me lavo los dientes</li> <li>3. Cierro la cortina cogiéndola por una zona determinada</li> <li>4. Me ducho de arriba abajo hasta las rodillas (siguiendo la secuencia comentada)</li> <li>5. No utilizo champú al lavarme el pelo sino jabón normal (más espuma = limpia más)</li> <li>6. Abro la cortina cogiéndola por una zona determinada diferente a la que toco para cerrarla</li> <li>7. Cierro y abro el grifo con el pie</li> <li>8. Me seco hasta las rodillas de arriba abajo</li> <li>9. Me visto en mi cuarto</li> </ol> |
|--|

4) Reducir la frecuencia de las conductas de confirmación. Esta tarea se convierte en una de las más importantes una vez que la exposición a los ítems para casa ya está prácticamente dominada. Así, debe realizar las tareas de exposición sin preguntar nada ni manifestar sus dudas acerca de si es 'peligroso' realizarlas. Todos los miembros de la familia deberán contestar cada vez que J. pregunte (durante las tareas y en la vida cotidiana): "tú ya sabes la respuesta".

### 3. *Terapia cognitiva*

Se lleva a cabo durante las sesiones y consiste fundamentalmente en una discusión racional de pensamientos distorsionados de J. El objetivo principal es reducir la resistencia a la exposición como vía para resolver el problema. Durante la terapia ha habido tres estrategias distintas en esta discusión racional.

1º. En una primera fase (hasta la sesión 8ª, cuando se interrumpe el tratamiento) trataba de ponerse en evidencia lo absurdo y carente de lógica de su razonamiento. El objetivo era hacer que sus argumentos se tambalearan para que las prevenciones no se mantuviesen. Por ejemplo, se le mostraba lo ilógico de algunos de sus rituales para prevenirse (ej., "tú contaminas tu casa al llegar de la calle pero

no lo hacen tus hermanos”). Sin embargo, este modo de cuestionamiento producía una gran resistencia en J. a pesar de la evidencia del absurdo. En vez de razonar en este sentido, por ejemplo: “lo que hago para prevenirme no tiene sentido porque no hay nada de que prevenirse, nadie se previene como yo lo hago porque no hay peligro”, lo hacía en este otro, por ejemplo: “me está diciendo que ni haciendo lo que hago me prevengo así que estoy perdido, ya no sé ni lo que hacer”. Siempre quedaba la duda. A pesar de que se discutiese el hecho de sus conductas no tenían ningún riesgo de contagio siempre aparecía un “y sí...”.

2ª. Por esta razón, en momentos posteriores se recurrió a la estrategia de discutir desde su punto de vista, desde su ‘lógica ilógica’. De esta forma, prestar atención a lo que J. decía, no ponerlo en duda de manera dura y racional, y seguir su argumentación, tenía consecuencias más positivas de cara al cambio de actitud frente a la terapia. Una vez más, prestar atención a sus llamadas mantiene los cambios. En vez de discutir si lo que hace para prevenirse tiene o no tiene sentido, se siguen sus argumentaciones para encontrar un modo de ‘descontaminar’ las cosas de su alrededor que no produzca resistencia aunque sea tan absurdo como sus rituales de prevención. Así, a la hora de exponerse a los ítems se utilizaban argumentaciones dadas por él mismo: “las zapatillas son algo inanimado y no pueden contagiar una enfermedad”, “si uno se pudiese contagiar de este modo los gobiernos habrían hecho campañas de prevención advirtiéndolo”, etc.

Por otro lado, el procedimiento para ‘descontaminar’ los objetos de su casa era el siguiente: su hermano los tocaba primero mientras J. observaba y a continuación los tocaba él mismo, durante el tiempo necesario para que no le produjera ninguna incomodidad (en palabras de J. “no le dieran ‘mal rollo’”). A partir de ese momento, J. los podía volver a utilizar siempre que quisiese, puesto que ya no le ocasionaban ningún problema. Si se hubiese tratado este tema en una discusión racional, habrían aparecido multitud de paradojas; por ejemplo, una vez que lo toca y lo ‘descontamina’, ¿ya no lo puede volver a contaminar al volver de la calle?. J. ni siquiera se plantea esa posibilidad y si esto se discute con él de modo racional se corre el riesgo de que una vez más se resista a exponerse porque ‘no

es seguro' y, por tanto, el método que se ha encontrado para que J. afronte todos los ítems y comience una vida normal, no serviría.

3º. El problema de que J. afronte todas las situaciones desde esta 'lógica ilógica' es la fragilidad de los avances y su escasa generalización. Si hubiese sido posible que J. asumiese lo absurdo de sus rituales, su eliminación vendría dada por la propia inutilidad de los mismos para la prevención del riesgo que teme y no se correría el peligro de que en un futuro volviera a recurrir a ellos ante nuevas 'dudas'. Es por esto que, en una tercera fase, cuando J. ha afrontado todos los ítems y sus avances se han estabilizado pudiendo llevar una vida normal, se retoma la discusión racional con el fin de generalizar los resultados.

### **3. RESULTADOS**

Resulta difícil exponer los resultados sobre el papel dado que no se han podido utilizar autorregistros por el incremento de ansiedad que estos provocaban, así como ningún otro instrumento de evaluación distinto de los informes verbales de los familiares y del propio cliente. Como indicadores visibles de su avance podemos tener en cuenta aquello que directamente se observa en la sesión: sus manos ya no muestran ningún signo de descamación y la ropa que trae es variada y repetida. Pero la mayoría de los indicadores van a ser indirectos. Así, la comparación entre la línea base y la evaluación post-tratamiento ha de realizarse con base en lo que J., su hermano, su madre y su novia informan en las entrevistas.

Basándonos en esta información, podemos afirmar que los resultados han sido muy satisfactorios y J. ha superado completamente su problema. Se han producido los siguientes cambios:

1. Reducción de las conductas de evitación pasiva
  - Estudia con sus apuntes
  - Va a clase con regularidad
  - Se lava los dientes, se afeita, se peina
  - Utiliza zapatos que no usaba
  - Puede estar sin ducharse
  - Utiliza la misma toalla que los hermanos (este comportamiento es habitual en la familia y el que J. realizaba antes de su problema)

- En definitiva, no tiene problemas con ninguno de los ítems de la TABLA 2 (ni respecto al sida ni al embarazo).
- 2. Reducción de la frecuencia de los rituales
  - Reducción de la frecuencia y duración de los lavados de manos
  - Reducción de la duración de las duchas
  - Reducción de la frecuencia en el lavado de ropa
  - Reducción de las conductas de confirmación, etc.
- 3. Reducción de la frecuencia de los pensamientos obsesivos
  - Ha dejado de fijarse en las manchas
  - Ha dejado de preocuparse de si estará contagiado
  - Tampoco le preocupa poder contagiar a los demás
  - No le preocupa el contacto con alguien con las manos por si tiene restos de semen, etc.

A nivel general, estos resultados repercuten en la mejora de su vida cotidiana: J. comenzó a asistir a clase, se presentó a todos los exámenes con buenos resultados (aprobó cinco de seis asignaturas), fue a la autoescuela y aprobó el carnet de conducir en el primer intento, sale todos los fines de semana de copas, hace deporte. Es decir, puede afirmarse que J. ha vuelto a la vida normal que solía tener.

Estos resultados se constatan ya en la sesión 21, a partir de la cual comienza el periodo de *seguimiento*. Este periodo, sin ningún tipo de intervención, dura cinco meses y hasta la sesión número 25. En estos cinco meses J. tuvo que enfrentarse a volver a su lugar habitual de vacaciones, donde se había iniciado el problema. Después de cierta reticencia, cuando se decidió a ir no tuvo ningún problema, disfrutó de sus vacaciones y volvió contento, con un incremento de peso más que notable y muy tranquilo. Por tanto, después de un periodo de seguimiento de 5 meses se ha mantenido con una conducta completamente adaptada.

#### 4. DISCUSIÓN

A pesar de que el caso se ha resuelto con éxito, existen algunos aspectos que generan dudas acerca de cuáles son las variables que mantienen el problema y también acerca de cuáles son los componentes del tratamiento que han resultado efectivos.



En primer lugar, vamos a comentar lo que parecen las 'certezas' del caso. Quizá lo que parece estar más claro es el inicio del problema. Parece que todo comenzó con un episodio de condicionamiento clásico. J. bebió de una lata con una mancha y esto más tarde le produjo una gran preocupación. Así, las manchas quedaron asociadas a pensamientos obsesivos que producían gran ansiedad. Evitar las manchas, lavarse ante la duda y buscar confirmación en los demás producía una reducción de la ansiedad. Así, estas conductas se vieron reforzadas gracias a un condicionamiento instrumental (refuerzo negativo por eliminación del malestar y refuerzo positivo por la atención prestada). Todo lo que sigue después puede explicarse mediante procesos de generalización a otros estímulos asociados a manchas o a sangre.

Otro aspecto que parece claro es el papel que juega la familia en el mantenimiento del problema. Sus 'ayudas' contribuyen a reducir la ansiedad, colaborando en este refuerzo negativo del ritual de confirmación. Además, esta atención prestada por la familia es en sí misma un refuerzo positivo que incrementa la probabilidad de que aparezca una crisis.

Con base en esas supuestas 'certezas', parece que el tratamiento ideal sería aquel que consistiese en la exposición a las situaciones temidas con prevención del ritual y en la retirada de atención por parte de la familia, y así se planteó en el inicio de la intervención.

En cuanto al primer aspecto de la terapia, la exposición, su función es eliminar la evitación pasiva que lleva a cabo J. Si a la vez se elimina el ritual de lavado y de confirmación sería previsible que durante la exposición se produjera un incremento de la ansiedad. Sin embargo, una vez que J. se mantuviese suficiente tiempo exponiéndose esa ansiedad disminuiría. Sucesivas exposiciones llevarían a que la realización del ritual no fuese necesaria porque la situación no produce ansiedad. En cuanto al segundo componente de la terapia, la retirada de la atención por parte de la familia, tiene como objetivo eliminar los rituales de confirmación y evitar que se produzcan crisis como llamadas de atención.

Hasta aquí todo estaría claro si en realidad hubiese funcionado tal y cómo hemos comentado. Pero no ha sido así y estos son los fenómenos que complican la comprensión de este caso:

1. Durante las tareas de exposición no aparece ningún síntoma malestar aparente (ansiedad a nivel fisiológico).

2. La exposición no produce generalización a otros ítems. Así, la exposición reduce la ansiedad a nivel cognitivo (pensamientos obsesivos) pero sólo para el elemento al que se ha expuesto. Es decir, una vez que se ha expuesto a unos cuantos ítems, no le resulta más fácil exponerse a los siguientes. Cada ítem es único.

3. La retirada consistente de la atención no parece reducir las conductas de confirmación y esto más allá (aparentemente) de lo esperable por el fenómeno de estallido de extinción. El tratamiento se interrumpió y posteriormente se cambió de estrategia cuando aparecieron las conductas atribuibles al estallido de extinción y el cliente manifestaba más crisis y resistencia al cambio. La gravedad de las conductas de J. hizo que se tomase la decisión de modificar la estrategia por el temor a que realmente J. empeorase aún más. Así, siempre quedará la duda acerca qué hubiese pasado si se hubiese seguido con el mantenimiento de la extinción, pero no nos podíamos arriesgar ya que J. estaba cada día más delgado, pálido y con un aspecto realmente enfermizo. No se quería mover de la cama y no dejaba de llorar durante todo el día. Incluso llegó un momento en que temíamos que intentara alguna conducta de suicidio y avisamos a la familia para que no descuidase la vigilancia.

4. Por otra parte, se supone que las conductas que hemos denominado "de confirmación" están reforzadas por la reducción de la ansiedad; dado que el malestar aparente no es relevante, parece que en realidad estarían reforzadas positivamente por la atención que le prestan.

5. Existe una resistencia al cambio manifestada por el no reconocimiento de las mejoras aún cuando éstas son evidentes para todos. También se manifiesta en el retroceso que aparece cuando las mejoras comienzan a ser evidentes (aparece obsesión a embarazo, llega a sesión con la intención de llevarse la etiqueta de "no tengo solución");

6. Otras conductas paradójicas son: no es capaz de ir a clase pero sí de disfrutar de copas los fines de semana y olvidarse de las manchas en esos momentos, no trae las llaves a la sesión (tarea que se le mandó) pero sí se las lleva de copas porque no tiene "más

remedio". Esto lo cuenta J. con tanta naturalidad que se elimina la sospecha de que esté fingiendo. Más bien parece que no se da realmente cuenta de la incongruencia. Además es indudable que lo está pasando muy mal y quiere mejorar: la desesperación que manifiesta en las sesiones y la información que nos proporciona la familia lo confirman.

7. Un último aspecto a comentar es el de la exposición de los ítems dentro de su casa. Afirma que dejó de tocar determinados objetos porque en alguna ocasión los tocó sin haberse lavado primero, por lo que, según su razonamiento, es posible que desde ese momento fueran fuentes de infección. El procedimiento de exposición es: el hermano lo toca primero, luego lo toca J. Desde ese momento ya puede volver a utilizarlo siempre que lo desee. Lo paradójico es que este proceso no resiste su propia 'lógica ilógica' y a él parece no importarle. Es decir, ¿el objeto 'descontaminado' ya no se puede volver a 'contaminar'? Por otra parte, resulta curioso que sea imprescindible la presencia del hermano para poder realizar la tarea, que no haya ninguna ansiedad a nivel fisiológico, que baste con un solo ensayo, y que sea necesario ensayar con todos y cada uno de los ítems sin que haya ningún proceso de generalización. Simplificando bastante, podemos estar tentados a pensar que esto ocurre así porque por fin alguien se ha tomado en serio su problema.

A pesar de que parecería que la causa común de todas estas conductas podría ser que existe una ganancia secundaria al hecho de tener un problema, ésta no ha sido identificada en la evaluación. La discusión de esto con J. pone de manifiesto que sólo encuentra dificultades y ninguna ventaja en seguir manteniendo el problema. Por otro lado, el tiempo que lleva con este problema no ha sido quizá suficiente como para desarrollar un 'rol de enfermo' que explicara esta resistencia al cambio. Además, no parece existir ningún motivo que llevé a J. a realizar estas conductas para llamar la atención (no premeditadamente, se entiende). Al comenzar el problema parece que el nivel de refuerzos que obtenía de su entorno social era adecuado. De hecho, se podría decir que es una persona con éxito social: amigos, novia, relaciones públicas de un pub, buenas relaciones en casa.

Si el inicio del problema ha sido, tal y como dijimos, por un proceso mixto de condicionamiento clásico primero y después operante, ¿cómo se explica el que la exposición con prevención de ritual no produzca malestar aparente?. Pudiera ser que los factores que afectaron al inicio no afecten al mantenimiento del problema. Pero ¿cuáles son éstos últimos?.

Es posible que se estén buscando las causas de estas paradojas en los componentes del tratamiento y se hayan pasado por alto otras variables que no son estrictamente la exposición o la prevención de rituales y que compiten con éstos para explicar los cambios pero no sabemos cuáles son esas variables. Por otra parte, el miedo al embarazo a través del tacto que surgió en torno a la octava sesión de tratamiento fue eliminándose a medida que avanzaba el mismo, utilizando las mismas estrategias que para el temor al contagio de sida (sin que llegase a constituirse en un problema funcionalmente diferenciado de éste). Sólo nos queda decir que, desde un punto de vista estrictamente clínico, la intervención fue un éxito y J., meses más tarde, mantenía todos los progresos conseguidos y desarrollaba una vida absolutamente normal, entendida como una vuelta a los hábitos y costumbres que había tenido hasta el inicio del problema.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA. (Edición española (1995), Barcelona, Masson).
- Cautela, J.R. y Upper, D.** (1976). A behavioral inventory battery: The use of self-report measures in behavioral analysis and therapy. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (eds.), *Progress in Behavior Modification* (vol.1). Nueva York, Academic Press.
- Echeburúa, E.** (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los problemas de ansiedad*. Madrid, Pirámide.
- Foa, E.B., Steketee, G. y Ozarow, B.J.** (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. En Mavissakalian (Ed.), *Obsessive-compulsive disorders: Psychological and pharmacological treatments*. Nueva York, Plenum Press.

- Hembree, E., Foa, E.B. y Kozak, M.J.** (1994). Treatment of obsessive-compulsive disorders. En B.B. Wolman y G.J. Stricker (Eds.), *Anxiety and related disorders. A handbook*. Nueva York, Wiley.
- Marks, I.M.** (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York, Oxford University Press (versión española: Martínez Roca, 1991).
- Mowrer, O.H.** (1939). A stimulus response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Harvard Educational Review*, 46, 553-565.
- Mowrer, O.H.** (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York, Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)** (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades* (10ª ed.) (CIE-10). Madrid, OMS.
- Rachman, S.** (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.
- Salkovskis, P.M.** (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M.** (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Steketee, G. y Shapiro, L.J.** (1993). Obsessive-compulsive disorder. En A.S. Bellack y M.Hersen, (dirs.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*. Nueva York, Plenum Press.