

TECNICAS COGNITIVAS MODIFICADAS EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. INFORME DE DOS CASOS

Emilio Ferrer Gil

RESUMEN

Se describen dos casos clínicos clasificables como Trastornos Obsesivo-Compulsivo que son tratados mediante técnicas de intervención distintas. Se discute la unicidad de la categoría diagnóstica de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y se hipotetiza la existencia de cuadros sintomáticos estructural y clínicamente distintos hoy agrupados bajo la misma categoría. Se presenta una viariación técnica sobre el fondo de las terapias cognitivas que resulta de utilidad en el tratamiento de determinados cuadros TOC.

Palabras clave: TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, SACIACION LOGICA, CLASIFICACION DIAGNOSTICA

SUMMARY

Two cases of obsessive-compulsive disorder treated with distinct clinic techniques are presented. It is discussed the validity of Obsessive-Compulsive Disorder such a unitary diagnostic category. A modified cognitive technique is presented that was effective in the treatment of a specific form of obsessive-compulsive disorder.

Key words: OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, LOGICAL SATIATION, DIAGNOSTIC CLASSIFICATION.

INTRODUCCION

La óptica clínica par el análisis y resolución de problemas es, por esencia, una óptica práctica: la movilización de cuantos recursos terapéuticos sean necesarios para conseguir que un sujeto supere de manera estable una sintomatología también concreta. Esta perspectiva tiende a ser, como resulta lógico, más ideográfica que nomotética, y, de facto, más ecléctica que ortodoxa. Frente a ello y como complemento necesario, surge, si queremos mantenernos en el marco científico y no caer en la niebla de las idiosincrasias únicas y la casuística individual, la necesidad de esquematizar y hacer más parsimoniosas y explícitas tanto las intervenciones terapéuticas como los cuadros sintomatológicos a que se dirigen. La simplicidad y la generalización son posiblemente el precio que pagamos a cambio de ir construyendo un lenguaje y unos criterios de control comunes que tan necesarios son en el campo de la psicoterapia.

Con respecto al llamado Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), esta duplicidad de visiones acarrea, en mi opinión, algunos problemas prácticos que pueden estar detrás de la tan comentada 'resistencia' de este trastorno al tratamiento, ya se manifieste en forma de casos residuales 'no mejorados' o en la de un alto índice de recaídas (Albuquerque, 1992; Avia, 1992). La generalización taxonómica que nos lleva a considerar al TOC como trastorno único puede ser la responsable parcial de estos resultados al postular, de manera implícita, que el mismo paquete de intervenciones terapéuticas 'de eficacia comprobada' debiera tener la misma efectividad en dos hipotéticos pacientes que, aun siendo diversos en casi todo lo demás, son aparentemente iguales en la sintomatología aparente (los dos tienen ideaciones persistentes que les molestan y que quieren evitar, y los dos desarrollan compulsiones de alivio, por ejemplo).

Posiblemente este defecto de esquematismo en las taxonomías y orientaciones terapéuticas es tanto más notable cuanto más difuso sea el síndrome al que se aplican, por lo que no resulta sorprendente que ocurra lo mismo con algunos trastornos comúnmente considerados como 'mal definidos' tales como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico con y sin agorafobia y la fobia social. Pero en estos casos la discusión en torno a lo difuso de la taxonomía misma y los esfuerzos para alcanzar una más fina discriminación diagnóstica son notable (Echeburúa, 1993; Echeburúa y De Corral, 1991, 1992; Sandín y Chorot, 1993) sin que parezca que ocurra lo

mismo con el TOC. Lo que se suele discutir es su consideración como categoría diagnóstica independiente o incluida en el grupo de los trastornos de ansiedad (ésta es una de las diferencias que distinguen a la clasificación ICD-10 del DSM III-R) y no su misma definición criterial.

Como excepción, ya clásica, lo único que se discute, y profusamente, es la diferencia entre los obsesivo-compulsivos que desarrollan el cuadro completo con inclusión de conductas de evitación y neutralización (compulsiones) y aquellos otros cuadros 'puros' (ruminators) en los que no aparecen conductas compulsivas manifiestas y que son tradicionalmente considerados como más resistentes (Rachman, 1971; Salkovskis y Westbrook, 1989; Salkovskis y Kirk, 1989). Esta tradicional subdivisión, en cualquier caso, carece de intención nosológica, y además suele llevar implícita la discusión sobre los tratamientos adecuados para el ciclo 'completo' obsesión-compulsión de un lado, ciclo que incluye elementos claramente identificables desde la óptica conductual (estímulo desencadenante-respuesta de evitación) y aquellos otros componentes más marcadamente cognitivos (la rumiación obsesiva) y por lo tanto más difíciles de apresar. Se suele reconocer explícitamente en todos los casos que ese componente cognitivo complica frecuentemente cualquier caso obsesivo-compulsivo con independiencia de su pureza categorial. Por tanto no hay una verdadera intención 'desglosadora' de lo que hoy llamamos Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Ni siquiera el modelo cognitivo elaborado por Salkovskis (1985), teóricamente más centrado en el análisis de este tipo de componente cognitivo central, propone la subdivisión del síndrome TOC, y se presenta como modelo general de análisis de cualquier cuadro TOC.

El objetivo de este informe, además de presentar una variación técnica sobre el fondo de la terapia cognitiva que me ha resultado efectiva en la intervención con determinados cuadros TOC (como el caso que se presenta más adelante), se centra en la reflexión sobre esta pretendida unicidad del síndrome TOC y el desarrollo de hipótesis alternativas que, por ser de base empírica (con origen en mi experiencia clínica), sólo se plantean como heurísticos. ¿Es lo mismo un TOC que cursa con compulsiones de lavado y/o evitación de contacto a partir de obsesiones de contagio simples y poco elaboradas, que se presentan como imágenes o frases cuasiautomáticas dependientes del estímulo, y que no tienen rumiaciones concomitantes, que otro cuadro TOC en el que la sintomatología principal son 'rumiaciones' aparentemente bien construidas (con indiscutible aparato lógico) que desem-

boca en temores de contagio o daño (que nunca son simples imágenes) y que a su vez generan conductas de investigación en forma de compulsiones? ¿Son simples variaciones de grado o de orden de preemencia?

¿Es lo mismo un TOC cuyas obsesiones y compulsiones se manifiestan reactivas (sólo se disparan ante estímulos concretos, por muy numerosos que estos sean) que un TOC cuyo componente obsesivo es autogenerado e insensible situacionalmente? ¿Tienen idéntica funcionalidad dentro de un cuadro TOC las compulsiones compuestas por segmentos conductuales cortos y bien definidos (lavarse las manos, esculpir, comprobar las llaves, etc) que consiguen reducir la ansiedad y terminar la obsesión porque resultan 'efectivas' (de ahí que se vayan diversificando y creciendo en un número más que en complejidad) que aquellas otras compulsiones, normalmente variables y adaptables a la situación, que ni siquiera suelen resultar eficaces para la reducción del malestar (generan ellas mismas ansiedad) y que por tanto casi se pueden considerar epifenómenos del síntoma central que es de carácter cognitivo?

¿Tiene el mismo significado clínico una obsesión de formato condicional, absurda, mágica y completamente egodistónica (del tipo del primer caso que se relata más abajo, e.g.: "si miro a un sujeto feo o con defectos me contagiare de ellos") que otra cuya única característica anormal es la persistencia y el carácter ansiógeno pero que posee estructura argumental irrefutable (como en el segundo caso que se presenta; e.g.: "si conduzco aumento la probabilidad de causar daño a otros o a mi")?

En el planteamiento clínico de cada caso, que normalmente se hace de manera flexible, se suelen 'componer' paquetes terapéuticos adaptados a cada variación. Esto es práctica común en éste y otros trastornos; es decir, se suele escoger, de entre las técnicas consideradas útiles para el trastorno, aquellas que mejor se adaptan a cada sujeto. Lo que se plantea aquí es que quizás no se trata, en determinados casos, de una simple variación de grado o de distribución sintomática, sino de procesos patológicos distintos, lo que supondría, en buena lógica, algo más que la siempre aconsejable flexibilidad en la elección de técnicas sobre un paquete común: la eventual generación de nuevos paquetes técnicos o, como mínimo, el cambio de enfoque inicial del caso.

Las principales técnicas de intervención que se vienen utilizando en el tratamiento de los TOCs y que cuentan con informes que respaldan (con variada intensidad) su eficacia son la prevención de respuesta y la exposición

para el componente compulsivo (Rachman et al., 1973), la 'saciación' como variante del entrenamiento en habituación (Stern, 1978) y la misma exposición y habituación para el componente obsesivo (Rachman, 1971, 1980). Desde una orientación más cognitiva se añaden, sobre el mismo paquete básico, las técnicas cognitivas clásicas de refutación y pruebas de realidad para las rumiaciones y esquemas distorsionados que frecuentemente acompañan a este cuadro, como a casi a todos (Salkovskis, 1985; Salkovskis y Westbrook, 1989). También hay informes de éxito terapéutico utilizando intervenciones centradas en el control operante (García Merita y Balaguer Sola, 1983) y en técnicas de autocontrol (Maciá, 1985). Obviamente, y según costumbre en nuestra orientación, se añaden rutinariamente procedimientos de extinción de refuerzos y, en general, de modificación ambiental para las interacciones cercanas del paciente, sobre todo de cara a extinguir el soporte que determinadas compulsiones de carácter interactivo obtienen del ambiente (e.g.: la compulsión de buscar seguridad en los otros mediante preguntas).

Para los cuadros obsesivos que cursan sin compulsiones manifiestas (obsessional ruminations) se proponen algunas variaciones técnicas menores (e.g.: el entrenamiento en habituación a través de cinta magnetofónica) y, sobre todo, se aconseja el afinamiento del análisis sintomático a fin de descubrir las 'compulsiones encubiertas' que puedan existir (Salkovskis et al., 1989), lo que los vuelve funcionalmente equivalentes a los cuadros obsesivo-compulsivos completos y válida, también en este caso, la aplicación del mismo paquete técnico de prevención-exposición.

En todo caso el arsenal terapéutico para el tratamiento de los TOCs ha pasado, en el campo cognitivo-conductual, de una cierta variedad original (véase revisión de González Alemndros, 1984) a una selección en torno a eficacia demostrada. Según la literatura clínica actual la técnica de mayor efectividad comprobada es la de exposición (tanto la exposición al ambiente estimular que desencadena la compulsión con prevención de respuesta añadida -porque si no no hay auténtica exposición-, como la exposición 'voluntaria' a la obsesión que genera ansiedad y que el sujeto intenta evitar) (Raich, 1993; Marks, I. 1991). Aún siendo innegablemente eficaz, sobre todo en el tema de las compulsiones simples situacionalmente reactivas y de las ideaciones obsesivas igualmente simples, resulta más dudosos, en mi opinión, su efectividad como elemento terapéutico central en otro tipo de obsesiones más complejas.

Conviene recordar, en cualquier caso, que las *modas*, definidas como

tendencias de opinión (a favor o en contra de algo), se extienden por mecanismos más emocionales que lógicos, su vida es efímera por definición, y no son ajenas ni siquiera al campo científico. Y en nuestro campo, al igual que en el pasado asistimos, por ejemplo, a la moda de la desensibilización sistemática como instrumento de versatilidad universal, parece que ahora se inicia la moda de la exposición, que comienza a verse como mecanismo eficaz en muchas patologías y que incluso se llega a teorizar como elemento activo en cualquier psicoterapia (el principal elemento activo) desde el psicoanálisis a la modificación de conducta pura y dura, con independencia de que el terapeuta se de cuenta a no de ello (el famoso tema de la diferencia entre lo que, como terapeutas, decimos que hacemos, y lo que hacemos en realidad) (Fernández Rodríguez, C. y Amigó, I., 1994).

Los dos casos que se exponen a continuación sirven de ilustración (y apoyo empírico) para la tesis que se desarrollará después en torno a la posible independencia entre síndromes estructural y funcionalmente distintos agrupados hoy bajo el común epígrafe de TOC.

INFORME DE CASOS

CASO 1

El paciente, un adolescente de 17 años de edad al que me referiré como J., es remitido a consulta por sus padres, aconsejados a su vez por el profesor tutor del mismo (1º BUP) que observa 'actitudes extrañas, pasivas y retraídas'. J. arrastra un largo historial de fracaso escolar al que se añaden dificultades de integración con los compañeros de curso en los dos últimos años (ha cambiado de colegio en el último curso en parte por su aislamiento y malestar).

En entrevistas de exploración diagnóstica (una con los padres y dos con el sujeto) se extraen los siguientes datos de interés:

- Existe problemática relacional entre los padres y del padre con los hijos (dos hermanos, el menor de los cuales es J.). La actitud del padre es autoritaria y mantienen frecuentes interacciones verbales de tono descalificador y violento (normalmente en torno al rendimiento escolar y la disciplina doméstica).

- Los padres observan un comportamiento 'maniático' y 'extraño' en J. aproximadamente desde hace 6-7 meses (mediado el curso anterior, en otro centro). Esta datación de la antigüedad del problema coincide con el informe directo del sujeto.

- El nivel de inteligencia de J. aparece como normal (FG. 3. A. CI = 95; D-48, Centil= 50). El retraso escolar acumulado no parece depender, por tanto, de deficiencias madurativas básicas.

- Existe una buena integración 'extraescolar': J. sale semanalmente con un grupo de amigos, procedentes del colegio anterior, y que compone un grupo más o menos fijo. El sujeto no manifiesta tener problemas con ellos, al contrario de los compañeros del colegio actual, en el que sólo cuenta con un par de 'amigos' con los que no interacciona, en cualquier caso, fuera del colegio.

- Lo principal de la 'conducta extraña' de J. se compone de los siguiente: escupe con frecuencia, tanto en la calle como en el colegio y en casa (sólo cuando ve televisión). Esta conducta de 'escupir' en realidad adopta una forma ritual y que prácticamente no expulsa saliva (cuando lo hace en casa sobre todo) limitándose a reproducir 'el sonido' y 'el gesto' de escupir más que el hecho mismo (se le pide la reproducción de la conducta en la consulta y se observa directamente). J. se ducha cada vez que vuelve a casa por las tardes (se queda a comedor escolar) y tiene que lavarse después de utilizar los libros o cualquier material escolar en su casa. Las compulsiones de 'evitación de contagio' sólo cursan fuera del ambiente escolar y una vez que está 'limpio', y consisten tanto en la adopción de posturas de 'mínimo contacto' (apoya sólo los codos sobre los brazos de la silla en la consulta, jamás las manos, cuando se apoya sobre la mesa evita consistentemente el contacto con las manos; suele andar con las manos en bolsillos o en actitud recogida y 'flotante', etc). La compulsión de evitación es mucho más alta que la del lavado (que el sujeto suele aplazar para el final cuando sabe que no tiene más remedio que 'contaminarse', por lo que, salvo la ducha vespertina y el lavado de manos si toca algo especial, el aseo compulsivo no tienen aún una frecuencia grave (además no siente necesidad de limpiarse cuando regresa de salir con sus amigos salvo si ha encontrado a alguien especial). Lo que podríamos llamar 'transitividad' del contagio (si toco algo contaminado y después toco otra cosa, ésta a su vez se queda 'cargada' de contaminación) ya ha comenzado: para el sujeto el principal problema que surgiría si no se ducha al llegar a casa es que 'lo contaminaría todo').

- La ideación obsesiva es la siguiente: el sujeto siente que cada vez que 'mira' a alguien que tienen algún defecto que teme (en la actualidad tener granos en la cara, ser feo o ser bajito) se puede contagiar por el hecho de haberlo visto y que lo evita si retira la mirada y escupe (viendo televisión le ocurre cada vez que sale en pantalla un sujeto así). También le ocurre lo mismo con sujetos que no tienen defectos físicos pero que le caen especialmente mal (sobre todo uno de sus profesores y un par de compañeros con los que ha tenido algún problema). Como extensión siente también que se contamina con todo lo relacionado con el colegio, por lo que tienen que lavarse si toca algo 'escolar' después de la ducha de limpieza. Esa obsesión de contagio se está extendiendo en la actualidad (por ejemplo manifiesta evitación de contacto cuando va a la consulta del médico, cuando va con los padres a cualquier sitio o en mi propio despacho) pero la limpieza suele reducirse a un lavado de manos cuando llega a casa y además dice no tener ninguna ideación específica que justifique en este caso el contagio (simplemente lo siente así). Las obsesiones de J. son totalmente egodistónicas: le molestan, le parecen completamente absurdas e injustificables y no puede quitárselas de la cabeza a menos que ejecute el correspondiente lavado de alivio. Las compulsiones tienen efectividad reductora de ansiedad: una vez que las ejecuta no le da más vueltas al tema y se queda tranquilo (por ejemplo después de ducharse en casa). No hay rumiaciones paralelas (pensamientos catastrófistas sobre sí mismo o los demás, sobre su enfermedad o su curso, sesgos negativos o depresivos, etc.).

PLANTEAMIENTO TERAPEUTICO

El tratamiento se centra en sesiones individuales con el sujeto para el tratamiento del TOC y en sesiones de intervención con los padres tanto para conseguir la retirada de atención de la familia hacia las compulsiones como para intervenir sobre las interacciones negativas que se dan en el ambiente familiar.

El tratamiento individual del TOC de J., que es el que nos interesa relatar aquí, dura algo menos de 4 meses, con un total de 13 sesiones a régimen semanal salvo las dos últimas que son quincenales. Tras una primera exposición inicial, adaptada al nivel del sujeto, de la naturaleza del problema, su probable curso, y la táctica de intervención (se le explican las técnicas de

exposición y prevención de respuesta) se inicia el tratamiento que consiste, primordialmente, en exposición a los estímulos desencadenantes con prevención de respuestas en dos fases:

Primera fase: se le pide al sujeto que especifique qué estímulos provocan la conducta de escupir en el ambiente escolar. Se hace un listado cuyos principales estímulos son la interacción o 'visión' de un determinado profesor y de tres compañeros de clase (normalmente retira la vista y hace el gesto de escupir, por reducido que sea este gesto si lo hace en plena clase), o la 'visión' de cualquier compañero (lo conozca o no) que sea bajito, tenga granos en la cara o tenga algún defecto aparente. Se le indica que a partir del siguiente día tiene que 'enfrentarse' con el problema haciendo 'justo lo contrario' (i.e.: mantener la mirada, aumentar la interacción verbal con los compañeros que le causan la reacción, no cambiar el camino en el patio para evitar cruzarse con las personas 'estímulo', etc.) y evitar realizar la compulsión. No debe intentar dejar de pensar en la contaminación ni esperar que se vaya (se le explica que 'ese no es el problema'), sino sólo evitar la compulsión y 'buscar' la estimulación ansiógena para 'acostumbrarse a ella'. Se le advierte que la ansiedad subirá al principio pero que terminará bajando, y además, en esta primera fase no se intervienen sobre la compulsión de lavado o sobre la misma compulsión de escupir cuando la hace fuera del colegio (con lo que siempre puede 'descontaminarse' al llegar a casa).

J. lleva un registro diario de las veces que falla (i.e.: ejecuta la compulsión). No se hace, por tanto, exposición planificada a la obsesión (en horario planificado y de manera artificial), sino que se utiliza para la exposición y prevención de respuesta cada ocasión desencadenante. Desde la primera semana los registros de 'fallos' son escasos (2-3 los 3 primeros días, y 1 diario al final). A partir de la segunda semana los registros bajan a cero (segunda semana 2 días con 1 fallo, tercera semana sin fallos). J. informa de poder controlarse bien y de que la ansiedad sólo subió los primeros días. En la tercera semana mantiene contacto ocular con profesor y compañeros y nunca se desvía de su camino en los recreos se cruce con quien se cruce. El sujeto informa que la compulsión de 'escupir' también ha bajado fuera de la escuela (paseando por la calle y ante la televisión) aunque no era nuestro objetivo y todavía cursa alguna que otra vez.

Segunda fase: se amplía la prevención de respuesta de la compulsión de escupir al ambiente estraescolar. Los registros bajan a cero prácticamente desde la primera semana. Se inicia la prevención de respuesta a las conductas de lavado en la siguiente progresión: durante dos semanas el sujeto

registraba cada ocasión en que se lavaba las manos y el motivo, con la instrucción evidente de que debía intentar no efectuar lavados innecesarios. El objetivo se consigue prácticamente desde la primera semana (sólo parecen tres lavados innecesarios en la 1ª semana y ninguno en la segunda, téngase en cuenta que le sujeto todavía se duchaba al regresar a casa por las tardes). En la tercera semana se añade exposición forzada y se le pide que cada noche, antes de dormir, arregle el material escolar para el día siguiente sin lavarse después (con el consentimiento del sujeto se controló la ejecución de esta tarea por parte de la madre). El sujeto informa que la ansiedad sólo se hizo intensa el primer día en que hace el ejercicio.

Tercera fase: en la 7ª sesión de tratamiento se acometió lo que resultó ser el síntoma más resistente: la compulsión de la ducha diaria. Se necesitaron cuatro semanas de aproximaciones sucesivas que siguieron el siguiente orden (y para su control se utilizó los datos de observación de los padres): durante las dos primeras semanas el objetivo fue retrasar el momento de la ducha con respecto al de llegada a casa (el sujeto llegaba a casa sobre las 6 de la tarde y se cambiaba y duchaba inmediatamente). En la segunda semana se consiguió un retraso de hora y media sin lavados sustitutorios. En la tercera semana se acordó que hubiesen sólo dos duchas vespertinas al llegar a casa (miércoles y viernes) sin lavados sustitutorios el resto de los días (el sujeto podía trasladar la ducha a horario matinal). Y en la última semanal se consiguió que no hubiese duchas vespertinas (el sujeto podía utilizar la ducha cuando quisiera pero siempre en el aseo matinal). El progreso tuvo que hacerse secuencialmente por las fuertes reacciones de ansiedad que provocaba cada caso. La técnica, teniendo en cuenta la 'transitividad' del contagio (se extendía a todo cuanto tocaba y a la casa en general si no se le permitía ducharse), resulta equivalente a un 'flooding' en varios pasos.

Conseguido el último objetivo (ninguna ducha vespertina) la ansiedad fue cediendo y no aparecieron síntomas de compensación o de sustitución (en las sesiones clínicas se ponía especial cuidado en detectar posibles compulsiones cognitivas o encubiertas y conductas de evitación sutiles). Las dos últimas sesiones (12ª y 13ª) se hicieron en régimen quincenal. Hubo entrevistas de seguimiento a los 3 y 5 meses sin que se detectara ni recidiva ni sintomatología nueva. El último seguimiento se hace a 8 meses de finalizada la terapia confirmandose la mejoría (cada seguimiento, que se hacía en entrevista directa con el sujeto, se confirmaba con contacto telefónico con los padres).

CASO 2

S. es una mujer de 35 años, casada y con un hijo. Tiene estudios de grado medio y ha trabajado como administrativa, aunque en el momento de acudir a consulta no trabaja fuera de casa. Desde las primeras sesiones se muestra muy ansiosa y con alta reactividad emocional (inquietud postural y llanto lábil) tanto cuando expone sus síntomas actuales como cuando relata episodios sintomáticos pasados. La sintomatología actual de S. se configura de la siguiente manera:

- Presenta un cuadro de compulsiones de evitación y comprobación muy variadas y cuyo principal objetivo es evitar posibles accidentes o daños a otras personas. Esquemáticamente, estas compulsiones cursan con el formato siguiente: a) evitación escrupulosa de cualquier conducta que puede ser considerado como negligente o imprudente en la evitación de daños (e.g.: se asegura de que la ropa tendida no gotee absolutamente nada en evitación de que alguien pueda resbalar en la acera de la calle); b) rituales repetidos de comprobación (la válvula de la bombona de gas, cierre de ventanas por la noche, cierre de la puerta al salir, retorna con el coche cada vez que oye un ruido o cree que ha pasado demasiado cerca de una persona u otro coche aparcado, etc.; c) conductas activas de evitación (e.g. friega y seca todo el descansillo de entrada a su casa si ha caído alguna gota de agua cuando regresa de la piscina con la familia, a veces recoge objetos que ve en la calle y que considera peligro potencial - un clavo, un pequeño trozo de metal, etc.). Esta variedad de compulsiones no cursan con alta frecuencia; lo destacable es precisamente su variabilidad, no su alto nivel de ocurrencia. El componente compulsivo no era el más desarrollado, y, de hecho, su conducta no llamaba la atención de los que convivían con ella (su marido ignoraba las compulsiones y sólo tenía cierta noticia de las obsesiones de tipo catastrófico de las que se informa a continuación). Las compulsiones, aún siendo reactivas, no se desencadenaban cada vez que un estímulo apropiado ocurría, sino 'sólo cuando se ponía a pensar en la larga posibilidad de consecuencias'. El desequilibrio de S. sólo era notorio por un estado general de malestar y repetidos episodios de ensimismamiento.

- El componente obsesivo es doble. Por un lado están las ideas de posible daños o catástrofes que acompañan o 'generan' las compulsiones comentadas. Lo significativo aquí es que estas ideas acerca de los daños a otras personas cursan tanto de manera reactiva (y entonces coinciden con las

compulsiones, que, como se ha dicho, no eran sobreabundantes) como en forma autogenerada. En este segundo caso, el más frecuente y doloroso para S. (porque no encuentra manera de escapar), el contenido ideativo se centra en recuerdos de ocasiones pasadas en que no comprobó o evitó escrupulosamente algo que podría haber causado daño y en la imposibilidad de comprobar si ocurrió efectivamente ese daño o catástrofe (e.g.: una ocasión en que vio a unos niños jugando con una madera que posiblemente tenía clavos y no les llamó la atención; alguna vez que tiró un cigarrillo encendido por la ventanilla del coche, etc.). En el curso de la terapia la paciente llega a expresar esta obsesión (que, como se discutirá más tarde, encaja mejor con lo que suele considerarse como 'idea sobrevalorada') como la preocupación ansiosa e insoportable sobre si alguna vez ha hecho algo imprudente de lo que ni siquiera se acuerda en la actualidad.

El segundo formato obsesivo adopta la forma de una celopatía típica sin que haya conductas concomitantes de interrogar o vigilar a la pareja. El componente ideativo vuelve a estar centrado, sobre todo, en el pasado: conversaciones en las que no quedó bien claro qué había hecho su marido en una determinada reunión de trabajo de la que volvió tarde a casa, comentarios sueltos que se hacen en las reuniones de amigos en tono claramente jocoso y sin significación, indicios de que su pareja no le ha contado con detalle cómo fueron sus relaciones previas al noviazgo y matrimonio, etc. No existe preocupación obsesiva por controlar las actividades actuales de su pareja. Además, actualmente ya no pregunta por el pasado y su principal preocupación y ansiedad se centra en la clara idea de que nunca podrá estar 'absolutamente segura' de que su marido le cuenta la verdad (y toda la verdad). No hay historial de infidelidades previas.

La antigüedad de las obsesiones catastróficas la sitúa la paciente en los primeros años de su matrimonio (hace 8 años en el momento de la primera consulta). La celopatía, al menos en forma de rumiación ansiógena sobre la imposibilidad 'de estar totalmente segura' es incluso más antigua, prácticamente desde el inicio de su noviazgo (hacia unos 10 años) y había cursado en ciclos con mayor o menor intensidad de la ansiedad (el primero ocurrió en el noviazgo y se centró en anteriores relaciones de su pareja).

Otra característica del caso, de importancia muy significativa para la discusión que se hará después, es el hecho de que cuando la paciente acude a consulta habían transcurrido unos 8 meses desde la finalización de un tratamiento terapéutico previo, a cargo de un psicólogo de clara orientación

conductual, en el que había sido dada de alta con notable mejoría, al menos en los componentes compulsivos. En este tratamiento se le habían aplicado técnicas de prevención de respuesta e interrupción del pensamiento. La mejoría fue suficiente para la terminación, por parte del terapeuta, del tratamiento. Ante la recaída, sin embargo, la paciente decide, motu proprio, cambiar de terapeuta.

PLANTEAMIENTO TERAPEUTICO

El tratamiento de S. duró considerablemente más que el del caso comentado antes: 6 meses en régimen de una sesión semanal y 2 más en régimen quincenal. El componente central, aunque no único, del cuadro estaba claro que era el 'pensamiento obsesivo' ('rumiación obsesiva'). En algunas clasificaciones sintomáticas de los TOCs, concretamente en los criterios de inclusión-exclusión diagnóstica elaborados por Kozak et al. (1986) (citado en Raich, 1993) podría incluso darse el caso de no considerar este cuadro sintomático como un TOC (a este respecto, en la clasificación citada, se incluyen como criterios de 'exclusión' la presencia de 'ideas sobrevaloradas' y el haber recibido anteriormente tratamientos de exposición).

Para el enfoque puramente clínico, la cuestión es insustancial: al paciente hay que 'curarlo' en cualquier caso, encaje o no con la tabla normativa. Pero, además, si aplicamos los criterios DSM-III-R al uso, el caso cumple los requisitos diagnósticos: hay pensamiento obsesivo, principalmente en forma de 'rumiación, pero que cursa también reactivamente en forma de 'obsesión intrusiva' (cuando la paciente ve un clavo en la calle el proceso obsesivo es cuasi-automático y cursa a veces en formato visual más que verbal), y hay compulsiones de evitación y de neutralización. Eventualmente se presentan incluso 'obsesiones intrusivas' en formato imagen y de manera endógena: la paciente relata que en ocasiones, estando tranquila, le 'asaltan' imágenes de desgracias o daños en seres queridos, imágenes que la perturban y que sólo después pasa a elaborar en forma obsesiva. Por todo ello el cuadro sintomático presentado en este caso entra de lleno en la clasificación del TOC. Otra cosa es la insuficiencia de esta misma clasificación, que es de lo que se trata. Por otro lado, considerar que una sintomatología no es TOC en base (al menos parcialmente) a que no responde a la técnica de exposición, parece más un 'seguro de eficacia' para la técnica en sí que un auténti-

co criterio nosológico (si funciona la técnica entonces es un TOC, si no funciona, será otra cosa...).

La intervención terapéutica se hace en torno a dos componentes principales: la prevención de respuesta, en la forma acostumbrada y utilizando registros negativos de control, y lo que llamaremos a partir de aquí como 'saciación lógica' técnica principalmente cognitiva y que supone, cuanto menos, una variación híbrida entre lo que se ha venido llamando 'saciación', y que se formula en realidad como una variación menor de la misma exposición (Rachman, 1980, Albuquerque, 1992; Albuquerque y Soares, 1992) y la terapia de intención paradójica en su formulación original (Frankl, 1960, 1985; Ascher y Hatch, 1991).

Prevención de respuestas: después de explicar el modelo cognitivo-conductual de funcionamiento de las compulsiones como cadena cíclica de evitación-refuerzo se le pide a la paciente que comience a enfrentarse al problema llevando unos registros semanales de los "fallos" en la prevención (las ocurrencias de las compulsiones de comprobación y/o evitación) en el tema de sus obsesiones catastróficas. Su objetivo es intentar resistir el máximo de tiempo antes de ejecutar la compulsión y dejar progresivamente de ejecutarlas en absoluto. Los registros se llevan a cabo durante dos meses, al cabo de los cuales se abandona por haber llegado a cero. Hay que señalar que prácticamente desde el principio las compulsiones caen rápidamente, y aunque no se obtuvo línea base, según la propia estimación de la paciente, se pasó bruscamente de una ocurrencia media de 5-10 compulsiones de evitación y/o comprobación diarias a 2-3 en los primeros registros semanales. La prevención de la respuesta evoluciona bien desde el principio, y fue paralela a las técnicas de saciación comentadas a continuación.

Saciación lógica: la técnica se utilizó con una doble vertiente: el desarrollo argumental de la misma, aplicada sucesivamente a cada componente o 'formato' obsesivo que la paciente expresaba como queja principal en las sesiones, y como ejercicio normativo a realizar por la paciente de manera autónoma y llevando un registro del mismo. El desarrollo de la argumentación lógica 'saciante' que se hacía en las sesiones clínicas seguía un esquema típico que consistía en lo siguiente:

Se adoptaba como tema de argumentación el componente ideativo de las obsesiones (o rumiaciones, según se quiera) que más habían atacado a la paciente durante esa semana. Esto supone que durante la primera mitad de la terapia nos centráramos sobre todo en ideaciones catastróficas (cómo evitar

provocar daño por omisión o falta de escrupulosa prudencia en los actos) y después, en un cambio que fue progresivo y alternante al principio, en contenidos propiamente celopáticos (cómo dirigir indicios de detalles sin importancia, cómo obtener seguridad en no ser engañado, etc.).

Argumento tras argumento, una vez explicitado el contenido 'concreto' de la obsesión, la discusión pretendía desarrollar el argumento de la inseguridad (inseguridad en causar daño por acciones no intencionadas, inseguridad en saber en todo momento lo que hace la otra persona) en un formato lógico lo más cercano posible al conocido 'regressus in infinitum'. Es decir, se desarrollaba el argumento de la inseguridad hasta el límite posible, comenzando por darle la razón y potenciándolo hasta extenderlo virtualmente a casi cualquier posibilidad. Para el primer caso -catastrofismo- los argumentos solían alcanzar la conclusión siguiente: es imposible determinar el curso causal de cualquiera de nuestras acciones, hasta la más pequeña, hasta 'asegurarnos' de que, en el ciclo de causa-efecto, no provoque alguna vez daño, por tanto, es cierto, en estos términos, que somos responsables de daños que incluso desconocemos. En el caso de los celos obsesivos la conclusión objetivo era: resulta absolutamente imposible demostrar que alguien cercano no nos engaña, se nos presenten las pruebas que se nos presenten (en realidad se desarrollaba el famoso argumento lógico de la imposibilidad de la demostración negativa: se puede demostrar que algo es o algo ha ocurrido -la infidelidad en nuestro caso- pero resulta mucho más difícil, normalmente imposible, demostrar que algo no es o no ha sucedido).

La técnica de desarrollo argumental no era, evidentemente, expositiva, sino en línea con la ya clásica metodología socrática al uso en las terapias cognitivas de Beck o Ellis. No existía, por tanto, un efecto repetitivo 'aparente'. El efecto sobre la paciente fue, durante la mayor parte de la terapia, de tipo abreactivo e intensamente emocional: la paciente no sólo se sorprendía repetidamente de que el terapeuta le diera sinceramente la razón a sus razonamientos obsesivos, sino que terminaba literalmente 'inundada' por el sentimiento de culpa o inseguridad consecuente al argumento utilizado.

En realidad esta técnica sólo se relaciona parcialmente con lo que, en otras ocasiones, se ha llamado 'saciación' (Rachman, 1980; Stern, 1978). Rachman utiliza el término como claro sinónimo de entrenamiento en exposición-habitación referido al componente ideativo de las obsesiones. Stern, en su estudio comparativo de la eficacia de la interrupción de pensamiento versus la 'saciación', aparte de dejar claro que la interrupción de pensamiento

tiene poca efectividad, describe lo que él llama 'saciación' como una forma de habituación en la que el paciente genera voluntariamente la obsesión (intención paradójica) y la mantiene. Como se ve, no hay ningún componente de desarrollo argumental o discursivo y se puede decir que, en general, el término 'saciación' ha sido utilizado como sinónimo de exposición voluntaria (sabido es, por otra parte, que en psicología clínica contamos con un nutrido grupo de 'términos técnicos' con campos semánticos que son auténticos latifundios). La técnica que aquí se presenta comparte los componentes de intención paradójica (se genera la obsesión en vez de huir de ella) y exposición-habituación (el objetivo es conseguir que no despierte ansiedad) pero además desarrolla un componente cognitivo, racional y lógico, que implementado en la dinámica participativa típica de la orientación cognitiva, consigue la ventaja terapéutica crucial en casos como el que comentamos.

La eficacia final de esta 'saciación lógica' parece deberse a un cierto efecto 'disociativo' que consigue que el paciente llegue a observar lo que piensa desde una cierta 'distancia'. La hipertrofia lógica del pensamiento obsesivo partiendo de sus mismas premisas y sin combatirlo o negarlo (sino al contrario) lo transforma, además de en total e 'inundador' (no hay forma de negarlo o de 'escapar') en autónomo y 'separado': una cosa es la derivación lógica, absoluta, extrema e inescapable, y otra el funcionamiento práctico y cotidiano, no sometido a rigor ni a 'seguridades' porque resulta imposible hacerlo. El sujeto deja de verse como un extraño o como un 'loco potencial', rasgo común a muchas patologías pero especialmente acusado en este tipo de 'obsesivos' (la 'frenofobia' de Raimy, 1985), para comenzar a entender que su error principal es intentar aplicar el rigor lógico (no la estupidez o el delirio) donde no le corresponde (las acciones y emociones cotidianas). Esta 'relativización' del propio pensamiento me parece el elemento activo de la técnica y resulta crucial en este tipo de enfermos; además está mucho más en sintonía con su estilo cognitivo que el enfoque consistente en decirle que 'todo son tonterías' y que se trata de acostumbrarse a ellas para que no despierten ansiedad (lo que también provoca, evidentemente, 'disociación', pero esta vez descalificando la lógica del mismo sujeto y no simplemente delimitando su campo de actuación, lo que, para las obsesiones que estamos comentando, puede ser virtualmente lo mismo que intentar volverlo imbécil).

El efecto disociativo comentado puede ser asimilado al concepto, funcionalmente equivalente, de 'antagonismo psicoonético', utilizado por Frankl

en las formulaciones teóricas de la logoterapia en general y del principio de intención paradójica en particular. La diferencia obvia es que aquí no se parte de presupuestos teóricos parecidos (en realidad no se parte de ningún presupuesto teórico desarrollado) y que en las aplicaciones clínicas de la intención paradójica la prescripción consiste en indicar al paciente que debe procurar mantener la obsesión en vez de huir de ella (lo que vendría a ser un claro precedente no siempre reconocido de lo que luego se sistematiza bajo el nombre de exposición) pero no se intenta el desarrollo argumental directo de la misma obsesión, incluso se desaconseja el uso del desarrollo lógico como instrumento (Pinillos Costa y García Herrero, 1989). Lo cierto es que, la mayor parte de las veces, el sujeto ya intenta utilizar su capacidad lógica para enfrentarse a las obsesiones, pero normalmente lo hace para combatir las y autodemostarse que son absurdas, de ahí que se desaconseje el combate lógico. La técnica que se presenta aquí, sea o no novedosa, desde luego es diametralmente opuesta y resulta, obviamente, limitada en su aplicación según las características absurdas o pseudológicas del argumento obsesivo.

Tras la sesión la paciente tenía que 'saciar' artificialmente el pensamiento obsesivo de que se tratase en un formato 'artificial' y con registro de ansiedad subjetiva: tenía que completar tres ejercicios diarios de 'saciación' que consistía en repetir mentalmente el desarrollo de su obsesión hasta conseguir, como primer paso, elevar la ansiedad, después tenía la instrucción de mantener dicha argumentación interna (que no es en absoluto mantener una imagen o idea obsesiva estática, sino la discusión propiamente dicha) hasta conseguir 'cualquier decremento de la ansiedad' (en cada ejercicio registraba la ansiedad de comienzo y la del final del ejercicio en una escala USA de 0 a 9) o hasta completar un tiempo total de 15 minutos. Después del ejercicio la paciente practicaba unos minutos de respiración abdominal lenta para conseguir bajar los niveles de ansiedad.

El cuerpo central de la terapia consistió en la aplicación de este sistema de saciación lógica variando regularmente el argumento. Sólo en las dos primeras semanas hubo ejercicios completados hasta el límite de tiempo (no bajaba la ansiedad) siendo todos los demás finalizados por decremento de la ansiedad.

La longitud de la terapia no se debió a que no hubiera un claro efecto de generalización de uno a otro formato obsesivo sino más bien a que se tardara varias semanas en 'saciar' completamente un mismo formato. Es

decir, se tardaba varias semanas para que los registros de ansiedad se situaran en 2-3 al inicio de los ejercicios, momento en el que se cambiaba a otro formato (y no porque el terapeuta lo indicara sino porque la paciente 'renovaba' la queja hacia otro contenido). Desde la décima sesión de terapia se dejó de hacer registro negativo de prevención de respuesta porque no había respuestas que prevenir: las compulsiones, que nunca habían sido el componente central del cuadro, bajaron a cero, pero se tardó mucho más en obtener una mejoría notable en el estado cuasipermanente de ansiedad de la paciente, mejoría que, por otra parte, coincidía con el progreso en los ejercicios de saciación.

Se pasó a régimen quincenal cuando dejó de producirse la sustitución de un formato por otro. Dos meses más tarde se le dió el alta. En ese momento el estado de ansiedad de la paciente era 'normal' según su propia calificación y la de su marido. Según las propias palabras de la paciente lo que había cambiado no era en sí mismo el mecanismo obsesivo (tener imágenes o ideas desagradables o darle vueltas a algo aparentemente inane) sino que la 'saciación' ocurría semiautomáticamente, y, en todo caso, con una rapidez suficiente como para evitar que surgiera ansiedad.

Se mantuvieron sesiones de seguimiento a los 3 y 7 meses del alta sin apreciar recaída o retroceso. En ambas sesiones confirmó nuevamente que lo que había cambiado era la implantación de este mecanismo de 'saciación lógica' automática que le hacía despreciar instantáneamente los pensamientos 'molestos' (despreciados no por absurdos sino por incontrolables a nivel de responsabilidad personal), y no a que hubieran desaparecido estos mismos pensamientos. En cualquier caso, el automatismo era tan eficaz que ni siquiera podía recordar con seguridad cuándo había tenido por última vez los pensamientos obsesivos ni con qué frecuencia ocurrían. Tampoco le molestaba en absoluto desarrollarlos explícitamente en la consulta. Ese fue, en realidad, el criterio clínico que utilicé como confirmación de que la 'curación' era estable.

DISCUSION

La diferencia, a nivel fenomenológico, entre los dos casos presentados resulta obvia. La discrepancia entre las técnicas terapéuticas utilizadas ya ha sido descrita y también resulta evidente a pesar de que aparentemente se

trate de dos formas de exposición diferentes. En realidad, exposición propiamente dicha sólo se aplica en el primer caso (exposición a estímulos desencadenantes y, subsiguientemente, a las obsesiones) y ni siquiera se hace en formato directo (ejercicios de exposición a la obsesión) sino como derivación de la técnica de prevención de respuesta. La técnica aplicada en el segundo caso, que hemos llamado 'saciación lógica', sólo supone exposición en la medida en que cualquier discusión de corte cognitivo centrada en un problema del paciente lo expone al mismo (es en ese sentido en el que algunos autores llegan a considerar que todo es exposición). Con independencia de la obviedad de que cualquier acercamiento supone cierto grado de exposición, lo que me parece realmente activo en este caso es lo propiamente cognitivo de la técnica: el desarrollo del sistema de razonamiento del paciente montado sobre la misma lógica de sus rumiaciones y abocado a una especie de inundación cognitiva, la regresión al infinito, que consigue, finalmente, distanciar emocionalmente al sujeto de su propio sistema de pensamiento sin intentar la imposible tarea de que se 'distraiga' continuamente de su propio proceso pensante o que se 'lobotomicé' de alguna manera para dejar de razonar como lo hace.

El modelo cognitivo para el trastorno obsesivo desarrollado por Salkovskis (1985) considera la necesidad, por carencia actual, de elaborar técnicas cognitivas específicas para el tratamiento de los TOCs, precisamente en base a que considera que el componente cognitivo (esquemas de pensamiento, asunciones incorrectas, pensamientos negativos automáticos) de este trastorno juega un papel crucial en su desarrollo y mantenimiento y sin embargo no es suficientemente atendido desde la perspectiva conductual (exposición y prevención de respuesta en este caso). En este modelo la obsesión intrusiva y egodistónica funciona como primer estímulo que, en determinados individuos predispuestos cognitivamente (por sus idiosincrásicos esquemas), desencadenan pensamientos negativos automáticos (según terminología de Beck) centrados en la responsabilidad y la culpa. Según Salkovskis éstos son los que generan el auténtico ciclo obsesivo, y no la ideación intrusiva en sí misma (de ahí que en sujetos normales también aparezcan ideaciones intrusivas sin que se genere el ciclo patológico).

Como se ve, el encaje de este análisis con la sintomatología del caso 2 aquí presentado es casi perfecta, la consecuente necesidad de habilitar una intervención propiamente cognitiva (y no de forma excluyente). Por otro lado, el caso 1 parece difícilmente conciliable con los parámetros del modelo. Sin

embargo, el autor pretende hacerlo extensivo a cualquier cuadro TOC, con lo que, en mi opinión, para superar un error (el olvido del papel central del componente cognitivo en determinados cuadros TOC) podemos caer en el contrario (el empeño en encontrar complicaciones cognitivas excesivas en cuadros que son más simples y que respondan bien a tratamientos conductuales directos). Otra vez, la pretendida unicidad del síndrome puede ser la responsable de la confusión.

Los dos casos expuestos se han elegido en razón de su pureza categorial (la mayoría de los casos de los que tengo experiencia directa suelen presentar sintomatología cruzada entre varios cuadros o varias patologías simultáneas) y no como extremos de un continuo. En realidad se trata de que quizás no existe tal continuidad. Las variables intermedias del grado de inteligencia y el nivel de formación cultural del paciente (así como la edad, sexo, status social, etc.) cuentan en el planteamiento terapéutico de cualquier caso, pero de lo que aquí se trata, en mi opinión, no es de variables intermedias o moduladores, sino de algo más estructural: la personalidad.

Antes de entrar en ello conviene detenerse en el análisis de la sintomatología de los casos presentados y su funcionalidad. En el primer caso las compulsiones son el rasgo dominante del cuadro, son reactivas y tienen efectividad reductora de la ansiedad; el componente obsesivo cumple las características de intrusivo y egodistónico (consideradas como definitorias por el DSM-III-R) y, en realidad, se comporta como un automatismo cognitivo: el sujeto tienen la obsesión también de manera reactiva y no le da cuerpo argumental ni mayores desarrollos; ni siquiera cuando se aplica la prevención de respuesta, prolongado por tanto el tiempo y frecuencia de aparición de obsesiones, cambian éstas de formato ni se hacen con mayor cuerpo argumental (siguen siendo absurdas y siguen provocando ansiedad por el hecho de que no se van de la cabeza, no porque el sujeto crea más en ellas). Dicho de otra forma: las obsesiones cursan como 'segmentos discretos de conducta cognitiva' de formato estable (en imagen y/o palabras) que son elicitados por reactividad a estimulación ambiental concreta. En este sentido se parecen a las compulsiones, fijas y reactivas, aunque ocupen un lugar aparentemente anterior en la cadena conductual y no reduzcan la ansiedad. La reactividad estimular funciona casi como en las fobias, y dudo que se puedan considerar a este tipo de obsesiones rápidas y cuasiautomáticas como causa de la ansiedad. Encajan igualmente bien, a efectos funcionales, como paralelas a la ansiedad más que como causa de la misma: tanto la ansiedad como

la obsesión serían respuestas a la estimulación y estarían en relación cíclica de mutua retroalimentación hasta que la compulsión cesa el bucle. El pensamiento obsesivo ('me contagiare, me contaminare') pudo ser, en esquema etiológico, el que inicia el bucle patológico (condiciona y 'marca' inicialmente determinadas situaciones estimulares como 'desencadenantes'), pero después una vez cristalizada la patología, pasa a funcionar también reactivamente, como una respuesta esteotipada más ante la estimulación, posiblemente en forma 'paralela' a la ansiedad, y no como antecedente.

En el segundo caso, sin embargo, el papel fundamental de la compulsión es mínimo. Las obsesiones, si podemos llamarlas así, tienen formato argumental, no son más que ocasionalmente reactivas, y conllevan un cuerpo de razonamiento previo o de sustento 'indudablemente' lógico (en nuestro caso, la lógica de que alguna conducta descuidada puede provocar daño, y la lógica de que no se pueda estar 'absolutamente' seguro de casi nada). Hay algunos autores que llegan a considerar que la rumiación obsesiva carente de correlato conductual compulsivo no es clasificable como TOC (e.g.: Alburquerque, 1992a). La cuestión terminológica resulta baladí: si no son obsesiones, sino rumiaciones residuales o 'ideas sobrevaloradas', entonces tenemos, en nuestro caso, que las rumiaciones terminan por generar compulsiones (lo que las convierte en funcionalmente idénticas a la obsesión intrusiva y egodistónica), y lo mismo va a ocurrir si las consideramos como entidad intermedia. El caso es que ese tipo de 'razonamiento obsesivo' conduce a cuadros de ansiedad semipermanente y a compulsiones de comprobación, alivio y evitación (que son las que, hasta el momento, se suelen tomar como señales de identificación del TOC. Estas compulsiones tienen una efectividad ansiolítica moderada, entre otras cosas porque la 'obsesión' se genera de manera endógena y no reactiva, con lo que la evitación es casi imposible, y estas 'obsesiones' carecen de formato fijo, son versátiles y con cuerpo argumental, y no son vistas como absurdas y egodistónicas, aunque sí como inescapables y provocadoras de ansiedad. Yo diría que es precisamente por el hecho de que no se ven como totalmente absurdas por lo que el sujeto no puede 'quitárselas' de en medio.

La diferencia entre ambos cuadros la considero análoga a la que existe, por ejemplo, entre el trastorno hipocondríaco y el trastorno por somatización. Como es sabido, en el primero el principal componente es la rumiación obsesiva del paciente en torno a la enfermedad (en general o concreta), obsesión que genera ansiedad y que suele cristalizar en forma somática

variada; mientras que en el trastorno por somatización el principal componente es la somatización misma, no acompañada de preocupación obsesiva sobre la enfermedad y su gravedad, sino, en todo caso, sobre los mismos síntomas somáticos, considerados como algo molesto incapacitante y ansiógeno 'per se'. En ambos cuadros aparecen trastornos somáticos (igual que en los TOCs de cualquier tipo terminan por aparecer compulsiones) pero en un cuadro son o simples argumentos de turno para la rumiación hipocondríaca o efectos de la reconcentración e hipersensibilización que provoca (hipocondría) mientras que en el otro cuadro (trastorno por somatización) son el auténtico núcleo del síndrome. Al parecer, esto basta para que se les considere síndrome distintos y no simplemente como extremos de una misma dimensión. ¿Por qué no ocurre lo mismo con los TOCs?

Además, y esto es más grave, existe la cuestión de la efectividad clínica de las técnicas de intervención: mientras que en los cuadros TOCs semejantes al primer caso presentado aquí la técnica de exposición (a las obsesiones) resulta idónea dado que la obsesiones son de formato fijo (y por lo tanto se puede esperar habituación) y los estímulos desencadenantes ocupan un papel central en el desarrollo de los síntomas; en el segundo tipo, como en el caso 2, la exposición a la obsesión resulta prácticamente imposible como tal exposición y que no hay formatos fijos para utilizar como estímulos a los que exponerse, la 'obsesión' es versátil y 'móvil' (se desarrolla argumentalmente), y el papel de los estímulos desencadenantes no es central (no siempre los mismos estímulos provocan la reacción sintomática). Por otro lado, aplicar la interrupción de pensamiento puede llegar a ser equivalente a intentar que el paciente deje de pensar (lo que, obviamente, no es ni factible ni deseable). La prevención de respuesta resulta, sin embargo, igualmente aconsejable en ambos casos.

Pero posiblemente es un componente terapéutico crucial en el primer caso (porque provoca habituación a la obsesión y debilita la relación entre estímulo desencadenante y obsesión-ansiedad) mientras que sólo tienen un papel secundario y preventivo en el segundo caso (evita que el moderado efecto ansiolítico de la compulsión provoque su diversificación y aumento, aunque apenas afecte al componente obsesivo). De ahí, que se proponga, como alternativa para este segundo tipo de TOC, la técnica de saciación lógica que se ha detallado antes.

Se han propuesto, en diversas ocasiones, sistemas clasificatorios de distintos cuadros TOC, cuya primera intención es posibilitar un ajuste técnico

a nivel clínico pero que no contemplan, en cualquier caso, la distinción que aquí proponemos: distinción centrada no sólo en el distinto peso de los tipos de síntomas, sino también en 'rasgos de personalidad' premórbida del sujeto. Hablar de rasgos de personalidad todavía suena 'extraño' en el campo clínico cognitivo-conductual. El desarrollo de terapias par abordar los llamados 'trastornos de personalidad', iniciado recientemente por figuras tan señeras como Beck (1990) y Wessler (1991, 1993), parece lo más cercano. Pero evidentemente, no es lo mismo hablar de "trastorno de la personalidad" que de 'personalidad' como variables no necesariamente clasificable como patología. Rachman (1971) en su teoría explicativa para la 'rumiación obsesiva' ya sugirió explícitamente que 'los estímulos de las rumiaciones han adquirido su especial significado en razón del desarrollo de la personalidad del paciente...' (p. 234). Avia (1992) trata directamente el problema de las 'variables O' o características de personalidad involucradas en la génesis y mantenimiento de trastornos obsesivos; sus propuestas heurísticas sobre cuáles serían las características de esta hipotética 'personalidad obsesiva' parecen centrarse, en mi opinión, más en la descripción de una 'personalidad anormal' (cercana al 'trastorno de personalidad' obsesivo-compulsiva) que a una variante 'normal' de personalidad. De cualquier forma, la introducción de la 'personalidad' como variables a considerar en el planteamiento clínico en general, y de los casos TOCs en particular fundamenta, a la base, la misma línea argumental que aquí defendemos.

Las referencias a las características de la personalidad obsesiva también abundan en la exposición que hacen Pinillos Costa y García Herrero (1989) aunque terminan por configurar, tomadas en su conjunto, un perfil de 'personalidad' también claramente patológico.

El tipo de 'personalidad obsesiva' que considero está detrás y es anterior a cuadros TOC como el caso 2 aquí presentado, se caracterizaría por una serie de rasgos de funcionamiento pre y postmórbidos que estarían a la base del desarrollo de 'obsesiones argumentales' como síntoma central de un cuadro TOC completo. Como propuesta esquemática 'estos serían los siguientes: son sujetos con predominancia de funcionamiento 'cognitivo', en el sentido clínico que Lazarus le da a esta clasificación: el funcionamiento cognitivo del sujeto tiende a ser el factor directriz y de mayor peso en comparación con los otros dos componentes -emocional y conductual (Lazarus, 1981); las características de 'autoactivación' los relaciona con el modelo de 'introversión' de Eysenck: alta capacidad de autoestimulación (Eysenck,

1967), así como con el estilo de 'independencia de campo' en la clásica formulación de Witkin (Fernández Ballesteros, 1980); en cualquier caso, ambos conceptos ya se encuentran solapados per se. Estos sujetos suelen tener 'ideas' o 'razonamientos' con un *pregnancia* especial, con independencia de que sean ansiógenas; es decir, mantienen la actividad analítica o discursiva sobre cualquier tema que les resulte problemático con cierta incapacidad para interrumpir el proceso hasta que alcanzan algún tipo de solución (incapacidad que tampoco les resulta problemática puesto que ni siquiera quieren dejar de 'trabajar' sobre algo hasta que lo resuelven o lo entienden). El pensamiento, en formato de 'diálogo interior', es continuo, lo que, tomado como 'ruido' permanente los puede volver 'lentos' en reactividad ambiental cuando no están predispuestos a enfrentar determinada estimulación (característica ya apuntada por Pinillos et al, 1989). Todo esto no tiene nada que ver, al menos necesariamente, con los rasgos que se describen en el DSM-III-R bajo el epígrafe del llamado Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad, mucho más cercano, por cierto, al primer tipo de TOC, con obsesiones y compulsiones estereotipadas y simples, que se describen en este artículo.

Este funcionamiento mental, autoactivado, mantenido y permanente, difícilmente puede calificarse de 'trastorno' cuando cursa sobre temáticas prácticas o interesantes para el sujeto y no generan ansiedad como derivación permanente. Es, además, muy probable que este tipo de 'personalidad' abunde en determinados medios tradicionalmente considerados como de prestigio, como por ejemplo el campo científico. El cruce entre determinados razonamientos y/o imágenes y un alto nivel de ansiedad en determinadas épocas especialmente vulnerables del sujeto puede, eventualmente, generar la cadena obsesiva que luego compone el cuadro TOC completo y que tan difícil resulta disolver por su anclaje en la misma personalidad del sujeto (hipótesis etiológica en línea tanto con el modelo elaborado por Rachman como con el cognitivo de Salkovskis). Ante estos sujetos, las tácticas simples de intervención como la exposición y prevención de respuesta (y no digamos la 'interrupción de pensamiento') tienen una efectividad, como mucho, limitada y secundaria. Incluso pudiera ocurrir que alguna de estas técnicas, como la interrupción de pensamiento, actuaran, por su aguda disonancia con el funcionamiento cognitivo 'normal' de estos sujetos, de manera potencialmente peligrosa y yatrogénica.

La existencia de este tipo de personalidad premórbida en el sujeto no

actuaría simplemente como variable moduladora de la posterior composición de cuadros sintomáticos TOC, sino como condición previa para el establecimiento de un cuadro TOC distintos estructural y funcionalmente del que se instaura en otro tipo de sujetos y que hoy consideramos dentro de una única categoría diagnóstica. Es evidente, por otra parte, que lo que resulta crucial a nivel clínico es establecer la distinción práctica, no la taxonómica. Pero se supone que tiene que hacer un ciclo de retroalimentación permanente entre los marcos teóricos (y hoy día el marco de clasificación diagnóstica empieza a ser importante porque empieza a ser unitario) y la práctica clínica.

Quizá algunos enfoques recientes que matizan la psicopatología en general y la clasificación diagnóstica en particular con análisis más ideográficos y evolutivos puedan suponer en el futuro alternativas que eviten el riesgo de reificación que toda clasificación general conlleva. El marco de la llamada psicopatología evolutiva (Joyce-Moniz, 1993) y los enfoques constructivistas que relativizan la aplicación de las técnicas cognitivas (Rosen, 1993; Joyce Moniz, 1985) van en esta dirección. Sigue siendo necesario, la introducción de variables estructurales no sólo cognitivas, sino de personalidad propiamente dicha. El peligro de todo ello será, como siempre, la teorización y abstracción excesivas; la prevención no debe de ser, sin embargo, el miope automatismo en el análisis e intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, A. (1992): Tratamiento psicológico y fracasos terapéuticos en el trastorno obsesivo-compulsivo crónico. En Echeburúa, E. (Comp.). *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Pirámide. Madrid.
- Albuquerque, A. y Seoane, C. (1992): Celos obsesivos: análisis de casos. En Echeburúa, E. (Comp.). *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Pirámide. Madrid.
- American Psychiatric Association (1987): *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona.
- Ascher, L.M. y Hatch, M.L. (1991): El empleo de la intención paradójica en terapia de conducta. En V.E. Caballo (comp.). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Siglo XXI. Madrid.

- Avia, M.D. (1992): Adhesión al tratamiento en el trastorno obsesivo-compulsivo. En Echeburúa, E. (Comp.). *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Pirámide. Madrid.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1990): *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Guilford Press. Nueva York.
- Echeburúa, E. (1993): Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual*, 1, 233-254.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1991): Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. En Buela-Casal, G. y Caballo, V.E. (comp.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Siglo XXI. Madrid.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1992): Clasificación de los trastornos de ansiedad. En Echeburúa, E. (comp.). *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Pirámide. Madrid.
- Eysenck, H.J. (1967): *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Fontanella. Barcelona.
- Fernández Ballesteros, R. (1980): Del estilo Cognitivo 'dependencia-independencia de campo' a una teoría de la diferenciación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35, 467-490.
- Fernández Rodríguez, C.; Amigo Vázquez, I.; Pérez Alvarez, M. (1994): El excipiente y los principios activos de la psicoterapia. *Análisis y Modificación de Conducta*. V. 20, 69, 31-55.
- Frankl, V.E. (1960): La intención paradójica. En Botella C. (ed.). *Aportaciones a la Psicoterapia*. Promolibro, Valencia.
- Frankl, V.E. (1985): Logos, paradoja y la búsqueda de significado. En Mahoney, M.J. y Freeman, A. *Cognición y Psicoterapia*. Paidós, Barcelona.
- García Mérita, M.L. y Balaguer, I. (1983): Intervención psicológica en un caso de neurosis obsesiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 9, 499-510.
- González Almendros, J.L. (1984): Obsesiones y compulsiones. En J. Mayor y F.J. Labrador (eds.). *Manual de Modificación de Conducta*. Alhambra. Madrid.
- Joyce-Moniz, L. (1985): Terapia epistemológica y constructivismo. En Mahoney, M.J. y Freeman, A. *Cognición y Psicoterapia*. Paidós. Barcelona.
- Joyce-Moniz, L. (1993): Psicopatología evolutiva de las significaciones individuales. *Revista de Psicoterapia*, IV, nº 14-15, 113-144.
- Lazarus, A. (1981): *Terapia multimodal*. Ippem. Buenos Aires.
- Maciá, D. (1985): Tratamiento conductual-cognitivo de un caso de potomanía. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 471-481.
- Marks, I. y O'Sullivan, G. (1991): Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivos-compulsivos. En E. Echeburúa (comp.). *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Pirámide. Madrid.
- Pinillos Costa, I. y García Herrero, M. (1989): *Obsesiones Obsesivas*. Index. Madrid.

- Rachman, S. (1971): Obsessional ruminations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (1980): La modificación de las obsesiones: una nueva formulación. En Rubén Ardila (comp.) *Terapia del comportamiento: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Bilbao. Descleé de Brouwer.
- Rachman, S.; Hodgson, R. y Marks, I. (1973): The treatment of Chronic obsessive-compulsive neurosis by modeling an flooding in vivo. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 463-471.
- Raich, Rosa Mª (1993): Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. En Maciá Antón, D. y Méndez Carrillo, F. (comp.). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Pirámide. Madrid.
- Raimy, V.E. (1985): Conceptos erróneos y terapias cognitivas. En Mahoney, M.J. Freeman, A. *Cognición y psicoterapia*. Paidós. Barcelona.
- Rosen, H. (1993): El enfoque constructivista-evolutivo de la terapia cognitiva. *Revista de Psicoterapia*, IV, nº 14-15, 17-37.
- Salkovskis, P.M. (1985): Obsessional compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Salkovskis, P.M. y Kirk, J. (1989): Obsessional Disorders. En Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J. y Clark, D.M. (eds.). *Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford Medical Press.
- Salkovskis, P.M. y Westbrook, D. (1989): Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failflures be turned into success?. *Behavioural Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1993): Stress and anxiety: diagnosis validity of anxiety disorders according to life events stres, ways of coping and physcial symptoms. *Psiquis*, 14 (4), 178-184.
- Stern, R. (1978): Obsessive Thoughts: the problem of therpay. *British Journal of Psychiatry*, 132, 200-205.
- Caballo, V.E. (comp.): *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Siglo XXI. Madrid.
- Wessler, R.L. (1993): Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1, 35-50.