

LA "EXPOSICION SIN TERAPEUTA" EN EL TRATAMIENTO DE UN TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

M^a Angeles Ruipérez Rodríguez
Cristina Robert Flors
Cristina Botella Arbona

Departamento de Psicología ¹
Universitat Jaume I

RESUMEN

En este trabajo se aborda la evaluación y tratamiento de una paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo. Se exponen los resultados obtenidos con el tratamiento y se enfatiza la posibilidad de reducir al mínimo la presencia del terapeuta a lo largo del tratamiento de exposición. La "exposición sin terapeuta" se plantea como una importante forma de reducir los costes de la intervención.

Palabras clave: TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, TRATAMIENTO, AUTO-EXPOSICION.

SUMMARY:

In this work the assessment and the treatment of a patient with an obsessive-compulsive disorder is broached. The outcome obtained by

¹ Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Campus Carretera de Borriol. Apartado de Correos 242. 12080 Castellón.

the treatment are exposed, and the possibility of decreasing to the minimum the presence of the therapist along the exposure treatment is outlined. The "exposure without therapist" can be seen like an important way for decreasing the costs of the intervention.

Key words: OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, TREATMENT, AUTO-EXPOSURE.

1. INTRODUCCION

Cuando alguien se interesa en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) comprueba que el panorama ha cambiado de forma sustancial desde la década de los 60. En aquellos momentos existían pocas "soluciones" (Noyes y Kolb, 1963) y, prácticamente, se hacía necesario llegar a una resignada aceptación del problema (de Silva, 1994a). Afortunadamente, el panorama ha cambiado. Al parecer, los trabajos pioneros de Meyer (1966) y de Rachman, Hodgson y Marks (1971) han dado sus frutos y en estos momentos disponemos de una serie de alternativas que nos permiten abordar de forma más optimista el tratamiento del TOC. Puede decirse que el interés creciente en los últimos años por el estudio de las terapias de exposición para el tratamiento de esta problemática se debe, sin duda, a los resultados prometedores de las mismas.

De la revisión de diversos estudios epidemiológicos puede concluirse que los trastornos de ansiedad constituyen los problemas más comunes en atención primaria de salud, y representan entre una sexta y una tercera parte de todas las consultas médicas en países industrializados o en desarrollo (Marks, 1987). De hecho, se afirma que se colapsarían los servicios de asistencia sanitaria si todos los pacientes aquejados de ansiedad buscasen tratamiento. En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo en concreto, investigaciones epidemiológicas recientes nos indican que el TOC es mucho más frecuente de lo que previamente se pensaba (de Silva, 1994b) ya que se llegan a indicar tasas de prevalencia de alrededor del 3% en la población general (Karno, Golding, Sorenson y Burnham, 1988; Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Greenberg, Burke y Regier, 1984).

En cuanto al abordaje terapéutico del TOC, hasta el momento, son las técnicas de exposición las que han demostrado una mayor eficacia (Meyer,

Levy y Schnurer, 1974; Foa y Tillmans, 1980; Rachman y Hodgson, 1980; Foa, Steketee y Orazow, 1985; Turner y Beidel, 1988; Emmelkamp, Bouman y Scholing, 1992; Greist, 1992). Comparando los tratamientos farmacológicos con los de exposición, éstos últimos parecen ser más aceptables para el paciente y más eficaces, sobre todo, a largo plazo (Norton, Allen y Hilton, 1983). De hecho, las tasas de rechazos, abandonos, fracasos y/o recaídas son menores en el caso del tratamiento psicológico que en el tratamiento farmacológico (Marks, Lelliott, Basoglu y Noshivari, 1988; Marks y O'Sullivan, 1992). Ahora bien, la diferencia crucial entre el tratamiento farmacológico y la exposición parece situarse en la consolidación de las ganancias terapéuticas: los beneficios obtenidos con el tratamiento de exposición se mantienen en los seguimientos a largo plazo, mientras que tienden a desaparecer cuando se suspende la administración de los fármacos. Por tanto, si para que no se produzcan recaídas el paciente tiene que consumir un determinado fármaco durante años, obviamente, su utilidad como alternativa de tratamiento será menor debido al coste, a los efectos secundarios y a los peligros que puede comportar el consumo de fármacos a largo plazo (Marks, 1986; Turner, Beidel, Stanley y Jacob, 1988; Marks y O'Sullivan, 1992). Además, según Echeburúa y de Corral (1991), el problema adquiere otra dimensión cuando se dispone de alternativas terapéuticas como la exposición y la prevención de respuesta, que han demostrado ser eficaces y tener escasos efectos secundarios.

Hemos pasado de unas tasas de *fracaso* de alrededor del 80%, comunes en el tratamiento del TOC en la década de los 60, a unas tasas de *éxito* cercanas al 70% cuando estos tratamientos se aplican rutinariamente a la población afectada por este trastorno. Se ha progresado tanto en este ámbito que actualmente los terapeutas de conducta no se preocupan ya de confirmar los éxitos que se suelen alcanzar con estas técnicas, sino de averiguar el "porqué" de los fracasos (Foa y Emmelkamp, 1983; Alburquerque, 1992) y por perfeccionar los modos de aplicación de las técnicas. Se intenta, por tanto, reducir todavía más los fracasos o diseñar modos de intervención que permitan rentabilizar el binomio coste-beneficio.

Desde esta última perspectiva y buscando fórmulas que permitan reducir al mínimo los costos en la atención sanitaria, se viene observando en los últimos años un intento por disminuir la participación del terapeuta en los tratamientos de exposición sin restar eficacia a los mismos. Esto se ha llevado a cabo mediante sesiones de auto-exposición (Mathews, Gelder y Johnston,

1981; Kirk, 1983; Hoogduin y Hoogduin, 1984; Marks, 1986; Emmelkamp, van den Heuvel, Rüphan y Sanderman, 1989), apoyada en ocasiones con el uso de manuales y/o de coterapeutas (Mathews et al., 1981; Pruitt, Miller y Smith, 1989). Todos estos desarrollos pueden agruparse bajo la denominación común de "exposición sin terapeuta", alternativa que ha sido calificada por Marks como la "segunda revolución"² de la terapia de conducta (citado en Alburquerque, 1992).

El caso que presentamos, pretende aportar datos respecto a esta variante de tratamiento, demostrando que es posible obtener buenos resultados terapéuticos reduciendo la participación del terapeuta a un mínimo de sesiones.

2. METODO

2.1. Descripción del caso

La paciente es una mujer de 25 años, de clase social media, casada, con una hija de 14 meses. Remitida por su médico de Atención Primaria, acude a la Unidad de Salud Mental en Agosto de 1992 por un trastorno obsesivo-compulsivo. Por este problema se le ha aplicado tratamiento farmacológico (ansiolítico y antidepresivo) desde hace ocho meses, sin que los síntomas hayan remitido.

Manifiesta un gran temor a contaminarse o contaminar ella y, de esa forma, hacer daño a alguien. Este temor le obliga a realizar rituales de limpieza y conductas de evitación, por lo que en el momento de la entrevista la vida de la paciente se encuentra altamente limitada. Es consciente de lo irracional de sus miedos, pero se siente incapaz de controlar sus síntomas, a los que se ha asociado sintomatología de carácter depresivo, sin cumplir criterios para un diagnóstico de trastorno afectivo.

2.2. Historia del problema

La paciente parece ser una persona aprensiva "desde siempre", como apoya el hecho de que durante la pre-adolescencia, a raíz de una hospita-

² Según Marks, la primera revolución de la terapia de conducta sería el tratamiento de los trastornos de ansiedad por medio de la exposición.

lización de su madre, se negó a comer los alimentos en casa de su tía "por aprensión". La excesiva importancia que la paciente daba a la limpieza, se vió favorecida por el hecho de trabajar en una empresa de alimentación, donde se hacía gran hincapié en la necesidad de higiene (controles periódicos de heces y orina, desinfección de ropa, lavado frecuente de manos, etc.).

Estas actitudes y conductas no interfieren ostensiblemente su vida, hasta un año después de casarse (y tres antes de acudir al Centro de Salud). El primer cuadro clínico se inicia de modo brusco, con vómitos por cualquier ingesta alimentaria, con gran pérdida de peso, que obliga a exploraciones orgánicas y un ingreso hospitalario. Al parecer, el problema comienza en su trabajo: al limpiar con un trapo alrededor de un recipiente que contenía raticida comenzó a preocuparse por si alguien se podía contaminar y se puso a lavar de modo repetido dicho trapo. Este episodio coincide con la rotura accidental de un vaso, con miedo a que alguien pudiera resultar herido con los fragmentos.

Se descarta organicidad y se inicia tratamiento psiquiátrico (Clorimipramina, 100 mgr., Clorazapato, 10 mgr.). Se produce una cierta mejoría, pero debe abandonar el tratamiento al quedar embarazada la paciente. Pasa embarazo y puerperio casi asintomática, aunque mantenía algunos síntomas (rituales de limpieza) que, según la paciente, eran controlables.

Ocho meses antes de que acuda a consulta se produce una segunda agudización (a los seis meses del parto), que coincide con la muerte de un vecino, se agravan los síntomas (guarda la ropa con la que ha asistido al entierro en un armario, que no vuelve a abrir) y comienza a desarrollar la idea de que "los muertos contaminan", iniciando la evitación de todo objeto relacionado con un muerto y el lavado de manos posterior a un posible contacto. El miedo y la evitación se generalizan con gran rapidez a todo tipo de objetos y lugares que, hipotéticamente, hubieran podido estar en contacto con una persona fallecida. En el momento actual, la paciente está de baja laboral y viviendo en casa de sus padres. No se siente capaz de reincorporarse a su trabajo ni de regresar a su casa, pues ambos lugares son una fuente de ansiedad, al existir riesgo de contaminación.

La historia médica de la paciente no ofrece datos de interés. Es una mujer de salud normal, que no ha padecido enfermedad grave ni ha tenido ninguna intervención quirúrgica, no presenta hábitos tóxicos. El desarrollo evolutivo ha sido normal, con unas relaciones sociales, familiares y laborales satisfactorias. Tiene buen concepto de sí misma y buen nivel de razonamiento. Entre

los antecedentes psicopatológicos familiares destaca un tío de la paciente, que presentó un trastorno obsesivo-compulsivo.

2.3. Evaluación

Se llevó a cabo a lo largo de dos sesiones, y se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Entrevista clínica*. Que permite obtener información tanto sobre el problema objeto de consulta, como sobre las distintas áreas de vida del sujeto.
- Para evaluar las conductas obsesivo-compulsivas se utilizaron dos cuestionarios:
 - * *Compulsive Activity Checklist* (Philpott, 1975).
 - * *Inventario de Obsesión-Compulsión del Maudsley* (Hodgson y Rachman, 1977).
- *Escala S-1* (Marks, 1975), en la que el paciente establece, en colaboración con el terapeuta, una serie de conductas objetivo (situaciones o actividades que evita) y valora el grado de evitación y temor para cada una de ellas (de 0= nada a 10= muchísimo).
- *Inventario de Depresión* (Beck, 1978). Para valorar el grado de depresión.
- *Inventario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorush y Lushene, 1970). Para valorar el nivel de ansiedad.
- Una modificación del Cuestionario de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1991), donde la paciente valora mediante una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo), el grado en que el problema afecta a las distintas áreas de su vida (área laboral, social, de ocio y tiempo libre, pareja, familiar y global)³.
- La paciente cumplimentó también diferentes registros de conducta:
 - * Un registro del número de veces que se lavaba las manos diariamente. La paciente cumplimentó este autorregistro, siguiendo las instrucciones de la psiquiatra del Centro de Salud, durante mes y medio, antes de ser remitida para tratamiento psicológico.

³ En el cuestionario original la escala de valoración va de 0 a 5, se transformó para homogeneizarla con las otras escalas que se utilizaban y evitar la confusión que creaba a la paciente el uso de escalas con valores diferentes.

- * A partir de entonces, a lo largo de la línea-base (previa al tratamiento), y a lo largo del mismo, la paciente cumplimentó el auto-registro que se presenta en el anexo 1.

La paciente cumplimentó todos los cuestionarios antes de iniciar el tratamiento, al finalizar el mismo y en los distintos seguimientos. Además, valoró el grado de evitación y temor de las distintas conductas-objetivo (Escala S-1) en cada una de las sesiones terapéuticas; asimismo, cumplimentó de modo diario el registro acerca del lavado de manos.

2.3.1. Los datos de la evaluación inicial

Como se observa en el gráfico número 1, la paciente lavaba sus manos una media de 31.2 veces diarias antes de ser remitida a tratamiento psicológico y de 22 durante el período de línea-base (en ambos períodos, la paciente recibía ya tratamiento farmacológico). Además, realizaba otros rituales de limpieza, como ducharse o lavarse la cabeza, obligar a hacerlo a su marido, bañar a la niña o lavar la ropa, siempre que creía que algo contaminado podía haber estado en contacto con ellos.

La paciente obtuvo una puntuación de 42 en el Compulsive Activity Checklist (Philpott, 1975) y de 24 en el Inventario de Obsesión-Compulsión del Maudsley (Hodgson y Rachman, 1977), obteniendo la puntuación más elevada en aquellos ítems relacionados con la limpieza.

Los objetivos de terapia elegidos y valorados mediante la escala de evitación y temor S-1 de Marks (1975) fueron los siguientes:

- (1) Limpiar la galería de su casa (donde había muerto un pájaro):
Evitación= 10 y Ansiedad= 10.
- (2) Tocar una persona (que ella no sabe si ha estado en contacto con algo relacionado con un muerto) el cochecito de su hija y no lavarlo.
Evitación= 10 y Ansiedad= 8.
- (3) Tocar cosas de la calle y no lavarse después.
Evitación= 10 y Ansiedad= 10.
- (4) Ir a la tienda (donde había muerto una persona) y no lavarse después.
Evitación= 10 y Ansiedad= 8.
- (5) Ir al cementerio y no lavarse después.
Evitación= 10 y Ansiedad= 10.
- (6) Trabajar.
Evitación= 10 y Ansiedad= 9.5.

El grado de depresión era leve (puntuación de 19 en el B.D.I.) y el de ansiedad, alto (ansiedad-estado= 34 y ansiedad-rasgo= 42 en el STAI).

La interferencia que estas conductas causaban en su vida diaria, evaluada mediante el Cuestionario de Adaptación (Echeburúa y de Corral, 1991), era máxima para el área laboral (10), alta para la vida familiar (8) y social (7) y baja para el tiempo libre (3), valorando la paciente, en general, un grado de interferencia medio (5).

2.4. Tratamiento

Desde Agosto de 1992 estaba en tratamiento con Clorimipramina (225 mgr./día), sin que se observara ningún efecto sobre los rituales de limpieza ni la evitación y el grado de temor experimentado. La terapia psicológica se inicia a finales de Octubre de 1992, después de 3 semanas de línea-base, y mientras prosigue el tratamiento farmacológico.

El análisis funcional de las conductas-problema, indica que éstas suelen seguir un patrón similar. Determinadas situaciones estimulares (personas u objetos que pudieran haber estado en contacto con una persona muerta) desencadenan una respuesta de temor, mediada por cogniciones del tipo "puede contaminar", seguidas por una conducta de evitación. Si esta evitación no es posible, la paciente realiza conductas de lavado. En ambos casos, la tranquilización obtenida refuerza la cadena conductual.

El tratamiento consistió en la exposición a aquellas situaciones que provocaban ansiedad, junto con la prevención de las respuestas de limpieza. Fue pautado por la psicóloga de la Unidad de Salud Mental, para ser puesto en práctica con la ayuda del cónyuge y de la enfermera de la Unidad. Las sesiones de exposición se llevaron a cabo del siguiente modo:

La *primera sesión de tratamiento* fue larga (una hora y media), y tuvo los siguientes objetivos:

- explicación de los fundamentos del tratamiento.
- lograr su colaboración.
- elaborar la jerarquía.

La terapeuta explicó a la paciente y a su marido los resultados de la evaluación, así como los fundamentos del tratamiento y se aseguró de que ambos habían entendido el tratamiento y estaban dispuestos a colaborar. Se hizo hincapié en el papel del marido como coterapeuta, pidiéndole que re-

forzara las conductas adecuadas y dejara de apoyar los rituales de limpieza. Asimismo, se les proporcionaron tarjetas-recordatorio, adaptadas a partir de las directrices sugeridas por Mathews, Gelder y Johnston, 1981, sobre lo explicado en la sesión, y que suponíamos iban a funcionar como elementos de autoayuda en las sesiones de auto-exposición (ver anexo 2). A continuación, se realizó con ellos una lista de situaciones evocadoras de ansiedad, jerarquizadas de menor a mayor (ver anexo 3).

Después de esta primera sesión informativa, tuvo lugar la *primera sesión de exposición*, también con terapeuta y marido, cuya agenda fue la siguiente:

- repaso de lo expuesto en la sesión anterior.
- negociación de la meta de la sesión actual (tocar diversos objetos del Centro de Salud).
- se le enseña a registrar los niveles de ansiedad a lo largo de la exposición, según el registro de exposición que aparece en el anexo 4.
- exposición.
- comentarios, aclaración de dudas y planificación de tareas para casa.

Se le recordó que la sesión de exposición sería larga y no se daría por concluida hasta que se observara una disminución en su nivel de ansiedad. Del mismo modo, se negoció con ella que solo se podría lavar las manos a lo largo del día: antes de manipular alimentos y después de ir al WC. Se podría duchar sólo una vez al día. Además, se le pidió que, después de lavarse las manos, tocara algo que considerase contaminado.

En la exposición se intentó centrar su atención en lo que estaba haciendo, recordándole que estaba en contacto con objetos "contaminados", y que lo importante era resistir la urgencia a abandonar la situación, permitiendo que la ansiedad disminuyera.

El resto de las sesiones se desarrollaron de forma similar, negociándose previamente el objetivo de la exposición.

Queremos resaltar el hecho de que, excepto la primera sesión y otra sesión intermedia que por su dificultad requirió la presencia de la psicóloga de la Unidad (visita al cementerio), el resto de sesiones de exposición fueron realizadas con la ayuda de la enfermera de la Unidad. Como se aprecia en la tabla número 1, el número de sesiones realizadas con ayuda profesional se redujo al mínimo (7 en total). El resto de sesiones, de frecuencia diaria, fueron realizadas a modo de auto-exposición por la propia paciente, con la ayuda de su marido. Se planificaban con ella al final de cada sesión de terapia (aunque progresivamente se le fue dando más independencia en la progra-

mación de estas sesiones). El número total de sesiones de exposición fue de 40, aunque, una vez trabajado un objetivo, se le pedía no evitarlo, de modo que la paciente se exponía espontáneamente al mismo. La duración total del tratamiento fue de tres meses y medio, aunque después de la sesión donde acude al cementerio con la psicóloga, la paciente abandona las sesiones de autoexposición planificadas durante 21 días, debido a que se reincorpora al trabajo, aunque permanece la exposición cotidiana, no planificada.

TABLA Nº1.- Sesiones de exposición realizadas con personal de la unidad de salud mental

1. Consulta de la psicóloga y sala de espera de la Unidad de Salud Mental. WC del personal del Centro. (P)
2. Sala de espera de las consultas de Atención Primaria. Entrar en una consulta y tocar la camilla. WC de los usuarios del Centro. Sala de Urgencias. (E)
3. Objetos de la vía pública. Iglesia. (E)
4. Su domicilio. Galería de su casa, donde murió el pájaro. (E)
5. Acudir al cementerio. (E) (*)
6. La terapeuta acude al cementerio sin el paciente y después a casa de la paciente, a "contaminar" la casa y a la propia paciente. (P)
7. Se acude con ella al cementerio, y después a su domicilio, a "contaminar". (E)

(P)= Sesiones realizadas con la psicóloga.

(A)= Sesiones realizadas con la enfermera.

(*) Este objetivo debió jerarquizarse más, debido a que la ansiedad sube más de lo previsto.

Durante el tratamiento, la labor de la psicóloga consistió en:

- (1) Explicación de la terapia y motivación hacia la misma.
- (2) Realizar con la paciente la primera sesión de exposición y otra sesión, a mitad del tratamiento, para ayudarle a hacer frente a una situación difícil (cementerio).

(3) Supervisión de la terapia. En sesiones de aproximadamente media hora de duración, de modo semanal durante el primer mes de terapia, cada quince días en el segundo mes y mensualmente en los meses restantes.

El seguimiento tuvo lugar a los dos meses y después de finalizar el tratamiento. Está pendiente el seguimiento al año de finalizar el mismo.

3. RESULTADOS

Antes de presentar los resultados queremos señalar una serie de incidencias que se produjeron a lo largo del tratamiento:

- A partir del momento en que la paciente es remitida a tratamiento psicológico, se observa una disminución en la frecuencia de lavado de manos diarias en la línea base. Aunque pudiera ser efecto del tratamiento farmacológico, parece más probable atribuirlo al efecto placebo producido por la confianza en el tratamiento psicológico, ya que se trataba de una línea de base larga y estable.

- A partir de la cuarta sesión de tratamiento, al mes de iniciar el mismo, la paciente se reincorpora a su trabajo, sin experimentar apenas ansiedad.

- A partir de la quinta sesión, como ya hemos comentado, abandona durante 21 días las sesiones de exposición.

- En la séptima sesión, a finales de febrero de 1993, se inicia la disminución del tratamiento farmacológico, reduciéndose 50 mg. por semana, finalizando el mismo cuatro semanas después.

- A partir de este momento, y por circunstancias ajenas al tratamiento, sólo tienen lugar dos sesiones más de terapia, una a principios de marzo, donde se hace un resumen de lo aprendido y se trabaja la prevención de recaídas, y otra a comienzos de abril, donde se da por terminado el tratamiento.

Entrando ya en el detalle de los resultados de la intervención, queremos señalar que éstos resultan muy satisfactorios. Como se observa en el gráfico número 1, hay una clara disminución en el número de lavado de manos que realiza al día, hasta llegar a 9 veces diarias, en ese punto se estabiliza prácticamente desde el inicio del tratamiento. Respecto al impulso que experimenta a lavarse las manos, aunque se aprecia una disminución, la tendencia es bastante menor, y no pueden extraerse conclusiones firmes debido al elevado número de días en los que dicho impulso no se registró.

GRAFICO 1.- Nº de lavado de manos diario

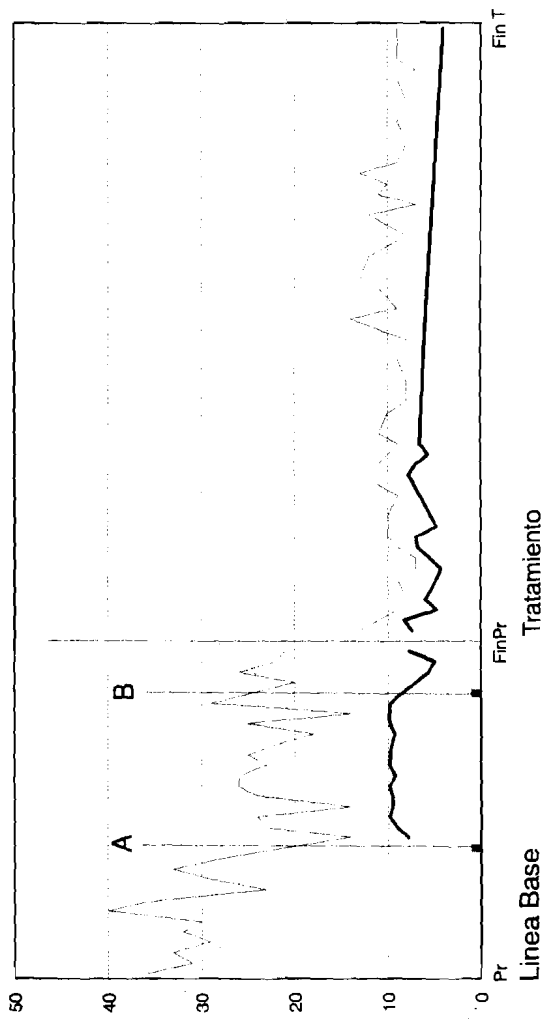
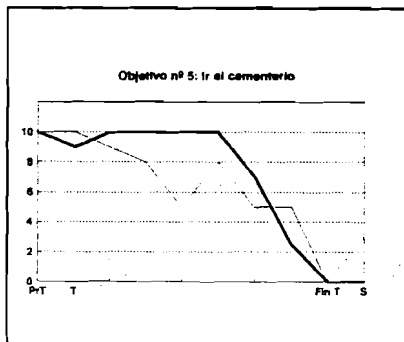
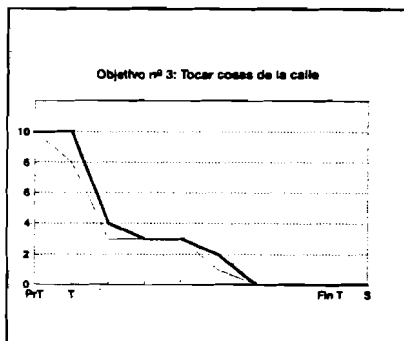
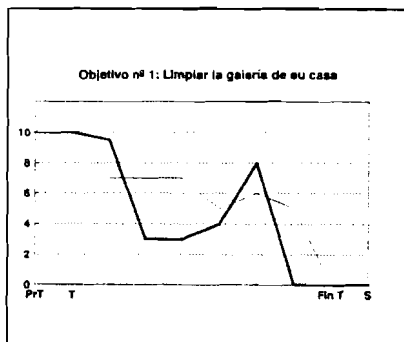


GRAFICO 2.- Autovaloración de las distintas conductas objeto



— Evitación — Temor

Pr T = Pretratamiento; T = Terapia; Fin T = al finalizar terapia; S = seguimiento

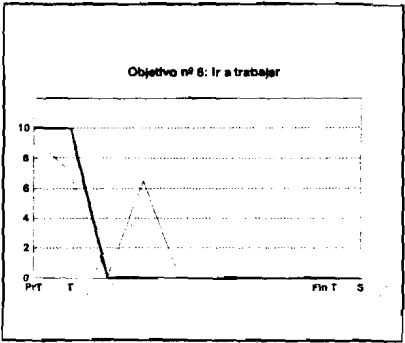
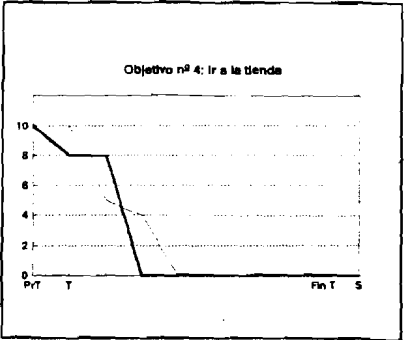
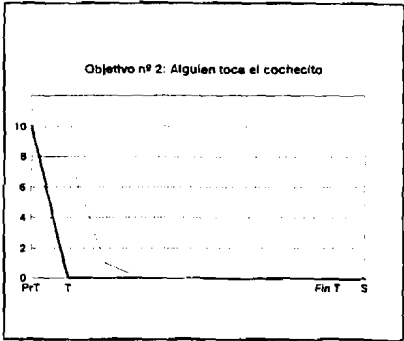
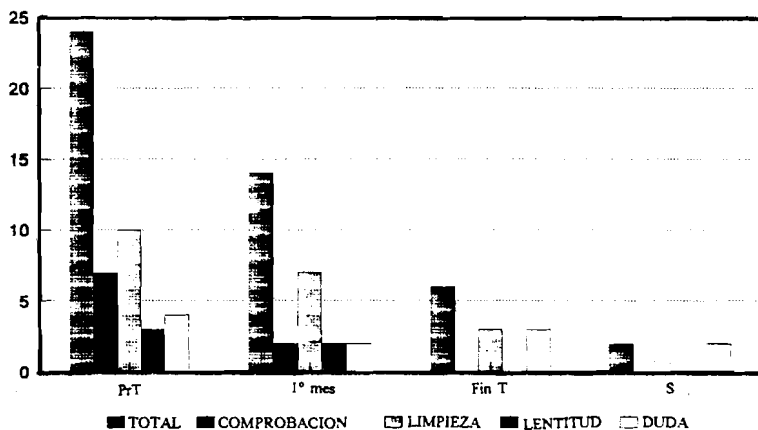
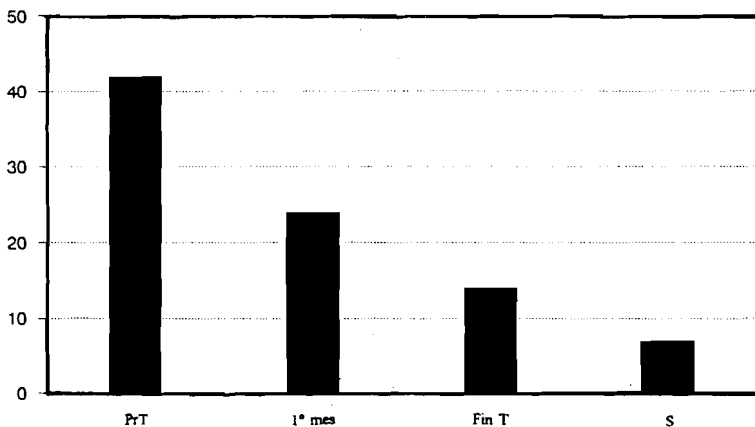


GRAFICO 3.- Valoración del grado de obsesión-compulsión

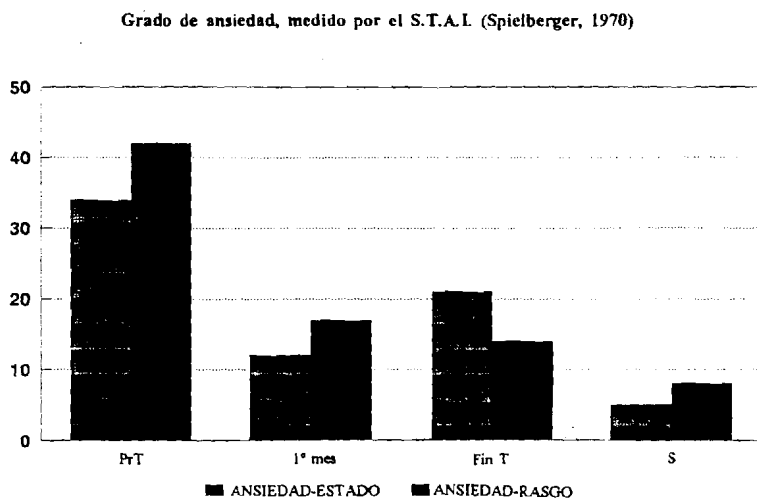
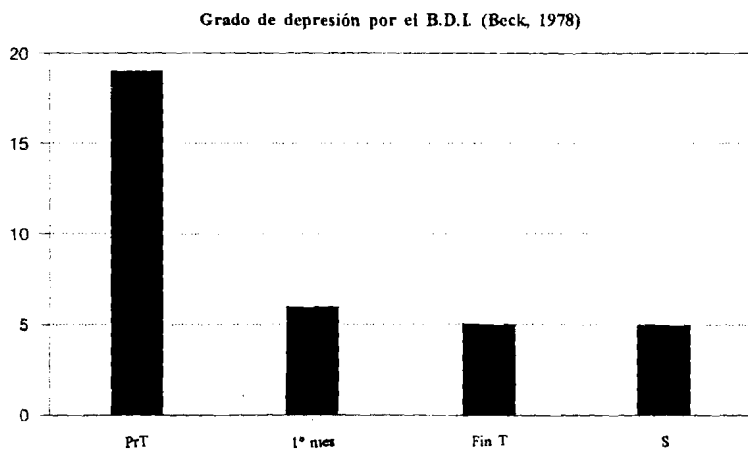
Inventario de conductas obsesivo-compulsivas del Maudsley
(Hodgson y Rachman, 1977)



Listado de conductas compulsivas (Philpott, 1975)



PrT = Pretratamiento
1º mes = Al mes de iniciar la terapia
Fin T = Al finalizar la terapia; S = Seguimiento

GRAFICO 4.- Valoración del grado de depresión y ansiedad

PrT = Pretratamiento

1º mes = Al mes de iniciar la terapia

Fin T = Al finalizar la terapia;

S= Seguimiento

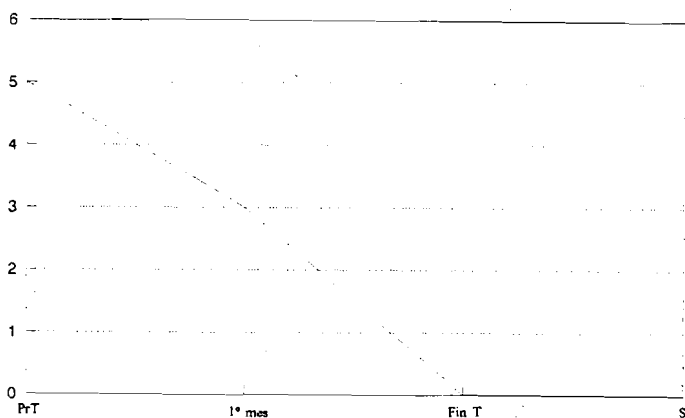
También se observa una disminución de los niveles de ansiedad y temor de las conductas-objetivo (consultar gráfico número 2), siendo éstos nulos al finalizar el tratamiento. Además, las ganancias se mantienen en el seguimiento.

La mejoría también se refleja en las puntuaciones obtenidas por la paciente en los cuestionarios utilizados para evaluar las conductas obsesivo-compulsivas, tal y como se aprecia en el gráfico número 3.

Observamos que, tanto al finalizar el tratamiento como en los seguimientos, aparece una marcada disminución en el grado de depresión, evaluado con el B.D.I. y la ansiedad estado y rasgo, evaluadas por el STAI (consultar gráfico número 4).

Respecto a la auto-evaluación realizada por la paciente sobre el grado en que su problema afecta a las distintas áreas de su vida, también se observó una marcada mejoría en todas ellas (en el gráfico número 5 se presenta la evaluación global de la paciente). Es quizás éste uno de los puntos más importantes, pues aunque en muchos casos el tratamiento de exposición y prevención de respuesta no elimina totalmente los miedos, sí consigue convertirlos en algo manejable, de modo que no afecten el funcionamiento diario del paciente.

GRAFICO 5.- Grado de interferencia del problema en la vida cotidiana del paciente, medido por la Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1991)



PrT = Pretratamiento

1º mes = Al mes de iniciar la terapia

Fin T = Al finalizar la terapia;

S= Seguimiento

4. CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo apoyan las nuevas tendencias en el tratamiento de los problemas fóbicos y obsesivo-compulsivos defendidas por Marks y otros autores: es posible conseguir una marcada reducción en la ansiedad y la evitación de las conductas objetivo de la terapia mediante técnicas de exposición y prevención de respuesta, reduciendo al mínimo la asistencia profesional. En este caso sólo fue necesaria la presencia del psicólogo en dos de las sesiones de exposición, y en ocho sesiones de supervisión, mucho más breves que las de exposición.

Se superó con éxito un problema altamente incapacitante para la paciente y de larga duración, donde el tratamiento farmacológico por sí sólo no mostraba efecto. De este modo, comprobamos que es posible aplicar tratamientos psicológicos eficaces en centros públicos a bajo costo.

Además, nos parece importante resaltar que el tratamiento de exposición y prevención de respuesta aplicado no sólo ha producido efectos directos sobre las conductas de evitación y limpieza excesiva, sino que la mejoría se ha generalizado a aspectos no directamente abordados por la terapia (depresión, ansiedad, adaptación laboral, familiar y social, etc.).

5. BIBLIOGRAFIA

- Alburquerque, A. (1992): Tratamiento psicológico y fracasos terapéuticos en el trastorno obsesivo-compulsivo crónico. En E. Echeburúa (Ed.) *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A.T. (1978): *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- De Silva, P. (1994a) Obsessions and compulsions. Investigation. En S.J. Lindsay y G.E. Powell (Eds.) *The Handbook of Clinical Adult Psychology* 2ª Ed. New York: Routledge.
- De Silva, P. (1994b) Obsessions and compulsions. Treatment. En S.J. Lindsay y G.E. Powell (Eds.) *The Handbook of Clinical Adult Psychology* 2ª Ed. New York: Routledge.
- Echeburúa, E y De Corral, P. (1991) Tratamiento de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (comps.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Emmelkamp, P.M.G. Bouman, T.K. y Scholing, A. (1992): *Anxiety Disorders: Practitioner's Guide*. Chichester: Wiley.

- Emmelkamp, P.M.G.; Van Den Heuvel, C.V.L.; Rüphan, M. y Sanderman, R. (1989): Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: inter-session interval and therapist involvement. *Behavioural Research and Therapy*, 27, 89-93.
- Foa, E.B. y Emmelkamp, P.G.M. (1983) *Failures in Behavior Therapy*. New York: Wiley.
- Foa, E.B. y Tillmans, A. (1980): The treatment of obsessive compulsive neurosis. En A. Goldstein y E.B. Foa (Eds.) *Handbook of Behavioral Interventions: A Clinical Guide*. New York: Wiley.
- Foa, E. B. Steketee, G.S. y Ozarow, B.J. (1985): Behavior Therapy with obsessive-compulsives: From Theory to Treatment. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (Eds.) *Obsessive Compulsive Disorder: Psychological and Pharmacological Treatment*. New York: Plenum Press.
- Greist, J.H. (1992): An integrated approach to treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 38-41.
- Hodgson, R.J. y Rachman, S.J. (1977): Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hoogduin, C.A.L. y Hoogduin, W.A. (1984): The out-patient treatment of patients with an obsessional-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 455-459.
- Karno, M. Golding, J.M. Sorenson, S.B. y Burnham, A. (1988): The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U. S. communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kirk, J.W. (1983): Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 57-62.
- Marks, I. (1975): Behavioral treatments of phobic and obsessive compulsive disorders: A critical appraisal. En Hersen, R. y cols (Eds.), *Progress in behavior modification* (págs. 65-158). Academic Press, N.Y.
- Marks, I. (1986): Behavioural and drug treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders. *Psychother. Psychosom.*, 46, 35-44.
- Marks, I. (1987): *Fears, phobias, and rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Marks, I. Lelliott, M. Basoglu, M. y Noshirvani, H. (1988): Clomipramine and exposure for compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Marks, I. y O'Sullivan, G. (1988): Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: A review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 650-658.
- Marks, I. y O'Sullivan, G. (1992): Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (Ed.) *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Mathews, A.M.; Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981): *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: The Guildford Press.

- Meyer, V. (1966): Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Meyer, V. Levy, R. y Schnurer, A. (1974): The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders. En H.R. Beech (Ed.) *Obsessional states*. London: Methuen.
- Norton, G.R., Allen, G.E. y Hilton, J. (1983): The Social validity of treatments for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 393-399.
- Philpott, R. (1975): Recent advances in the behavioral measurement of obsessional illness: Difficulties common to these and other instruments. *Scottish Medical Journal*, 20, 33-40.
- Pruitt, S.D.; Miller, W.R. y Smith, J.E. (1989): Outpatient behavioral treatment of severe obsessive-compulsive disorder: Using paraprofessional resources. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 179-186.
- Rachman, S.R. (1985): An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En M. Mavissakalian, S.M. Turner y L. Michelson (Eds.): *Obsessive-compulsive disorder. Psychological and pharmacological treatment*. New York: Plenum Press.
- Rachman, S. y Hodgson, R.L. (1980): *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Rachman, S. Hodgson, R Y Marks, L (1971): The treatment of chonic obsessional neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.
- Robins, L.N. Helzer, J.E. Weissman, M.M. Orvaschel, H. Greenberg, E. Burke, J.D. y Regier, D.A. (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders at three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Salkovskis, P.M. y Kirk, J. (1989): Obsessional disorders. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Spielberger, C.D.; Gorush, R.L. y Lushene, R.D. (1970): *Manual for the state-trait inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1988): *Treating Obsessive-compulsive Disorder*. New York: Pergamon.
- Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Stanley, M.A. y Jacob, R.G. (1988): A comparison of fluoxetine, flooding, and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 219-225.

ANEXO 1

REGISTRO RITUALES /CONDUCTAS EVITACION

NOMBRE: _____

DIA/ HORA	ANTECEDENTE SITUACIONAL	PENSAMIENTO	CONDUCTA QUE EVITA	RITUAL QUE REALIZA	FUERZA DEL IMPULSO	DURACION DEL RITUAL	GRADO DE ANSIE- DAD DESPUES DEL RITUAL O EVITA- CION CONDUCTA
			ELLA/OTROS	ELLA/OTROS	0-10		

ANEXO 2

RECORDATORIO PARA LAS SESIONES DE EXPOSICION (Mathews et al., 1981)

1. Practique diariamente enfrentarse con las situaciones que teme, sin lavarse después.
2. Cuente con que experimentará algo de ansiedad cuando practique. El objetivo del ejercicio es hacer frente a las sensaciones, en lugar de sobreaccionar a las mismas.
3. Evitar buscar tranquilización en los demás.
4. Especifique la conducta-meta de cada sesión antes de comenzar.
5. Registrar los niveles de ansiedad en cada momento de la práctica.
6. No trate de evitar la ansiedad. Enfrentese lo máximo posible a estos sentimientos, como sensaciones corporales naturales, que usted ya había previsto.
7. No abandone la práctica hasta que la ansiedad haya disminuido.
8. Lea atentamente las siguientes reglas antes de comenzar la práctica, hasta que quede claro en su mente. Léala de nuevo cuando comience a sentirse nervioso/a.

Si encuentra otras ayudas que le sean útiles, añádalas a la lista:

- Las sensaciones de ansiedad son reacciones corporales normales
- Describa lo que está ocurriendo
- Espere simplemente a que disminuya el miedo
- Respire lentamente
- Es una oportunidad para avanzar
- Piense en lo que ya ha conseguido
- Planee lo que va a hacer después

ANEXO 3

JERARQUIA - SITUACIONES EVOCADORAS DE ANSIEDAD

Cementerio	10
Casa abuela	10
Limpieza galería	10
Ratizada (Trabajo)	10
Poner lavadora (situada en galería)	8
Ir a la tienda	8
Chaqueta entierro	8
Tocar zapatos	8
Tocar el suelo	8
Pasillo central Iglesia	8
Sala de urgencia atención primaria	8
Tocar muebles suegros	6
Pasillos laterales Iglesia	6
Puerta galería	6
Consulta atención primaria	6
Cuarto de baño Centro Salud	6
Tocar objetos calle (papelera)	6
Armarios cocina	6
Pilas cocina	6
Parque	4
Cochecito niña	4
Ir a la farmacia	4
Sala de espera atención primaria	4
Cuarto baño casa propia	3
Baño hija	3
Mueble televisión	3
Consulta psicóloga	2
Despacho recepción Salud Mental	2
Sala de espera Salud Mental	2

ANEXO 4

REGISTRO DE EXPOSICION (1)

NOMBRE _____ FECHA _____

DESCRIPCION GENERAL DEL OBJETIVO _____

Para cada situación, rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se siente en cada momento (no después, cuando piense sobre ello). A la izquierda, anote la hora y minutos en que se inicia cada nueva exposición.

TIEMPO	SITUACION	0= ninguna ansiedad										10= máxima ansiedad
_____	<u>ANTES DE EMPEZAR LA SESION</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<u>AL FINALIZAR LA EXPOSICION</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<u>1/2 HORA DESPUES</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<u>1 HORA DESPUES</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<u>1 HORA Y MEDIA DESPUES</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<u>2 HORAS DESPUES</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10