

INTERVENCION PSICOLOGICA EN UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA¹

M.L. GARCIA MERITA
I. BALAGUER SOLA

Universidad de Valencia

1. INTRODUCCION

Como es conocido por todos las conductas obsesivas vienen siendo objeto de numerosos estudios y tentativas terapéuticas de orientación comportamental. La técnica propuesta por Meyer consiste en prevenir o impedir las Respuestas de evitación, que el autor piensa que es característico de los comportamientos obsesivos y que tienen como finalidad reducir o eliminar la ansiedad. Por tanto la prevención de respuesta pretende impedir la evitación en presencia del estímulo que produce ansiedad. Meyer enfrenta a sus clientes a las situaciones ansiógenas impidiéndoles realizar los rituales, pretendiendo con ello que el cliente se dé cuenta que aunque no haga el ritual no le ocurrirá ninguna desgracia.

El presente trabajo, aunque no olvida las aporta-

ciones de Meyer, presenta el tratamiento de una Neurosis Obsesiva grave basándose en los métodos sugeridos por las investigaciones de Gavino y Muldman (1979-1981).

Las mencionadas investigadoras han aplicado sus programas a clientes no hospitalizados que por lo tanto no tienen vigilancia permanente. Hacen hincapié en que el paciente vuelva a practicar las actividades que como consecuencia de su comportamiento obsesivo habían abandonado. Añaden además una etapa que no se encuentra en la técnica de prevención de respuesta: la línea base B.

En nuestro caso y siguiendo, en parte, a Meyer si hemos expuesto a la paciente de forma gradual a estímulos que le producían ansiedad, técnica que las autoras ya nombradas, no incluyen en su nuevo método. Lo que pretendemos es, dentro de la casuística, comprobar la eficacia de esta nueva técnica, con algunas variantes ya que por ejemplo en nuestro caso el estímulo desencadenante es encubierto. Así como demostrar la eficacia del terapeuta como reforzador fundamental.

2. DESCRIPCION DEL CASO

Se trata de una mujer casada de 37 años. Nos fue enviada desde una consulta psiquiátrica privada a causa de una neurósis obsesiva con depresión secundaria, asociada con fuerte ansiedad. Había sido tratada por cuatro psiquiatras diferentes en el transcurso de 21 años sin resultados satisfactorios. Nunca había visto antes un psicólogo, el psiquiatra que nos la remite y con el que trabajamos en colaboración, había conseguido mediante tratamiento psiquiátrico farmacológico suprimirle la depresión y las crisis de ansiedad que frecuentemente padecía. Sin embargo se mantenían los rituales obsesivos y las conductas de evitación. Es por esto por lo que se consideró oportuna la intervención psicológica.

3. HISTORIA CLINICA Y PERSONAL

J.R. proviene de un medio rural, su padre es labrador y su madre se dedica a las tareas del hogar. Es hija única y siempre fue muy superprotegida, dándose el caso de que jamás durmió sola ya que los padres preferían tenerla en su habitación. La relación entre los padres no es muy buena como consecuencia del carácter agresivo del padre.

No existen antecedentes en la historia familiar de enfermedad nerviosa o mental.

J.R. asistió a la escuela hasta los 11 años, y aunque sabe leer y escribir su nivel cultural es bajo. Nunca ha trabajado fuera del hogar.

A los 15 años conoce a un joven algo mayor que ella (al que llamaremos Z) de un pueblo vecino al suyo, por el que manifiesta mucho interés. Salió con él poco tiempo ya que por considerarse de un nivel socio-cultural más bajo temía que él la despreciase, por lo que decide romper cualquier tipo de relación. Sus contactos sexuales se limitan a algunas caricias muy superficiales, como por ejemplo co-gerse la mano en el cine.

Tras esa ruptura comienza a salir asiduamente con su actual marido, al que ya conocía pero no le prestaba atención. Sus relaciones se formalizan cuando J.R. tiene 17 años y el novio 19.

Desde los 16 años comienza a presentar los primeros síntomas obsesivos, duda si habrá mantenido o no relaciones sexuales con Z. Este hecho le provoca ansiedad y algunas manifestaciones pseudo depresivas. Por lo que los padres deciden llevarla al médico del pueblo que recomienda sea vista por un psiquiatra. El tratamiento pareció ser efectivo, disminuyó la ansiedad, pero se mantuvo la duda obsesiva y el estado pseudo depresivo, con sentimientos de inutilidad y desamparo, incapacidad para actuar sin la compañía de la madre, con la que todavía tiene que dormir.

A los 20 años contrae matrimonio, aunque la conviven-

cia es buena sus relaciones sexuales no parecen ser satisfactorias.

A los pocos meses de casada una amiga le cuenta escandalizada que unos niños habían encontrado un preservativo (utilizado), en una de las escaleras de acceso al mercado. Este hecho impresiona fortísimamente a J.R. y aparecen los primeros rituales de lavado; cuando llega a casa se ducha repetidamente temiendo estar infectada por el semen de aquel preservativo. No desapareciendo ya este temor que se convierte en un verdadero mentismo obsesivo. En estas fechas queda embarazada. Meses más tarde se agrava la situación, J.R. destruye todo su ajuar. Comenta: "Cogí las sábanas y manteles uno a uno y con unas tijeras los fuí troceando para luego quemarlos, creía que podían estar "sucios"". Tras esta actuación la familia decide llevarla a otro psiquiátra. El tratamiento de este especialista no tuvo resultado. J.R. continúa con sus rituales de lavado y de destrucción de objetos del hogar. Manteniéndose esta situación nace su hijo, ella se considera incapaz de cuidarlo por lo que su madre se traslada a vivir con el matrimonio para hacerse cargo del niño (ver figura 1).

En el transcurso de un año J.R. ha destruido toda la ropa blanca de la casa, comenzando a romper también pulseras, relojes, fotografías, etc. En este período se agrava la depresión y la ansiedad. Rechaza las relaciones sexuales con el marido y su temor a ser infectada por semen lo generaliza a todos aquellos alimentos y objetos que se asemejan al estímulo primario (tales como leche, objetos de goma, etc.).

En Febrero de 1980 la familia, ante la aparente inutilidad del tratamiento psiquiátrico (había sido visitada ya por cuatro especialistas) lleva a J.R. a una curandera, que entre otras cosas le suprime toda la medicación, por lo que la paciente sufre una verdadera crisis de ansiedad y un clarísimo registro depresivo. Ante este estado es llevada urgentemente al psiquiátra con el cual colaboramos, que en tratamiento ambulatorio y en el transcurso de tres meses consigue eliminar la depresión y la ansiedad.

En Mayo de 1980 dicho psiquiátra, nos la remite con

FACTORES SENSIBILIZANTES

- a) Dependencia Materna.
- b) Inseguridad.
- c) Sexualidad no evolucionada.
- d) Salida con "Z".

FACTORES DESENCADENANTES

- f) Ruptura relación con "Z".
- g) Relato por una vecina del preservativo.

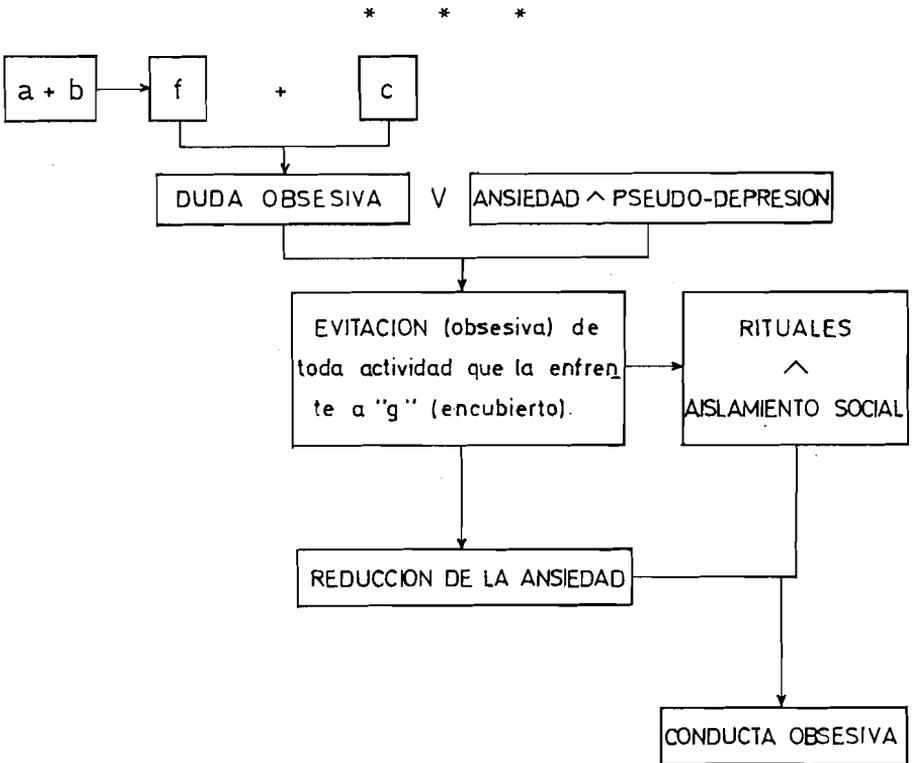


Figura 1.- Representación gráfica de los factores sensibilizantes y desencadenantes de la conducta obsesiva.

el diagnóstico de Neurósis Obsesiva, para terapia de conducta, manteniéndose el tratamiento psicofarmacológico.

4. ANALISIS CONDUCTUAL

En la primera entrevista la paciente nos relata su problema, tras lo cual le explicamos en que va a consistir el tratamiento y cual va a ser su participación en el mismo. Desde el primer momento demuestra un buen rapport y acepta colaborar plenamente. Por lo cual empezamos con el primer paso de la terapia.

4.1. *Primer paso*

Le pedimos que anote durante una semana todas sus actividades, así como los momentos y circunstancias en las que sus rituales y/o pensamientos obsesivos tienen lugar.

Una semana después nos entrega sus anotaciones de las que destacamos lo siguiente:

- a) La paciente permanece prácticamente todo el día en inactividad, participando tan sólo en algunas tareas de limpieza del hogar.
- b) Unicamente sale de casa para acudir a la consulta psiquiátrica y esto siempre lo realiza acompañada por su marido. De vuelta al hogar se ducha, tres veces por término medio, y lava toda la ropa que llevaba puesta.
- c) Le atemoriza que alguien pueda entrar en su casa, por lo que mantiene desconectado el timbre de la puerta; este temor está dirigido especialmente a los hombres y así no permite la entrada, ni siquiera a sus familiares masculinos, llegando inclu-

so a molestarle la presencia del hijo por lo que éste tiene que irse a vivir con el abuelo materno.

- d) Cuando su marido vuelve del trabajo le obliga a que se cambie inmediatamente de ropa, hace que se duche, lava todo lo que llevaba puesto, prestando especial cuidado a los zapatos. Inmediatamente se ducha ella, lavándose las manos con lejía; lo mismo ocurre cuando es la madre la que vuelve de la calle.
- e) En cuanto a la alimentación, es incapaz de beber leche y de comer pescado (ambos alimentos no pueden existir en la casa). Tampoco come verduras crudas ni frutas sin pelar.
- f) Tiene que acostarse al mismo tiempo que el marido, pues teme que sea Z y no el marido el que entrase estando ya dormida y tuviese relaciones sexuales con ella. A pesar de que ambos se acuestan al mismo tiempo, en numerosas ocasiones presenta la duda obsesiva de que pudiera haber sido otro hombre y no el marido el que estuvo esa noche con ella.
- g) Las relaciones sexuales son muy esporádicas e insatisfactorias. Por sus problemas con el semen, su marido se ve obligado a realizar el "coito interruptus" y éste de forma especial, para evitar manchar las sábanas. En cada ocasión J.R. lava toda la ropa de la cama, incluso a veces el colchón.

En conclusión de este primer paso, encontramos que J.R. además de sus rituales de lavado y ruptura de objetos, y mentismo obsesivo, presenta una total incomunicación social e incapacidad para llevar una vida familiar "normal".

4.2. *Segundo paso*

Por las características de los datos obtenidos consideramos oportuno comenzar por la eliminación de las conduc-

tas de evitación, ya que eran éstas las que principalmente bloqueaban sus actividades sociales.

Después de hacer una lista de las conductas problemáticas le pedimos a J.R. que puntuase cada una de ellas en una escala de 0 a 10.

De igual forma realizamos junto con ella, otra lista con todo aquello que le resultase gratificante. Cada refuerzo fue puntuado de 0 a 10.

Hablamos con el marido y con la madre de J.R., por ser las personas con las que convivía y las únicas con las que mantenía relación. Les pedimos su colaboración en la terapia especialmente en su papel de reforzadores. Ambos aceptaron con interés.

4.3. Tercer paso

Posteriormente (tercera sesión) empezamos con las tareas a domicilio. A partir de este momento las sesiones con el terapeuta iban a ser de dos veces por semana.

Las tareas las subdividimos en tres categorías:

- Tareas personales.
- Tareas familiares.
- Tareas sociales.

Como *ejemplo* de tareas *personales* tenemos:

- a) Que saliese sola a comprar el pan (peso=1)
- b) Que entrase en el mercado (peso=10)

De tareas *familiares*:

- a) Que el hijo viva en casa con ella (peso=7)
- b) Que tuviese relaciones sexuales, utilizando el marido preservativos (peso=10)

De tareas *sociales*:

- a) Que conectase el timbre de la puerta (peso=5)
- b) Que fuese a visitar a sus amistades (peso=7)

Como ejemplo de *refuerzos* aplicados:

- Bisutería (peso=5)
- Reloj de pulsera (peso=10)
- Ropa de vestir (peso=6)
- Refuerzo social {
 - Madre (peso=5)
 - Marido (peso=8)
 - Amistades (peso=7)
 - Terapeuta (peso=10)

Las tareas a domicilio se alternaron, empezando en cada una de ellas por la que menos esfuerzo costaba a J.R. Junto con estas tareas a domicilio, utilizamos la técnica de Moldeamiento, especialmente en lo referente a las relaciones sociales, ya que debido a su largo tiempo de incomunicación, J.R. necesitaba un reaprendizaje de trato social.

A medida que las tareas más simples eran cumplidas y por tanto las conductas de evitación disminuían, pasábamos a otras de dificultad superior.

Una vez reducidas considerablemente las conductas de evitación y lograda una reinserción social aceptable, pasamos a la eliminación de sus rituales, que ya habían disminuído secundariamente en esta primera parte de la terapia. Para ello volvimos a la etapa uno y dos, es decir pedimos nuevamente a J.R. un registro, en el intervalo de una semana, de la duración y frecuencia de sus lavados, así como de las circunstancias en que se producían; lo mismo pedimos respecto a los objetos que rompía. Hicimos, nuevamente, que confeccionase unas listas de sus rituales y de refuerzos puntuando cada elemento de cero a diez. Hay que destacar que se mantuvo la gran importancia del terapeuta como reforzador.

Empleamos, para un ritual concreto de máxima graduación en la escala, la inhibición recíproca con el fin de que nos facilitase continuar los restantes pasos de la terapia.

5. EVALUACION Y CONCLUSION

Al cabo de cinco meses de tratamiento la paciente había eliminado tanto las conductas de evitación como los rituales, siendo su inserción social muy satisfactoria. Así mismo se ha conseguido una autonomía de la que nunca disfrutó, y sus relaciones matrimoniales son correctas en todos los aspectos.

Es de destacar la perfecta colaboración de J.R. en todos y cada uno de los pasos de la terapia.

Un seguimiento de dos meses nos confirma que los resultados del tratamiento se mantienen.

Si bien las técnicas aplicadas parecen haber tenido un éxito total, no podemos dar todavía unos resultados definitivos, ya que la paciente continúa en período de seguimiento. No obstante, el hecho de que en ningún momento se diese una situación parecida a la actual, durante los 21 años en que J.R. fue tratada por diferentes especialistas, parece hablar en favor de un restablecimiento definitivo, lo que nos anima a seguir en esta línea, dándonos cuenta de la importancia de la terapia conductual en casos tan graves como el que nos ocupa.

RESUMEN

Se presenta un programa en dos estadios para el tratamiento de un caso de neurosis obsesiva. Fundamentalmente los programas consistieron en asignación de tareas e inhibición recíproca.

SUMMARY

After the description of a case with behavioral obsessions with anxiety states, we present a two stages program in the treatment of such psychopathological behaviors. Essentially the program include the assignament of behavioral task in home and reciprocal inhibition.

NOTAS

- (1) Trabajo presentado en el Congreso Internacional sobre Psicología y Socialización celebrado en Alicante 24-27 de febrero de 1981.