

## **TRATAMIENTO DE RITUALES COMPULSIVOS EN UN PACIENTE PSIQUIATRICO TRATADO AMBULATORIAMENTE. DESCRIPCION DEL CASO**

**J. Joaquín Martínez Sánchez**  
**M. Pilar Arribas Saiz**

Psicólogos.

CENTRO DE SALUD MENTAL DE XATIVA ( VALENCIA )

### **Resumen**

*Este artículo presenta los resultados y el procedimiento seguidos en el tratamiento de un caso de neurosis obsesiva crónica en un paciente psiquiátrico con una amplia gama de patología además del trastorno obsesivo-compulsivo, aplicando la técnica de Inundación "in vivo" junto a la prevención de respuesta. Se describen las distintas fases del tratamiento con especial atención a la forma en que se desarrollaron las sesiones terapéuticas.*

**Palabras clave** *Trastorno obsesivo-compulsivo, Inundación "in vivo", prevención de respuesta.*

### **Summary**

*This paper presents results and treatment procedure applied whit a chronic obsessive compulsive psychiatric patient, who displayed a wide range of pathology besides the obsseive-compulsive disorder. Flooding "in vivo" thecnique was applied as well response prevention. Diferent phases of treatment are described and special attention is paid to the way in wich therapeutic services were developed.*

**Key words.** *Obsessive-compulsive disorders, flooding "in vivo", response prevention.*

## 1. Introducción

Los trastornos obsesivo-compulsivos tradicionalmente han constituido uno de los ámbitos de la psicopatología más rebeldes a los diferentes enfoques terapéuticos. Desde una aproximación puramente médica se han utilizado, fundamentalmente, dos tipos de tratamientos: el quirúrgico y el farmacológico. De las intervenciones quirúrgicas, la lobotomía ha sido la más empleada, encontrándose tasas de recuperación que oscilan entre el 50% ( Tan, Marks y Marsett, 1971 ) y el 60% ( Tippin y Henn, 1982 ).

Desde el punto de vista farmacológico se han empleado una amplia gama de agentes: antidepresivos tricíclicos ( imipramina, clorimipramina, doxepin ); ansiolíticos, fundamentalmente de la familia de las benzodiacepinas ( diacepán, clordiacepóxido ) e IMAOs ( fenelcina ). Los neurolépticos ( clorpromacina y haloperidol ) han sido empleados en menor medida ( Foa y Steketee, 1985 ). De todos estos fármacos, la clorimipramina ha sido la que mejores resultados ha proporcionado, aunque al compararla con la inundación "in vivo" más la prevención de respuesta, aparece una clara superioridad de la terapia conductual en el alivio de las rumiaciones y rituales obsesivos, pero no sobre los síntomas depresivos, en los que la clorimipramina es más eficaz ( Marks et al., 1980; Insel et al., 1983 ).

Desde las aproximaciones conductuales, la inundación ( Flooding ) y la prevención de respuesta han sido las técnicas que más eficacia han demostrado en el alivio de los síntomas obsesivo-compulsivos.. Ambos procedimientos han sido ampliamente utilizados en éste ( Baum y Poser, 1971; Boersma et al., 1976; Boulougouris y Bassiakos, 1973; Meyer y Levy, 1973; Levy y Meyer, 1971; Turner et al., 1979 ) y otros trastornos neuróticos, como la agorafobia ( Emmelkamp y Emmelkamp-Benner, 1975; Gelder y Marks, 1966; Stern y Marks, 1973 ) y fobias simples ( Watson et al., 1971; Boulougouris y Marks, 1979; Marks, 1986; Botella, 1985; Martínez, 1986; Ponce et al., 1985 ) y son muchos ya los estudios e investigaciones realizadas, con buen control metodológico, que corroboran su eficacia en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos ( Hodgson et al., 1972; Marks et al., 1975; Mills et al., 1973; Rachman et al., 1971, 1973 ).

Foa y sus colaboradores ( 1980, 1982 y 1984 ) han realizado varios estudios en los que se demuestra la superioridad de la aplicación conjunta de la inundación y la prevención de respuesta sobre los resultados que obtienen ambas cuando se aplican por separado. En las revisiones realizadas sobre los resultados de los estudios en los que se han tratado pacientes obsesivo-compulsivos con inundación "in vivo" más prevención de respuesta se cifran tasas de mejoría del 65% al 70% ( Rachman y Hodgson, 1980; Foa et al., 1985 ).

El objeto de este trabajo es presentar un caso crónico de trastorno obsesivo-compulsivo, tratado con inundación más prevención de respuesta, en el que el trastorno neurótico estaba inmerso en un contexto patológico mucho más grave, pues el paciente padecía, además, una serie de alteraciones conductuales y emocionales que se añadían al trastorno obsesivo-compulsivo. Se describen las distintas fa-

ses del tratamiento ( recogida de información, evaluación, seguimiento,... ) haciendo especial hincapié en la forma en que se desarrollaron las sesiones terapéuticas paso a paso.

## **2. Descripción del paciente**

El paciente, un hombre de 46 años, estaba siendo tratado ambulatoriamente en una unidad de Salud Mental desde hacía 3 años. Era soltero y vivía en una residencia asistida, acudiendo de forma regular a un taller ocupacional. Presentaba un cuadro obsesivo crónico asociado al consumo excesivo de alcohol y dependencia de psicofármacos anticolinérgicos. A causa de su trastorno había permanecido ingresado casi ininterrumpidamente durante 12 años en un hospital psiquiátrico, habiendo pasado por varias unidades ( agudos, tóxicos y crónicos ). Contaba en su historial con diversos tipos de intervención terapéutica: tratamientos farmacológicos ( neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos), terapia electroconvulsiva y dos lobotomías que le fueron practicadas en un intervalo de 2 años. Ninguno de estos tratamientos produjo una mejora estable en el trastorno obsesivo, siendo las lobotomías las que produjeron una mayor y prolongada tasa de recuperación, aunque ésta no superó, en ninguna de las dos ocasiones, el año.

Además del tratamiento obsesivo-compulsivo ( que será detallado en el apartado siguiente ), el paciente venía manifestando de forma regular un amplio abanico de sintomatología psiquiátrica: frecuentes episodios de irritabilidad, conducta desorganizada, inquietud y estados de gran agitación psicomotriz, intensa labilidad emocional con episodios de afectividad embotada. Todo ello hacía que, ocasionalmente, tuviera serias dificultades de convivencia tanto a nivel social como a nivel laboral, y solía ser causa de breves y esporádicos internamientos en un hospital psiquiátrico. Durante los años de internamiento había sido diagnosticado por varios profesionales de esquizofrenia residual, aunque tras una exhaustiva exploración, tras su desinstitucionalización, que fue contrastada por varios miembros del equipo, fue diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo asociado a la dependencia de sustancias tóxicas ( alcohol, anticolinérgicos y cafeína ), y con un importante deterioro psíquico producto de la institucionalización.

La intervención terapéutica se centró sobre los síntomas obsesivo-compulsivos, por lo que en todo momento a lo largo de este artículo haremos referencia exclusivamente a esta sintomatología, sin tener en cuenta las otras alteraciones ni la interacción entre ellas.

## **3. Descripción de los síntomas obsesivo-compulsivos**

Como hemos apuntado más arriba, el paciente presentaba un cuadro obsesivo-compulsivo crónico que había sido rebelde a diversos tratamientos farmacoló-

gicos ( clorimipramina, y otros antidepresivos con cierta eficacia en trastornos obsesivos y neurolépticos ) y quirúrgicos ( lobotomías ).

El contenido de las obsesiones era de contenido escatológico y con referentes sadomasoquistas, que tenían un efecto altamente egodistónico y le producían gran culpabilidad y vergüenza, hasta el punto de que se requirieron varias sesiones para que el paciente se atreviera a expresarlas, haciéndolo aún así, por escrito y en presencia exclusiva del terapeuta masculino. Las conductas compulsivas consistían en lavarse las manos y sonarse la nariz ( esta última con una frecuencia media de 40 veces por hora ) lo que le había producido hemorragias nasales de cierta entidad.

Los rituales los realizaba siempre que estuviera en contacto con polvo, humo de los escapes de los coches, al pisar o tocar barro y en cualquier lugar que no estuviera totalmente limpio. Estas conductas interferían de forma notable en sus actividades cotidianas, ya que le dificultaban salir a la calle porque ello le generaba una elevada ansiedad, trabajar regularmente en el taller ocupacional e, incluso, entrar en aseos públicos sin sentir una alta ansiedad.

Dada la dificultad del paciente para verbalizar los pensamientos obsesivos, se decidió iniciar la intervención terapéutica sobre las respuestas compulsivas producidas por el miedo a contaminarse. Fue elegida la técnica de inundación "in vivo", más prevención de respuestas que consiste, explicado de forma sucinta, en exponer, al sujeto a la situación ansiógena productora de la respuesta compulsiva impidiéndole la realización de la misma y enseñando al sujeto estrategias para controlar la ansiedad durante la exposición.

## **4. Proceso terapéutico**

### **A) Recogida de información**

Se realizaron dos entrevistas individuales dedicadas a la elaboración de la jerarquía que recogiese las situaciones fóbicas descritas y ordenadas lo más claramente posible. Se intentó para ello entrenar al paciente en el uso de las unidades subjetivas de ansiedad ( USAS ) en una escala de 1 a 10 gradientes, que iban de menor a mayor ansiedad, siendo este objetivo imposible de lograr. No obstante, se consiguió que describiera las situaciones como: "muy", "poco" o "nada" ansiógenas, aunque como veremos más adelante, le fue difícil utilizar estas categorías durante las sesiones de inundación.

### **B) Evaluación**

No se utilizó ninguna prueba psicométrica o cuestionario para medir el tipo de personalidad o carácter obsesivo del paciente, al tener una detallada historia.

clínica del mismo. En esta fase sólo se tuvo en cuenta la ocurrencia de las respuestas compulsivas, para lo que se enseñó al paciente a que realizase un sencillo registro de frecuencia de ambas conductas durante 10 días. La media de sonarse la nariz fue de 40 veces/hora y la de lavarse las manos 20 veces/día. Las situaciones que desencadenaban con más frecuencia las respuestas compulsivas fueron: ver o tocar barro y/o polvo, entrar en un aseo público, oler el humo de los tubos de escape y recibir polvo o aire en la cara.

### **C) Sesiones terapéuticas**

Tras la recogida de información en las entrevistas individuales, y su posterior evaluación, se decidió, como ya señalamos anteriormente, aplicar el método de inundación "in vivo", aplicado éste de forma progresiva. Dada la inestable conducta del paciente no se consideró conveniente someterlo a una fuerte tensión durante las sesiones, por lo que se decidió iniciar las exposiciones a niveles medios de ansiedad, aunque dadas las dificultades del paciente para discriminar los gradientes de ansiedad, no se sabe a ciencia cierta qué grado de malestar subjetivo producían en el sujeto. Se tomaron como indicadores del mismo los signos fisiológicos y conductuales externos: sudoración, taquipnea, tensión muscular, comentarios verbales, conducta de acercamiento/evitación y tiempo que tardaba en iniciar la tarea de exposición una vez había recibido la orden por parte del terapeuta.

Se realizaron 6 sesiones de terapia, las dos primeras las llevaron a cabo un terapeuta ( desconocido para el paciente ) y un coterapeuta ( ATS que controlaba diariamente la medicación que tomaba y por lo tanto muy conocido y de confianza para el paciente ). Por necesidades del servicio, a partir de la tercera sesión el coterapeuta dejó de asistir a las sesiones. Estas se realizaron en el propio centro de salud y en la calle y en diversos establecimientos públicos; siendo la frecuencia de aplicación de la terapia una vez al día, durante cinco días consecutivos, excepto la sexta sesión que se dio con un distanciamiento de una semana con respecto a la quinta sesión. Así pues, la terapia se realizó en dos semanas. El tiempo de exposición osciló entre 45 y 60 minutos; siendo el criterio principal para finalizar, el no mostrar signos de ansiedad, ni rituales por parte del sujeto. Se realizaron dos sesiones de control, una a los veinte días de haber finalizado la terapia y otra a los siete meses.

#### **1ª Sesión de terapia**

En esta sesión primera el paciente, terapeuta y coterapeuta se dirigieron a un desván del centro bien iluminado que albergaba los restos polvorientos de un antiguo hospital ( camillas, mesas, inodoros, libros, etc. ). Antes de entrar en ese desván se había mantenido una conversación con el paciente en la que se le explicó

en qué consistía el tratamiento que se le iba a aplicar, qué le iba a ocurrir y cómo debía comportarse, así como de los riesgos que corría si abandonaba la sesión (aumento de la ansiedad, los rituales y los pensamientos obsesivos). Asimismo, se le indicó que, pasara lo que pasara, él no podía sonarse ni limpiarse las manos sin permiso del terapeuta. Una vez aceptadas las condiciones por parte del paciente, y aclaradas sus dudas, se pasó al desván, situación que inmediatamente creó una ansiedad elevada al sujeto quien no supo exactamente cómo reaccionar, quedándose bloqueado durante unos segundos. Se le pidió entonces con firmeza que entrase al centro del desván y que fijase su atención en todo el polvo que había, así como en todos los objetos que le rodeaban. A continuación se le pidió que vaciase el contenido de sus bolsillos encima de una mesa cubierta, ostensiblemente, de polvo, tarea que tardó en cumplir pues no acababa de creerse lo que oía, dando la sensación de que lo hablado anteriormente "no iba" con él. Finalmente sacó todos los objetos, incluidos el pañuelo y el paquete de tabaco, y una vez dejados en la mesa, se le hizo notar el hecho de que los objetos estaban cubiertos de polvo, pidiéndole en ese momento que evaluase el grado de malestar que sentía, hecho que no pudo hacer comentando que no entendía lo que queríamos decir. Era evidente que el sujeto se encontraba en un momento de ansiedad elevada.

Se le insistió un par de veces más acerca del nivel de ansiedad, pero dado que no era capaz de indicarlo, seguimos con el procedimiento de inundación. Se le hizo observar que el pañuelo estaba lleno de polvo, así como el resto de objetos depositados sobre la mesa y se le indicó que los podía volver a guardar en el bolsillo, cosa que hizo con bastante reparo. Una vez realizado esto, se le indicó que pasara las manos sobre la mesa limpiando el polvo con ellas. Esta tarea también le costó unos segundos el comenzar a ejecutarla, después de hacerla se le ordenó que no se limpiara las manos ni eliminara cualquier rastro de polvo de ellas. Una vez mantenida esa situación unos minutos ( 3 ó 4 ), se le dijo al paciente que ambas manos llenas de polvo se las pusiera sobre el cuerpo y que se tocara lentamente todo él. El resultado fue una completa "contaminación". Hasta ese momento la sensación de bloqueo del paciente era notable pero se empezaba a notar un cierto descenso de la ansiedad al comenzar a hablar más y mostrarse más desinhibido, aunque tampoco pudo valorar el nivel de ansiedad en el cual se encontraba, diciendo impresiones como "poco, normal, no sé" etc. Posteriormente se pasó a incrementar la ansiedad aún más haciéndole coger y sujetar guantes cubiertos con polvos talco ( él desconocía que eran polvos talco ), almohadas polvorientas, incluso cuñas y otra serie de enseres también con polvo y de gran contenido contaminante, tanto físico como simbólico, para el paciente. Finalmente, se le hizo ponerse en contacto físico más directo con otros objetos ( sujetar el máximo de objetos ) "contaminados", y sentarse en el suelo. El resultado fue una completa "contaminación" ya que tanto cuerpo y ropa salieron completamente llenos de polvo.

En esta sesión el paciente en ningún momento tuvo reacción de pánico ni de huida aunque sí de evitación que no llegó a completarse a través de las órdenes verbales del terapeuta.

Cuando fue evidente que el paciente no tenía ansiedad a través de sus propias indicaciones y la mayor locuacidad y sentido del humor que comenzó a presentar, la postura más relajada y la respiración más regular, así como una reducción de las verbalizaciones de evitación, dimos por finalizada la sesión de exposición que duró 60 minutos, tiempo inferior al que habíamos previsto dada la cronicidad del problema.

Una vez acabada la sesión de exposición se le indicó que podía cepillarse la ropa por encima y lavarse las manos y cara una sola vez y en presencia del terapeuta. Después se le indicó que sólo podía lavarse las manos para comer y después de ir al aseo; también se le prohibió sonarse, conducta que no apareció en ningún momento durante la sesión.

Al finalizar esta primera sesión el paciente estaba exultante sin poder creer lo que había sido capaz de hacer, y repetidamente comentaba que eso había sido "un milagro". Inmediatamente después, nos pusimos en contacto con los monitores del taller ocupacional que eran las personas con las que más tiempo pasaba, dándoles instrucciones para que observaran las posibles conductas compulsivas y que realizaran prevención de respuesta si éstas ocurriesen.

## 2ª Sesión

Al día siguiente, el paciente acudió muy sonriente y satisfecho a consulta indicando que la gran ansiedad que tenía se había pasado y que no había tenido conductas rituales, sintiéndose muy tranquilo por ello. Sin embargo, nos llamaron del taller ocupacional indicándonos que habían observado al paciente sonarse la nariz en alguna ocasión pero en mucha menor medida que antes, también nos advirtieron que llevaba dos pañuelos, uno de ellos escondido.

En esta sesión volvimos a subir al desván y repetimos las mismas actividades que en la primera, procurando contaminar aún más todo lo que llevaba el paciente encima, y a él mismo. En todo momento procuramos que su atención se centrara en el polvo que lo rodeaba indicándole que observara cómo el polvo se levantaba cuando caminábamos sobre el suelo, haciéndole que inspiraba profundamente.

Esta sesión fue más breve y la exposición duró 40 minutos, observándose en ella niveles menos profundos de ansiedad, aunque comenzó siendo medio y fue remitiendo gradualmente ante la sorpresa y satisfacción del paciente al ver que podía controlar los rituales sin grandes esfuerzos.

Al igual que en la primera sesión, acabó "cubierto" de polvo y se dieron las mismas instrucciones de higiene y prevención de respuesta que en la anterior.

## 3ª Sesión

Al día siguiente, la alta motivación y la satisfacción del paciente continuaban, emitiendo expresiones de sorpresa ante el hecho de que en unos pocos días hubie-

ran desaparecido unos problemas que arrastraba desde hacía años. Indicó no realizar rituales ni evitar situaciones estresantes. Esto nos lo confirmaron más tarde los monitores del taller ocupacional.

En esta sesión cambiamos el lugar de la exposición metiéndonos en los aseos públicos del centro, que habían sido limpiados momentos antes ( hecho que desconocía el paciente ). Hay que recordar que al paciente no se le advertía del contenido de la siguiente sesión hasta momentos antes de que ésta comenzara, en los que se le explicaba en qué iba a consistir y se le pedía su aceptación o no de las mismas.

Las tareas a realizar en esta sesión contenían los elementos más ansiógenos dada su relación con el contenido escatológico de sus obsesiones. De hecho, a pesar de lo predispuesto que acudió a esta sesión se quedó bloqueado al entrar en los aseos cuando vio que todo lo que se le había explicado acerca de la sesión iba a ser realizado. Una vez dentro se le hizo observar con detenimiento todos los objetos sanitarios que allí se contrenían ( lavabos, grifos, inodoros, etc. ) haciéndole ver que allí se encontraban muchos de los elementos que más malestar y ansiedad le producían. Después, se le pidió que tocara con ambas manos los diversos elementos del aseo ( azulejos, lavabos, grifos, inodoros, etc. ); lo que inicialmente le produjo un nivel moderado-alto de ansiedad. Por último, se "contaminó" él mismo con sus manos la ropa y el cuerpo.

La sesión concluyó sin ansiedad, estando el paciente tranquilo y relajado, mostrando su humor habitual; aunque hay que señalar que cada nueva instrucción que se le dió en el aseo tardaba en iniciarla unos segundos y siempre solicitando confirmación de que debía hacerlo. Esta sesión duró 40 minutos.

Al acabar la sesión de exposición se le indicó, de nuevo, que los hábitos de limpieza debían ser los habituales y que el objetivo no era que se volviera sucio, sino eliminar los rituales.

#### 4ª Sesión

Al día siguiente, el estado de ánimo del paciente se mantenía elevado y seguían sin producirse los rituales. Esta sesión se llevó a cabo en la calle y sin coterapeuta. Recorrimos los lugares que el paciente nos había indicado en las entrevistas iniciales que le producían mayor ansiedad y por tanto, le obligaban a hacer los rituales ( pescaderías, parques públicos con flores, obras, lugares con barro, calles muy transitadas por el tráfico y con mucho humo, etc. ). En todos estos lugares se le contaminó de diversos modos, haciéndole rerspirar profundamente, ensuciarse las manos tocando objetos, etc. En todas esas situaciones se estuvo el tiempo necesario hasta que se observó que la ansiedad bajaba, aunque en ningún momento ésta superó los niveles medios, consiguiendo que ésta se mantuviese baja durante casi toda la sesión. El paciente empezaba a sentir un gran nivel de control sobre sus rituales, llegando incluso él mismo en esta sesión a ponerse una tarea de

contaminación que consistía en tirar un pañuelo en el suelo de un parque público y que se contaminara de humedad, tierra y hojas. En esta sesión la exposición duró 40 minutos.

### **5ª Sesión**

Al día siguiente se repitió la tercera sesión, en la que el paciente controló muy bien la situación, respondiendo muy rápidamente a las demandas del terapeuta. Una vez superada esta exposición pasamos a repetir las tareas realizadas en la cuarta sesión. No habiendo señales de descontrol del paciente, ni ansiedad alta, ni rituales. La sesión duró 60 minutos.

A partir de esta sesión, al haberse producido una total remisión de los síntomas se decidió iniciar la fase de control.

### **6ª Sesión**

Tres días después y sin haber sido citado acudió al servicio indicando que la mejoría persistía pero que él consideraba que sus rituales no los tendría plenamente controlados hasta que no fuese capaz de realizar una tarea que desde siempre le había generado una alta ansiedad y que durante estas semanas de terapia recordaba con mucha frecuencia. La tarea en sí consistía en un juego que el paciente había presenciado siendo niño y que consistía en buscar con la boca algo que hay en un recipiente lleno de harina, para ser más exactos el paciente no comprendía cómo alguien podía tener la nariz metida en la harina mientras buscaba algo dentro de ella.

Una vez se hubo marchado el paciente nos planteamos la conveniencia o no de realizar una exposición de ese tipo, ya que podíamos correr el riesgo de que cada vez el paciente se pusiera pruebas mayores. A pesar de ello creímos conveniente realizarlo para que no se quedara con la duda ya que dado su carácter obsesivo podía ser perjudicial y provocar una recaída.

De esta forma, cuatro días después, se inició la que sería la última sesión de terapia. En un plato vertimos harina y escondimos entre ella varios trozos de bizcocho sin que el paciente lo viera, después le dimos la orden de que debía localizarlos según él había imaginado la escena, es decir, metiendo la nariz en la harina y después sacarlos empujando también con la nariz. La sesión duró 30 minutos.

En esta sesión hubo una gran ansiedad anticipatoria y al paciente se le insistió varias veces en que si se iniciaba había que concluirla. La exposición concluyó sin indicadores de ansiedad y con gran satisfacción por parte del paciente. Además, no volvió a plantear nuevas situaciones o pruebas que le "demostrasen" su mejoría.

#### D) Seguimiento

Veinte días después se realizó un control en el cual el paciente indicó que se encontraba muy bien, haciendo exhibición de sus nuevas habilidades, tocando el polvo de la mesa, sin tener reacciones de evitación y por iniciativa propia.

También nos pusimos en contacto con los monitores que indicaron que mantenía una conducta de aseo adecuada y que no observaron la realización de rituales.

Siete meses después se realizó un segundo control y el paciente se mantenía sin ningún tipo de ritual. A pesar de ello, había ingresado en dos ocasiones en un hospital psiquiátrico por períodos de una semana cada uno de ellos a raíz de su adicción a un psicofármaco anticolinérgico.

### 3. Resultados y discusión

Como se ha visto a lo largo de la descripción del caso, el paciente eliminó las conductas rituales de sonarse y lavarse las manos en un breve espacio de tiempo, a pesar de las expectativas negativas que presentaba el propio paciente hacia el resultado de la terapia. Es obvio que en este caso la terapia de inundación "in vivo" ha permitido eliminar un aspecto del problema ( muy importante, e incapacitante, para el paciente ). Como se indicó al principio, la reticencia del paciente para expresar el contenido de sus pensamientos obsesivos hizo inviable su tratamiento, por lo que no sabemos si en este caso concreto la técnica de inundación hubiese resultado tan exitosa como resultó ser en el tratamiento de las conductas compulsivas.

Los problemas derivados de la adicción del paciente al consumo de productos anticolinérgicos, el alcohol y la cafeína, no parecieron afectar a los resultados de la terapia, aunque es difícil de valorar si algunas variables de las sesiones se vieron influenciadas, como por ejemplo el nivel de ansiedad durante la exposición, el tiempo de exposición necesaria para la disminución de la tasa de ansiedad, etc.

Como ha podido observarse en la descripción de las sesiones de terapia, el procedimiento de inundación puede resultar aversivo, no sólo para el paciente sino también para el terapeuta; sin embargo, creemos que es una técnica lo suficientemente potente como para ser aplicada en estos trastornos siempre y cuando el terapeuta la domine lo suficientemente para tener un continuo control sobre la situación. Además, la aplicación de la inundación requiere que el paciente conozca de antemano en qué consiste esta terapia y los efectos estresantes que su práctica inicialmente conlleva. Sin su consentimiento previo no sería ética ( y probablemente tampoco efectiva ) su aplicación.

Por último, el hecho de que lo que aquí presentamos sea solamente un estudio de caso impide el extrapolar resultados generales, pero resulta esperanzador el comprobar cómo una técnica como la inundación más la prevención de respues-

ta ( en este caso únicamente verbal ) cuya efectividad ha sido comprobada en una gran cantidad de investigaciones y ampliamente estudiada con pacientes con diferentes trastornos y niveles de gravedad, se ha mostrado eficaz en la eliminación de rituales compulsivos crónicos en un paciente con una amplia gama de patología psiquiátrica sin que en ningún momento se abordasen de forma terapéutica paralela estas otras alteraciones.

## Bibliografía

- BAUM, M. y POSER, E.G. ( 1971 ). Comparison of flooding procedures in animals and man. *Behaviour Research & Therapy*, 9, 249-254.
- BOERSMA, K., DEN, HENGST, S., DEKKER, J. y EMMELKAMP, P.M.G. ( 1976 ). Exposure and response prevention in the natural environment: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research & Therapy*, 14, 19-24.
- BOTELLA, C. ( 1985 ). La técnica de Inundación ( Flooding ) en un caso de fobia a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, pp. 159-172.
- BOULOUGOURIS, J. y BASSIAKOS, L. ( 1978 ). Prolonged flooding in cases with obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research & Therapy*, 11, 227-231.
- BOULOUGOURIS, J., y MARKS, I. ( 1969 ). Implosion ( flooding ): a new treatment for phobias. *Br. Med. J.*, 2, 721-723.
- FOA, E.B., STEKETEE, G., GRAYSON, J.B., TURNER, R.M. y LATIMER, P. ( 1984 ). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long term effects. *Behav. Therapy*.
- FOA, E. B., STEKETEE, G. y MILBY, J.B. ( 1980 ). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *J. Con. & Clin. Psychology*, 48, 71-79.
- 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 disorders: psychological and pharmacological treatments*. New York: Plenum.
- EMMELKAMP, P.M.G. y EMMELKAMP-BENNER, A. ( 1975 ). Effects of historically portrayed modeling treatment on self-observation: a comparison with agoraphobics. *Behaviour Research & Therapy*, 13, 135-139.
- GELDER, M.G. y MARKS, I. ( 1966 ). Severe agoraphobia: a controlled prospective trial on behaviour therapy. *Br. J. Psychiat.* 112, 309-319.
- HODGSON, S., RACHMAN, S. y MARKS, I. ( 1972 ). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. Follow-up and further findings. *Behaviour Research & Therapy*, 10, 181-189.

- INSEL, T.R., MURPHY, D.L., COHEN, R.M., ALTERMAN, M.A., KILTS, G. y LINNOILA, M. (1983). Obsessive-compulsive disorder: A double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40, 605-612.
- LEVY, R. y MEYER, V. (1971). Ritual prevention in obsessional patients. *Proc. R. Soc. Med.*, 64, 1115-1118.
- MARKS, I. (1986). *Tratamiento de las neurosis: teoría y práctica de la psicoterapia conductual*. Martínez Roca.
- MARKS, I., HODGSON, R. y RACHMAN, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. *Br. J. Psychiat.*, 127, 349-364.
- MARKS, I., STERN, R.S., MAWSON, D., COBB, J. y McDONALD, R. (1989). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *Br. J. Psychiat.*, 136, 1-25.
- MARTINEZ, J.J. (1986). *Eficacia terapéutica y Niveles de Cambio: la Eficacia Diferencial y el Estudio de Distintos Parámetros de Personalidad y Parámetros situacionales*. Tesis de Licenciatura. Mimeo Valencia.
- MEYER, V. y LEVY, R. (1973). Modification of behavior in obsessive-compulsive disorders. En H. E. Adams y P. Unikel. Eds. *Issues and Trends in Behavior Therapy*. Springfield. Charles C. Thomas.
- MILLS, H., AGRAS, W.S., BARLOW, D.H. y MILLS, J.R. (1973). Compulsive rituals treated by response prevention. An experimental analysis. *Archives of General Psychiat.*, 28, 524-529.
- PONCE, A., MARTINEZ, J.J. y ARRIBAS, P. (1985). Implosión e inundación. *Informació Psicològica*, 24, pp. 15-22.
- RACHMAN, S. Y HODGSON, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- RACHMAN, S., HODGSON, R. y MARKS, I. (1971). The treatment of chronic obsessive compulsive neurosis. *Behaviour Research & Therapy*, 9, 237-247.
- RACHMAN, S., MARKS, I. y HODGSON, R. (1973). The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. *Behaviour Research & Therapy*, 11, 463-472.
- STEKETEE, G. y FOA, E.B. (1985). Obsessive-compulsive disorders. En D.H. Barlow (Ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. pp. 69-144. The Guilford Press.
- STEKETEE, G., FOA, E.B. y GRAYSON, J.B. (1982). Recent advances in the treatment of obsessive-compulsives. *Arch. Gen. Psychiat.*, 39, 1365-1371.
- STERN, R. y MARKS, I. (1973). Brief and prolonged flooding. A comparison in agoraphobic patients. *Arch. Gen. Psychiat.*, 28, 270-276.
- TAN, E., MARKS, I. y MARSET, P. (1971). Biomedical leucotomy in obsessive-compulsive neurosis: A controlled serial enquiry. *Br. J. Psychiat.*, 118, 155-164.

TIPPING, J. y HENN, F.A. ( 1982 ) Modified leucotomy in the treatment of intractable obsessional neurosis. *Am. J. Psychiat.*, 139, 1601-1603.

TURNER, S.M., HERSEN, M., BELLACK, A.S. y WELLS, K.C. ( 1979 ). Behavioral treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research & Therapy*, 17, 95-106.

WATSON, J.P., GAIND, R. y MARKS, I. ( 1971 ). Prolonged exposure. A rapid treatment for phobias. *Br. Med. J.* 1, 13.