

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS DOCTORAL

**Modificación de la conducta obsesivo-compulsiva : un  
estudio experimental**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**José Luis González Almendros**

Madrid, 2015

TP  
1983  
112

José Luis González Almendros



\* 5 3 0 9 8 6 1 2 3 8 \*  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

811-7112-214-6  
i 29676460

MODIFICACION DE LA CONDUCTA OBSESIVO-COMPULSIVA:  
UN ESTUDIO EXPERIMENTAL

Departamento de Psicología General  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense de Madrid  
1983



BIBLIOTECA

Colección Tesis Doctorales. Nº

112/83

© José Luis González Almendros  
Edita e imprime la Editorial de la Universidad  
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía  
Noviciado, 3 Madrid-8  
Madrid, 1983  
Xerox 9200 XB 480  
Depósito Legal: M-13741-1983

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS DOCTORAL

"MODIFICACION DE LA CONDUCTA OBSESIVO-COMPULSIVA:  
UN ESTUDIO EXPERIMENTAL".

por José Luis González Almendros.

Dirigida por el Catdr. D. José Luis Pinillos.

Abril de 1982.



Quiero expresar mi agradecimiento a las personas que me permitieron ponerme en contacto con los sujetos, al Prof. Pinillos por sus valiosas sugerencias y a la Pfra. González Portal por su ayuda permanente.



## INDICE

	<u>Pág.</u>
Introducción . . . . .	1
1. Descripción de la conducta obsesivo-compulsiva . . . . .	4
1.1. Componentes de la conducta obsesivo-compulsiva:4	
1.2. Características fenomenológicas de los componentes de esta conducta . . . . .	12
2. Adquisición . . . . .	16
2.1. Conocimientos actuales . . . . .	17
2.2. Modelos teóricos de la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva . . . . .	23
3. Mantenimiento . . . . .	34
3.1. Determinantes del mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva . . . . .	34
3.2. Influencia de los problemas adicionales sobre la conducta obsesivo-compulsiva: Experimentos I-III. . . . .	43
4. Medición y Evaluación . . . . .	54
4.1. La evaluación inicial . . . . .	54
4.2. Medidas del cambio terapéutico . . . . .	66
4.3. Influencia de los autorregistros de las obsesiones sobre éstas: Experimentos IV y V . . . . .	70
5. El tratamiento de la conducta obsesivo-compulsiva . . . . .	78
5.1. El tratamiento de las obsesiones . . . . .	78
5.2. El tratamiento de las obsesiones mediante exposición prolongada: Experimentos VI-XIII . . . . .	82
5.3. El tratamiento de las compulsiones . . . . .	138
5.4. Influencia de la adición de un tratamiento cognitivo al tratamiento conductual de las compulsiones: Experimentos XIV-XVIII. . . . .	146
Conclusiones . . . . .	162
Bibliografía . . . . .	167
Apéndice I: Características de los sujetos experimentales:187	
Apéndice II: Descripción del material empleado . . . . .	190



### INTRODUCCION.

El trabajo que aquí se describe intenta hacer alguna contribución en la tarea de modificar la conducta que se suele llamar obsesivo-compulsiva. Con este término, que tan largo y en - gorroso le parece a Carr (1974), se pretende designar el problema como una unidad, en contra de los enfoques que distinguen entre obsesivos y compulsivos. Ciertamente existen personas que sólo presentan obsesiones o sólo compulsiones, y en esos casos parece correcta su utilización (aunque hay indicios de que en el pasado hubieron de estar unidas), pero en la mayoría obsesiones y compulsiones aparecen juntas y completamente relacionadas, de modo que forman un problema conjunto. Así, se hablará generalmente de la descripción, adquisición, etc. de la conducta obsesivo-compulsiva, a excepción del capítulo 5 donde se habla del tratamiento de las obsesiones y del de las compulsiones: con esto sólo se quiere dar un cierto énfasis a uno de estos elementos, pues es el que predomina, pero sin pretender ignorar el otro.

A la hora de buscar un tratamiento eficaz de la conducta obsesivo-compulsiva el mayor problema con que nos hemos encontrado ha sido, sin ninguna duda, el escaso conocimiento de que disponemos acerca de la naturaleza de este tipo de conducta. En los estudios y tratados sobre el tema se confunden los elementos esenciales en la conducta obsesivo-compulsiva con los accesorios, lo cual dificulta enormemente el análisis adecuado de la misma y como consecuencia desorienta los estudios sobre ella. De ahí el empeño en discriminar estos elementos esenciales de los accesorios que se efectúa en el capítulo 1. Otro problema era la

casí total ausencia de datos concluyentes acerca de cómo se adquiere. Los pocos datos al respecto se examinan en el capítulo 2. Sin embargo, a pesar de ello, una creencia ha imperado en el trabajo: el convencimiento de que a pesar de no conocerse cómo se adquiere puede llegarse a una acertada terapia de la conducta obsesivo-compulsiva, aunque posiblemente con aquél conocimiento esta tarea sería más fácil. Además, el capítulo 3 tratará de aclarar lo que sabemos sobre el mantenimiento de esta conducta y se aportan algunos datos al respecto. Otro aspecto relacionado con lo anterior es la evaluación y medición de la conducta obsesivo-compulsiva. En el capítulo 4 se detalla la evaluación empleada en los estudios y las medidas de cambio apropiadas para cada componente de esta conducta. Por último, en el capítulo 5 se describen los estudios que hemos realizado sobre el tratamiento de las obsesiones/compulsiones.

En todo el trabajo hay implícita una consideración de la conducta obsesivo-compulsiva como un patrón normal innato de R defensiva ante un peligro puesto en funcionamiento de forma inadecuada ante una situación no peligrosa para el sujeto, y la emisión de RR para controlar su desagrado. Como consecuencia de ello, el tratamiento debe consistir en hacer que esas RR no aparezcan ante esas situaciones no amenazantes.

Este es el enfoque general del trabajo, enfoque que no se basa en ningún dato experimental sino en una creencia personal extraída de impresiones clínicas.

Entre los elementos esenciales de la conducta obsesivo-compulsiva que se analizan en el primer capítulo se encuentran

las consecuencias desastrosas. La consideración de la expectativa de desastre no deja de ser problemática por el carácter inferido que tiene. En el presente trabajo se ha tenido en cuenta por la utilidad explicativa a nivel cognitivo que tiene del problema y por la utilidad práctica en la terapia. De cualquier forma, dado su carácter, no se ha puesto más que un énfasis secundario en tal expectativa y podría fácilmente prescindirse de su consideración sin que el trabajo en esencia se alterase.

## 1. DESCRIPCION DE LA CONDUCTA OBSESIVO-COMPULSIVA.

Antes de pasar a tratar diversas cuestiones acerca de la conducta obsesivo-compulsiva intentaremos hacer algunas precisiones sobre lo que es tal tipo de conducta.

Carr (1974), después de revisar las más usuales definiciones de conducta obsesivo-compulsiva concluye que ésta "es un pensamiento, imagen, impulso o acción persistente que es acompañado por una sensación de compulsión subjetiva y un deseo de resistirse a ello".(pág. 311). Este tipo corriente de definición, además de que no sirve para orientar el tratamiento, no nos dice nada acerca de la naturaleza de la conducta obsesivo-compulsiva y confunde los componentes esenciales de dicha conducta con las características más o menos frecuentes, pero no esenciales, de dichos componentes.

Con el objeto de fijar esta distinción y de disponer de una base orientadora del resto del trabajo, pasaremos a continuación a estudiar estos componentes y sus características. Para ello analizaremos lo que se observa en un obsesivo-compulsivo

### 1.1. Componentes de la conducta obsesivo-compulsiva.

Para analizar estos componentes resumiremos en dos enunciados lo que básicamente se observa en la conducta obsesivo-compulsiva:

-El obsesivo, sobre todo al encontrarse en unas deter-

minadas circunstancias, presenta una R emocional anormal ante cierto contenido interno (obsesión) que plantea la posibilidad de ocurrencia de cierto desastre subjetivo.

-El obsesivo tiene el hábito de emitir ciertas RR (compulsiones) que a menudo le producen un alivio de la R emocional causada por la obsesión sin desconfirmar la ocurrencia <sup>de la</sup> expectativa de desastre.

En estos dos enunciados se observan cuatro componentes de la conducta obsesivo-compulsiva, tres reales, obsesiones, R emocional y compulsión, y uno imaginario, desastre.

#### I. La obsesión.

La obsesión es un E interno aversivo. Veamos las razones que nos llevan a esta afirmación:

-La obsesión es un E, como puede deducirse del hecho de que produzca de forma sistemática una R, la R emocional. Esta capacidad de la obsesión para producir una R emocional ha sido demostrada por numerosas estudios (Boulougouris y Bassiakos, 1973; Boulougouris y cols., 1977; Carr, 1974; Grayson y cols., 1980; Hodgson y Rachman, 1972; Hornsveld y cols., 1979; Rachman y cols., 1976<sub>a</sub>; Roper y Rachman, 1976; Roper y cols., 1973; Stern y cols., 1973) que serán revisados mas adelante.

-La obsesión es un E interno: llamamos precisamente a la obsesión a un contenido interno, que suele consistir en un pensamiento, una imagen o un impulso, aunque en general cualquier contenido interno podría ser obsesivo.

-La obsesión es un E aversivo: varios hechos así lo parecen mostrar: en primer lugar, el obsesivo así lo manifiesta; en segundo lugar, por la R emocional que provoca; en tercer lugar, por las RR de escape y/o evitación (compulsiones) que normalmente provoca.

Además de estas características, la obsesión suele ser provocada por algunos EE elicítadores sólo cuando éstos van acompañados de otros EE discriminativos, tanto externos (p.e. presencia o no de otras personas) como internos (ansiedad, depresión, hostilidad). Sin embargo, aunque la presencia de estas circunstancias provoca la obsesión, éstas no son necesarias, pues la obsesión presenta como particularidad importante la de poder presentarse prácticamente en cualquier momento, no estando sujeta al control del sujeto (Meyer, 1966).

## II. La R emocional.

La R emocional que sigue a la obsesión es una R de temor anormal:

-Es una R de temor, como puede observarse en los tres niveles que suelen distinguirse en este tipo de R emocional:

a) A nivel subjetivo, Boulougouris y cols. (1977), Hodgson y Rachman (1972), Hornsveld y cols. (1979), Rachman y cols. (1976), Roper y Rachman (1976) y Roper y cols. (1973) observaron un aumento altamente significativo de la ansiedad/desagrado subjetivo al exponer a los obsesivo-compulsivos a una situación elicítadora de las compulsiones. Similares resultados hemos encontrado nosotros, como puede observarse en las gráficas de desagrado sub-

jetivo que muestran las Figs. 8-21 (cap. 5 ). Utilizando una situación moderadamente problemática, las obsesiones mostraron un aumento desde alrededor de 20 (sobre 100) Unidades Subjetivas de Desagrado (U.S.D.) (Wolpe, 1973) en una situación no problemática, hasta alrededor de 55 ante la imaginación de la obsesión.

b) A nivel psicofisiológico, se han encontrado amplios cambios en la conductancia de la piel (Boulougouris y Bassiákos, 1973; Boulougouris y cols., 1977; Carr, 1971; Hornsveld y cols., 1979; Rabavilas y Boulougouris, 1974; Stern y cols., 1973) al exponer a los obsesivo-compulsivos a situaciones temidas, tanto en imaginación como en vivo. En nuestros experimentos hemos encontrado también cambios notables, como puede observarse en las Figs. 8-21 del cap. 5 . También se han encontrado cambios significativos en el ritmo cardíaco al exponer a estos pacientes a situaciones temidas, tanto en vivo como en imaginación (Boulougouris y Bassiakos, 1973; Boulougouris y cols., 1977; Rabavilas y Boulougouris, 1974) Pero otros estudios (Grayson y cols., 1980, Hodgson y Rachman, 1972; Hornsveld y cols., 1979 ; Roper y cols., 1973) han encontrado cambios en el ritmo cardíaco que no alcanzan el nivel de significación, aunque van en la dirección adecuada.

c) A nivel de conducta manifiesta, y como se verá más adelante, la mayoría de los obsesivo-compulsivos llevan a cabo RR de escape/evitación de los EE obsesivos.

Contamos, pues, con una contundente evidencia de la existencia una R emocional elicited por la obsesión, que subjetivamente es sentida como desagradable y que provoca cambios psicofisiológicos notables y RR para controlarla.

-La R emocional es una R anormal, en cuanto a que su amplitud ni aparece en la población general (Rachman y DeSilva, 1978) ni es objetivamente justificada, pues no existe indicio alguno de peligro real en tales ocasiones.

Esta R emocional no parece ser exclusivamente ansiedad/desagrado en algunas ocasiones al menos. Walker y Beech (1969) encontraron que, en los tres pacientes estudiados, la ansiedad iba acompañada de hostilidad y depresión. Estos mismos autores encontraron evidencia de otra R emocional que podríamos llamar "secundaria" que ha sido descrita por algunos clínicos (Frankl, 1960; Gerz, 1966; Solyom y cols., 1972) y que aparece ante la ejecución de la compulsión, es decir, ante el "síntoma" como tal.

### III. El desastre.

La obsesión suscita en el obsesivo un temor a la ocurrencia de cierto hecho de consecuencias subjetivamente muy negativas para él. Este hecho, al que denominaremos desastre, es un componente muy particular de la conducta obsesivo-compulsiva. Es omnipresente para el obsesivo pero en realidad no existe, más que como una posibilidad que nunca llega a suceder. Esta inexistencia real del desastre hace que pueda considerarse como un elemento discutible. Sin embargo en opinión del presente autor, es un componente que se observa en la clínica como central en todo obsesivo-compulsivo y resulta un elemento de inferencia probada-

mente útil para el tratamiento, como se verá en el cap. 5.

- El desastre: el desastre, aunque pueda ser muy diverso, se encuentra normalmente entre un relativamente limitado número de temas (Akhtar y cols., 1975; Dowson, 1977; De Silva y cols., 1977; Wilner y cols., 1976). En el Apéndice I pueden verse los desastres temidos por los sujetos de nuestros experimentos. En muchos casos se observa que la ocurrencia de la obsesión/compulsión se convierte en un pequeño desastre adicional (temor a la pérdida del control mental), y la R emocional que hemos llamado "secundaria" parece confirmarla.

- Desastre subjetivo: el obsesivo no teme el desastre sino las consecuencias que el mismo tendría para él. En líneas generales las consecuencias pueden ser dos: daño físico y castigo social. El obsesivo se muestra como una persona altamente temerosa del castigo en general: Steiner (1972) y Beech y Liddell (1974) informan de estudios en los que estos autores compararon la asunción de riesgos por parte de un grupo de obsesivos y grupos con otros trastornos o de la población general. Se desprende de ellos que los obsesivos se muestran mucho más cautos o conservadores que los otros grupos ante los riesgos.

Este aspecto subjetivo del desastre parece decisivo a veces en el obsesivo-compulsivo. Roper y cols. (1973) encontraron que la presencia de otra persona responsable inhibía el desagrado subjetivo causado por los EE evocadores de la compulsión de comprobar. Estas observaciones fueron confirmadas posteriormente de manera sistemática por Roper y Rachman (1976); en este estudio, los autores observaron diferencias entre el desagrado causado por los EE temidos en una situación sin la presencia del experi-

mentador y el causado por otros con su presencia, siendo éste último mucho menor.

- La obsesión frente al desastre: el pensar en la posibilidad del desastre (obsesión) y la real ocurrencia del mismo son dos acontecimientos claramente distintos para cualquiera de nosotros, e incluso para el mismo obsesivo en sus momentos más calmados. Sin embargo, es un hecho que, ante la obsesión, el obsesivo se comporta como si aquélla fuese real, como si el desastre pudiera existir y manifiesta tal expectativa (Meyer, 1966). A este respecto es particularmente revelador el resultado de un estudio de Liddell (Beech y Liddell, 1974), en el que se pretendía saber si los obsesivos presentan mayor incidencia de acontecimientos desagradables en su vida. Al compararlos con otros grupos de normales y neuróticos mezclados, los obsesivos no presentaban mayor incidencia de recuerdos de este tipo. Sin embargo, lo más importante encontrado por Liddell a este respecto es que, aunque recordaban menos acontecimientos desagradables que realmente les ocurrieran, si recordaban más que no ocurrieran pero que podrían haber ocurrido posiblemente. De nuevo esa capacidad del obsesivo para perturbarse por la posibilidad de ocurrencia de un desastre subjetivo.

#### IV. Las compulsiones.

Las compulsiones son RR (encubiertas a manifiestas) que suelen ir seguidas de un alivio temporal de la R emocional provocada por la obsesión. Este alivio puede ser obtenido mediante dos procedimientos: 1. escape de la situación aversiva, 2. evitación de dicha situación, sobre todo a través de la evitación del desastre. Akhtar y cols. (1975) encuentran compulsiones en

un 76% de la muestra de obsesivos; Rachman (1978), al emplear un concepto más amplio (que incluye solicitudes de confirmación y componendas cognitivas), encuentra compulsiones en un 93% de los obsesivos. Es, pues, un hecho que la mayoría de los obsesivos presentan RR compulsivas. Suelen distinguirse tres tipos como los más frecuentes:

- **Rituales compulsivos:** son RR manifiestas, ejecutadas normalmente de forma estereotipada, que la mayoría de las veces causan un alivio temporal de la ansiedad evocada por la obsesión (ver el cap.5 sobre la evidencia al respecto).

- **Componendas cognitivas:** muchos obsesivos llevan a cabo diversos procedimientos encubiertos (formación de un pensamiento o imagen "bueno" o contrario, pensamientos o palabras "mágicas", etc.) mediante los cuales a menudo obtienen un escape de la obsesión (su terminación), y en otros casos su evitación (por ejem. mediante distracciones) (Rachman, 1978).

- **Solicitudes de confirmación:** ciertos obsesivo-compulsivos tienen el hábito de solicitar del terapeuta (entre otras personas) la confirmación de que las consecuencias desastrosas no se han producido. Estas solicitudes, cuando son atendidas, producen un alivio temporal, como Rachman (1978) indica, y nosotros hemos podido comprobar también, ...

El alivio obtenido mediante las compulsiones tiene dos

importantes consecuencias:

1.- El obsesivo adquiere el hábito de huir de la obsesión en vez de tener el hábito de enfrentarse a ella.

2.- Esta huida impide que se desconfirmen las expectativas del desastre.

1.2. Características fenomenológicas de los componentes obsesivo-compulsivos:

Se han estudiado anteriormente los elementos esenciales que componen la conducta obsesivo-compulsiva con sus características esenciales. Estos componentes presentan además ciertas características fenomenológicas que, aunque se suelen incluir como esenciales en las definiciones, no consideramos que lo sean.

- Repetitividad: se suele considerar que las obsesiones/compulsiones han de ser repetitivas. Veamos un caso hipotético: ¿Sería obsesión un pensamiento perturbador que se diera una sola vez?. Según las definiciones usuales de obsesión, este ejemplo no sería una obsesión al no ser repetitivo. Sin embargo del análisis del apartado anterior se debe concluir que sí lo sería, ya que cuenta con todos los componentes esenciales (componentes 1, 2 y 3), aunque es de suponer que una obsesión así ha de causar tan poco problema al sujeto que éste no acudiría al psicólogo para su tratamiento. Al contrario, sabemos (Ingram, 1961a) que los obsesivo-compulsivos acuden en busca de asistencia profesional normalmente al cabo de algunos años del comienzo del trastorno. La repetitividad, pues, no es una característica esen

cial en una obsesión, aunque produce, cuanto mayor sea, un agravamiento del problema. Naturalmente, hemos empleado un caso hipotético y extremo: una obsesión que se diese una sola vez no tendría sentido tratarla, pero no dejaría de ser una obsesión.

- Estereotipia y persistencia: parecido razonamiento hemos de hacer con estas dos características. ¿Dejaría de ser obsesión/compulsión un pensamiento o una acción no estereotipada o no persistente aunque tenga los componentes que se han mencionado anteriormente?. De nuevo la contestación ha de ser no. La obsesión/compulsión también lo sería si no fuera estereotipada (sería, eso sí, algo poco frecuente, pero no dejaría de ser obsesión/compulsión).

La pérdida de la persistencia tampoco es esencial. Sólo indicaría un desaprendizaje, pero no invalidaría la consideración del aprendizaje anterior. Por los estudios de seguimiento a largo plazo de Kringlen (1965), sabemos que la mayoría (75%) de los obsesivo-compulsivos siguen al cabo de 13-20 años con su trastorno sin cambiar. Ello nos indica, pues, que suele ser un aprendizaje muy estable, pero <sup>no</sup> tiene necesariamente que ser así.

- Sensación subjetiva de compulsión: El sujeto experimenta una sensación interna que le empuja hacia la realización de un cierto acto. Es esta una característica que ha sido empleada para distinguir la conducta obsesivo-compulsiva de otras conductas estereotipadas y repetitivas también (Carr, 1974). Esta sensación de compulsión ha sido explicada como una experiencia subjetiva normal en la conducta de evitación (Teasdale, 1974). Sin embargo, tal sensación de compulsión parece darse en toda conducta de ali

vio, como drogadicción, alcoholismo, obesidad, tabaquismo, etc. (Leitenberg, 1976).

- Resistencia interna: el obsesivo-compulsivo presenta una resistencia interna ante su obsesión/compulsión, es decir no quiere realizar tal comportamiento. Lewis (1936) considera este aspecto como algo esencial que distingue las obsesiones/compulsiones de otros comportamientos similares. Ciertamente es un aspecto muy revelador, pero pensamos que no esencial. Dado el carácter aversivo de este tipo de conducta, el sujeto lógicamente no la desea. Es, pues, esta una consecuencia del carácter aversivo de la obsesión/compulsión.

- Carencia de sentido: en muchos casos, el sujeto reconoce que la obsesión y/o compulsión son absurdos, no tienen sentido o no son propios de él. Sin embargo este reconocimiento lo suele hacer el sujeto en los momentos más calmados o serenos, es decir, cuando, al ser moderado su nivel de activación emocional es improbable que tuviese la obsesión/compulsión (vease el cap. 3.).

- Otras características fenomenológicas; como la forma de la obsesión/compulsión, su contenido, su distribución, incidencia, curso del trastorno, etc. que los estudios sobre la materia nos muestran (Akhtar y cols., 1975 Black, 1974; Dowson, 1977, Rachman, 1978; Rachman y De Silva, 1978; Wilner y cols., 1976), son características igualmente no esenciales, aunque sea lo más frecuente que los componentes de la conducta obsesivo-compulsiva aparezcan así.

Conclusión:

Hemos intentado en este capítulo clarificar en qué consiste la conducta obsesivo-compulsiva. Para ello hemos extraído de ella sus componentes básicos deslindándolos de las características más o menos accesorias de los mismos, analizando los hechos que observamos en la conducta sin hacer suposiciones.

Lo que fundamentalmente se observa en el obsesivo-compulsivo es la aparición, ante cierta situación, de un contenido interno que plantea la posibilidad de cierto desastre subjetivo y de una R de temor/desagrado injustificados, así como la emisión de RR para controlar dicha R emocional.

## 2. ADQUISICION:

Los terapeutas de conducta suelen considerar, desde un punto de vista eminentemente práctico, que la forma de adquisición de una conducta no resulta de interés, o, al menos puede no ser tenida en cuenta, para la modificación de dicha conducta, determinándola. Sin que se pretenda atacar tal punto de vista es necesario, sin embargo, señalar que el conocimiento de las variables que inciden en la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva puede sernos útil para tres tareas:

1. Para orientar y facilitar el análisis de las variables actualmente determinantes del mantenimiento de la conducta y por tanto, para orientar el tratamiento encaminado a su extinción.

2. Para la prevención de las recaídas posteriores al tratamiento. Las variables responsables de la adquisición pueden también volver a incidir después de la extinción, sobre todo cuando no coinciden con las responsables del mantenimiento.

3. Para la prevención en otros casos de la adquisición de tal conducta problemática en otras personas.

Por desgracia, la adquisición de una conducta de este tipo es un tema muy difícil de estudiar, por lo que proliferan las formulaciones teóricas sobre la misma y escasean los datos rigurosos. Analizaremos ambas cuestiones y trataremos de extraer consecuencias para el tratamiento.

### 2.1. Conocimientos actuales:

Las diversas variables que se supone influyen en la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva pueden clasificarse en tres grandes tipos:

#### A) Factores genéticos:

Como se verá más adelante, numerosos autores postulan una predisposición genética al desarrollo de la conducta obsesivo-compulsiva. De hecho, este trastorno se desarrolla muy tempranamente. Comienza normalmente entre los 10 y 15 años y a los 25 ha comenzado ya en la mayoría de los casos (Black, 1974).

Dos han sido los métodos empleados para investigar el papel de la herencia en la conducta obsesivo-compulsiva: el estudio de los gemelos monocigóticos y la incidencia familiar de este trastorno.

En cuanto al estudio de los gemelos monocigóticos, Black (1974), calculó que, por simple azar, debería encontrarse una pareja de gemelos monocigóticos concordantes en cuanto a síntomas obsesivo-compulsivos cada 800 millones de la población general; sin embargo, Black revisa informes que totalizan la identificación de 20 gemelos concordantes en los últimos años, aunque encuentra que sólo tres informes (Marks, y cols. 1969; Parker, 1964 y Woodruff y Pitts, 1964) utilizaron criterios diagnósticos fiables en cuanto a la conducta obsesivo-compulsiva y a la cigoticidad. De todas formas, sólo los cinco pares de gemelos monocigóticos así encontrados superan lo esperado por simple azar. Esto apoyaría ampliamente una fuerte contribución genética en el desarrollo de este trastorno, pero estos datos tienen poco valor en

este sentido ya que, al corresponder a gemelos educados juntos, no distingue entre la influencia genética y la ambiental. Además, como Rachman y Hodgson (1980) indican, sería necesario hacer una evaluación cuidadosamente independiente y "ciega" de la conducta de dichos gemelos para que estos datos fueran concluyentes.

En cuanto a la incidencia familiar de síntomas obsesivo-compulsivos, se ha encontrado una frecuencia entre un 5 y un 11% de padres de obsesivos con síntomas obsesivos y entre un 2 y un 7% entre parientes cercanos (Black, 1974; Rachman y Hodgson, 1980). Aunque estos porcentajes son superiores a los esperados por simple azar, son similares a los encontrados en otros trastornos (Brown, 1942; Greer y Cawley, 1966), y de nuevo, tan poco diferencian la contribución genética de la influencia ambiental.

Hemos de afirmar, a la vista de todo ello, que los datos con que contamos no son concluyentes respecto a la contribución de factores genéticos en la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva, aunque hay claros indicios a su favor.

B) El estado emocional:

La evidencia relativa a la contribución de un elevado estado emocional en la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva sigue dos métodos: la investigación clínica a posteriori y el estudio de la emononabilidad de estos pacientes.

En cuanto a la investigación clínica a posteriori, se observan cambios en la vida del paciente en los meses anteriores al comienzo del trastorno, (Black, 1974); los reajustes de este

tipo, sobre todo si se acumulan varios, están asociados a una alta probabilidad de un trastorno de la conducta (Holmes y Rahe, 1967; Holmes y Holmes, 1970) aunque nada indica por qué hacia la conducta obsesivo-compulsiva concretamente. Mellett (1974) en un estudio de observación clínica sistemático en 20 pacientes obsesivo-compulsivos encontró que el comienzo de los síntomas coincidió con depresión en un 100% de ellos, con agresividad no expresada en un 70% y con una sensación subjetiva de indefensión para controlar la causa de esa agresividad en un 50%.

El principal problema de estas investigaciones clínicas es que se realiza con posterioridad al desarrollo del trastorno, lo que impide la manipulación experimental del estado emocional y obliga a que los datos se basen principalmente en los informes del paciente o las personas más estrechamente relacionadas con él.

Por lo que se refiere a la emociabilidad sabemos que los obsesivo-compulsivos son sujetos que suelen obtener altas puntuaciones en neuroticismo o inestabilidad emocional (Cooper, 1970; Eysenck, 1967; 1972; Forbes, 1969; Kendell y Discipio, 1970; Orme, 1965) y bajas puntuaciones en extraversión (Barrett y cols., 1966; Eysenck, 1967; 1972; Forbes, 1969; Foulds, 1965; Kendell y Discipio, 1970; Kline, 1967). Mediante otra metodología, también sabemos (Eysenck, 1967; 1972) que este tipo de personas presentan un elevado nivel emocional basal, una hiper-reactividad emocional, especialmente ante los EE nocivos, y un deterioro en la situación a éstos.

Las observaciones de Mellett (1974) indican que el 100%

de la muestra estudiada presentó sensaciones de "tensión generalizada", el 95% se mostró inusualmente proclive a reacciones depresivas y el 65% a suprimir la agresividad. Estas observaciones clínicas coinciden con las de Teasdale (1974), Beech y Perigault (1974), Rachman (1978) y Walker y Beech (1969) entre otros, sobre la relevancia de un elevado estado de activación emocional en el desarrollo de las obsesiones y compulsiones.

Por supuesto, este elevado estado emocional no se refiere solo como R a los EE propiamente obsesivo-compulsivos de cada sujeto, aspecto ya señalado, sino más bien a procesos algo más generales. En este sentido es de destacar el trabajo de Beech y Liddell (1974), quienes encontraron que, como consecuencia de la presentación de un E aversivo (zumbador) los obsesivos presentan una reactividad electrodérmica (fluctuaciones espontáneas de GSR) significativamente superior a los grupos de neuróticos mezclados y de normales con los que se comparó. Estos autores, además, encontraron un nivel general de actividad GSR (fluctuaciones espontáneas) inferior a la de los otros dos grupos, lo cual no concuerda con lo esperado para este tipo de sujetos, sobre todo a partir de los trabajos de Lader y cols. (Lader, 1967; Lader y Wing, 1964; Lader y cols., 1968). Los resultados de Beech y Liddell han sido confirmados por Hornsveld y cols. (1979), quienes compararon, entre otras cosas, el ritmo cardíaco, el nivel y número de fluctuaciones espontáneas y el desagrado subjetivo de un grupo de obsesivo-compulsivos y un grupo de control (pacientes psiquiátricos sin obsesiones) en una situación de relajación. El grupo de obsesivos mostró niveles más bajos que el grupo de control en las tres medidas psicofisiológicas, y un nivel similar en la ansiedad subjetiva. Los autores no indican si estas diferencias e-

ran estadísticamente significativas, pero desde luego no se observa un nivel de activación psicofisiológica superior y la ansiedad subjetiva es similar.

En resumen, el estudio del estado emocional de los obsesivo-compulsivos en la época de comienzo de los síntomas <sup>si</sup> como posteriormente parece indicar una elevada facilidad para la experimentación de emociones y un elevado nivel emocional general, aunque la hipótesis de un elevado nivel de activación emocional en los obsesivos no se ha confirmado.

Hay que hacer notar, además, que la predisposición hereditaria de la que muchos teóricos hablan también pudiera estar relacionada con la emocionabilidad del obsesivo-compulsivo, sobre todo si tenemos en cuenta la influencia que parece tener la herencia en el neuroticismo y la extraversión (Eysenck, 1967; Shields, 1972).

#### C) Aprendizaje:

La conocida tendencia de los terapeutas de conducta a explicar en términos de aprendizaje los trastornos conductuales se deja sentir también en este área aunque algunos como Beech y Vaughan (1978), por ejemplo, llaman la atención sobre el peso que los componentes hereditarios juegan también.

Los datos citados en apoyo de la hipótesis de una contribución genética son, en su mayoría, válidos para defender también el influjo del ambiente. De ello se desprende que éste parece también jugar cierto papel, aunque no decisivo, desde luego. El hecho de que sólo un 5% de los obsesivos comiencen el trastorno

después de los 40 años (Black, 1974) hace pensar que el papel del aprendizaje o es limitado o no es en absoluto exclusivo. El aprendizaje vicario no parece jugar un papel importante (Rachman y Hodgson, 1980), mientras que el clásico es lógico que sea el responsable de la adquisición de la R emocional ante la obsesión o ante los EE temidos, pero no hay ninguna evidencia de que esto sea así. Al contrario, se observa que los obsesivos no presentan mayor incidencia de acontecimientos desagradables y de gran importancia subjetiva que otros grupos de sujetos normales o neuróticos en general cuando se les pide que los recuerden (Beech y Liddell, 1974); al contrario, parecen recordar un menor número de acontecimientos desagradables que realmente les hayan ocurrido, aunque más que no ocurrieran y que podrían haber ocurrido posiblemente. Estos datos no descartan el papel del condicionamiento clásico en la adquisición de la conducta obsesiva, pero tampoco lo apoyan.

Tampoco contamos con evidencia de un aprendizaje instrumental de esta conducta; dado el carácter de R de alivio que las compulsiones suelen tener, sería de esperar que se adquirieran mediante condicionamiento instrumental. Ya se ha indicado anteriormente como el ambiente contribuye seguramente a la adquisición mediante la colocación de una serie de fuentes de problemas o necesidades de adaptación.

El estudio de la relación entre rasgos de personalidad obsesiva premórbidos y síntomas obsesivos puede apoyar tanto un punto de vista ambientalista como genetista. Los resultados de tales estudios, además, no son totalmente claros. Existe la impresión entre los clínicos de que los rasgos obsesivos preceden

a menudo a los síntomas. Esta relación ha sido confirmada por el estudio clínico de Ingram (1961), pero los datos de algunos estudios psicométricos (Sandler y Hazari, 1960; Foulds y Caine, 1958) indican una independencia entre rasgos y síntomas obsesivos. Sin embargo, otros estudios psicométricos (Cooper, 1970; Fontana, 1980; Kendell y Discipio, 1970; Reed, 1969) han encontrado correlaciones positivas, en muchos casos elevadas, entre rasgos y síntomas obsesivos. Estos resultados contradictorios pueden deberse a los problemas que los cuestionarios empleados en estos estudios tienen (Beech y Vaughan, 1981). Por otra parte, Black (1974) en una revisión de los principales estudios clínicos, deja bien claro el tema, concluyendo que se encuentran rasgos premórbidos en un 71% como media de los obsesivos.

## 2.2. Modelos teóricos de la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva:

En vista de los escasos datos que tenemos sobre la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva, las formulaciones teóricas sobre tal cuestión cobran importancia inevitablemente. Se pueden distinguir dos tipos de modelos teórico-explicativos del problema enunciados: Aquéllos que pretenden una explicación limitada y aquéllos con una pretensión explicativa más comprensiva del problema.

### A) Formulaciones de extensión limitada:

Paulov (1951) considera que las propiedades fundamentales del Sistema Nervioso son tres:

1.- La intensidad de los procesos de excitación y de inhibición corticales. Un E se convierte en excitador

cuando la excitación que produce en las células de los hemisferios su presentación, coincide con la otra excitación en los hemisferios o en el segmento inferior del cerebro. Si el E no coincide con una excitación, se produce una inhibición. Ambos procesos se desarrollan progresivamente con entrenamiento y presentan una delimitación propia en el espacio del cortex.

En cuanto a la excitabilidad, Paulov distingue entre los sujetos con un Sistema Nervioso débil o fuerte.

2.- Ambos procesos son antagónicos y se contrarrestan, de modo que el estado del cortex resultante puede estar situado en un punto entre la extrema excitación y la extrema inhibición. Se distinguen algunos estados o fases característicos: En un extremo, el estado de excitación, extrema intensificación del tono de excitabilidad que hace imposible o muy difícil la inhibición. Estado de equilibrio, o estado activo normal. Fase de igualdad o nivelación, en que todos los EE producen un efecto absolutamente igual independientemente de su intensidad. Fase paradójica: solo los E débiles producen efecto, mientras que los fuertes son casi inactivos. Fase ultraparadójica: solo los E inhibidores ejercen un efecto positivo. Inhibición total.

En cuanto al equilibrio, Paulov distingue dos tipos de Sistema Nervioso : equilibrado y desequilibrado.

3.- Es decir, la rapidez con que puede pasar de un es

tado de excitación a uno de inhibición. En un extremo está la inercia extrema, llamada inercia patológica y en el otro extremo la labilidad patológica, o explosividad. En ambos casos, pueden estar referidas tanto a la excitación como a la inhibición.

En cuanto a la movilidad, Paulov distingue entre un Sistema Nervioso inquieto y tranquilo.

Estos procesos y sus propiedades pueden ser convertidos en patológicos mediante dos procedimientos: la sobrecarga o sobretensión del proceso de excitación o de inhibición y la colisión o inversión de ambos procesos. El primero consiste en la presentación prolongada (10, 30 mins.) de un EC excitatorio o inhibitorio. El segundo, en la sucesión alternativa de una excitación y una inhibición sin ningún intervalo, sin transición. Estos procedimientos le llevaron a la provocación de las llamadas "neurosis experimentales" en sus perros, aunque observó que éstas eran mucho más fáciles de conseguir en los sujetos con Sistema Nervioso débil o fuerte no equilibrado. En concreto, las neurosis experimentales de algunos animales que presentaban un aspecto parecido a la neurosis obsesiva le llevó a concluir que ésta se produce por alguno de los procedimientos patógenos ya mencionados al provocar una inercia patológica del proceso de excitación localizada en las células corticales correspondientes a las sensaciones, sentimientos e ideas (representaciones de la realidad, segundo sistema de señales); esta alteración de la movilidad ha de darse en un Sistema Nervioso débil o no equilibrado, aunque afirma que además del tipo congénito es preciso contar con los sistemas nerviosos inestables engendrados por los

golpes de la vida, que ocasionan cambios en el Sistema Nervioso. Además de un punto de inercia patológica, Paulov considera que la fase que impera en estos pacientes es la ultraparadógica.

La formulación de Paulov en lo referente a las obsesiones, que tiene la gran ventaja de basarse en experimentos, aunque sean con perros, ha encontrado confirmación posterior en algunos aspectos, como el referente a la excitación elevada y persistente de estos pacientes, como se ha indicado anteriormente. Por otra parte, introduce aspectos genéticos y ambientales que, modificando el estado del Sistema Nervioso, permiten explicar los cambios en la sintomatología observados a veces (Teasdale, 1974; Walker y Beech, 1969). Además, al involucrar al segundo sistema de señales, aclara por qué a menudo el obsesivo cree que son reales sus temores. Por último, el papel de la fase ultraparadógica explica algunos aspectos ciertamente paradójicos de los obsesivos, sobre todo la persistencia de conductas totalmente opuestas a sus sentimientos y deseos. Sin embargo, queda aún por confirmar una gran parte de su explicación, sobre todo en lo referente a la fundamentación fisiológica; a este respecto, las operaciones quirúrgicas cerebrales (Sternberg, 1974) no han dado los resultados que serían de esperar según la posición de Paulov. En general, la formulación de Paulov es muy poco específica en cuanto a por qué se desarrolla la neurosis obsesiva y no otras formas.

Carr (1974) considera que la conducta obsesivo-compulsiva se debe a una elevada estimación de la p subjetiva del desastre combinado con un elevado costo subjetivo del mismo, lo que ha de producir una R de temor ante cualquier situación potencialmente peligrosa. Las compulsiones se desarrollarían como actividades

reductoras de este temor y las obsesiones sin compulsión cuando el sujeto no disponga de conductas aliviadoras del temor. El modelo de Carr cuenta con la evidencia encontrada por este autor en relación a la elevada subjetividad del desastre, aspecto que ha sido también encontrado por nosotros en algún caso tratado, aunque tal pensamiento subjetivo permanecía inmutable a lo largo del tratamiento, es decir que esta no la hacía descender como sería de esperar. Los estudios sobre la asunción de riesgo en obsesivos (Steiner, 1972; Beech, y Liddell, 1974) también apoyan este modelo, que sin embargo no explica como se adquiere esa elevada estimación subjetiva de la probabilidad de ocurrencia del desastre y el elevado costo subjetivo del mismo.

Seligman (1970, 1971) ha presentado una hipótesis que explica algunos hechos de la conducta obsesiva. Según él, en las fobias y en las obsesiones, que se adquirirían fundamentalmente mediante la teoría de los dos factores de Mowrer (1950) se daría un condicionamiento "preparado": ciertos ECs relacionados con la supervivencia de la especie humana a través de la evolución se condicionarían más fácilmente al EI. Esto no excluye otros emparejamientos, pero éstos serán menos frecuentes. El condicionamiento tendrá lugar incluso en situaciones poco apropiadas para ello (un sólo ensayo, retraso del reforzamiento, etc).

La teoría de la preparación de Seligman concuerda con los conocimientos que tenemos sobre miedos innatos (Gray, 1971), y es un hecho que existe un número limitado de EE obsesivos (Akhtar y cols., 1975; Rachman, 1976, a). Además, Silva y cols., (1977) comprobaron que la mayoría de las obsesiones eran preparadas, con

sólo un 15% de no preparadas. Aparte de otros problemas, Seligman todavía no ha explicado convenientemente en qué consiste esa facilitación del condicionamiento.

Rachman (1976,a) ha señalado los factores más importantes en la génesis de las compulsiones más frecuentes: lavados y comprobaciones. Admitiendo que pudiera haber una predisposición constitucional, el compulsivo debe poseer una excesiva sensibilidad a la crítica, incluyendo la culpa, sin la que la compulsión no se desarrollará. Considera que los compulsivos emergen de familias con padres con excesiva atención y control. Es a partir de aquí donde se distinguen las compulsiones de comprobación y de lavados. En éstas últimas el excesivo control paterno presentaría la forma de sobreprotección, mientras que en las de comprobación sería del tipo sobre-crítico, meticuloso y con altas metas. A continuación, identifica las compulsiones de limpieza con la conducta de evitación pasiva y las de comprobación con la de evitación activa.

Ciertos aspectos de esta teoría concuerdan con otras: la predisposición constitucional recuerda la "preparación" de Seligman; la hipersensibilidad al castigo social está presente en otras formulaciones (Eysenck, 1967; Gray, 1971) contando con cierta evidencia (Turner y cols.,1979,b); otros aspectos, como el sobrecontrol paterno es frecuente en las teorías psicodinámicas. Pero, salvo esto, esta formulación cuenta con poca evidencia más y resulta bastante vaga como explicación.

Rachman (1978) ha tratado de explicar también la génesis de las obsesiones. Partiendo también de una predisposición here

ditaria al neuroticismo y de la adquisición de altas metas y hábitos autocríticos en un ambiente familiar excesivamente controlado, Rachman considera que los pensamientos, imágenes o impulsos se convierten en frecuentes, desagradables e intrusivos durante y/o después de períodos de depresión y/o exposición al estrés. Sin entrar en la discusión de detalle, esta formulación es más una exposición de fenómenos que se conocen que una explicación de por qué se producen dichos fenómenos. De nuevo, Rachman señala algunos factores que se sabe que correlacionan con las obsesiones, sin dar una explicación concreta de cómo se producen aquéllas.

#### B) Teorías más globales:

Eysenck (1976) ha desarrollado un modelo para explicar la adquisición y mantenimiento de las fobias y obsesiones dentro de la psicología del aprendizaje. En resumen, Eysenck afirma que: 1) los temores pueden ser innatos o adquiridos. Sin embargo lo más frecuente es que la influencia innata consista en una sensibilización a ciertos tipos de E ("preparación"). 2) Las RR de temor son adquiridas sobre todo mediante condicionamiento clásico. 3) el EI más corriente suele ser la "no recompensa frustradora", aunque también puede haber otros (dolor físico, pérdida de apoyo, etc.). 4) las consecuencias posibles del no reforzamiento de las RCs son dos: la extinción o la incubación. 5) la incubación (aumento de la fuerza de la RC como consecuencia de la presentación del EC solo) ocurre ante los ECs que poseen propiedades de "drive", lo que hace a las RCs funcionalmente equivalentes a las RI. 6) ciertas condiciones favorecen la incubación: a) presentaciones cortas del EC, b) un EI fuerte, c) una alta distimia.

Eysenck presenta evidencia experimental que apoya ( a posteriori) cada uno de los anteriores enunciados de su modelo; otra ventaja es que es bastante más preciso a la hora de aclarar los mecanismos de adquisición y mantenimiento. Sin embargo no explica la repetitividad ni los aspectos cognitivos de las obsesiones y compulsiones.

Beech y Perigault (1974) han presentado una teoría algo diferente. Consideran que: 1) los sujetos obsesivos presentan una predisposición a padecer estados patológicos de activación exageradamente alta. Estos estados están producidos por una hipersensibilidad a la frustración y castigo (sobre todo social) que producen un deterioro del estado de ánimo del sujeto y como consecuencia, fluctuaciones del mismo. Debido a una lenta recuperación de elevación de la activación tras la estimulación y a un aumento adicional de la misma si en ese período de recuperación se produce una nueva estimulación, el obsesivo presenta una elevación progresiva de la activación. 2) al sentir cambios de ánimo a los que no encuentra una causa externa palpable está inclinado a crear una idea patológica (posibilidad de un peligro, por ejemplo) y conductas manifiestas de acuerdo con tales ideas. 3) la elevación progresiva de la activación puede alcanzar un nivel crítico en el que un E ambiental "fortuito y discriminable queda asociado a este estado de intensa activación. 4) esta conducta tanto cognitiva como manifiesta es extremadamente persistente, pues aunque se desaga temporalmente la unión entre los EE y la conducta, la inestabilidad constante de la activación del sujeto proporciona nuevas oportunidades para la formación de otras conexiones.

Beech y Perigault presentan como evidencia ciertos conocimientos que hoy tenemos sobre fenómenos como la habituación, el pseudocondicionamiento y el aprendizaje por un ensayo. Toma aspectos de otras formulaciones como la hipersensibilidad de los neuróticos al castigo (Gray, 1971) y la excitación fuerte y rápida y la inhibición lenta y débil en los neuróticos (Eysenck, 1967). También incorpora los conocimientos sobre la relación entre obsesión y depresión (Walker y Beech, 1969). La formulación de Beech y Perigault es, sobre todo en algunos aspectos como el referente al punto 2, bastante innovadora. Falta esperar datos que la verifiquen, porque los que aporta sobre la habituación, el pseudocondicionamiento y el aprendizaje por un ensayo no lo hacen de forma específica.

### 2.3. Consecuencias para el tratamiento:

De lo hasta ahora revisado acerca de la adquisición de este tipo de conducta y si aceptamos como ciertos los factores que, como se ha indicado, sólo son probables, hemos de concluir que en la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva parece darse una coincidencia de factores diversos: una predisposición hereditaria, una elevación del estado emocional y una serie de circunstancias ambientales convenientemente dispuestas.

En los obsesivos parece observarse tal coincidencia de factores, hecho que se supone es responsable de su adquisición, aunque no quiere decir que sean condición suficiente. Sin embargo sería conveniente en general, impedir que una persona persona esté sometida a la confluencia de tales factores con el propósito de no dar lugar al desarrollo de tal problema.

En este apartado trataremos de extraer las consecuencias que el estudio de los factores responsables de la adquisición de la conducta obsesivo-compulsiva nos proporciona para conseguir una más eficaz terapéutica de este problema.

En primer lugar, el suponer, como todo parece indicar y es comunmente compartido, una predisposición hereditaria hacia este trastorno, o en general hacia la neurosis, nos indica la conveniencia de prevenir las recaídas posteriores al tratamiento, ya que es de suponer que tal predisposición permanezca. Esta tasa de recaídas es suficientemente grande para merecer consideración (Marks y cols., 1975). Por otra parte, sería también conveniente prevenir el que personas sin esta conducta pero con tal predisposición genética llegasen a adquirirla. Por último, quizás el ideal sería, en el hipotético caso de un aislamiento de los genes involucrados, una modificación mediante procedimientos de ingeniería genética de aquéllos; desgraciadamente esto es sólo un sueño hoy.

En cuanto al estado emocional, el tratamiento debería tener como objetivo el descenso en el nivel nivel emocional durante o previamente al mismo, así como proporcionar las herramientas necesarias al paciente para que éste controle normalmente las fluctuaciones de aquél después del tratamiento.

En cuanto al influjo ambiental, es tan poco lo que conocemos exactamente sobre este aspecto que resulta muy arriesgado concluir algo. La instrucción y el aprendizaje en general podrían estar interviniendo en la formación de gran parte de los hábitos que conforman la personalidad obsesiva, que se ha obser

vado presentan gran parte de los obsesivos previamente al desarrollo del trastorno. Rachman y Hodgson (1980), consideran también conveniente tener en cuenta la conducta de los obsesivos hacia sus hijos, ya que se observan algunas pautas características.

### 3. MANTENIMIENTO.

#### 3.1.- Determinantes del mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva:

Para el estudio de los factores responsables del mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva de nuevo descompondremos ésta en sus elementos esenciales, puesto que, como veremos, no todos los factores afectan a todos los elementos. Sin embargo hay que hacer notar que parece haber una interrelación entre ellos de modo que al variar un elemento, al menos algunos de los demás quedan a su vez afectados.

#### I. La Obsesión:

La obsesión (pensamiento, idea o impulso) se presenta ante el obsesivo una y otra vez, aún en contra de su voluntad. Debido al carácter aversivo de este contenido interno no resulta fácil la explicación de su mantenimiento desde un punto de vista instrumental.

En el área de la memoria suele considerarse que una representación de un E puede ser evocada por otro E relacionado en el pasado con el primero o por la reciente presentación del mismo (Reed, 1982). Estos procesos han sido aplicados por Wagner (1976) en la aplicación teórica del condicionamiento clásico y otros procesos relacionados. Ya ha sido mencionada la teoría del aprendizaje de la neurosis reformulada por Eysenck (1976), en la que la R de temor al EC se adquiere mediante condicionamiento clásico. Además hemos considerado a la obsesión como un E interno, por la que bien podría ser evocado por estos procedimientos. Varios datos experimentales así parecen indicarlo. Walker y Beech (1969) después de hacer mediciones repetidas en tres

experimentos de un sólo sujeto, encontraron que los rituales compulsivos prolongados estaban asociados con un estado de ánimo adverso (hostilidad, depresión y ansiedad) antes del ritual. Es ampliamente conocido además, que un empeoramiento del estado de ánimo, sobre todo depresión, está relacionado normalmente con un incremento de las obsesiones, y un alivio de aquél con un alivio de éstas (Beech y Perigault, 1974; Mellett, 1974; Rachman, 1971, 1978; Walker y Beech, 1969). Estas observaciones han sido experimentalmente comprobadas por Horowitz y cols. quienes observaron un incremento de pensamientos intrusivos y repetitivos en sujetos normales tras haber presenciado una película inductora de stress (Horowitz y Becker, 1971; Horowitz, 1975) o de depresión (Welner y Horowitz, 1975). Horowitz y cols. han repetido estos experimentos en distintas modalidades, encontrando resultados similares. Aunque existen dudas acerca de que estas situaciones puedan generalizarse a obsesivos, en general estos datos suponen una interesante aportación.

Por otra parte se observa que una gran parte de las obsesiones están evocadas por EE ambientales concretos. Rachman (1978) considera que una entrevista extensiva puede revelar mayor frecuencia de obsesiones elicítadas por EE externos. Nosotros hemos encontrado en los sujetos tratados que la mayoría de las veces es así, pero también hay ocasiones en que las obsesiones pueden darse en la situación más insospechada.

Todos estos datos hacen que no sea infundado afirmar que la obsesión es evocada por dos medios:

- a) Por la presencia de un E asociado a la obsesión .

Este E puede ser tanto externo como interno (ansiedad , depresión, hostilidad).

b) Por la reciente ocurrencia de la obsesión misma.

La consideración de la ansiedad, depresión y hostilidad como EE elicitadores es cuestionable. De cualquier forma, al mg nos actúan como EE discriminativos.

A esto hay que añadir ciertas circunstancias ante las que las obsesiones son especialmente frecuentes. Estos EE falitadores son por ejemplo, la soledad del sujeto, el "vacío mental" y en general aquéllas circunstancias en que la atención del sujeto no se dirige a un tema subjetivamente interesante.

## II. La R emocional.

La cuestión es aquí por qué la obsesión sigue provocando una R emocional, que fundamentalmente hemos descrito como de temor, a pesar de la ausencia del desastre una y otra vez. Dos procesos podrían estar implicados aquí: el estado interno del sujeto y el fenómeno de la incubación.

Algunos autores (Beech y Perigault, 1974; Teasdale, 1974) han tratado de explicar el mantenimiento de esta R emocional afirmando que el obsesivo está sometido a un estado de activación elevado como resultado de una excitación fuerte y una inhibición lenta. Ya se han mencionado anteriormente los resultados de Beech y Liddell (1974) quienes encontraron un nivel general de actividad GSR (fluctuaciones espontáneas) inferior al de un grupo mixto de neuróticos y otro de sujetos normales, y los de Hornsveld

y cols. (1979) quienes también encontraron en un grupo de obsesivo--compulsivos de lavado niveles básicos de activación psicofisiológica ( ritmo cardíaco, nivel y fluctuaciones espontáneas de la conductancia de la piel) inferiores a las de un grupo de control psiquiátrico, con niveles de ansiedad subjetiva similares a este grupo de control.

Como ya se ha visto, las indicaciones que hacen esperar un nivel de activación emocional elevado en obsesivos son abundantes. Sin embargo los hallazgos señalados coinciden en desconfirmar esta expectativa; si nos atenemos pues, a la evidencia experimental hemos de concluir que los obsesivos muestran un nivel de activación algo inferior al normal y una capacidad de R emocional ante los acontecimientos aversivos superior a la normal tanto en un E general (Beech y Liddell, 1974) como en un E específicamente obsesivo (ver cap. 4 ). Beech y Perigault (1974) encontraron dificultades de habituación en un caso del que informan, aunque ni siquiera mencionan qué E habitador emplearon, ni el intervalo entre EE. Por supuesto, estos datos no tenían ni controles experimentales. Por otra parte Groves y Thompson (1970) también mencionan la dificultad progresiva en obtener habituación con el incremento de la activación, pero la evidencia presentada es también ligera. Rachman (1971, 1976, b, 1978) también considera que la obsesión es un E al que el obsesivo no se habituaba.

En resumen, existen opiniones de que un elevado estado interno de activación podría ser responsable de un deterioro de la habituación a la obsesión, pero ningún dato que lo confirme.

Eysenck (1976) ha propuesto un mecanismo que él denomina

incubación, que podría explicar el mantenimiento de la R emocional ante la obsesión. La incubación consiste en un incremento de la RC pavloviana ante la presentación del EC no reforzado ( $\overline{EC}$ ). Como se sabe, la presentación del  $\overline{EC}$  suele producir extinción de la RC. Sin embargo, Eysenck considera que, en vez de extinción, se produce incubación cuando el EC posee propiedades de "drive", por lo que la RC es funcionalmente equivalente a la RI. Ciertas circunstancias, como presentaciones cortas del EC, un EI fuerte y una alta distimia, favorecen la producción de este efecto.

Berch (1980) ha revisado críticamente la evidencia respecto a la incubación, concluyendo que no es sustancial y que, como mucho, ha de ser considerada como un "resultado excepcional" en el laboratorio, de la que no conocemos las variables y circunstancias precisas para su reproducción. Parece que en la clínica han aparecido más casos que en los estudios de laboratorio. A pesar de todo, Boyd (1981) ha conseguido incubación en un reciente estudio diseñado para confirmar esta hipótesis de Eysenck. Boyd empleó un estudio factorial con tres intensidades de descarga y tres niveles de exposición al  $\overline{EC}$  durante la extinción siguiente a un entrenamiento de evitación en un corredor unidireccional. En los grupos de descarga alta, la conducta de evitación se mantuvo e incluso aumentó, a pesar del incremento de la duración de la exposición al  $\overline{EC}$ . Estos resultados son bastante claramente favorables a la hipótesis de Eysenck y hacen pensar que, si se confirman, la incubación podría ser un fenómeno a investigar en los obsesivos. Mientras tanto, sólo cabe hablar de la posibilidad de que la incubación explique el mantenimiento de la R emocional.

### III. El desastre:

El temor del obsesivo a las consecuencias desastrosas se mantiene a pesar de que nunca se llegan a producir. Meyer (1966) ha razonado cómo precisamente esta imposibilidad de desconfirmación del desastre podría producir precisamente el mantenimiento de tal expectativa. El éxito del tratamiento de las compulsiones con exposición prolongada y prevención de la R de evitación (véase cap. 5) apoya firmemente esta hipótesis al permitir la desconfirmación de la expectativa de desastre.

### IV. Las compulsiones:

Numerosos autores han defendido la hipótesis de que las RR compulsivas reducen la ansiedad (Foa y Tillmans, 1980; Lewis, 1957; Metzner, 1963; Meyer, 1966; Pollit, 1957; Rachman y Hodgson, 1980, Walton y Mather, 1963). Una serie de estudios de Rachman y cols. se han centrado en la verificación de esta hipótesis. En esencia en estos estudios se midió la ansiedad/incomodidad subjetiva y el ritmo cardíaco en tres ocasiones: antes y después de la exposición a los EE desencadenantes de la compulsión y después de realizada ésta. Hodgson y Rachman (1972) hallaron que en las compulsiones de lavados el tocar un objeto contaminado producía un incremento en la ansiedad/desagrado subjetiva y una tendencia a incrementarse también la variabilidad del ritmo cardíaco. La realización del ritual tras esta contaminación producía una reducción en la ansiedad/desagrado subjetivo y una tendencia a descender también la variabilidad del ritmo cardíaco. La interrupción del ritual no producía cambio alguno en ambas variables. Roper y cols. (1973) intentaron confirmar estos resultados en la compulsión de comprobar, pero, debido a ciertos problemas (Glez. Almendros, 1978), sus resultados no fueron concluyentes; para so

lucionarlos, Roper y Rachman (1976) realizaron un nuevo experimento con compulsivos de comprobar en el ambiente natural, en presencia y ausencia del experimentador, con un período de prevención de la R de dos horas y con medidas subjetivas adicionales del estado de ánimo. Se observó de nuevo que la exposición a los EE temidos producía un aumento de la ansiedad (que era mayor al estar el sujeto sólo) y que la realización de la compulsión disminuía la ansiedad y demás sensaciones negativas en todos los pacientes cuando estaban solos. Rachman y cols. (1976) confirmaron de nuevo estos resultados en favor de la hipótesis de la reducción de ansiedad.

Sin embargo, hay que hacer notar que todos estos resultados hallados por Rachman y cols. se han basado solo en valoraciones subjetivas de la ansiedad.

Aunque Carr (1971) ha informado de resultados similares utilizando varias variables psicofisiológicas, estos resultados han sido puestos en entredicho por Beech y Vaughan (1978) debido a deficiencias metodológicas. Por este problema, el estudio de Hornsveld y cols. (1979) es especialmente interesante. Estos autores estudiaron la R emocional (ansiedad subjetiva, ritmo cardíaco y conductancia de la piel) de un grupo de obsesivo-compulsivos y un grupo control psiquiátrico ante varias situaciones. Encontraron que la anticipación y la presentación de los EE temidos producía un incremento significativo de la ansiedad/desagrado en ambos grupos; la realización del ritual compulsivo produjo un descenso significativo solo en el desagrado subjetivo, (las medidas de conductancia de la piel no pudieron llevarse a cabo durante el ritual ya que los sujetos eran compulsivos de

lavados). Lo mismo que en los estudios de Rachman y cols., aquí el ritmo cardíaco mostró diferencias no significativas.

Por otra parte, algunos autores afirman, basándose en impresiones clínicas, que ciertas compulsiones aumentan la ansiedad en vez de reducirla. Wolpe (1958), por ejemplo, cita un caso de este tipo. Walker y Beech (1969) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de aclarar esta cuestión. En una primera fase exploratoria, estos autores observaron la conducta de dos pacientes, lo que les llevó a mantener la hipótesis de que era el estado de ánimo (hostilidad, depresión y ansiedad), y no sólo esta última lo que influía en la conducta compulsiva, y que ciertos rituales deterioran dicho estado de ánimo. Estas hipótesis fueron sometidas a verificación en un tercer paciente cuya conducta compulsiva los autores descompusieron en tres componentes: los dos primeros producían un deterioro de la hostilidad y depresión, permaneciendo la ansiedad sin cambios significativos; el componente final producía una mejora significativa en las tres medidas del estado de ánimo. Beech y Liddell (1974) interpretan estos resultados como favorables a la hipótesis de la elevación del arousal, aunque el presente autor considera que más bien apoyan la hipótesis de la reducción de ansiedad, ya que la consideración de tres rituales diferentes e independientes no parece justificada si tenemos en cuenta que eran ejecutados uno a continuación del otro invariablemente; parece más razonable considerarlos como un sólo ritual, en cuyo caso, los datos de Walker y Beech muestran lo que hemos llamado R emocional "secundaria" ante la compulsión al principio, y el alivio de ansiedad al final.

Hay indicios, sin embargo, de que las compulsiones eleva

doras de la ansiedad existen: Roper y cols. (1973) encontraron que en un 20% de las ocasiones en que se midió, la compulsión de comprobar elevaba la ansiedad. Además, Solyom y cols. (1971) basándose en descripciones escritas por el paciente, encontraron un 7,1% de compulsiones elevadoras de ansiedad. Pero en ambos casos la elevación de la ansiedad se da sólo en algunas ocasiones, es decir no de forma sistemática.

A la vista de los datos con que contamos, hay que concluir con Rachman y Hodgson (1980) que la elevación de la ansiedad después de la compulsión no es lo habitual ni lo consistente en un sujeto, sino que lo más frecuente es que se produzca una reducción de ansiedad, que explicaría el mantenimiento de las compulsiones.

Recientemente, Foa y cols. (1980, a) encontraron una configuración parcial a la hipótesis de la reducción de ansiedad. Después de aplicar un tratamiento de exposición a los EE temidos (contaminación) en un grupo de compulsivos de lavarse, se produjo un descenso muy notable (casi extinción) de la ansiedad ante dichos EE. Si las compulsiones se ejercieran exclusivamente por su carácter aliviador de la ansiedad por aquéllos generada, cabría esperar que desaparecieran al extinguirse dicha ansiedad. De hecho, Foa y cols. hallaron solamente una disminución pequeña (un sexto) en el tiempo empleado por el paciente en las compulsiones. Ellos explican este resultado sugiriendo que las compulsiones reducen el "drive" producido no sólo por los EE temidos (contaminantes en este caso) sino también el producido por otros EE de segundo orden (estrés, estado de ánimo, señales ambientales) que señalan la emisión de la compulsión.

Algunos autores (Hodgson y Rachman, 1972; Rachman, 1976, a; Taylor, 1963; Walker y Beech, 1969; Wolpe, 1958) han señalado que la hipótesis de la reducción de ansiedad no puede explicar todos los aspectos de una conducta tan compleja como la compulsiva. Sin embargo esta hipótesis sólo pretende explicar el mantenimiento de las compulsiones, no todos los aspectos de éstas.

### 3.2. Influencia de los problemas adicionales sobre la conducta obsesiva: Experimentos I-III.

Sin que todavía se haya encontrado una explicación adecuada para ello, es un hecho que los obsesivo-compulsivos suelen presentar con mucha frecuencia otros problemas de conducta además del especialmente obsesivo. Así, se observa depresión marcada en alrededor de un tercio (Rosenberg, 1968, .), esquizofrenia entre un 1,5 y un 12% (Black, 1974), fobias en alrededor de un 33% (Kringlen, 1965) problemas matrimoniales en un 71% (Kringlen, 1965), indecisión general en alrededor de un 90% (Mellett, 1974), déficit en habilidades sociales en un 65% (Mellett, 1974), y problemas sexuales (Beech y Vaughan, 1978; Rachman y Hodgson, 1980) Tales problemas adicionales representan fuentes de experiencias desagradables que se producen cotidianamente y que provocan RR emocionales en el sujeto (ver por ejemplo, Leitenberg, 1976). Sabemos por otra parte, que la administración de descargas eléctricas previas puede producir un incremento posterior en la responsividad emocional a los EE aversivos (Hoffman y cols., 1963; Ulrich y cols., 1965; ver por ejemplo Mackintosh, 1974 sobre el fenómeno del pseudocondicionamiento). Hemos visto previamente que los obsesivos muestran esta incrementada responsividad emocional, por lo que pensamos que los problemas adicionales podrían estar contribuyendo al mantenimiento de la conducta obsesiva.

siva. Los experimentos I-III intentaron aclarar esta posible influencia.

#### Experimento I

El objetivo de este experimento era comprobar la influencia que la actividad laboral del sujeto tenía sobre su conducta obsesiva. Por la evaluación inicial se suponía que el trabajo proporcionaba a este sujeto frecuentes experiencias aversivas a partir de las cuales se observaba un deterioro en el estado de ánimo y una especial tendencia a aparición de obsesiones.

#### Método:

Se empleó el sujeto 1, cuyas características constan en el Apéndice I; el experimento tuvo un diseño de un sólo caso del tipo A-B-A, aprovechando unas vacaciones de Semana Santa.

Para el registro de las obsesiones se empleó un contador Behaviordelia, que se describe en el Apéndice II.

Previamente al tratamiento, el sujeto recibió instrucciones para que anotara en una tarjeta diseñada al efecto la frecuencia de obsesiones por día, mediante el uso del contador cada vez que ocurría una. Los autorregistros se efectuaron durante doce días antes de las vacaciones, mientras el sujeto acudía al trabajo, en los ocho días siguientes de vacaciones y en los diez días siguientes a la vuelta al trabajo. Por indicación nuestra el sujeto mantuvo constante la duración diaria de interacción con su mujer.

Resultados:

La fig. 1 muestra la frecuencia de obsesiones obtenida durante los períodos en los que acudía al trabajo (A) y el período de vacaciones (B). Se observa un descenso notable de la frecuencia media durante las vacaciones y un posterior incremento hasta el nivel inicial después de la vuelta al trabajo. La frecuencia de obsesiones en este segundo período A parece ser algo superior al primer período A si observamos la gráfica sin tener en cuenta la media.

Discusión:

Al no haber cambiado nada más ( el sujeto permaneció en su lugar habitual de residencia durante las vacaciones, y mantuvo constante el tiempo de interacción con su mujer, con la que tenía problemas). Los resultados han de interpretarse como que efectivamente el trabajo estaba influyendo en la frecuencia de obsesiones del sujeto, lo que apoya la hipótesis expuesta anteriormente.

Experimento II

El objetivo de este experimento era comprobar la influencia que los problemas matrimoniales del sujeto podían tener sobre su conducta obsesiva. De la evaluación de conducta inicial se desprendía que dichos problemas matrimoniales proporcionaban al sujeto una fuente más o menos constante de experiencias aversivas y se desconocía la influencia de las mismas sobre las obsesiones.

Método:

Se empleó para este experimento el sujeto 7, cuyas caracte

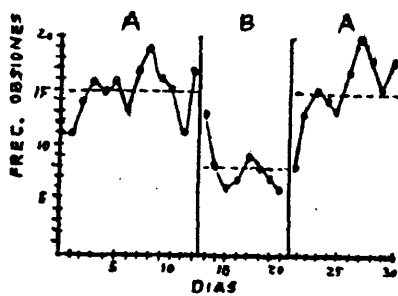


Fig.1: Influencia de la actividad laboral sobre la frecuencia de obsesiones: A= presencia; B= ausencia de actividad laboral.

terísticas se describen en el Apéndice I; también se empleó un contador Behaviordelia descrito en el Apéndice II. El diseño experimental fué de un sólo sujeto de retirada del tipo A-B-A.

Durante los días que duró el experimento el sujeto registraba en el contador cada ocurrencia de una obsesión. En los períodos A el sujeto llevaba su vida habitual y su mujer presentaba la conducta también habitual, de modo que el sujeto padecía los problemas matrimoniales de costumbre. Al comenzar el período B la esposa y el terapeuta mantuvieron una entrevista sin que el paciente tuviera conocimiento de élla. En dicha entrevista la esposa se comprometió a comportarse de manera que el sujeto no padeciera los acostumbrados problemas matrimoniales durante una semana. A la esposa se le explicó que hiciera un esfuerzo personal sólo durante esos siete días, cuyo efecto beneficiaría a su marido y seguramente repercutiría de forma positiva también sobre élla. Se realizaron algunos ensayos de conducta en algunos casos concretos. Mediante una conversación telefónica diaria el terapeuta reforzaba la conducta de la esposa durante esta semana. Al final de ésta, el terapeuta le indicó que volviera a su conducta anterior a la semana pasada al menos durante otros siete días, puesto que las medidas tomadas no habían dado el resultado esperado. Al final de la semana de "tregua" (período B) el terapeuta interrogó al paciente sobre sus problemas matrimoniales, comprobando que se había producido una mejoría notable.

#### Resultados:

La fig. 2 muestra la frecuencia de obsesiones en los períodos de presencia de problemas (A) y en el de ausencia (B). Se

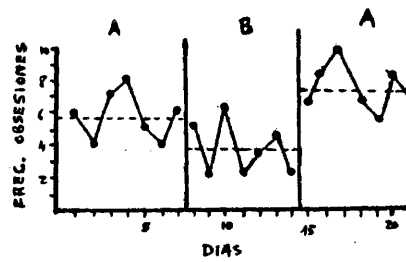


Fig.2: Influencia de los problemas matrimoniales sobre la frecuencia de obsesiones: A= presencia; B= ausencia de problemas.

observa un descenso de nivel apreciable, aunque no muy marcado, en el período B, y una elevación notable en el segundo período A.

#### Discusión:

Aunque la eliminación de los problemas matrimoniales durante una semana sólo produjo un descenso en la frecuencia de obsesiones moderado, la influencia de esta variable queda configurada por la posterior elevación notable de reintroducir dichos problemas. El informe del paciente al final del período B configura la colaboración de la esposa, a pesar de que ambos conyuges mantenían muy poco interés mutuo.

#### Experimento III

El objetivo de este experimento era comprobar la influencia que los síntomas como tales tenían en la conducta obsesiva. Se ha indicado en el cap. 1.1. que los síntomas en sí son a menudo un problema adicional para el obsesivo, que teme la pérdida del control de su mente, teme "volverse loco". En el sujeto aquí estudiado, este desastre secundario era muy claro, por lo que se empleó para verificar esta observación clínica.

#### Método:

Se empleó como sujeto el número 8, cuyas características se describen en el Apéndice I. Se empleó también un contador de muñeca Behaviordelia, descrito en el apéndice II. El diseño fue de un sólo caso A-B-A.

Se instruyó al paciente para que registrara la frecuencia de obsesiones de manera similar a los experimentos I y II anteriormente descritos. Al quinto día de registro (período B),

el terapeuta informó al paciente de que, por lo que hasta entonces había observado, su caso era de muy difícil pronóstico y le describió este de forma muy pesimista, al mismo tiempo que exhibía un aspecto grave. Al noveno día el terapeuta le informa que el negro cuadro descrito en el quinto día había sido muy exagerado y precipitado y que con la información más completa de que ahora disponía, el pronóstico era bastante bueno, al mismo tiempo que exhibía un aspecto intrascendente. Esta actuación se repitió en la siguiente entrevista (11º día).

#### Resultados:

Los resultados encontrados, que se muestran en la Fig. 3, indican que en la fase B se produjo un brusco y notable incremento de la frecuencia de obsesiones, que parece tener una tendencia descendente. En la segunda fase A se produjo un descenso casi imperceptible en el nivel de obsesiones y sin cambio en la tendencia.

#### Discusión:

El efecto del agravamiento del desastre "secundario" fué muy marcado en este sujeto, tal como se esperaba, aunque la retirada de este agravamiento no hizo retornar la frecuencia de obsesiones a su nivel previo, que sólo alcanzaría al cabo de unos días (estos datos no se indican en la Fig. 3). A pesar de ello, creemos que fué clara la influencia de este agravamiento del "desastre secundario".

#### 3.3. Consecuencias para el tratamiento:

En conclusión, en este capítulo hemos revisado la evidencia con que contamos respecto a las variables determinantes

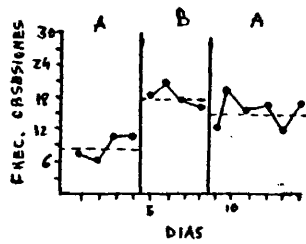


Fig.3: Influencia del agravamiento del desastre "secundario" sobre la frecuencia de obsesiones: A= ausencia; B= presencia de agravamiento.

del mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva. Tenemos pocos datos respecto al mantenimiento de la obsesión, aunque se ha hecho una propuesta no infundada de su explicación. Respecto a la R emocional, la incubación de Eysenck también representa una fundada esperanza a confirmar. El desastre y las compulsiones cuentan con una evidencia más sólida respecto a las determinantes de su mantenimiento. Estos conocimientos han tratado de ser ampliados al evaluar la influencia de los problemas adicionales sobre las obsesiones. La hipótesis de que éstos actúan como acontecimientos aversivos que elevan la responsividad emocional a los EE aversivos ha quedado confirmada por los resultados de los Experimentos I, II y III, que, sin embargo, y debido a sus características limitadas convendría confirmar. Al menos ha quedado claro que estos problemas pueden ser causa de agravamiento del problema obsesivo.

De todo ello se extraen las siguientes consecuencias, para el tratamiento:

1. En cuanto a la aparición de la obsesión, si ésta es evocada por ciertos EE externos que el sujeto no puede controlar, poco se podrá hacer para su eliminación. Tampoco resulta viable una extinción de dicha asociación. Si la obsesión es evocada por la reciente ocurrencia de la obsesión misma, tampoco parece posible hacer gran cosa directamente. Una vez que una obsesión se haya producido sólo cabe retrasar la siguiente con distracciones, por ejemplo, que fundamentalmente han de provenir del exterior.

Si ciertos EE internos (depresión, hostilidad, ansiedad)

actúan como EE<sup>p</sup>, su inclusión en el tratamiento permitirá un mejor control.

2. En cuanto a la R emocional, si esta es favorecida por una elevada responsividad procedente de experiencias aversivas debidas a problemas adicionales a la obsesión, estos problemas han de ser resueltos o minimizados. Si la R emocional está mantenida por el proceso de "incubación", la exposición prolongada de los EE temidos en niveles moderados quizá disminuya tal proceso.

3. Si el temor al desastre se mantiene por la imposibilidad de desconfirmación del mismo, cualquier procedimiento que la permita habrá de ser útil para su extinción.

4. Si las compulsiones se mantienen por el alivio que proporcionan, si tal alivio se consiguiera por otro procedimiento en el que no se realizasen tal hábito desaparecería.

#### 4. MEDICION Y EVALUACION

Es obvio que para un correcto tratamiento de la conducta obsesivo-compulsiva es necesario realizar una evaluación anterior al tratamiento y establecer unas medidas que nos permitan observar el cambio producido por el tratamiento. ¿Cómo deben hacerse ambas cosas de forma correcta?. En el presente capítulo se tratará de responder a ésta pregunta.

Lógicamente, tanto la evaluación inicial como la medición del cambio terminal se han de centrar en los componentes de la conducta obsesivo-compulsiva analizados en el capítulo anterior.

##### 4.1. La evaluación inicial:

La mayoría de los autores confieren poca importancia a esta parte previa al tratamiento, sin dar apenas ninguna información sobre la misma. Pensamos, sin embargo que la evaluación inicial ha de cumplir tres objetivos primordialmente:

1. Efectuar una exploración general de la conducta del paciente, de modo que poseamos una topografía completa de su conducta diaria.

2. Analizar especialmente la conducta obsesivo-compulsiva con todos sus factores influyentes.

3. Conseguir una relación paciente-terapeuta lo más estrecha posible, de modo que al comienzo de la terapéutica el paciente se sienta suficientemente seguro de

su terapeuta. Nos interesa recalcar esto último, ya que suele pasar desapercibido. Sin embargo, dado el carácter indeciso, inseguro y exigente del obsesivo, esta confianza en el terapeuta es más difícil de lograr. No debe, pues, olvidarse este objetivo durante la evaluación inicial.

Prácticamente el único tratamiento serio del problema de la evaluación inicial desde el punto de vista conductual ha sido de Beech y Vaughan, (1978, 1981). Debemos, sin embargo mencionar otros intentos no tan comprehensivos, pero que ciertamente son valiosos, como la clasificación funcional de Mavissakalian (1979) y el trabajo también meritorio de Quiroz y cols. (1981). El análisis de conducta que hemos realizado en nuestros experimentos y que se expone a continuación ha partido en lo esencial de un punto de vista similar al de estos autores y ha tratado de conseguir un análisis experimental de la conducta obsesivo-compulsiva.

Durante la primera semana o diez días primeros, se llevó a cabo una evaluación inicial con lo que se pretendió alcanzar los tres objetivos ya mencionados. En cuanto a su contenido, el formulario adjunto (Apéndice II) sirvió como guía-resumen de la misma. Dicho formulario y la evaluación consta de tres partes: Datos personales, información específica de obsesiones/compulsiones y aspectos generales:

A) Datos personales: donde se registraron los datos de identificación, localización y otras circunstancias personales. También se incluyeron aquí los datos de terapias previamente realizadas por el paciente, y los medicamentos que estaba tomando.

B) Información específica sobre obsesiones y/o compulsiones: en esta segunda parte se registraron los siguientes datos para cada obsesión y/o compulsión:

- Tipo: si se trata de una obsesión o de una compulsión y si es reductora o activadora; Siguiendo la clasificación funcional de Mavissakalian (1979), se distinguieron cuatro tipos: 1. obsesión, 2. compulsión reductora, 3. compulsión activadora, y 4. ritual.

- Contenido: Se anotó aquí el contenido concreto de la obsesión o compulsión en cuestión. Se han distinguido, desde un punto de vista fenomenológico, varias compulsiones (Hodgson y Rachman, 1977): Comprobación, limpieza, lentitud-repetición y duda-consciencia.

- Desarrollo histórico, donde se averiguó la edad y el modo de comienzo. En éste último se distinguieron dos modos: comienzo agudo, brusco y comienzo gradual, progresivo.

Se trató de indagar también sobre posibles factores precipitantes de los síntomas ocurridos en los meses anteriores a su comienzo: problemas sexuales y matrimoniales, embarazo y parto, muerte o enfermedad de un familiar o amigo, nuevas responsabilidades profesionales, etc.; y se anotó el curso seguido por el trastorno desde su aparición. Se distinguieron estos tipos de curso: constante (es decir sin cambios notables); progresivo mejoramiento, progresivo empeoramiento y fluctuante (con empeoramientos y mejoras, hasta casi remisiones temporales).

Este apartado de desarrollo histórico, aunque no imprescindible, proporciona una mejor comprensión del problema.

- Frecuencia y duración medias: Se registró el número de obsesiones y compulsiones por día de media en la línea de base; lo mismo en cuanto a la duración media. Ambos registros pueden verse en los resultados que se muestran en el capítulo 5.

- EE elicitadores: Se relacionaron todos los EE evocadores (tanto internos como ambientales) de la obsesión/compulsión y la ansiedad subjetiva que provocaban normalmente ordenados de menor a mayor.

A menudo la obsesión/compulsión aparece ante ciertos EE elicitadores sólo cuando éstos van acompañados de otros (EE discriminativos) que pueden ser externos (por ejemplo presencia o no de otras personas) o internos (ansiedad, depresión, hostilidad). Estos EE discriminativos también fueron analizados junto a los EE elicitadores.

- EE inhibidores: ante los que nunca se da la obsesión/compulsión o al menos muy rara vez. En este punto se solía explorar las aficiones del paciente.

- EE facilitadores: es decir, aquéllas circunstancias que agravan el problema.

- R emocional/ante la obsesión: Se determinó el tipo

de R (ansiedad, depresión, hostilidad) y su intensidad.

- Respuesta de neutralización: Se empleó este término sugerido por Rachman (1976,b) para designar RR de tipo compulsivo, tanto manifiestas como internas. Se distinguieron principalmente aunque no necesariamente, los tres tipos ya mencionados: compulsiones, componendas cognitivas y solicitudes de confirmación.

- Resistencia: Siguiendo la idea de Cooper (1970), se quiso expresar con ello la intensidad con que el sujeto siente los síntomas como desagradables. Para evaluarlo se empleó una escala de puntuaciones subjetivas compuesta de cinco niveles:

1. Razonable: hacer eso me parece bastante lógico y razonable.

2. Hábito: eso es un hábito, lo hago automáticamente sin pensar lo que hago.

3. Innecesario: A menudo me doy cuenta de que no es realmente necesario, pero no me molesto en intentar pararlo.

4. Intento pararlo: Se que no es necesario e intento pararlo.

5. Intento con todas mis fuerzas pararlo: Eso me altera mucho e intento con todas mis fuerzas pararlo.

- Interferencia: De nuevo seguimos la idea de Cooper queriendo reflejar la intensidad con que los síntomas del sujeto interfieren en sus otras actividades. Se empleó o

tra escala de cuatro puntuaciones subjetivas:

1. Ausencia de interferencia: Eso no me interfiere con otras actividades.
2. Interferencia ligera: Eso interfiere un poco con otras actividades o me quita un poco de tiempo.
3. Interferencia moderada: Eso interfiere con otras actividades, me quita algo de tiempo.
4. Interferencia incapacitante: Eso me impide hacer muchas cosas y me quita mucho tiempo cada día.

- Creencia en el temor: Se tuvo en cuenta si durante una entrevista normal el paciente manifestaba que sus temores eran reales o no; Los pacientes que muestran esta creencia parecen tener peor pronóstico (Foa, 1979).

La estructura de la parte B de la evaluación se repetía para cada obsesión/compulsión.

C) La tercera parte de la evaluación inicial se dedicó al análisis de una serie de aspectos generalés:

- En primer lugar se investigó, en la medida de lo posible si el paciente manifestó rasgos de lo que se ha llamado personalidad obsesiva (Sandler y Hazari, 1960) previos al comienzo de los síntomas o en la actualidad. Rabavilas y Boulougouris (1979) han encontrado que la presencia de tales rasgos de personalidad premórbidos mejoraba el pronóstico del tratamiento.

- Síntomas precursores: Se investigó también si aparecieron síntomas neurótico-depresivos o de otro tipo anteriores al comienzo de la obsesión/compulsión.

-Desarrollo general del trastorno: A parte del curso que cada R en concreto llevó, se investigó sobre el curso general del problema.

- Incidencia familiar de patología, es decir si otros familiares cercanos también presentaban anomalías de conducta.

- Presencia de otras conductas problemáticas: Es muy frecuente que el obsesivo-compulsivo presente otros problemas de conducta adicionales; especial importancia merece la depresión en estas personas, dada su capacidad para interaccionar con las obsesiones ( Beech y Liddell, 1974; Foa, 1979; Ver también cap. 5 ). Se administró sistemáticamente el inventario para la depresión de Beck en su adaptación castellana (Conde y Useros, 1974; Conde y cols.,1976) antes y después de cada tratamiento. Cuando fué necesario hacer una medición diaria del estado de ánimo se empleó una escala subjetiva de seis niveles:

5. Eufórico: Me encuentro totalmente lleno de alegría y optimismo.

4. Alegre: Me siento bastante alegre y animado.

3. Medio: Me encuentro bien, ni alegre ni decaído.

2. Decaído: me siento algo decaído de ánimo, pero hago las cosas sin gran esfuerzo.

1. Triste: Me siento triste y pesimista. Me cuesta mucho hacer las cosas.

0. Deprimido: Me siento insoportablemente triste y totalmente pesimista.

Se exploraron también posibles problemas en el área sexual, matrimonial, familiar, social, laboral y de ocio.

- Motivación: Se intentó evaluar en qué grado el paciente estaba motivado para llevar a cabo el tratamiento. En la práctica evaluar este aspecto de modo objetivo resultó muy difícil, y más bien se evaluó a lo largo del tratamiento. Se tomaron en cuenta para ello diversas informaciones como el número de faltas de puntualidad, el número de tareas incumplidas, el número de sesiones inasistidas, etc.

- Expectativa de mejora: Se investigó qué esperanza expresada a ser posible de cero a cien tenía el paciente de mejorar o de recuperarse totalmente.

- Autodescripción: Por último se solicitó del sujeto una autodescripción en los aspectos que el formulario adjunto ( Apéndice II) muestra, antes y después del tratamiento total.

Además de estos aspectos, se llevaron a cabo, cuando se consideró oportuno y era posible, pequeños experimentos como los mostrados en el capítulo 3 para evaluar la influencia de algunas variables sobre la conducta obsesivo-compulsiva de un paciente

concreto.

Puede observarse en esta descripción de los aspectos evaluados antes del tratamiento algunas mediciones metodológicamente problemáticas, por no contarse con evidencia respecto a su validez e incluso de fiabilidad; es el caso de las escalas de puntuaciones subjetivas, por ejemplo.

Se han empleado a pesar de ser problemáticas, porque no invalidan las demás evaluaciones más fundadas y porque proporcionan una información adicional que, aunque ha de ser interpretada con mucha cautela, no resulta superflua.

#### 4.2. Medidas del cambio terapéutico:

Las distintas medidas de la conducta obsesivo-compulsiva empleadas por los estudios sobre el tema y sus problemas han sido analizados detenidamente en otros lugares (Beech y Vaughan, 1978, 1981; Glez. Almendros, 1978). Podríamos afirmar como conclusión de tales revisiones que:

1. La mayoría de las veces se somete a los pacientes obsesivo-compulsivos en estudio a una extensa serie de medidas, lo cual no favorece en nada a este tipo de personas precisamente.

2. La mayor parte de las medidas empleadas tienen muy serios problemas por ser poco fiables y/o poco válidas, o por ser medidas indirectas de los componentes de la conducta obsesivo-compulsiva.

Basándonos en estas deficiencias de gran parte de las medidas específicas empleadas y teniendo en cuenta las que presentan también las medidas globales de la personalidad como criterios de cambio (Cimínero y cols., 1977; Hersen y Bellack, 1976) exponemos a continuación las medidas de cambio para cada componente de la conducta obsesiva que consideramos más adecuadas.

#### A) Medidas de la obsesión:

La frecuencia ha de ser, lógicamente, la medida más recomendable para las obsesiones. De hecho, algunos estudios la han empleado (Emmelkamp y Kwee, 1977; Hackmann y McLean, 1975; Stern y cols., 1973). Sin embargo, el empleo sólo de la frecuencia es problemático por dos razones: en primer lugar la delimitación de una obsesión y otra que se den seguidas no siempre es fácil en el obsesivo que puede contabilizarlas como dos o como una sola. Este problema, sin embargo no se da en la comparación de medidas repetidas en un sólo caso. En segundo lugar, la frecuencia de la obsesión puede no cambiar en un sujeto, pero sin embargo disminuir tanto la duración de cada una que su interferencia llegue a ser insignificante. Es decir, la duración y la frecuencia deben necesariamente covariar, y en el experimento II (Soledad C.) tenemos un ejemplo en la obsesión 1, se produjo un descenso notable en la frecuencia en la fase B, pero la duración no cambió prácticamente. En la obsesión 2, sin embargo, se produjo lo contrario, la frecuencia prácticamente no cambió, pero la duración se hizo mínima. El sujeto del experimento X (M.J.R.) nos sirve también para observar esta falta de correlación entre la frecuencia y la duración a veces. En la fase B se produce un descenso de la frecuencia que no va acompañado de cambio en la duración (cuando las obsesiones se daban, la duración era simi-

lar a la fase A).

Todo esto nos hace pensar que para la medida de las obsesiones la frecuencia y la duración han de tenerse en cuenta simultáneamente.

B) Medida de la R emocional:

Nos interesa medir la R emocional a la obsesión y/o la compulsión; Suele considerarse (Ciminero y cols.,1977; Hersen y Bellack, 1976) que la R emocional de temor puede medirse, bien por las conductas manifiestas que genera (sobre todo conductas de evitación y escape), bien mediante el informe subjetivo o bien a nivel psicofisiológico. Dado que existe suficiente evidencia (Mineka, 1979) de que la existencia de RR de evitación en un sujeto no implica la existencia de temor en el mismo, consideramos tales conductas como poco reveladoras respecto a aquel.

Para la medición del temor subjetivo suelen emplearse las escalas subjetivas de temor, por ejemplo de 100 unidades por escala (Unidades Subjetivas de Desagrado, en la terminología de Wolpe, 1973). Las limitaciones de este tipo de medidas han sido ya expuestas por otros (Ciminero y cols., 1977; Hersen y Bellack, 1976), aunque esta medición subjetiva ha sido y es utilizada en prácticamente todos los estudios en este área.

Respecto a las medidas psicofisiológicas, las más utilizadas han sido el ritmo cardíaco y la conductancia de la piel. Como ya se ha indicado, esta última medida se ha mostrado claramente adecuada en todos los estudios que la han empleado (Beech y Liddell, 1974; Boulougouris y Bassiakos, 1973; Boulougouris y

cols.,1977; Carr,1971; Hornsveld y cols.,1979; Rabavilas y Boulougouris, 1974; Stern y cols.,1973; v. cap. 5 de esta obra tambien). Sin embargo el ritmo cardíaco se ha mostrado poco sensible en algunos estudios (Grayson y cols.,1980; Hodgson y Rachman,1972; Hornsveld y cols., 1979; Roper y cols., 1973), mientras que en otros la R ha sido notable (Boulougouris y Bassiakos, 1973; Boulougouris y cols., 1977; Rabavilas y Boulougouris, 1974). Estos resultados no son contradictorios, pues en todos los estudios las RR observadas iban en la misma dirección.

Debido a que la medición del temor subjetivo se basa en el autoinforme del paciente, resulta conveniente realizar un registro psicofisiológico de verificación. En este caso debe tenerse en cuenta que la desincronía que suele observarse entre estas medidas (Grey y cols., 1979; Hodgson y Rachman, 1974; Rachman y Hodgson, 1974; Sartory y cols., 1977) también parece darse en los obsesivo-compulsivos (Andrasik y cols.,1980). Como se verá en el capítulo 5, en nuestros estudios esta desincronía es clara sólo a veces.

#### C) Medidas del desastre:

El desastre, que, hemos de recordar, es un componente imaginario, debe medirse mediante la probabilidad subjetiva de su ocurrencia y el costo subjetivo del mismo.

En general, el desastre no ha sido objeto del interés de los estudiosos sobre el área, por lo que tampoco se han empleado medidas del mismo. Carr (1974) cita el empleo de la probabilidad subjetiva del desastre en un estudio suyo anterior, pero es el único caso en la literatura. Sin embargo, la medición del de

sastre puede tener su importancia. Como ya se ha indicado, el obsesivo considera, en el momento de la obsesión, el desastre como probable; si un objetivo de la terapia es hacer descender o desaparecer esa probabilidad subjetiva, entonces su medida será imprescindible. Por otra parte, si el desastre deja de serlo, la R emocional debería desaparecer. Esta sería otra estrategia terapéutica que implicaría la medición del coste subjetivo del desastre.

D) Medidas de las compulsiones:

Lo mismo que con las obsesiones, las medidas más adecuadas aquí han de ser la frecuencia y/o duración. Por razones parecidas, también aquí conviene tener en cuenta ambas medidas. Un procedimiento bastante utilizado que consigue este propósito sin tener que duplicar las mediciones es realizar el registro del tiempo total dedicado a las compulsiones en un período de tiempo determinado.

Otra medida muy empleada ha sido la frecuencia de las sensaciones de compulsión para realizar el ritual, pero como se desprende del análisis de la conducta obsesivo-compulsiva realizado en el capítulo I, este aspecto resulta algo secundario en las compulsiones.

4.3. Influencia de los autorregistros de las obsesiones sobre éstas: Experimentos IV y V:

Debido a que las obsesiones son fenómenos internos, el registro de las mismas ha de ser realizado por el propio paciente. Este puede hacerlo de dos maneras: a) mediante un registro fiel de cada obsesión que ocurre, bien inmediatamente o bien ca

da cierto período de tiempo. Este procedimiento tiene la ventaja de su fiabilidad, pero tiene el inconveniente de provocar que el obsesivo esté aún más pendiente de sus obsesiones, auto auscultándose constantemente y es de suponer que aumentando secundariamente la frecuencia de las obsesiones. Este efecto fué encontrado por McFall, (1970) en el autorregistro de la conducta de fumar. b) Realizando una estimación de la frecuencia y/o duración de las obsesiones habidas en cierto período de tiempo. Este procedimiento tiene la ventaja de permitir al obsesivo una mayor despreocupación, aunque es de suponer que sea menos fiable.

Para comprobar estas hipótesis se llevaron a cabo tres pruebas cuasiexperimentales y posteriormente dos experimentos.

#### 4.3.1. Pruebas cuasiexperimentales:

El objetivo de estas tres pruebas era realizar un primer estudio del efecto reactivo de los autorregistros en obsesiones y de la fiabilidad de las estimaciones.

##### Método:

Se realizaron estas pruebas con los sujetos 2,3 y 4 cuyas características pueden verse en el Apéndice I.

Se empleó un contador de respuestas de muñeca Behavior - delia (descrito en el Apéndice II) y cronómetros de muñeca para registrar la frecuencia y duración de las obsesiones.

El diseño utilizado fué de un sólo sujeto del tipo A-B. En la fase A<sub>1</sub> (línea de base) el sujeto, al que se dieron instrucciones de que siguiera su vida normal, anotaba en formula-

rios tipo tarjeta, una estimación de la frecuencia de obsesiones y la duración media de cada una para el período de 24 horas inmediatamente anterior. El momento del registro, que era fijo, se escogió de acuerdo con el paciente de modo que fuese un momento en que hiciera algo habitualmente, antes de acostarse, como por ejemplo dar cuerda a un reloj, fumarse un cigarrillo después de cenar, ir al retrete, etc, y que permitiera que otra persona anotara, en la fase  $A_2$ , la frecuencia de cada obsesión del contador. Se le dieron instrucciones a los sujetos para que no emplearan más de un minuto en hacer la estimación, y que no pretendiera hacer un cálculo exacto. Se ejemplificó mediante escenificación de la tarea por parte del terapeuta, que anotaba un registro de forma decidida e intrascendente. En la fase  $A_2$ , además de lo indicado en la fase  $A_1$ , se le proporciona un contador de muñeca y un cronómetro y se le pide que pulse ambos cada vez que le ocurra una obsesión, volviendo a pulsar el cronómetro al terminar. Ambos instrumentos estaban tapados por un ancho esparadrapo y eran entregados diariamente a una persona que habitualmente estuviera junto al paciente en el momento diario de hacer la estimación de la frecuencia y duración media. Esta persona pasaba los datos a un formulario sin que el paciente tuviera conocimiento de lo anotado, y volvía a tapar ambos instrumentos y entregárselos al sujeto. A este último se le explicó que este procedimiento a menudo producía una ligera mejoría, sin informarle de los verdaderos objetivos del mismo.

Todas estas mediciones estaban referidas a una sola obsesión, mientras que las demás, si las hubiera, permanecían siempre registrándose de la misma manera, tanto en la fase  $A_1$  como en la  $A_2$ .

Estos datos se recogieron durante la línea de base previa al tratamiento que luego recibirían.

#### Resultados.

Los resultados obtenidos se muestran en la Fig. 4 y en la Tabla 1. Estos datos están extraídos de las Figs. 8, 10 y 12 del cap. 5. En la frecuencia de obsesiones, la línea a trazos representa las estimaciones y la línea continua el registro. En la duración media de cada obsesión, es al revés. En el sujeto 2 se observa una fase  $A_1$  algo inestable en las estimaciones. Al pasar a la fase  $A_2$  se produce un considerable aumento de las estimaciones de frecuencia, que muestran una tendencia a descender marcada durante esta fase  $A_2$ , hasta situarse al nivel de la fase  $A_1$ . Las medias de ambas fases, sin embargo, difieren relativamente poco.

En cuanto a la duración media de las obsesiones, se observa un ascenso ligero mas retrasado, lo que unido a una falta de cambio de nivel indica que no se ha producido cambio sobre dicha duración. En las demás obsesiones, la introducción del autorregistro no ha producido cambio alguno.

En cuanto a la fiabilidad de las estimaciones, la correlación de Pearson con los autorregistros fué de 0,85 para la frecuencia y de 0,59 para la duración.

En el sujeto 3, la introducción del autorregistro produjo un incremento muy notable (alrededor del 300%) en la frecuencia, observándose a continuación una tendencia marcadamente descendente, mientras que en la duración, se observan cambios muy ligeros

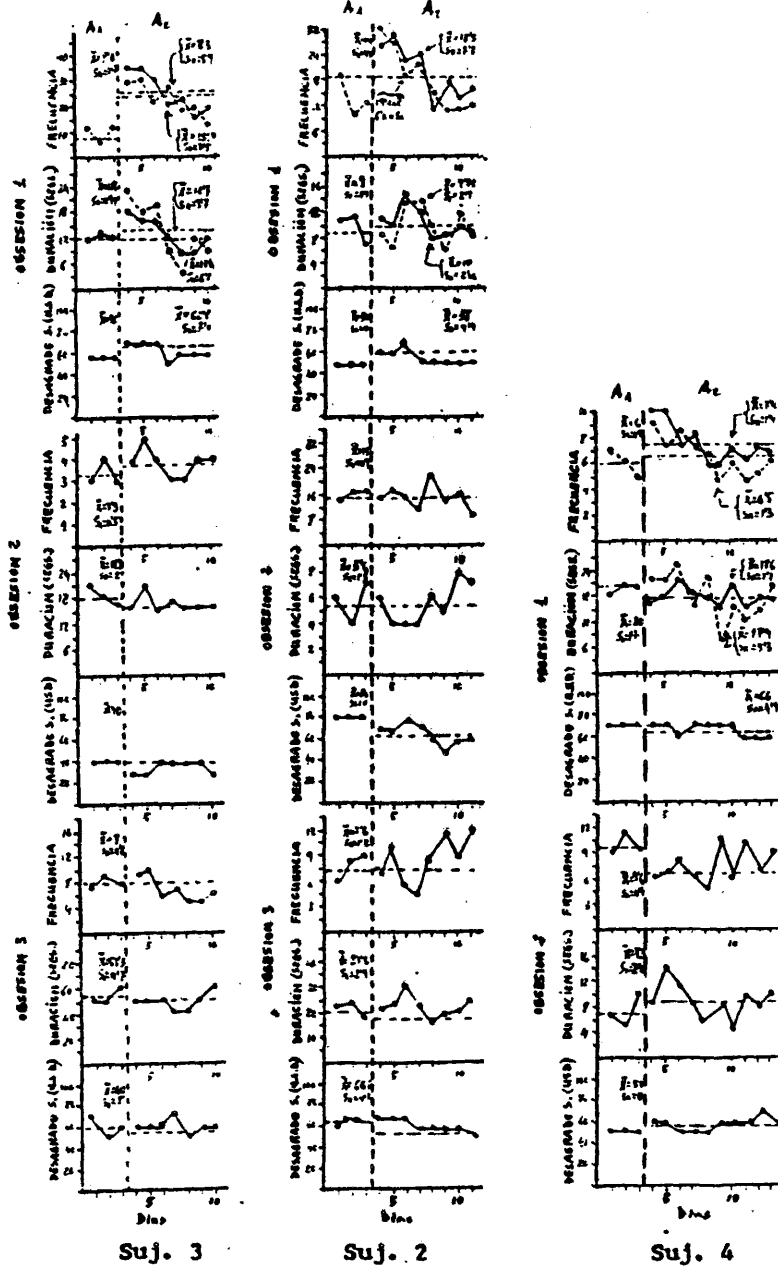


Fig.4: Cambios producidos por la introducción de los autorregistros en la obsesión 1 sobre dicha obsesión y el resto, en tres sujetos.

	Sujeto 8	Sujeto 9	Sujeto 10
Frecuencia	0'85	0'67	0'72
Duración	0'59	0'89	0'51

Tabla 1: Correlaciones de Pearson entre los autorregistros de la frecuencia y duración de las obsesiones y las estimaciones de aquellas.

en la misma dirección. No se observan tampoco cambios en las demás obsesiones.

La correlación entre autorregistro y estimación fué de 0,67 para la frecuencia y de 0,89 para la duración.

En el sujeto 4 la introducción del autorregistro produjo un cambio en la frecuencia ligero, aunque siguiendo una pauta similar a los dos casos anteriores; en la duración no se observan cambios, pero sí un descenso de la frecuencia de la obsesión 2 al introducir el autorregistro. La correlación entre autorregistro y estimaciones fué de 0,72 para la frecuencia y de 0,51 para la duración.

#### Discusión.

Se observa un aumento marcado y consistente en todos los casos de las estimaciones de la frecuencia de las obsesiones con la introducción del autorregistro de las mismas. Este efecto, en algún caso muy marcado, desaparece al cabo de 4-5 días, colocándose a un nivel similar al anterior al cambio o incluso ligeramente inferior en algún caso. La duración no parece afectada por la introducción del autorregistro aunque se observa un ligero aumento y una tendencia a descender posteriormente. Salvo una excepción en general no se observa cambio alguno en la frecuencia o duración de las demás obsesiones al introducir el autorregistro de la primera.

En cuanto a la fiabilidad de las estimaciones de la frecuencia y duración de las obsesiones, las correlaciones con los registros son algo variables. Mientras las más altas (0,85; 0,89)

son satisfactorias, las más bajas (0,51; 0,59) claramente no lo son. Sin embargo, es sorprendente ver que un análisis visual de las gráficas parece mostrar una notable coincidencia; esto nos inclina a pensar que las estimaciones pueden emplearse en vez de los autorregistros sin gran problema en la clínica, lo que evita el efecto reactivo de su introducción.

#### 2.3.2. Experimentos IV y V.

Debido a la debilidad del diseño A-B empleado anteriormente, sobre todo en lo que se refiere a la validez interna (Campbell, 1969; Hersen y Barlow, 1976), se llevaron a cabo dos experimentos para confirmar si la introducción de autorregistros produce un efecto reactivo.

##### Experimento IV

##### Método:

El sujeto empleado fué el número 5, cuyas características se mencionan en el Apéndice I.

Se empleó un contador y cronómetro de muñeca similar a los descritos en el apartado 2.3.1.

El experimento tuvo un diseño de retirada A-B-A, realizándose el mismo procedimiento en cada fase descrito en el apartado 2.3.1., añadiéndose una segunda fase en la que los autorregistros se eliminaron. Este experimento fué realizado previamente a la aplicación del tratamiento (cap. 5) y sobre la obsesión 1 del sujeto.



Fig.5: Influencia de los autorregistros sobre las obsesiones: A= ausencia; B= presencia de autorregistros.

#### Resultados.

Los resultados encontrados se muestran en la Fig. 5 . En cuanto a la frecuencia, la introducción del autorregistro produjo una elevación perceptible en las estimaciones de la misma, y la retirada posterior hizo descenderlas hasta casi el nivel de la línea de base inicial. La duración, sin embargo no varió prácticamente. Se observa en ésta un incremento muy ligero al avanzar a cada fase nueva.

#### Discusión.

El efecto reactivo de los autorregistros es claro en la frecuencia de las obsesiones. En la duración el cambio es ligeramente ascendente pero incluso ante la retirada de los autorregistros, lo cual hace cuestionable concluir un efecto sobre esta variable.

#### Experimento V

##### Método.

El sujeto empleado es el número 14, cuyas características se mencionan en el Apéndice I.

Los aparatos, el diseño y el procedimiento empleados fueron idénticos a los del Experimento IV.

##### Resultados.

Los resultados encontrados se muestran en la Fig. 6. La introducción en el autorregistro fue acompañada de un cambio marcado en las estimaciones de la frecuencia de las obsesiones y su retirada de un descenso también acusado. La duración disminuyó ligeramente y volvió a ascender también ligeramente con la reti-

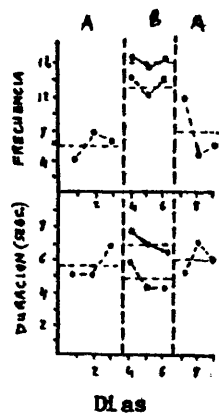


Fig.6: Influencia de los autorregistros sobre las obsesiones: A= ausencia;B= presencia de autorregistros.

rada de los autorregistros.

Discusión.

La frecuencia de las obsesiones acusó de nuevo el efecto de introducir los autorregistros, mientras que la duración se mantuvo prácticamente sin cambios.

Como conclusión de los resultados de las pruebas cuasiexperimentales y de los Experimentos IV y V hemos de reconocer que los autorregistros de las obsesiones parecen producir un efecto reactivo que produce un incremento temporal en su frecuencia, pero no se observan cambios notables en la duración de las mismas. Si no se tiene en cuenta este incremento temporal, los autorregistros pueden plantear problemas metodológicos en los estudios con medidas repetidas que los empleen.

En cuanto a la fiabilidad de las estimaciones de la frecuencia y duración de las obsesiones, las correlaciones con los autorregistros son en general moderadas y aparentemente insatisfactorias, pero la inspección visual de las gráficas de estimaciones y autorregistros parece mostrar que podemos hacernos una idea bastante precisa de éstos a base de aquéllos. Es de suponer que estas estimaciones no causen un efecto reactivo tan acusado, si causan alguno, como los autorregistros.

## 5. EL TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA OBSESIVO-COMPULSIVA.

### 5.1. El tratamiento de las obsesiones.

Los obsesivos representan una minoría, como se ha indicado, frente a los compulsivos, que ya son pacientes poco frecuentes. Este hecho ha limitado enormemente los estudios sobre el tratamiento de las obsesiones. Escasean los estudios controlados e incluso las historias de casos.

Han sido empleados diversos procedimientos para el tratamiento de las obsesiones. A continuación se revisan brevemente los resultados y las técnicas empleadas hasta hoy.

-Alivio de aversión: Aunque este procedimiento sea metodológicamente cuestionable, se ha empleado en alguna historia de caso (Solyom, 1969). Además, Solyom y cols. (1971) han utilizado esta técnica en quince pacientes obteniendo un 73% de mejorados. Sin embargo las mejorías no eran muy sustanciales y no se mantuvieron como sería de desear. Además, la interpretación de estos resultados se hace aún más difícil porque los pacientes eran en buena medida compulsivos también, y por la ausencia de adecuados controles experimentales.

- Detención del pensamiento: Wolpe (1958) sugirió esta técnica para el tratamiento de pensamientos intrusivos. Aunque no se sabe bien si actúa por un procedimiento distractivo, como castigo o como R asertiva (Rimm y Masters, 1974), esta técnica ha tenido amplia utilización, a pesar de que Rachman (1976,b), entre otros, ha manifestado la poca evidencia que tenemos de su utilidad. En el caso de los obsesivos, ha sido una técnica muy

empleada en estudios no controlados (Anthony y Edelstein, 1975; Campbell, 1973; Kumar y Wilkinson, 1971; Gullick y Blanchard, 1973; Lambley, 1974; Samaan, 1975; Stern, 1970; Taylor, 1963; Yamagami, 1971); de todas estas historias de casos ha de deducirse una esperanzadora posibilidad de que esta técnica sea realmente eficaz.

En el único estudio controlado sobre esta técnica, Stern y cols. (1973) la aplicaron a 11 obsesivos, de los que sólo 4 mejoraron sensiblemente; esto produjo que no se obtuvieran diferencias significativas con el grupo de control. Sin embargo, es difícil extraer conclusiones de este estudio, pues sólo se realizaron dos sesiones estrictamente hablando y las instrucciones se dieron mediante cinta magnetofónica.

Otros dos estudios, los de Hackmann y McLean(1975) y Emmelkamp y Kwee(1977), han pretendido evaluar la eficacia diferencial de la detención del pensamiento con respecto a otras técnicas en el tratamiento de los obsesivos empleando un diseño cruzado. Lamentablemente este diseño no permite extraer conclusiones sobre la eficacia de las técnicas empleadas. En el primero de dichos estudios, Hackmann y McLean(1975) no encontraron diferencias significativas entre la eficacia de la detención del pensamiento y la inundación("flooding"), aunque el primero produjo mejoras sensibles en varios pacientes, tanto en las compulsiones como en las obsesiones. Sin embargo, hay que hacer notar que varios problemas de este estudio(reducido número de sesiones, heterogeneidad de los pacientes y ausencia de seguimiento) dificultan la extracción de conclusiones. Afortunadamente, Emmelkamp y Kwee(1977) confirmaron estos resultados en un estudio muy pare

cido; estos autores compararon la eficacia de la detención del pensamiento y de la exposición en imaginación a las consecuencias desastrosas, no encontrando diferencias entre ambas técnicas.

- Entrenamiento aversivo: se han empleado golpes de una goma en la mano (Bass, 1973) y descargas eléctricas (Kenny y cols., 1973) contingentes con las obsesiones; aunque no está claro si estos procedimientos actúan como castigo o como distractores, el hecho es que se han obtenido resultados moderadamente positivos en las historias de casos citadas.

- Intención paradójica: Frankl (1960) y Gerz (1964) han explicado la lógica de esta técnica y la han empleado de forma prometedora (66% de mejorías); su eficacia ha sido verificada experimentalmente por Solyom y cols. (1972), quienes la aplicaron a 10 obsesivos empleando como control otra obsesión no tratada en cada uno. Después de 6 semanas de tratamiento, obtuvieron un 50% de sujetos mejorados, lo que hemos de considerar como un resultado moderado.

- Exposición de imaginación: Rachman (1971, 1976, b) ha expuesto un tratamiento que él denomina "entrenamiento de habituación" que en esencia consiste en la habituación del sujeto a la obsesión por medio de la exposición en imaginación a la misma y la prevención de las componendas cognitivas para evadirla. Vogel y cols. (1982) han sugerido una modificación de este procedimiento, aunque los resultados que encontraron al aplicarla a tres casos no fueron muy alentadores. En su artículo de 1976 Rachman cita algunos casos de obsesivos tratados con éxito me-

diante el "entrenamiento en habituación". Además, Farkas y Beck (1981) han informado recientemente de buenos resultados empleando esta técnica en dos casos, y Parkinson y Rachman (1980) obtuvieron decrementos notables en varias medidas de los pensamientos intrusivos y desagradables de 60 adultos normales, lo cual va en la dirección correcta según las predicciones de Rachman.

El trabajo ya citado de Emmelkamp y Kwee (1977) aporta indicaciones de que esta técnica de exposición en imaginación a las consecuencias desastrosas puede ser eficaz. Aunque no se encontraron diferencias entre los tratamientos, tanto la detención del pensamiento como la exposición prolongada produjeron notables mejorías en el 60% de los sujetos. Aquellos que mejoraban con un tratamiento tendían a mejorar también con el otro. De nuevo los resultados no son concluyentes pero, al unirlos a los de Hackmann y McLean (1975), suponen una clara indicación de su eficacia.

- Biorretroinformación: Mills y Solyom (1974) han utilizado un procedimiento a base de técnicas de meditación y biorretroinformación para el incremento del ritmo EEG Alfa, encontrando que durante este ritmo no se producían obsesiones. El principal problema fue que estos resultados no se generalizaban fuera de las sesiones. Aunque este era un estudio exploratorio y no se contaba con adecuados controles, estos resultados son prometedores. Lamentablemente desconocemos que hayan sido ampliados posteriormente.

De esta breve revisión hemos de concluir que la terapia de conducta no cuenta hoy con procedimientos de probada eficacia

para modificar, ya no sólo las obsesiones como hemos visto, sino los pensamientos en general como claramente se desprende de la revisión de Heppner (1978).

5.2. Tratamiento de las obsesiones mediante exposición prolongada: Experimentos VI-XIII

Debido a esta falta de conocimientos sobre adecuados procedimientos para el tratamiento de las obsesiones, iniciamos una serie de estudios que serán relatados a continuación. Tienen todos ellos una relativa homogeneidad pues han sido experimentos de N=1 con repetición. Previamente a esta serie, se realizó otro experimento que tenía otras características diferentes y que sirvió de punto de partida para los siguientes. Comenzaremos por éste último.

Experimento VI: Estado de ánimo y obsesiones:

Como consecuencia sobre todo de las sugerencias de Beech y Liddell (1974) respecto a la estrecha relación entre obsesiones y depresión, se pretendió explorar ésta y comprobar si la modificación del estado de ánimo del sujeto hacía variar también las obsesiones.

Método.

Se empleó el sujeto número 1 para este experimento, cuyas características se pueden observar en el Apéndice I.

Para el registro de las obsesiones se empleó un contador de muñeca Behaviordelia, cuyas características se muestran en el Apéndice II, y para los autorregistros de estado de ánimo y grado de tensión, tarjetas codificadas.

Se empleó un diseño de un sólo caso de retirada A-B-C-D-E-A-E. Previamente al tratamiento se llevó a cabo un análisis de la conducta del sujeto, especialmente de la relación entre obsesión y depresión, así como el Experimento I del que ya se ha informado. Posteriormente se realizaron las fases señaladas de experimento:

La fase A correspondió a la línea de base inicial durante siete días. Durante la fase B (14 días) el sujeto recibió instrucciones sobre cómo comportarse con su obsesión en las que se le indicaba que no se preocupara por las obsesiones, que procurase no inmutarse en su ánimo y estar más receptivo al exterior. Durante la fase C el sujeto fué entrenado en relajación muscular siguiendo el método de Jacobson (Rimm y Masters, 1974). Durante la fase D (14 días) el sujeto recibió entrenamiento en autoinstrucción siguiendo las líneas marcadas por Meichenbaum (1977). Durante la fase E (14 días) el sujeto recibió autoinstrucción, relajación y "remotivación", con entrenamiento en habilidades sociales y deporte. La autoinstrucción y la relajación fueron similares a las anteriormente aplicadas. La "remotivación" consistió en asociar una palabra ("arriba") con un positivo estado de ánimo mediante la imaginación de una escena <sup>de</sup> agradable recuerdo para el sujeto por el estado de ánimo en que se encontraba en ella. A continuación se pasaba a ensayar esta palabra cada vez que el sujeto se encontraba con el ánimo deteriorado. Esto se llevó a cabo haciendo que imaginara una situación de este tipo recientemente experimentada y pronunciando en voz alta y energética la palabra "arriba", al mismo tiempo que el terapeuta le sugería que pensara en algo más positivo. Además, el sujeto recibió entrenamiento en habilidades sociales (Rimm y Masters ,

1974) y comenzó a acudir, por sugerencia del terapeuta a un gimnasio.

Se aplicaron tres sesiones semanales de 45 minutos cada una. Las medidas de cambio empleadas fueron: frecuencia de pensamientos obsesivos, duración de los mismos (estimación), desagrado subjetivo (ansiedad subjetiva en una escala de 1 a 5, siendo éste último grado el máximo) y estado de ánimo (autoevaluación siguiendo la escala de estado de ánimo descrita en el apartado 4.2.).

Al cabo de ocho meses se llevó a cabo un seguimiento, realizando el sujeto estas medidas de cambio durante tres días seguidos.

#### Resultados.

Como consecuencia del prolongado y detallado análisis de conducta llevado a cabo, se llegó a tener una profunda comprensión del problema del sujeto. En cuanto a la relación entre obsesión y estado de ánimo, se llegó a tres conclusiones:

1. El sujeto experimentaba con facilidad inusual tres emociones: hostilidad, depresión y ansiedad.

2. Las obsesiones se daban en un estado de ánimo deteriorado provocado por cualquier ligero contratiempo. He aquí un ejemplo: "Al coger el autobús, para el trabajo se encontró con un señor al que conocía de vista pero nada más. Es un cordobés muy aplomado, incólume con el que había camino del trabajo. El parece muy seguro y yo, sin

Día	Obsesiones:		Desagrado subjetivo	Estado de ánimo
	Frecuencia	Duración		
1	4	5 segs.	2	2
2	6	5 "	2	3
3	8	10 "	2	3
4	6	8 "	3	3
5	8	30 min.	3	4
6	6	15 seg.	2	3
7	4	15 "	2	2
8	8	8 "	2	2
9	15	5 "	3	2
10	10	15 min.	3	3
11	10	6 seg.	3	3
12	7	4 "	3	3
13	10	8 "	3	2
14	10	5 "	3	3
15	12	4 "	3	3
16	7	5 "	2	2
17	5	4 "	3	3
18	5	5 "	2	2
19	4	5 "	2	1
20	4	10 "	2	2

Tabla 2: Autorregistros de la frecuencia y duración de las obsesiones, del desagrado subjetivo y del estado de ánimo durante 20 días del periodo de análisis de conducta(sujeto 1).

embargo, me siento muy inseguro. Algunas veces le digo que sí en la conversación sin haberle comprendido por no preguntarle. Esto me produce inquietud, agresividad y me siento decaído, lo que me hace "ir cojo" durante la mañana. Luego, al comenzar el trabajo me vienen ideas inquietantes a la cabeza!

3. La relación entre obsesión y estado de ánimo no es simple. En la Tabla 2 se expresan, como ejemplo, los datos correspondientes a 20 días de autorregistros durante esta fase de análisis de conducta. Debido a los desproporcionados incrementos en la duración en los días 5 y 10 estos datos no pueden expresarse en gráficas. Puede observarse que el estado de ánimo y la frecuencia de obsesiones no guardan relación alguna. En cambio, el estado de ánimo sí parece relacionado con la duración de la obsesión: la duración media de la obsesión suele situarse en torno a 5-15 segs., salvo los días 5 y 10 que se eleva muy notablemente (varios minutos). Estos días coinciden con un deterioro del estado de ánimo; sin embargo los deterioros de otros días no van acompañados de una elevación similar de la duración (por ejemplo, los días 14, 17 y 20). La diferencia está en que el deterioro de los días 5 y 10 se dió a continuación de un período de estabilidad en el estado de ánimo (los tres días anteriores al 5 y al 10). Una pauta similar se observaba en los demás días en que el análisis de conducta se llevó a cabo.

En lo que respecta al tratamiento, la Fig. 7 muestra los cambios producidos por las distintas fases del experimento sobre

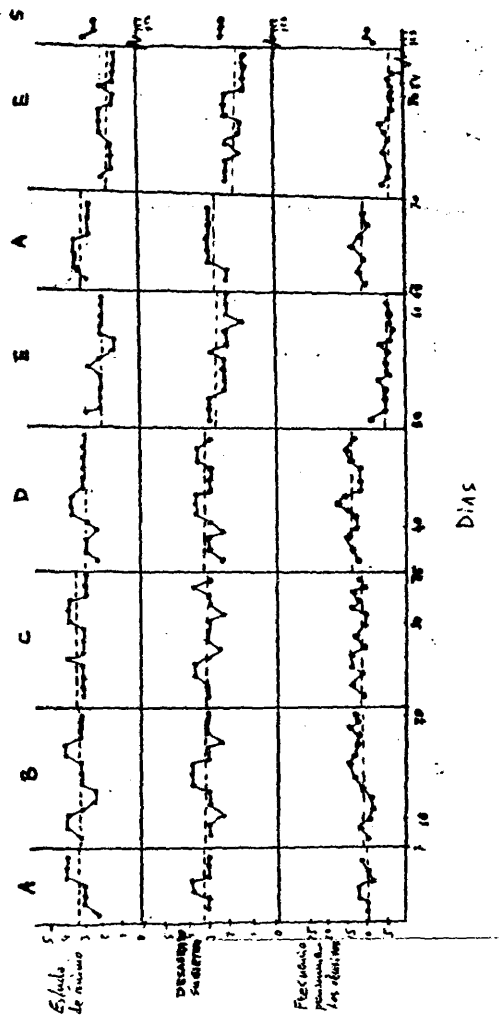


Fig.7: Variaciones producidas por los distintas condiciones experimentales sobre el estado de ánimo, el desagrado subjetivo y la frecuencia de observaciones.

el estado de ánimo, el desagrado subjetivo y la frecuencia de ob  
sesiones. Puede observarse que los tratamientos B,C y D no hicie  
ron descender ninguna medida. El tratamiento D incluso parece  
producir un ligero incremento. El tratamiento E (la combinación  
múltiple)prndujo un descenso notable, mejora que desapareció al  
retirarlo y pasar a la línea de base. Este efecto quedó confir  
mado al reintroducir el tratamiento E que volvió a producir un  
descenso similar. Sin embargo se observa que este tratamiento  
provoca un descenso de nivel, pero no una tendencia descendente  
a lo largo del intervalo de tratamiento. Esto es especialmente  
evidente en la frecuencia de obsesiones.

Por otra parte, el seguimiento indicó que esta mejoría  
no se había mantenido, y el sujeto se encontraba más o menos co  
mo antes del tratamiento.

#### Discusión.

Los presentes datos indican que la depresión estaba rela  
cionada en este caso con las obsesiones pero sólo con su dura -  
ción. Parece que los deterioros del estado de ánimo después de  
períodos de tres o más días de estabilidad iban acompañados de  
un marcado incremento en la duración media.

Estos datos son difíciles de interpretar, ya que podría a  
firmarse que el deterioro del estado de ánimo incide sobre la du  
ración de la obsesión, pero nada hace pensar en una relación cau  
sal, que, además, no sería sencilla de establecer.

Por otra parte, las más ligeras adversidades parecían pro  
vocar un deterioro en el estado de ánimo que persistía largo tiem

po y en el que florecían las obsesiones. Esto puede interpretarse como una confirmación de que el estado interno puede actuar como E discriminativo, aunque son posibles otras interpretaciones.

En cuanto a los tratamientos, resultaron ineficaces la instrucción, la relajación y la autoinstrucción, pero el tratamiento múltiple, que incluía los anteriores más "remotivación", entrenamiento en actividades sociales y deporte, produjo un descenso en la conducta obsesiva en general. Este cambio, creemos que indiscutible, no parece muy significativo clínicamente, pues no se mantiene. Además, el hecho de que produjera un descenso en el nivel pero no una tendencia descendente resulta extraño, pues en 14 días de tratamiento cabe esperar alguna mejoría.

En conclusión, los resultados de este experimento indican que los cambios en el estado de ánimo parecen relacionarse parece que de forma compleja con las obsesiones y que el tratamiento aplicado no produjo mejoría clínica significativa.

#### El tratamiento de las obsesiones empleado.

El sujeto 6 mostró que el tratamiento administrado en la fase E fué, al menos temporalmente, eficaz, y esto parece indudable pues en su reintroducción se confirmó ¿Qué produjo este cambio? Pensamos que podrían ser dos cosas: o bien la combinación de una serie de procedimientos ligeramente eficaces (se trataba de un tratamiento múltiple), o bien el empleo de la exposición en imaginación de las situaciones problemáticas, técnica de comprobada eficacia en otras alteraciones relacionadas con la ansiedad (ver, por ejemplo, Leitenberg, 1976). Esto último, además

nos recordaba la técnica que Rachman llama "entrenamiento en habituación" y que considera recomendable para las obsesiones (Rachman, 1976,b). Estas consideraciones, junto con los presupuestos que serán a continuación expuestos, nos llevan a diseñar un programa de tratamiento complejo en el que la exposición a los EE temidos por el obsesivo y la prevención de las RR de escape eran el componente esencial y a tratar de verificar su eficacia en los experimentos VII-XIII.

A) La lógica del tratamiento.

En el capítulo 1 dedicado a la conducta que el obsesivo-compulsivo muestra hemos visto que en esencia se reduce a una R emocional de ansiedad/desagrado ante un contenido interno con secuencia de una expectativa de desastre y RR de escape/evitación del desagrado causado por la R emocional. Es decir, el obsesivo-compulsivo es esencialmente un fóbico, con la única diferencia, como Meyer (1966) señalaba de que en el fóbico los EE temidos son externos y en el obsesivo son internas (lo que hace que se le puedan presentar al sujeto en cualquier momento o situación). El problema, pues, del obsesivo fundamentalmente consiste en el desagrado/ansiedad causado por la obsesión y no en la aparición de esta obsesión. Esto no quiere decir que la aparición de la obsesión no sea un problema para el obsesivo, pero fundamentalmente lo es por el desagrado/ansiedad que le causa. No nos planteamos aquí a qué se debe este desagrado/ansiedad porque creemos que hay varias posibles causas, la mayoría de las veces actuando al mismo tiempo (tembr al desastre, interferencia con las actividades normales del sujeto, falta de control sobre su propia mente, etc). Pero insistimos que el problema del obsesivo no es la eliminación de la obsesión sino el desagrado

que élla causa, y que en este sentido, la terapia debe dirigirse a la extinción de esta R emocional, detrás de la cual se puede suponer una expectativa ilógica de desastre, o basándonos en lo que observamos, una identificación funcional (por la R que produce) de la obsesión (ocurrencia del mismo). Una consecuencia de esta R emocional del obsesivo, sobre todo del carácter subjetivamente desagradable que tiene, es la actitud que aquél toma con relación a dicho desagrado: una lucha contra la obsesión y el desagrado causado por ésta que le lleva a la búsqueda de un alivio inmediato y a combatir la aparición de aquélla. Esta actitud defensiva se convierte en un hábito muy consolidado que además imposibilita la comprobación de la no ocurrencia del desastre; en resumidas cuentas, el obsesivo aprende el hábito de huir del problema y como consecuencia de huir de su solución.

De este planteamiento emergen los dos objetivos primordiales que la terapia debe tener:

1. Extinción de la R emocional de temor/desagrado: el obsesivo debe ser capaz de pensar en la obsesión sin que le produzca esa sensación desagradable o ese pánico. Es decir, debe aprender a distinguir funcionalmente entre la obsesión y el desastre.

2. Extinción e inversión del hábito defensivo: el obsesivo debe ser capaz de, no solo no emitir las RR de alivio, sino de sustituir la actitud de defensa que tiene hacia la obsesión y los EE con ella relacionados por una actitud de acercamiento a ella, de aproximación coherente.

Puede observarse que este planteamiento de la terapia no incluye la desaparición de la obsesión, es decir, no se persigue la eliminación de estos pensamientos, imágenes o impulsos directamente, sino que se pretende la desaparición de la perturbación por ellos causada. Esto es consecuencia del razonamiento anteriormente expuesto, en el que se contempla la posibilidad de que una persona "normal" presente tales pensamientos, imágenes o impulsos, sin la R emocional del obsesivo, por supuesto. Sin embargo, una excesiva frecuencia y/o duración de tales contenidos cognitivos podría ser causa de desagrado en sí, por la interferencia que ello podría causar. Es por esto que conviene añadir que se esperaba que la extinción progresiva de la R emocional ante la obsesión fuese paralela de una progresiva disminución de la frecuencia y/o duración de la obsesión. Esto cabe esperarse si la amplitud de la R emocional está asociada a la evocación de posteriores obsesiones, como se desprende del análisis expuesto en el apartado 3.1.

Por otra parte, entre los objetivos de la terapia debe estar el que ésta sea de tal forma enfocada que no suponga una nueva obsesión para el paciente y que represente el aprendizaje por hábito de una serie de habilidades que le permitan al mismo convertirse en su propio terapeuta fuera de las sesiones, durante el tratamiento y en las recaídas posteriores a este.

¿Mediante qué procedimientos podemos conseguir estos objetivos terapéuticos?. Se decidió emplear fundamentalmente dos: la exposición prolongada a los EE temidos, que ha dado buenos resultados en los trastornos relacionados con la ansiedad (Goldstein y Foa, 1980) y la prevención de la R de escape de la obsesión

y en general de la actitud de defensa ante ella. Ambas técnicas han dado buenos resultados en compulsivos, como más adelante se verá.

La elección de estas dos técnicas para la consecución de los objetivos terapéuticos se basa en la información de su eficacia en otras aplicaciones relacionadas y por tanto, en un intento de comprobarla en estos pacientes, máxime cuando Rachman (1976,b), por ejemplo, la ha recomendado reiteradamente sin que se conozca su eficacia. Sin embargo, esta eficacia no quiere decir en absoluto que no pudiera haber otras procedimientos para conseguir los mismos objetivos, cosa que no sería de extrañar.

B) Programa de tratamiento.

El problema aplicado comenzó por una evaluación inicial siguiendo las líneas expuestas ya en el apartado 4.1. También se iniciaron antes del tratamiento la aplicación de las medidas de cambio con objeto de disponer de una línea de base, según el apartado 4.2.

Una vez analizado convenientemente el problema, recogida la información pertinente y terminada la línea de base, se pasó a explicar al paciente en qué consistía su problema y el tratamiento. Se le indicaba que su problema consistía fundamentalmente en un temor desmedido a la ocurrencia de ciertas consecuencias negativas para él y que este temor es evocado por la obsesión (pensamiento, imagen o impulso concreto) y que ante dicha obsesión toma una actitud de huida que impide que lo supere y, por tanto, el problema sigue presentándose. De esta manera, cuanto más intente evitar su obsesión más fácilmente y perturbadora-

mente se repetirá, y cuanto mas intente escapar de la obsesión mas difícil le será conseguirlo. Esto es lo que usted lleva tiempo haciendo con su obsesión, que sigue perturbándole. Por ello lo que debe hacer es invertir esto: debe, cada vez que se le presente la obsesión, pensar deliberadamente en ella, imaginarse aquellas consecuencias negativas que normalmente evitaría y hacerlo durante mucho tiempo sin interrupción y sobre todo sin escapar de ello, sino queriendo deliberadamente tener la obsesión. Comprobará que la ansiedad/desagrado provocada por aquella aumentará al principio, se mantendrá largo tiempo y al cabo de una o dos horas terminará descendiendo algo.

Se insistía en que lo esencial era que pasara de intentar huir de la obsesión a querer deliberadamente tenerla; se solía poner un ejemplo en el que se decía que la obsesión es como un remolino de agua en un río: si uno intenta oponerse a él es arrastrado y no consigue salir. Pero si uno pasa de resistirse a arrastrar el agua, es él quien controla al remolino y no al revés. Cuantos mas ensayos de este tipo realice mas rápido descenderá la ansiedad/desagrado, por lo que conviene que pase a buscar deliberadamente tener la obsesión durante su vida cotidiana con objeto de "ejercitarse".

Se explicaba que no se trataba de eliminar las obsesiones sino de que desaparezca la ansiedad/desagrado por ellas causada, y esto se conseguirá queriendo tenerlas. Se comentaban algunas maneras corrientes de evitar o escapar de la imaginación de las consecuencias temidas; así por ejemplo, se le indicaba que a veces para escapar de un pensamiento desagradable "saltamos" a otro y así sucesivamente con lo que la obsesión genera una cade-

na interminable de pensamientos; debía impedir ese salto, por ejemplo preguntándose qué era lo que tenía e imaginárselo.

Se le advertía al paciente que este tratamiento suele resultar algo desagradable, pero que no sería en absoluto forzado a hacer algo que creyera que no podía soportar y que la introducción gradual de la exposición y prevención de la R de escape haría más llevadero el tratamiento, al mismo tiempo que se esperaba de él una total cooperación de manera que se convirtiera en su propio terapeuta cuando se encontrara con su obsesión en la vida diaria. A este respecto se le explicaba que, como no era prácticamente posible que el terapeuta estuviera junto al paciente cuando se le presentara la obsesión, en las sesiones de tratamiento se intentaría provocarla y se ensayaría el procedimiento a seguir en esas circunstancias con objeto de adquirir la maestría y el hábito necesario.

Con el fin de motivar al paciente, se le recordaba el número de obsesiones/día y el tiempo y dinero que perdía con ello, y sobre todo las molestias subjetivas que le producen y la contribución que hacen a su infelicidad; se pasaba a continuación a exponer cómo se encontraría sin este problema y si estaría dispuesto a sufrir algo para conseguirlo. Si la respuesta era positiva se daba paso al tratamiento firmando un contrato terapéutico como el que se muestra en el apéndice II con el objeto de que el paciente tuviese más dificultad en abandonar el tratamiento cuando le resultase desagradable.

El siguiente paso solía ser el diseño del programa de forma detallada, labor en la que se intentaba hacer participar ya

al paciente, a pesar de la inhibición que la mayoría presentaba. Se establecía aquí, por ejemplo, la jerarquía de situaciones/escenas elicitadoras de ansiedad/desagrado para la exposición en imaginación y/o en vivo y las condiciones materiales para llevarla a cabo, se hacía otra jerarquía de RR de escape/evitación si las presentaba el sujeto, los supervisores adecuados de la prevención de dichas RR si se consideraba oportuno o posible, se fijaban definitivamente las medidas de cambio y los objetivos a alcanzar, se disponían la frecuencia y duración de las sesiones, las tareas a realizar el paciente por sí mismo y los refuerzos que podría conseguir si era posible, la secuencia y velocidad de aplicación de las técnicas empleadas y la estructuración del contenido general de las sesiones.

Una vez hecho esto, se pasaba a aplicar propiamente el tratamiento. Se daban instrucciones para que el paciente se sentara y cerrara los ojos. Antes de pasar a la exposición, en cada sesión se realizaban unos minutos de entrenamiento en lo que se llamaba "la reacción inmediata" a la obsesión, punto al que se daba cierta importancia; este consistía en un entrenamiento en reaccionar a aquélla con una mezcla de dos elementos: iniciativa en la exposición a la obsesión frente a dejarse arrastrar por ella y minimización de la tensión mental. Esto último se refería a la recepción casi pasiva de las sensaciones tanto exteriores como interiores frente a una atención tensa tanto cortical como emocional. A continuación se le daban instrucciones para que indicara su nivel de desagrado/ansiedad al pedírsele durante la sesión cada diez minutos en Unidades subjetivas de desagrado (U.S.D.) y para que no interrumpiera la escena imaginada al indicársele, sino que continuara inmediatamente con la imagen.

Se le indicaba también que imaginara las escenas descritas por el terapeuta lo más vívidamente posible y que indicase cuando se desvanecían levantando el dedo índice (momento en el que el terapeuta volvía a describir la situación de manera aún más realista si podía). Se repetía que era esencial que no evitara ni escapara de la imaginación de esas escenas de ninguna manera ni en ninguna ocasión.

Basándose en los datos de la evaluación inicial, se escogieron cuatro o cinco escenas de cada obsesión, de modo que produjesen diferentes grados de ansiedad/desagrado. Dichas escenas representaban de una manera o de otra las consecuencias temidas por el paciente. El terapeuta comenzaba describiendo la primera, una escena de cincuenta o sesenta U.S.Ds. y mantenía cada escena, describiéndola una y otra vez o al menos parcialmente, durante dos horas. Progresivamente se iba exponiendo al paciente a lo largo de las sesiones a escenas cada vez más desagradables hasta llegar a una con cien U.S.Ds. u alrededor, siguiendo como criterio de avance el que el paciente presentase un notable descenso en su R emocional ante la escena y él mismo decidiera el cambio. Si éste no se decidía a pasar a la siguiente escena se ejercía sobre él una cierta presión de forma firme, calmada y con tacto, pero nunca se le imponía. Las escenas en las que se había obtenido un descenso en la R emocional (ansiedad subjetiva y/o Nivel de conductancia de la piel) ya no se volvían a emplear.

Durante la sesión el terapeuta atendía a las señales del paciente, tanto las referentes a la claridad de visualización de la escena como a otros indicadores del estado del paciente (contracción de músculos, movimiento, gestos, respiración, etc.). De

vez en cuando el terapeuta pedía al paciente que le dijera "dón de se encontraba" para comprobar que seguía imaginando la escena, además de alternar cada poco tiempo instrucciones y descripciones en un intento de forzar al paciente a que no escapara de la imaginación de la escena.

Se tuvo especial cuidado para que en la medida de lo posible la exposición a las consecuencias desastrosas fuese unida a la exposición a los EE discriminativos operantes para el paciente en cuestión, tanto externos como internos (estado interno de desánimo, irritación o tensión).

Cuando la exposición en imaginación había alcanzado ya el elemento más perturbador, es decir, cuando la obsesión apenas provocaba ya el desagrado subjetivo, se solía pasar a una exposición en vivo que se parecía bastante a la intención paradójica. En ella se le pedía al paciente que intentara conseguir que ocurriera el desastre; esto no se introdujo nunca hasta que la obsesión no fuese casi perturbadora y la relación con el terapeuta estrecha y confiada. El paciente debía intentar al principio al menos hacer ademán de disponerse a ello, luego algo mínimo y así progresivamente cada vez más hasta ejecutar el desastre cuando éste era lógicamente posible, y sí, como ocurría en la mayoría de los casos, era un verdadero desastre, al menos intentos. Este ensayo se repetía tantas veces como fuese posible tanto en las sesiones como en la vida social.

La exposición a una situación o escena iba acompañada de la prevención de las RR compulsivas de cualquier tipo asociadas a esta situación o escena si las hubiere. Dicha prevención se

convertía en definitiva para ese caso, por lo que esta técnica se aplicó también gradualmente. Cuando estas RR tenían cierta importancia dentro del problema general del paciente, eran manifiestas y se consideraba viable, se dispusieron supervisores de la prevención de la R. Estas personas se escogieron de modo que pudieran realizar su labor durante la mayor parte del día o bien varias sucesivamente. Esta supervisión fue progresivamente retirada en la fase final del tratamiento.

En las sesiones se ensayaba el procedimiento de repuesta de el sujeto ante la aparición de la obsesión con la ayuda del terapeuta, tratando de que tal ensayo se pareciera lo más posible a la realidad; de esta manera tanto el número de ensayos como su cualidad resultaban limitados. Sin embargo se le presionaba al paciente para que considerara cada obsesión que se diese en su vida diaria como una ocasión óptima para realizar entrenamiento adicional y se preparaba éste como tarea para el paciente. Esta necesidad de sobreentrenamiento relevante se tuvo bastante presente en los tratamientos.

Las sesiones terminaban con comentarios agradables y la asignación gradual de tareas; se realizaron normalmente tres sesiones por semana.

#### Otros detalles del tratamiento.

El tratamiento con exposición empleado era en esencia el anteriormente expuesto; sin embargo es necesario también señalar otros detalles que incluía y que no están implícitos en la anterior descripción:

- Inversión de las contingencias reforzantes: se retiraron radi

calmente las posibles contingencias de reforzamiento positivo de la conducta obsesivo-compulsiva; a veces se observa que el obsesivo consigue gracias a sus obsesiones una reducción en su jor nada laboral, u especial trato en el trabajo o en su casa y en general privilegios de algún tipo. Ante las demandas de confirmación se explicaba al paciente que tales conductas eran similares a los rituales y demás procedimientos de obtención de un alivio temporal y que debían ser tratados de la misma manera: no podían realizarse. Si, a pesar de todo, se producían, terapeuta, amigos o familiares contestaban con una diplomática negativa.

Además de la retirada de reforzamiento de la conducta obsesivo-compulsiva se intentó que hubiera el máximo de reforza - miento positivo de conductas alternativas y sobre todo de la realización del programa de tratamiento. El terapeuta reforzaba fácilmente esto en las sesiones, pero se dieron instrucciones a las personas relacionadas con el paciente para que también lo hicieran.

- Planificación del nuevo tiempo libre del paciente: A medida que el tratamiento progresaba, sobre todo en la parte final del mismo, se procuraba que el paciente planificara el nuevo tiempo libre con el objeto de no fomentar las obsesiones. Se hacía un intento de que las tareas escogidas supusieran un intercambio social.

- Entrenamiento de las personas relacionadas con el paciente: Se procuró involucrar en el tratamiento a las personas más estre - chamente relacionadas con el paciente (amigos, familiares, com - pañeros de trabajo, etc). Se mantuvo siempre que fué posible u

na entrevista con ellos para que recibieran instrucciones y entrenamiento para actuar como coterapeutas, no reforzar conductas problema, reforzar la ejecución del tratamiento y supervisar la prevención de RR compulsivas.

- Instrucciones al paciente para después del tratamiento: Como ya se ha indicado, el terapeuta se preocupaba de que el paciente fuese progresivamente tomando una mayor participación en el tratamiento. Entre otras cosas, esto permite que al final del mismo, el paciente se haya convertido en su propio terapeuta, lo que, unido a unas instrucciones finales, le permite en primer lugar seguir realizando por su cuenta más ensayos hasta conseguir un sobreentrenamiento y en segundo lugar superar las recaídas y problemas posteriores al tratamiento. Con este objeto las últimas sesiones fueron a veces más espaciadas.

- Empleo de EE distractores: Cuando las obsesiones ya no causaban gran molestia pero aún presentaban alguna frecuencia, se empleó EE distractores interesantes para el paciente. Debido a que éstos dependían de la situación en que se encontrara el paciente y de sus intereses, fueron de muy diversos tipos, pero en general se trataba de actividades que podrían fácilmente clasificarse como aficiones compatibles con la tarea del sujeto en esa situación.

- Actitud intrascendente del terapeuta: Este trataba de mostrar siempre una actitud opuesta a la que estos pacientes muestran con relación a su problema y que suele ser grave y desanimada. El terapeuta incluso mostraba cierto humor e ironía en relación al problema, denotando siempre una firme confianza en que se po-

día resolver.

Tratamiento de los problemas adicionales.

El tratamiento de los problemas adicionales que los pacientes recibieron posteriormente al de exposición como se verá más adelante, pretendía minimizar las fuentes de experiencias desagradables para aquéllos, en un intento de hacer mínimo el nivel de activación emocional que se suponía relacionado con la excitabilidad emocional, como ya se ha indicado.

Se trataba de un tratamiento múltiple en la mayoría de los casos y adaptado a las personales fuentes de problema de cada paciente. En general, se entrenaba al paciente para que pudiera controlar tales fuentes aversivas, de modo que desaparecieran. Los problemas más frecuentes fueron depresión, ansiedad general, déficit en habilidades sociales, problemas matrimoniales y sexuales, indecisión general y fobias. Para el tratamiento de la depresión se solía analizar la pauta de conducta que llevaba a la misma y, una vez detectado el problema, se entrenaba al paciente (forzándolo) a controlarlo adecuadamente. Con la ansiedad general se empleó o bien relajación o bien tensión muscular extrema simultánea y prolongada. Para los problemas de habilidades sociales se empleó el programa de Trower y cols. (1978). Para los problemas matrimoniales se empleó un enfoque operante, sobre todo contratos de contingencia (Stern y Marks, 1973; Stuart 1969). Para los problemas sexuales se utilizaron diversas técnicas (Fisher y Gorchros, 1977). La indecisión general fué tratada mediante entrenamiento en solución rápida de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971). Las fobias fueron tratadas con exposición prolongada en vivo, gradual en un caso y rápida en

otro.

#### Experimento VII

Los resultados del experimento VI indicaban un efecto positivo del tratamiento múltiple administrado en la fase E, efecto que no se mantuvo tras dicho tratamiento como puso de manifiesto el seguimiento. Debido a que por los datos de dicho experimento en fases previas podía descartarse que alguna de las técnicas aisladamente fuera la responsable de dicho cambio, salvo la que se llamó "remotivación" y a que esta técnica incluía una exposición en imaginación que concordaba con el tratamiento recomendado por Rachman (1976, b) de "entrenamiento en habituación" y con los resultados positivos de esta técnica en el tratamiento de los problemas relacionados con la ansiedad (Goldstein y Foa, 1980; Leitenberg, 1976), se decidió comprobar experimentalmente la eficacia de un procedimiento de tratamiento de las obsesiones basado fundamentalmente en la exposición prolongada a los EE ob sesivos y la prevención de RR de escape/evitación. Estos procedimientos, además, resultaban coherentes con gran parte de los conocimientos que hoy tenemos sobre la adquisición y mantenimiento de este tipo de conducta.

Además de comprobar la eficacia del tratamiento con exposición, se pretendía conocer el curso de evolución que el nivel de conductancia de la piel presentaba a lo largo de las sesiones, por si fuese, como se esperaba, un buen indicador del declive en la R emocional. Hasta ahora los estudios realizados sólo han empleado ansiedad/desagrado subjetivo.

Por último, se consideró interesante obtener datos acerca

de la posible eficacia del tratamiento de los problemas adicionales, ya que, por los resultados de los experimentos I-III se suponía que mejoraba el tratamiento.

#### Método.

Como sujeto se empleó el número 2, cuyas características pueden observarse en el Apéndice I.

Se utilizó un contador de muñeca Behaviordelia y un psicogalvanómetro cuyas características se describen en el Apéndice II. En este apéndice también se muestra el contrato terapéutico empleado. Se utilizó también el Inventario para la Evaluación de la Depresión de Beck en su versión castellana (Conde y Useros, 1974, Conde y cols., 1976).

Se empleó un diseño de un sólo sujeto de línea de base múltiple entre obsesiones, al que se le añadió luego una fase simultánea de tratamiento de los problemas adicionales y una última fase de repetición del tratamiento de exposición. En definitiva se trata de un diseño complejo que aprovecha las ventajas del diseño de línea de base múltiple y las del diseño de retirada (Hersen y Barlow, 1976).

El sujeto fué sometido a una evaluación inicial siguiendo las directrices marcadas en el capítulo 4. Como medidas de cambio se empleó el registro de la frecuencia de obsesiones, estimaciones de la duración de las mismas y autorregistros del desagradado subjetivo causado por la obsesión; estas medidas de cambio se realizaron según lo expuesto en el capítulo 4. En los 11 primeros días se realizó una línea de base (fase A); en la fase

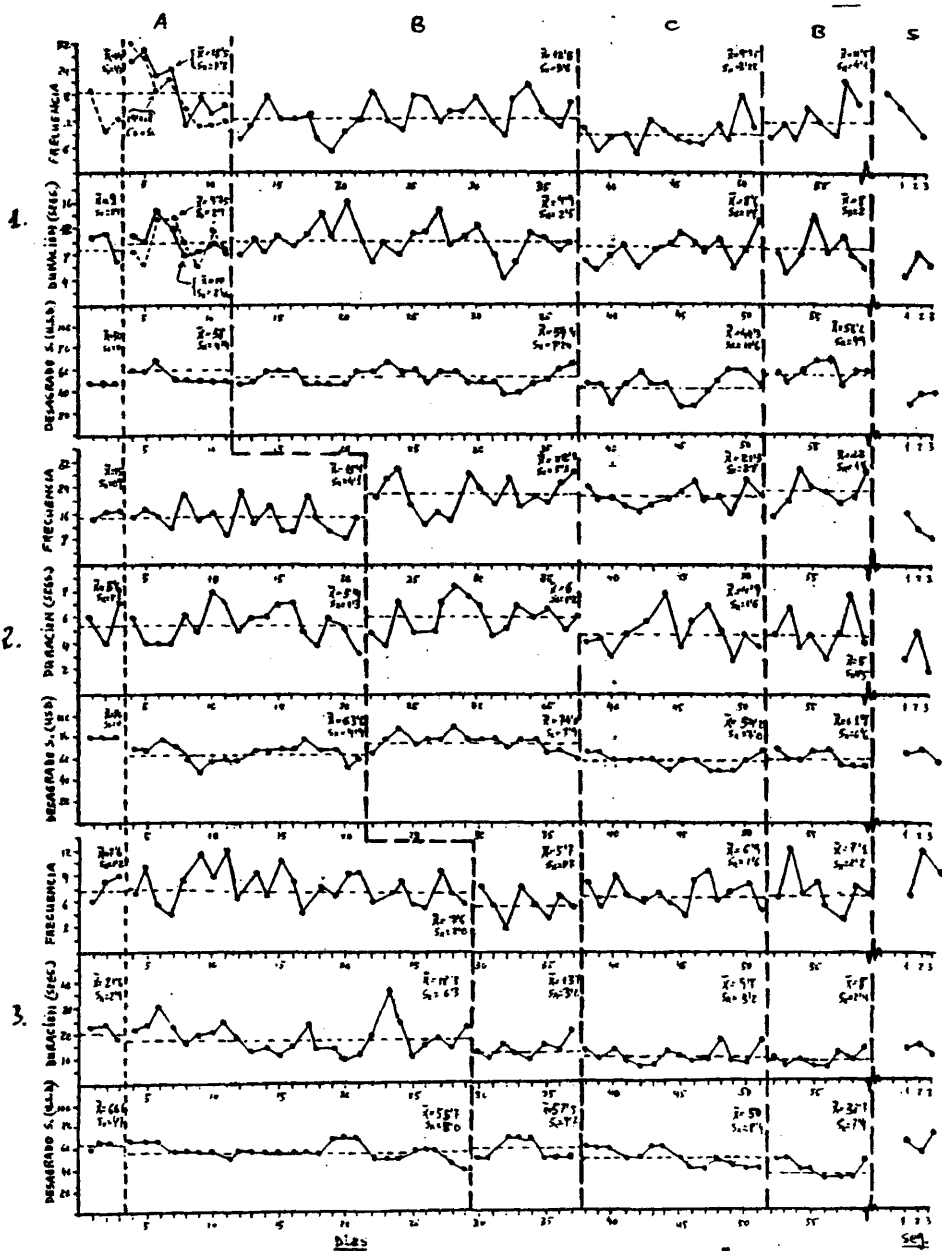
B, la fase siguiente, se aplicó el tratamiento de exposición a las distintas obsesiones (el sujeto presentaba tres) sucesivamente: el día 12 se comenzó con la obsesión 1, el día 21 con la obsesión 2 y el día 29 con la obsesión 3. El día 38 se abandonó este tratamiento de exposición y se pasó al fase C en la que el sujeto recibió tratamiento de los problemas adicionales durante 14 días; a continuación recibió 8 días de tratamiento con exposición. Después del experimento, el paciente continuó el tratamiento durante cinco semanas. Por último las medidas de cambio se repitieron durante tres días al cabo de seis meses de seguimiento (S).

Durante las sesiones, tres por semana de dos horas de duración, se midió el desagrado subjetivo en U.S.D. (Wolpe, 1973) y el Nivel de Conductancia de la Piel, que se transformó en logaritmos de dicha conductancia.

#### Resultados.

Los resultados se muestran en las figuras 8 y 9. Para su análisis emplearemos los procedimientos de análisis gráficos descritos por Parsonson y Baer(1978). En la Fig. 8 se observan los cambios producidos por los distintos tratamientos sobre las medidas de cambio. En la línea de base se puede ver el efecto reactivo en la obsesión 1 ya descrito en el capítulo 4. Las demás líneas de base parecen relativamente estables. En la fase B (tratamiento con exposición) no se observan cambios en el nivel ni en la tendencia con respecto a la línea de base. Tampoco se observan cambios de tendencia intrafase, salvo en los cuatro últimos días del desagrado subjetivo en la obsesión 1. En la obsesión 2 se observa un ligero aumento del nivel y una ligera ten-

Fig.8: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio en cada una de las tres obsesiones del sujeto.



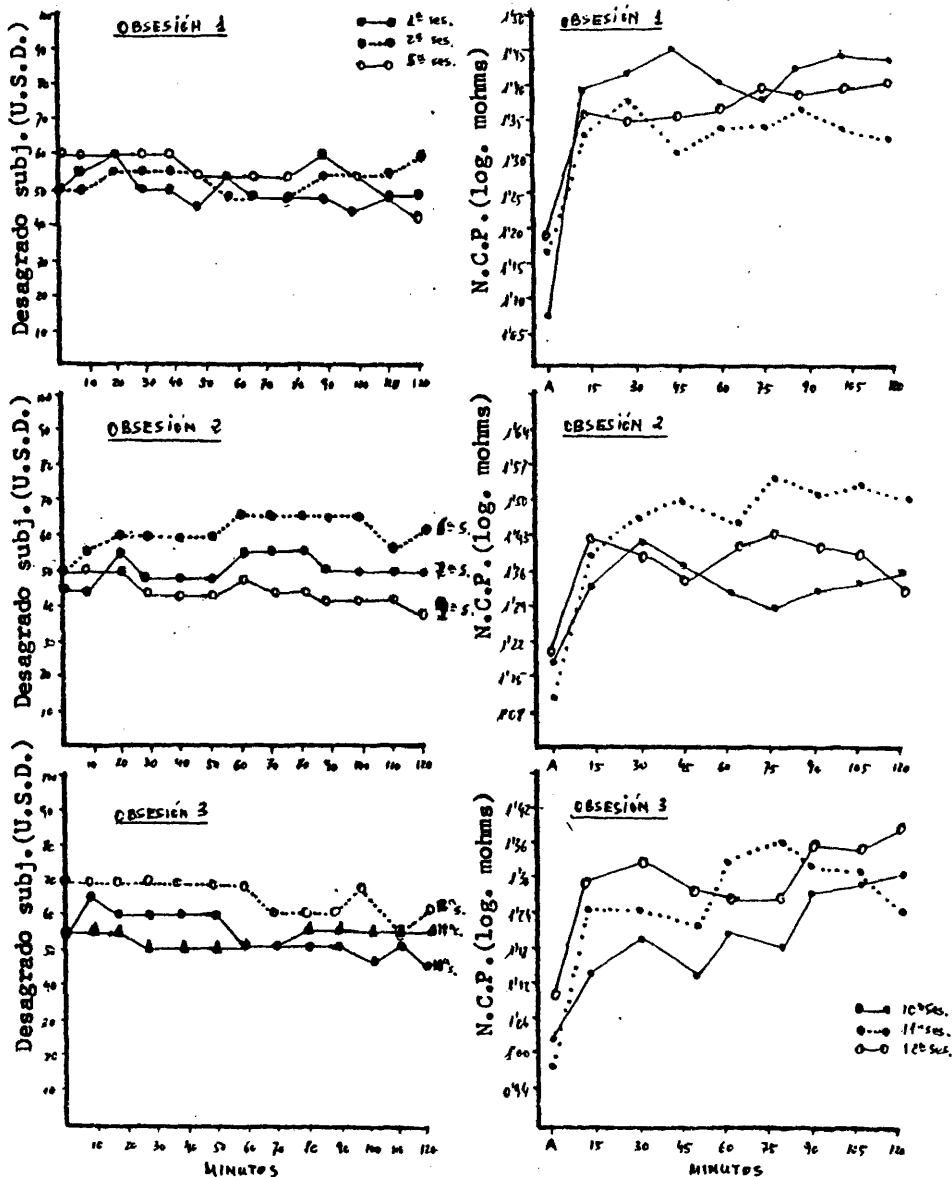


Fig.9:Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel(N.C.P.) a lo largo de las sesiones.

dencia ascendente en la frecuencia y duración. En la obsesión 3 se observa un ligero descenso en el nivel de la frecuencia y duración. El solapamiento es cuantioso en las tres obsesiones con relación a la línea de base y no se observan cambios notables en la variabilidad. Tampoco se observan efectos de generalización del tratamiento de una obsesión a otras, salvo en la duración de la obsesión 3 en la que puede verse un aumento temporal al comen- zarse el tratamiento con exposición en la obsesión 2. La pauta global de los datos no muestra un efecto como consecuencia de la introducción del tratamiento con exposición.

La posterior introducción del tratamiento de los proble- mas adicionales (fase C) no produjo ningún efecto sobre las me- didas de cambio. Con la repetición del tratamiento de exposición posterior (segunda fase B) se observa un aumento de la variabili- dad en la frecuencia de las obsesiones, junto con un cambio en la tendencia (obsesiones 1 y 2), que pasa a ser ascendente.

Los datos del seguimiento (S) indican que ninguna de las medidas cambió prácticamente.

En las gráficas mostradas por la Fig. 9 se puede obser- var que tanto el desagrado subjetivo como el Nivel de Conduc- tancia de la Piel no descendieron a lo largo de las sesiones, En la obsesión 3 incluso aumentaron. El Nivel de Conductan- cia de la Piel al efectuar esta medida un minuto antes (A) y a los 15 minutos de exposición, mostró un incremento claro como puede observarse.

### Discusión.

El tratamiento de exposición fué inefectivo en este caso, tanto antes del tratamiento de los problemas adicionales como después de éste. Algunos datos parecen indicar incluso un empeoramiento como consecuencia del tratamiento, aunque este efecto no es general. El tratamiento de los problemas adicionales tampoco produjo ninguna mejoría. Al mismo tiempo, el desagradado subjetivo y el Nivel de Conductancia de la Piel no descendieron a lo largo de las sesiones. Algunas veces el Nivel de Conductancia de la Piel se incrementó.

### Experimento VIII.

El objetivo de este experimento era la comprobación de los resultados obtenidos con el experimento VII sobre la ineficacia del tratamiento con exposición.

### Método.

Se empleó el sujeto número 3, cuyas características pueden verse en el Apéndice I. Los aparatos y pruebas empleadas fueron los mismos que en el experimento VII. Se empleó también un diseño de un sólo sujeto de línea de base múltiple entre obsesiones al que luego se añadió una fase simultánea de tratamiento de los problemas adicionales. Las fases fueron:

- A: Línea de base (variable).
- B: Tratamiento de exposición (entre los días 11 y 36).
- C: Tratamiento de los problemas adicionales (14 días).
- S: Seguimiento (tres días) a los siete meses.

El procedimiento fué similar al del experimento VII, sal-

vo que no se volvió al tratamiento de exposición tras el tratamiento de los problemas adicionales. Este paciente también recibió tratamiento adicional después del experimento.

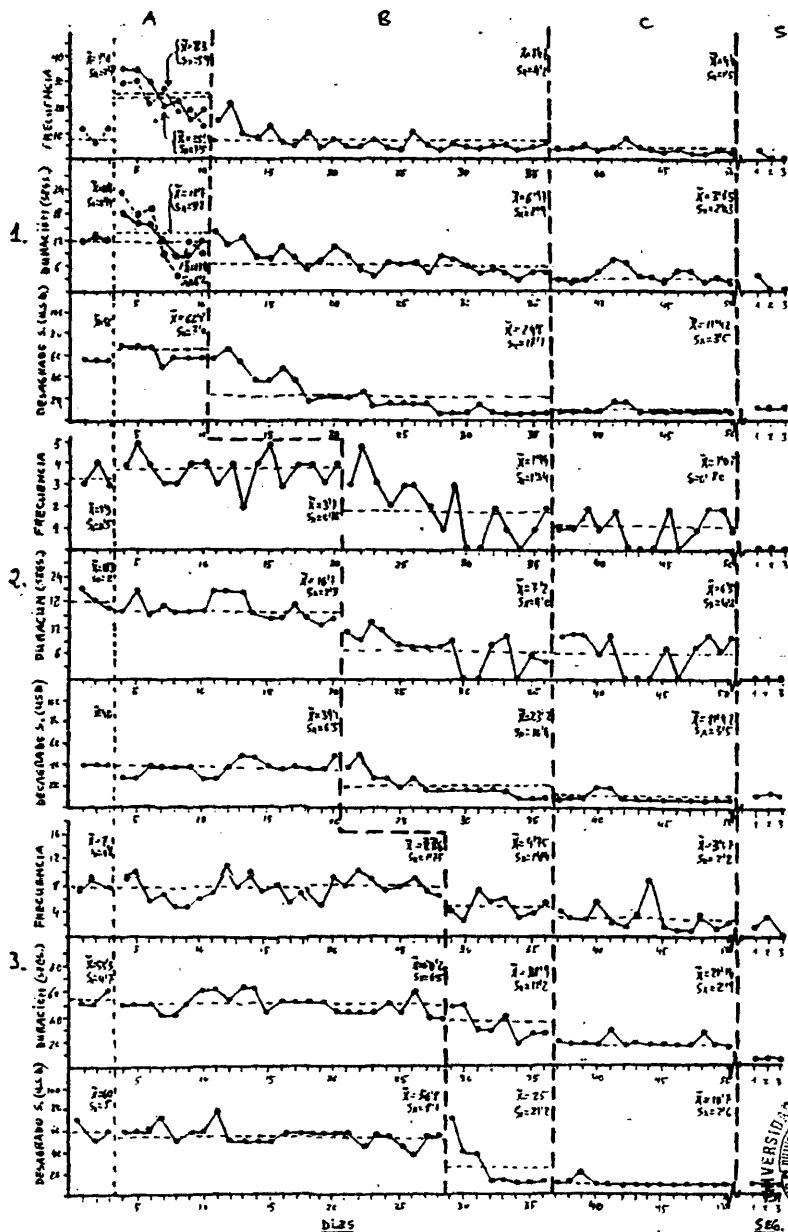
#### Resultados.

Los resultados encontrados pueden observarse en las Figs. 10 y 11. La Fig. 10 muestra los cambios producidos por los tratamientos; puede notarse como en la fase B (tratamiento de exposición) se produce un descenso en el nivel más o menos acusado en todas las medidas realizadas sobre las tres obsesiones. También se observan cambios positivos en la tendencia, que se torna bruscamente descendente (salvo en la frecuencia de la obsesión 3). No se observan cambios de tendencia intrafase y la variabilidad, que en general aumenta, lo hace por la tendencia descendente introducida. No se observan cambios de variabilidad intrafase y el solapamiento entre fases es pequeño. No se observan efectos de generalización del tratamiento de una obsesión a otra. La pauta global de los datos indica un efectivo impacto del tratamiento de exposición.

En la fase C (tratamiento de los problemas adicionales) se observa un ligero descenso en el nivel y en la variabilidad en algunas medidas y un cambio en la tendencia descendente general de la fase B, que ahora parece estabilizarse. El seguimiento muestra que el cambio conseguido en la fase B se ha mantenido e incluso ha aumentado.

La Fig. 11 muestra la evolución del desagrado subjetivo y del nivel de conductancia de la piel a lo largo de las sesiones. Puede observarse un declive pronunciado del desagrado sub-

Fig.10: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio en cada una de las tres obsesiones del sujeto.



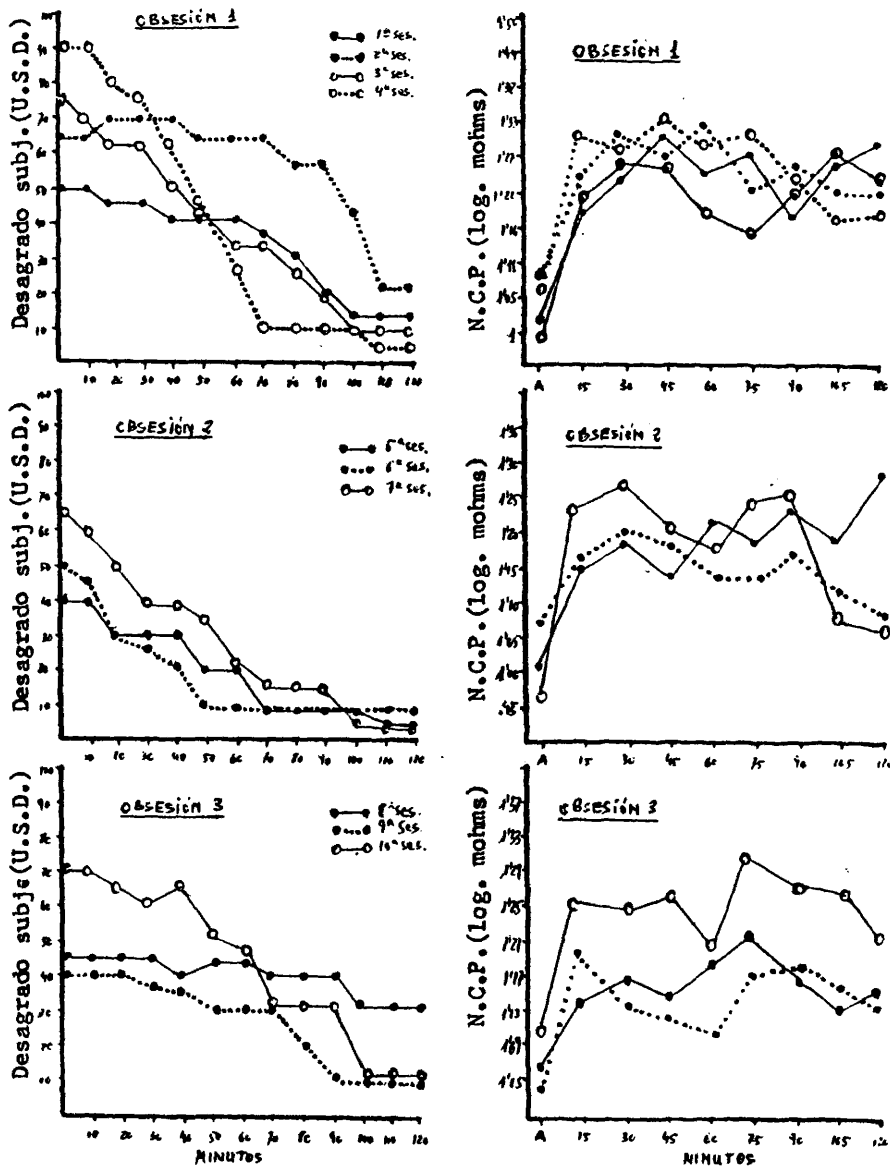


Fig.11:Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de La Piel(N.C.P.) a lo largo de las sesiones.

jetivo en las tres obsesiones. El nivel de conductancia de la piel, que muestra una elevación inicial apreciable, decae en general ligeramente a lo largo de la segunda mitad de la sesión, aunque la tercera y quinta sesión son excepciones.

#### Discusión.

El tratamiento de exposición produjo una mejoría en la conducta obsesiva clínicamente muy significativa que se mantuvo y aumentó en el seguimiento. El desagrado subjetivo y el Nivel de Conductancia de la Piel descendieron, sobre todo el primero, a lo largo de las sesiones. Estos resultados son muy distintos de los encontrados en el experimento VII, sin que pueda decirse dónde se encuentra la causa.

#### Experimento IX.

El objetivo era la comprobación de la eficacia del tratamiento de exposición.

#### Método.

Se empleó el sujeto número 4, cuyas características se describen en el Apéndice I. Los aparatos y demás material empleado y el diseño experimental fueron los mismos que en el experimento VIII. El procedimiento fué similar, variando sólo ligeramente la duración de alguna fase. Estas últimas fueron:

- A: Línea de base
- B: Tratamiento de exposición.
- C: Tratamiento de los problemas adicionales.
- S: Seguimiento, a los seis meses.

Este sujeto no recibió tratamiento adicional después del

experimento.

#### Resultados.

Los resultados encontrados pueden observarse en las Figs. 12 y 13. En la Fig. 12 se muestran los cambios producidos en el tratamiento en las distintas medidas de la variable dependiente. La línea de base muestra además del efecto reactivo ya descrito en el capítulo 4, una estabilidad moderada con ausencia de tendencia. La introducción de la fase B va acompañada de un abrupto cambio de tendencia (descendente) y de nivel en todas las medidas de cambio empleadas. No se observan cambios de tendencia ni de variabilidad dentro de las fases; tampoco se observa solapamiento entre fases, ni efectos generalizados del tratamiento de una obsesión a otra. La pauta global de los datos muestra un claro efecto positivo como consecuencia de la aplicación del tratamiento de exposición.

La fase C corresponde a la introducción del tratamiento de los problemas adicionales. El efecto producido por este tratamiento resulta muy difícil de evaluar, pues, cuando se introdujo, ya no se daban las obsesiones. Se observan posteriores apariciones eventuales pero desconocemos sino se habrían dado también en una ausencia de tratamiento. Las medidas de seguimiento indican que el paciente había mantenido la mejora y estaba prácticamente sin síntomas.

La Fig. 13 muestra las curvas de evolución del desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel a lo largo de las sesiones de tratamiento. Puede observarse que el desagrado subjetivo decae sensiblemente mientras que el Nivel de Conduc -

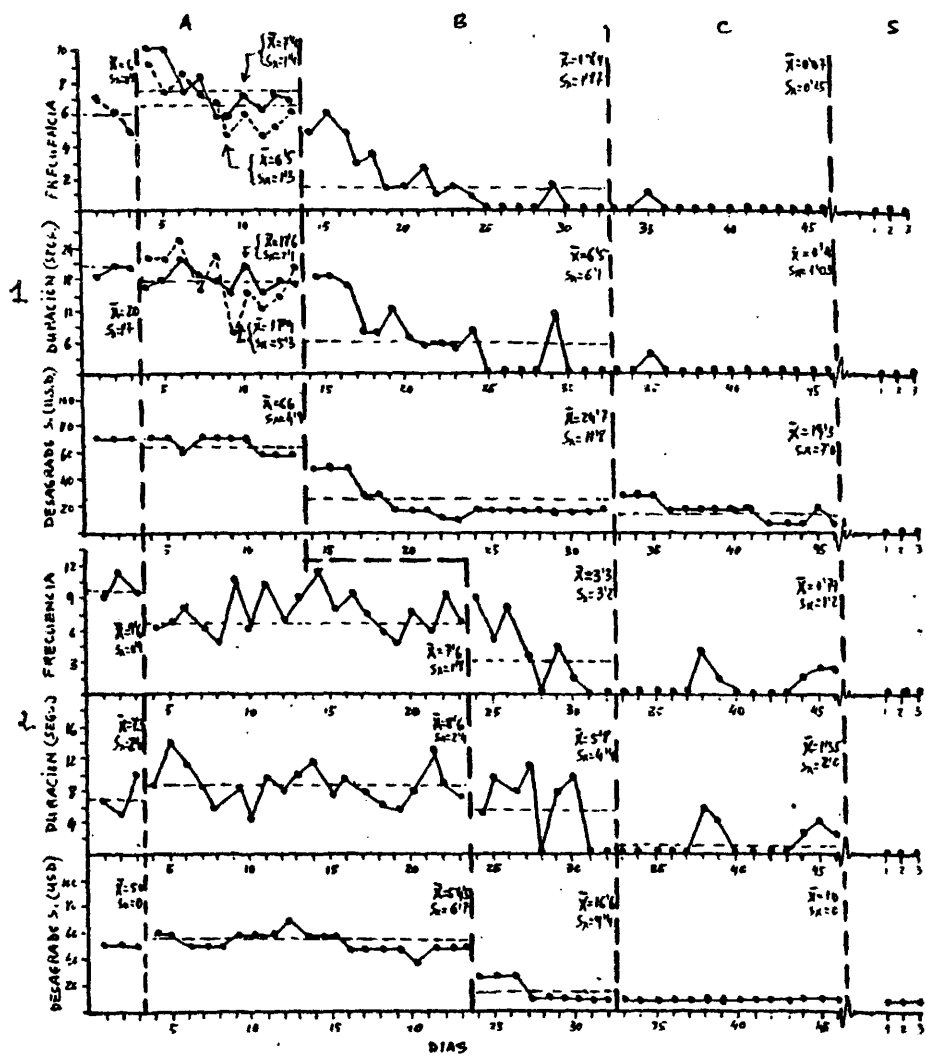
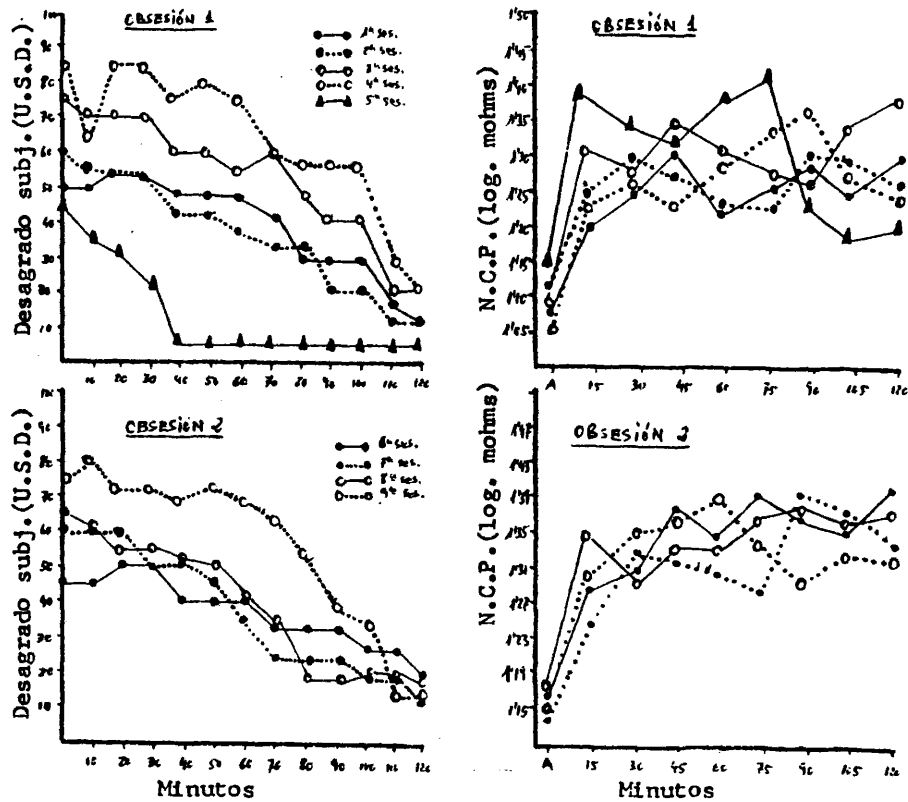


Fig.12: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio en cada una de las dos obsesiones del sujeto.

Fig.13: Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel (N.C.P.) a lo largo de las sesiones.



tancia de la Piel, cuando lo hace, es en los últimos minutos y de forma ligera.

#### Discusión.

Se han confirmado los resultados positivos del tratamiento con exposición encontrados en el experimento VIII. De nuevo aquí su eficacia es muy clara. No así la del tratamiento de los problemas tradicionales puesto que, al haber desaparecido las obsesiones, su efecto fué imposible de observar .

Los datos de la evolución del desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel son similares a los del experimento VIII. De nuevo aquí se observa que la mejoría en las medidas de las obsesiones va paralela a un declive intrasiones claro del desagrado subjetivo, fenómeno que no se observó en el experimento VII. El Nivel de Conductancia de la Piel parece menos sensible o al menos, y hay indicaciones, de efecto más retardado. De todas formas en el Nivel de Conductancia de la Piel se observa también un incremento en vez de un declive en algunas sesiones ( por ejemplo en las sesiones VI y VII). A este respecto es interesante señalar que aunque el declive en el desagrado subjetivo y el del Nivel de Conductancia de la Piel ( cuando se da) no sean simultáneos, sí se dan en cierta realación uno con otro: esto se ve claramente en la obsesión 1; durante la sesión 5ª el desagrado subjetivo descendió notable y prontamente. El Nivel de Conductancia de la Piel en esas sesión mostró también un descenso notable en las tres últimas mediciones. En la sesión 3ª el declive en el desagrado se produce tardíamente y el Nivel de Conductancia de la Piel no lo muestra sino todo lo contrario. Parece que el declive del Nivel de Conductancia de la Piel se da

más tarde que el del desagrado, por lo que a veces no se observa.

#### Experimento X.

El objetivo, material, diseño experimental y procedimiento fueron idénticos a los del experimento IX. El sujeto empleado fué el número 5, cuyas características se describen en el Apéndice I. La denominación de las distintas fases es también idéntica.

#### Resultados.

Los resultados se muestran en las Figs. 14 y 15. La Fig. 14 muestra los cambios producidos en las medidas de cambio por los tratamientos. Se observa una línea de base carente de tendencia, salvo en la duración de la obsesión 2 que muestran un declive en los cinco últimos días. Se observa una cierta variabilidad en esta línea de base, sobre todo en la frecuencia y duración de la obsesión 2. La introducción del tratamiento de exposición (fase B) va acompañada de un cambio en la tendencia de la mayoría de las medidas, tendencia que pasa a ser decayente en diverso grado: notablemente decayente en la frecuencia y desagrado subjetivo de la obsesión 1 y ligera en la obsesión 2. Sin embargo la duración de la obsesión 1 apenas cambia de nivel y nada de tendencia, cambiando la tendencia de esta medida dentro de la fase en los cinco últimos días. Estos cambios de la tendencia van acompañados de cambios en el nivel y, en el caso de la duración de la obsesión 2, de un descenso también en la variabilidad. El desagrado subjetivo desciende de forma similar en ambas obsesiones, pero la frecuencia y la duración muestran descensos contrarios en cada obsesión. Por otra parte, la duración de la obsesión

Fig.14: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio en cada una de las dos obsesiones del sujeto.

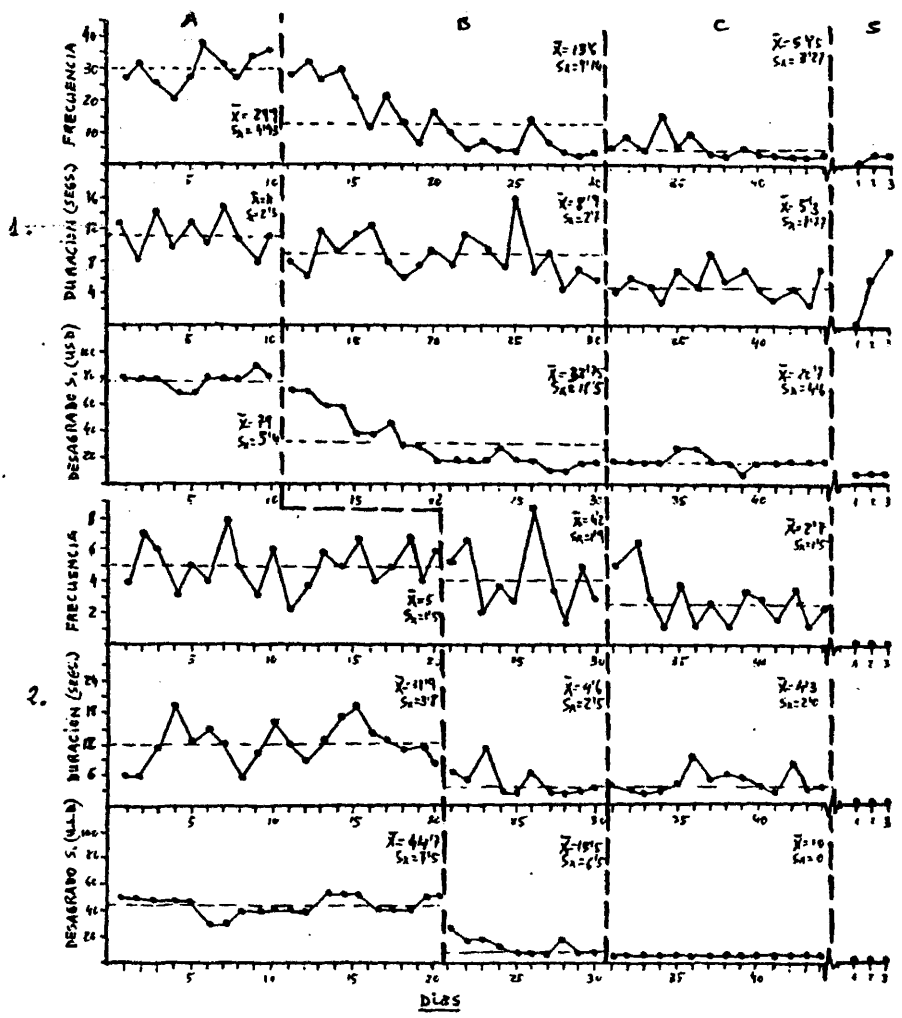
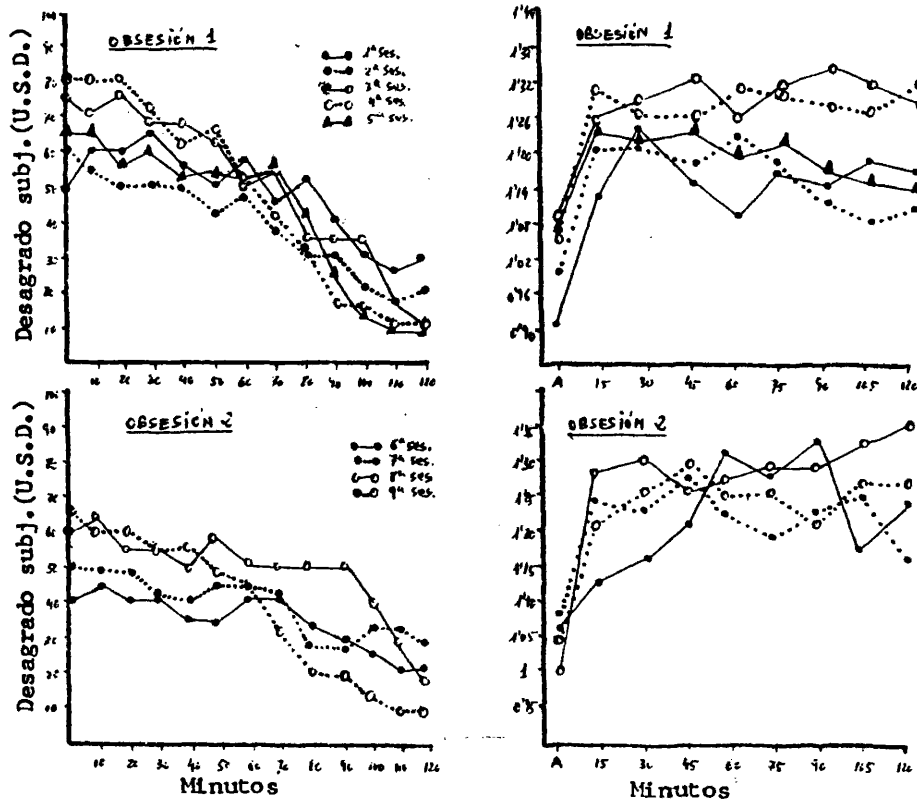


Fig.15: Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel(N.C.P.) a lo largo de las sesiones.



2 muestra una marcada variabilidad, lo mismo que la de la obsesión 1. Se observa también un descenso en la frecuencia de la obsesión 2 al mismo tiempo que se introduce el tratamiento de la obsesión 1, lo cual, podría indicar un efecto de generalización del tratamiento. De cualquier manera, dicho descenso no es excesivo y podría ser también un descenso independiente. La pauta global de los datos indica un claramente efectivo impacto del tratamiento de exposición en la frecuencia y desagrado subjetivo de la obsesión 1 y en el desagrado de la obsesión 2, y un efecto más ligero y cuestionable en la frecuencia y duración de la obsesión 2.

La introducción del tratamiento de los problemas adicionales fué acompañado de un cambio en la tendencia de la frecuencia de la obsesión 1, que se convirtió en temporalmente ascendente, para pasar luego a descender, sin que se produjera cambio de nivel. La duración y el desagrado subjetivo en la obsesión 1 simplemente se mantuvieron estables. En la obsesión 2 se produjo un descenso en el nivel de la frecuencia y no hubo cambios en las otras dos medidas. Se observa un descenso general en la variabilidad durante la fase C.

Los datos del seguimiento a los seis meses indican que los cambios de la obsesión 1 se mantuvieron, con la excepción de la duración, que mostró un registro muy variado. En la obsesión 2 en el seguimiento indicaba que había desaparecido completamente.

Las curvas de evolución del desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel se muestran en la Fig. 15. El desagrado subjetivo tiene una tendencia decayente en las dos obses-

siones, aunque mas marcada en la obsesión 1. En la obsesión 2 el declive en algunas sesiones solo se produjo al final. El Nivel de Conductancia de la Piel, que mostraba un claro ascenso inicial como consecuencia del cambio de exposición, no decayó en la mayoría de las sesiones a lo largo de las dos horas que duraban, salvo algunas excepciones.

#### Discusión

En este experimento el efecto positivo de la aplicación del tratamiento de exposición es claro en general, aunque en algunas medidas es cuestionable. El paciente cambió notablemente y el cambio es achacable al tratamiento de exposición.

Las curvas de declive del desagrado subjetivo de nuevo van paralelas con los cambios en la conducta. También de nuevo el Nivel de Conductancia de la Piel se mostró a lo largo de las sesiones resistente al declive en la mayoría de los casos, aunque aquí los ascensos fueron casi inexistentes (sesión 8ª solo). Parece observarse muy a menudo una primera parte (80% aproximadamente de la sesión) ascendente o al menos no descendente y una tendencia a descender en la última o dos últimas mediciones. Estas pautas son también frecuentes en las curvas de los experimentos anteriormente descritos, pero el principal problema es que no se observan más que a veces; sigue apreciándose esa relación ya mencionada entre el momento del declive en el desagrado subjetivo y el momento del declive en el Nivel de Conductancia de la Piel (si se da).

El tratamiento de los problemas adicionales no parece pro

ducir un cambio muy notable: en algunas medidas un descenso del nivel ligero y en general un descenso de la variabilidad, lo que puede interpretarse como que se ha conseguido un mayor control de las obsesiones (Parsonson y Baer, 1978).

#### Experimento XI.

Se trataba de repetir y comprobar el tratamiento de exposición en un nuevo sujeto.

#### Método.

El sujeto empleado fué el número 6, cuyas características se describen en el Apéndice I. Los aparatos y demás material empleado fueron idénticos a los del experimento VII. El diseño experimental fué también mixto de línea de base múltiple a través de las obsesiones y de retirada, con las siguientes fases:

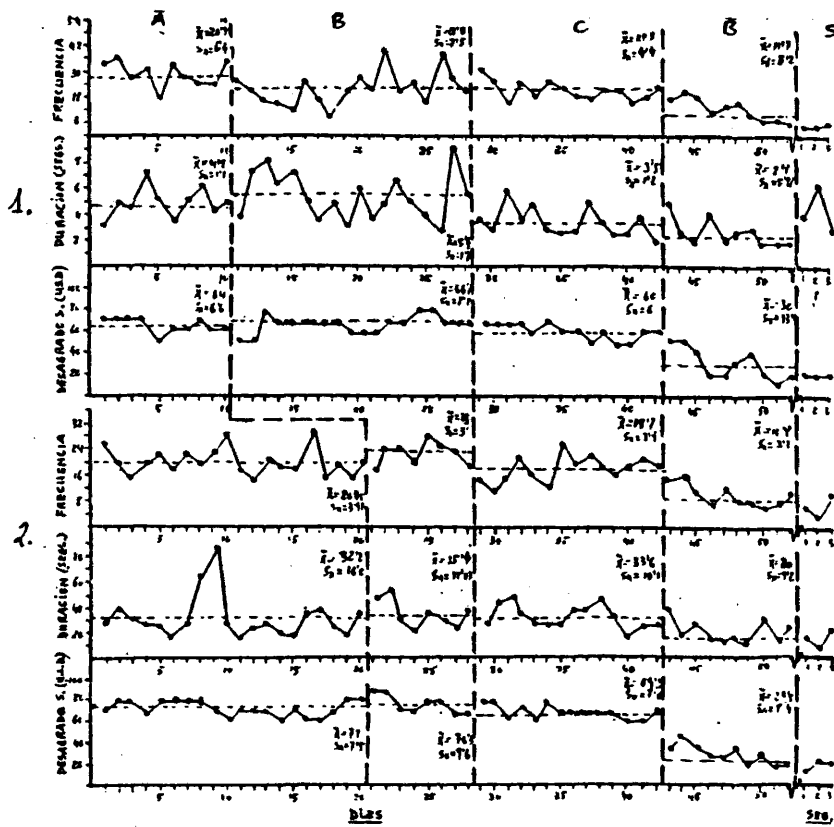
- A: Línea de base.
- B: Tratamiento de exposición.
- C: Tratamiento de los problemas adicionales.
- S: Seguimiento (seis meses).

El procedimiento seguido fué idéntico al del experimento VII, así como las medidas de cambio empleadas.

#### Resultados.

Los resultados se muestran en las Figs. 16 y 17. Puede verse en la Fig. 16 los cambios en las obsesiones producidos por los tratamientos. La línea de base no presenta tendencias y la variabilidad no es excesiva. La introducción del tratamiento de exposición va acompañada de un cambio positivo en la tendencia

Fig.16: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio en cada una de las dos obsesiones del sujeto.



de la frecuencia de la obsesión I, pero esta tendencia cambia a ascendente durante dicha fase; además, la duración de esta obsesión se incrementa, aunque describe luego un curso en U. No se observan prácticamente cambios de nivel en las medidas de la obsesión I. En la obsesión II la introducción del tratamiento de exposición va acompañada de un temporal y ligero empeoramiento en la duración y no se observan cambios significativos en lo demás. Se produce un notable solapamiento en todas las medidas entre A y B y no se observan cambios de variabilidad apreciables ni efectos generalizados del tratamiento de una obsesión a otra. La pauta global de los datos no muestra un efectivo impacto del tratamiento de exposición en la primera fase.

La aplicación del tratamiento de los problemas adicionales (fase C) no fué acompañada de cambios significativos en la mayoría de las medidas, a excepción del descenso brusco de nivel que se observa en la duración de la obsesión I. Además, la tendencia descendente de los últimos cuatro días de la frecuencia de la obsesión II cambió a una tendencia ligeramente ascendente durante la aplicación del tratamiento de los problemas adicionales. En la frecuencia de la obsesión I puede verse un resultado muy parecido, aunque no tan claro. Existe un considerable solapamiento con la fase anterior y una ligera disminución general de la variabilidad. La pauta global de datos no muestra un efectivo impacto de este tratamiento de los problemas adicionales.

La vuelta al tratamiento de exposición después del tratamiento de los problemas adicionales fué acompañada de un cambio claro a una tendencia descendente en todas las medidas, si exceptuamos quizás la duración de la obsesión I. Pero incluso en

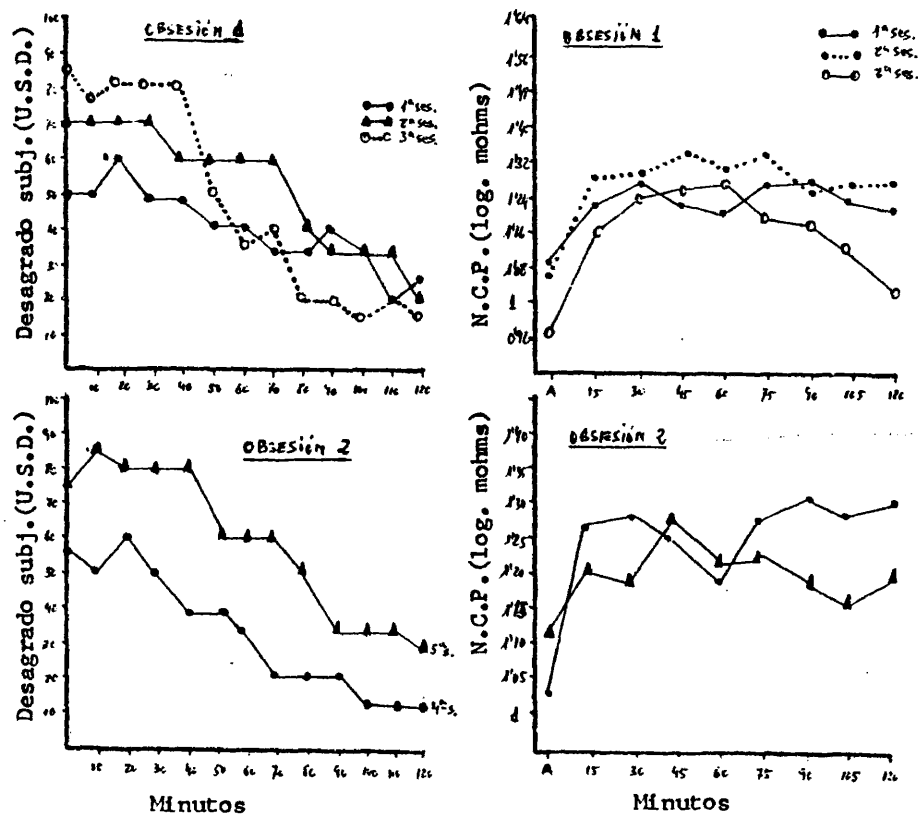
este caso el descenso de nivel es claro. La pauta global de los datos de la segunda fase B es indicadora de un efectivo impacto del tratamiento de exposición. El seguimiento al cabo de seis meses indicó que, con excepción de la duración de la obsesión 1, las mejoras conseguidas se mantuvieron. La duración de la obsesión 1 retornó a valores similares a los de la línea de base.

En cuanto a las curvas de evolución del desagrado subjetivo y del nivel de conductancia de la piel, los datos mostrados en la Fig. 17 (que se refieren a la segunda fase B) indican que el desagrado subjetivo descendió a lo largo de las sesiones de forma clara. Este descenso, sin embargo, no se observó prácticamente en la primera fase B. Respecto al Nivel de Conductancia de la Piel, se observa el incremento ante la exposición y una tendencia a descender en las últimas sesiones sobre todo de cada obsesión.

#### Discusión.

Los resultados de este experimento son especialmente interesantes: el tratamiento con exposición no dió resultado en este caso, pero fué eficaz cuando se volvió a aplicar después del tratamiento de los problemas adicionales. Este último dió buenos resultados en el paciente, pero esta mejoría no afectó a las obsesiones por lo que podrían interpretarse estos resultados como indicadores de un efecto facilitador del tratamiento de exposición producido por el tratamiento de los problemas adicionales. Otra posible interpretación de estos resultados sería que la continuación por más tiempo del tratamiento de exposición permitió que se manifestaran los cambios en la conducta obsesiva. No podemos desechar esta posibilidad, aunque parece mu-

Fig.17: Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel(N.C.P.) a lo largo de las sesiones. (segundo periodo B).



cha casualidad que el cambio se produjera justo el día de vuelta al tratamiento y habiendo tenido distinta duración el de la obsesión 1 y el de la 2.

Otro punto que resulta difícil de explicar es por qué el tratamiento de exposición ha dado resultados en este caso después del tratamiento de los problemas adicionales y en el experimento VII no dió. Parece claro que cuando durante las sesiones se produce un declive del desagrado subjetivo (y del Nivel de Conductancia de la Piel/quizás también), el tratamiento da resultado. Sin embargo no sabemos si estos dos fenómenos simplemente correlacionan o existe entre ellos una relación causal.

Si exceptuamos la curva del Nivel de Conductancia de la Piel de la cuarta sesión, en el resto se observa la desincronía entre esta medida y el desagrado subjetivo que hemos visto ya en otros experimentos.

#### Experimento XII

En este experimento se trataba de repetir y generalizar los resultados de los anteriores a un nuevo sujeto.

#### Método.

Se empleó el sujeto número 7, cuyas características se detallan en el Apéndice I. Los aparatos y demás material empleado fueron idénticos a los del experimento VII.

Debido a que este sujeto solo presentaba una obsesión, se utilizó un diseño de un sólo sujeto de retirada del tipo A-B-A-B-C-B. Después de una línea de base inicial (A) durante

diez días, se aplicó el tratamiento de exposición (B) durante otros diez días, tras los cuales se volvió a la línea de base, dándose instrucciones al paciente para que abandonara el tratamiento anterior con objeto de descansar unos días y pasar a un tratamiento menos cansado (durante las sesiones se practicaba relajación). Después de siete días se volvió al tratamiento de exposición durante diez días, siendo sustituido luego por 14 días de tratamiento de los problemas adicionales (fase C) y por último, se volvió por tercera vez al tratamiento de exposición (tercera fase B) durante ocho días. Al cabo de ocho meses de seguimiento se repitieron las medidas de cambio, que fueron idénticas a las de los demás experimentos.

#### Resultados.

Los resultados encontrados se muestran en las Figs. 18 y 19. La Fig. 18 presenta los cambios producidos por los tratamientos en las medidas de cambio empleadas. En la línea de base se observa una tendencia ascendente en la duración de la obsesión. La introducción del tratamiento de exposición (fase B) fué acompañada por una inversión en la tendencia de la duración, que se tornó descendente. Por el contrario, en lo demás no se observan cambios de nivel ni de tendencia. Existe además un notable solapamiento con la fase anterior y la variabilidad del desagrado subjetivo aumentó. El retorno a la línea de base no fué acompañado de ningún cambio de nivel ni de tendencia a excepción de la tendencia ascendente en la duración. La vuelta al tratamiento de exposición tampoco supuso cambio, salvo un ligero descenso en el nivel de duración de la obsesión. La introducción del tratamiento de los problemas adicionales no produjo cambios clínicamente significativos, pero la vuelta al tratamiento de ex

Fig. 18: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio de la obsesión.

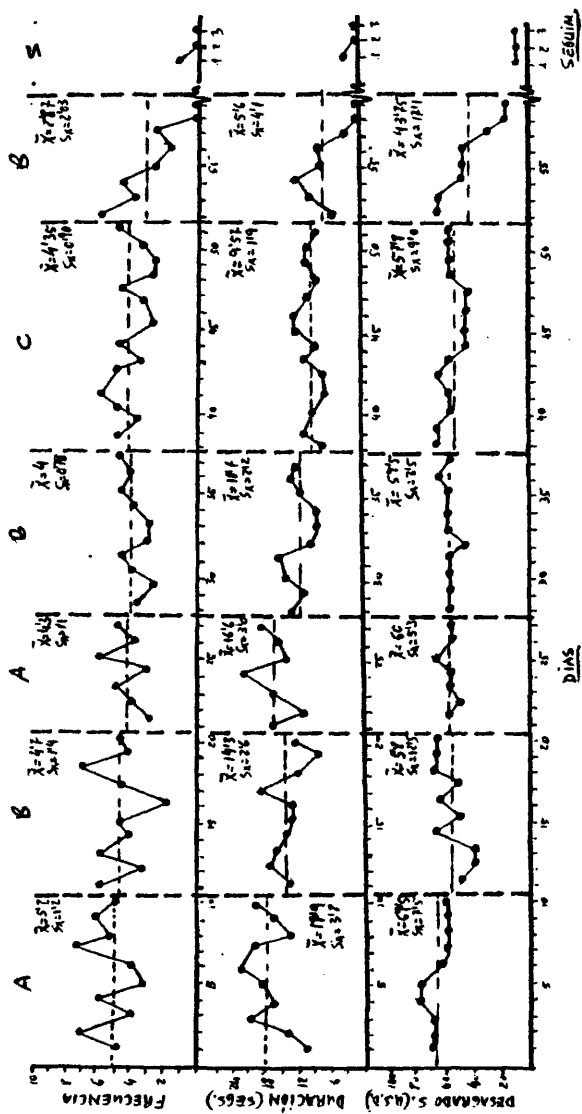
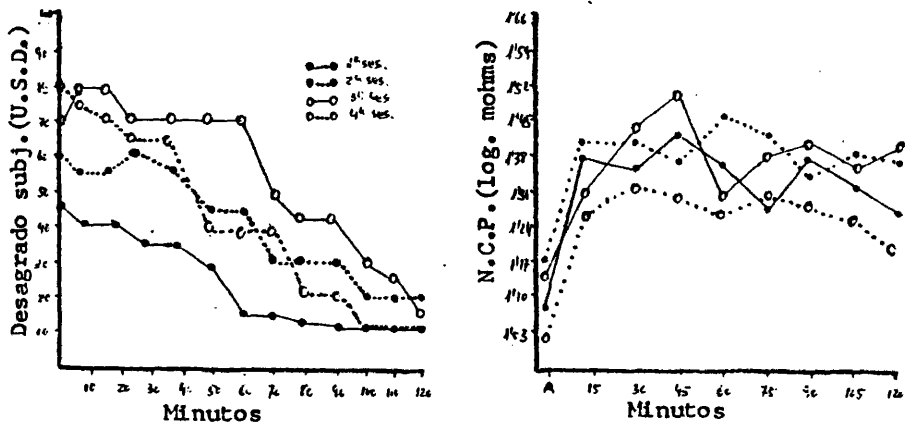


Fig. 19: Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel(N.C.P.) a lo largo de las sesiones(tercera fase B).



posición fué acompañada de un cambio abrupto a una tendencia descendente en las tres medidas de la obsesión, con ningún solapamiento al final de la fase; esto produjo un descenso drástico en el nivel de la obsesión hasta llegar a su desaparición. Este cambio positivo se mantenía al cabo de ocho meses de seguimiento. La pauta global de los datos indica un eficaz impacto del tratamiento de exposición en la tercera fase de su aplicación pero no en las anteriores.

En cuanto a las curvas de evolución del desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel, cuyos resultados muestra la Fig. 19 (referentes a la tercera fase B) se observa un declive en el desagrado subjetivo bastante claro y uniforme a lo largo de las sesiones. EL Nivel de Conductancia de la Piel también decae en todas las sesiones excepto en la tercera.

#### Discusión.

Los resultados de este experimento son similares a los del experimento XI en cuanto a la ineficacia del tratamiento de exposición inicialmente y a su eficacia después del tratamiento de los problemas adicionales. Estos resultados fueron paralelos a los de las curvas de evolución del desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel. Estas curvas muestran la desincronía ya observada: esta es clara si comparamos la sesión 1 y la 3; en la 1 el desagrado subjetivo decayó pronto y el Nivel de Conductancia de la Piel mostró un declive en las últimas mediciones. En cambio, en la tercera sesión el desagrado subjetivo decayó más tarde y el Nivel de Conductancia de la Piel no lo hizo.

#### Experimento XIII.

El objetivo de este experimento era la generalización de los resultados de experimentos anteriores.

#### Método.

Se empleó el sujeto número 8, cuyas características pueden encontrarse en el Apéndice I. Los aparatos y material empleado fueron idénticos a los del experimento VII. El diseño experimental fué de un sólo sujeto de retirada del tipo A-B-A-B-C, siendo las fases y el procedimiento similares a los del experimento XII, salvo por la diferente duración de alguna fase y por la ausencia de la última fase B.

#### Resultados.

Las Figs. 20 y 21 muestran los resultados encontrados. En la Fig. 20 podemos observar cómo, tras una línea de base sin ninguna característica saliente, la introducción del tratamiento de exposición fué acompañada por un ligero descenso de nivel en la duración. La vuelta a la línea de base invirtió la tendencia de la frecuencia pero la duración volvió a descender ligeramente de nivel sólo. El desagrado subjetivo prácticamente no cambió. El retorno al tratamiento de exposición invirtió las tendencias de la frecuencia y la duración, que descendieron. El tratamiento C aplicado a continuación produjo resultados bastante variables y poco claros. El seguimiento efectuado a los seis meses indicó que la mejoría se mantenía.

La Fig. 21 muestra el decremento del desagrado subjetivo a lo largo de las sesiones y un decremento claro y general también en el Nivel de Conductancia de la Piel.

Fig. 20: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de cambio de la obsesión.

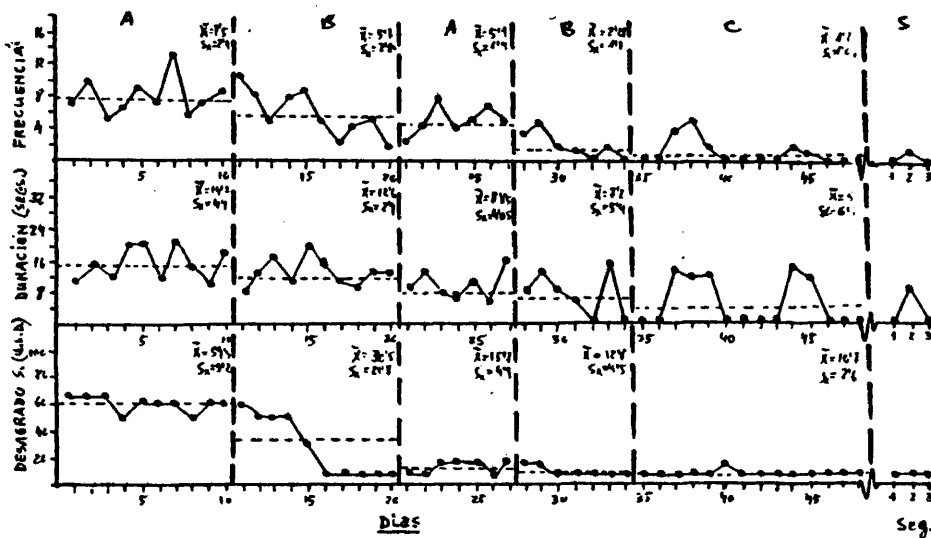
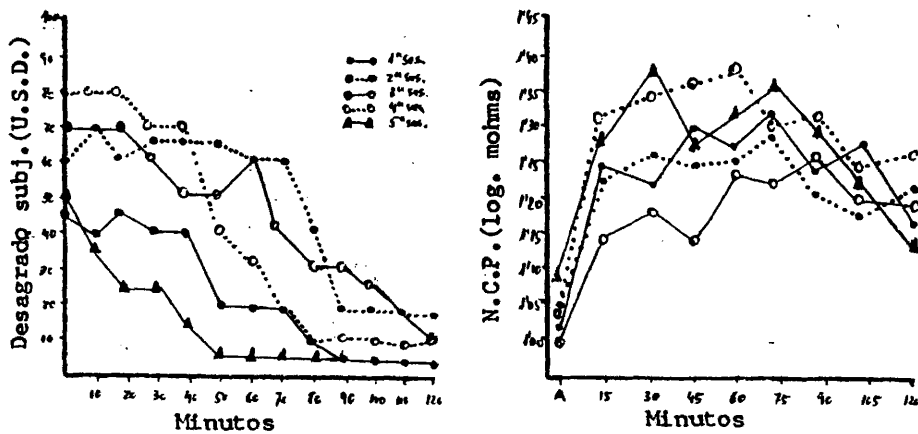


Fig. 21: Curvas de evolución del Desagrado subjetivo y del Nivel de Conductancia de la Piel(N.C.P.) a lo largo de las sesiones.



#### Discusión.

La mejoría de este sujeto fué debida al tratamiento de exposición; la eficacia del tratamiento de los problemas adicionales no está nada clara en este experimento debido a que no es fácil evaluarla por su diseño y desarrollo.

El descenso en el desagrado subjetivo a lo largo de las sesiones es similar a los ya vistos anteriormente. Es interesante el decremento que presenta también el Nivel de Conductancia de la Piel ya que es mucho más claro que en otros experimentos.

#### Conclusiones.

De los experimentos VII-XIII realizados sobre obsesivos, consideramos conveniente extraer estas consideraciones como conclusión:

1. Es posible provocar en la clínica los pensamientos obsesivos. En algunos casos estas obsesiones no parecen muy reales por lo que simplemente sirven como ensayo.

2. La obsesión produce un aumento notable en el Nivel de Conductancia de la Piel como se deduce de las diferencias que en esta variable se observan al medirla un minuto antes (durante una conversación sobre un tema intrascendente) y después del comienzo de la exposición.

3. Se produce un descenso progresivo en el desagrado subjetivo y en el Nivel de Conductancia de la Piel a lo largo de las sesiones cuando el tratamiento de exposición es eficaz. El primero es más temprano y pronunciado, mientras que el curso del

Nivel de Conductancia de la Piel durante la sesión de exposición es bastante variable. En algunas sesiones es ascendente, en otras horizontal. En bastantes casos se observa una primera fase de incremento ligero, mantenimiento y una fase final de descenso sobre todo en las dos últimas ocasiones de medición y en las últimas sesiones de cada obsesión. Este descenso es muy claro en las sesiones en que el desagrado subjetivo ha descendido ya a niveles bajos, aunque se observa que el descenso en el Nivel de Conductancia de la Piel tiende a producirse bastante más tarde que el correspondiente al desagrado subjetivo.

La tendencia ascendente es más clara en el sujeto 2 y en aquellas fases en que el tratamiento de exposición no fué eficaz.

4. El tratamiento de exposición produce mejoría o recuperación total en cuatro de los siete casos (57%); en aquéllos casos en los que se produce declive de las medidas de la R emocional presentan también mejoría con el tratamiento de exposición. Estas mejorías se mantuvieron en general o incluso aumentaron en algún caso tras un período de seguimiento de al menos seis meses.

5. El tratamiento de los problemas adicionales no parece mejorar la eficacia del tratamiento de exposición; a lo sumo disminuye algo la variabilidad. Sin embargo los datos no son concluyentes principalmente porque el diseño experimental empleado no permite extraer conclusiones definitivas. Por otra parte, el tratamiento de exposición resultó eficaz al ser aplicado después del tratamiento de los problemas adicionales en dos de los tres casos en que previamente había fracasado. Estos resultados

podrían interpretarse de diversas maneras, aunque se piensa que lo más probable es que el descenso en los problemas adicionales haga disminuir la hipersensibilidad a los acontecimientos aversivos mostrada por estos sujetos. Si esto fuese así, sería conveniente emplear una estrategia similar previamente al tratamiento. Sin embargo esto necesita una confirmación por parte de posteriores estudios.

6. No resulta claro hasta qué punto es conveniente que la sesión dure dos horas necesariamente. En estos experimentos se empleó esta duración fija para tratar de homogeneizar los procedimientos, pero en la práctica clínica quizás sea suficiente con esperar unos quince o veinte minutos más allá de un declive notorio. Además, los pacientes a menudo afirmaban que la obsesión se iba haciendo más difusa, menos concreta y más difícil de alcanzar a lo largo de la sesión y del tratamiento.

7. En algunos casos las obsesiones aún permanecían después del tratamiento. Sin embargo, y esto confirma nuestro punto de vista inicial, al ser mucho menor el desagrado subjetivo causado por ellas, no representaban prácticamente molestias.

8. Parece notarse una tendencia a un declive más rápido en la segunda y terceras obsesiones tratadas que en la primera.

### 5.3. El tratamiento de las compulsiones.

Hasta la década de los setenta el porcentaje de obsesivo-compulsivos que se recuperaban o mejoraban sensiblemente era bastante bajo (ver por ejemplo Kringlen, 1965). Sin embargo las numerosas historias de casos que fueron acumulándose iban indi-

cando que ciertos procedimientos, como la desensibilización sistemática, no solían ser eficaces, mientras que otros, en los que se observaba como denominador común la exposición a los EE temidos junto con la prevención de la R compulsiva sí parecían serlo. A partir del artículo de Meyer (1966) ambas técnicas fueron consideradas con mayor atención para el tratamiento de las compulsiones; en dicho artículo Meyer explica las razones del fracaso de otras técnicas (como la desensibilización sistemática) en este tipo de pacientes, señalando que "si el obsesivo es persuadido o forzado a permanecer en las situaciones temidas y se le prohíbe la realización de los rituales, puede descubrir así que las consecuencias temidas no tendrán lugar" (pág. 275). Meyer termina informando del resultado positivo de aplicar estas técnicas a dos casos.

Los resultados de Baum (1966, 1968, 1969 y 1970) en animales indicaban que la prevención de la R (que implicaba la exposición a la situación temida también) producía una extinción rápida de la R de evitación. Teniendo en cuenta que la compulsión, como se ha indicado anteriormente es una R de alivio, no es de extrañar que la hipótesis de Meyer fuese correcta.

En una serie de estudios, Rachman y cols. (1971, 1973) y Hodgson y cols. (1972), entre otras cosas evaluaron el efecto de la exposición a los EE temidos junto con la prevención de la R compulsiva. Dicho tratamiento produjo mejorías considerables en alrededor del 75% de los pacientes, mejorías que se mantuvieron al cabo de dos años de seguimiento (Marks y cols., 1975). Dado que estos estudios eran semicontrolados, sus resultados no pueden considerarse como concluyentes.

Afortunadamente diversos estudios posteriores han confirmado adecuadamente estos resultados positivos (Boersma y cols., 1976; Foa y Goldstein, 1978; Foa y cols., 1980, a y b; Mills y cols., 1973; Rabavilas y cols., 1976; Rachman y cols., 1979; Turner y cols., 1979, a; 1980). Los resultados de estos estudios controlados unidos a las indicaciones de numerosas historias de casos y otros estudios no controlados (por ejemplo Meyer y cols., 1974) nos proporciona evidencia clara de la eficacia de este tratamiento que hoy se considera el tratamiento de elección en las compulsiones (Foa y Tillmans, 1980; Rachman y Hodgson, 1980).

Se ha estudiado también la posible contribución de ciertas técnicas en la mejoría producida por el tratamiento al ser añadida a la exposición con prevención de la R, en especial el modelado ("modelling") y la autoinstrucción cognitiva:

- La contribución del modelado: Rachman y cols. (1971, 1973) y Hodgson y cols. (1972) compararon un tratamiento de control con un tratamiento de exposición con prevención de la R, bien de forma rápida, bien de forma gradual con modelado o bien de forma rápida con modelado. Las tres formas resultaron eficaces con una ligera superioridad del último tratamiento en los estudios de 1971 y 1972. Esta superioridad del tratamiento de exposición con prevención de la R de forma rápida con modelado frente al tratamiento sin modelado indicaría que la adición de éste último mejoraría el resultado. Pero estos resultados no fueron encontrados en el estudio de 1973. De cualquier forma, diversas deficiencias metodológicas convierten estos resultados en inconclusivos.

Roper y cols. (1975) llevaron a cabo otro estudio sobre el modelado. Uno de los dos grupos (Grupo 1) en que dividieron los diez sujetos participantes recibió quince sesiones de modelado pasivo participativo. El otro grupo (Grupo 2) recibió quince sesiones de un tratamiento control seguido de quince sesiones de modelado participativo. A la vista de los resultados, Roper y cols. concluyen que el modelado, sea del tipo que sea, es eficaz y que el participativo es superior al pasivo. Estas conclusiones no son correctas: primero tal como el estudio se ha diseñado, no es posible evaluar la contribución del modelado, pues en la primera fase de quince sesiones el Grupo 1 difería del Grupo 2 no sólo en el modelado sino también en la exposición con prevención de la R que recibió. Segundo, las diferencias entre la mejoría tras la primera fase en el Grupo 1 y la mejoría tras la segunda fase en este Grupo 1 permitiría evaluar la superioridad del modelado participativo. Roper y cols. indican que "los cambios observados tras el tratamiento con modelado participativo eran más pronunciados y eran evidentes en una amplia gama de medidas"; sin embargo, no dan resultados a este respecto y los datos gráficos mostrados indican que los cambios producidos por el modelado participativo eran similares a los del modelado pasivo.

El estudio de Boersma y cols. (1976) nos aclara este punto: un experimento factorial 2X2 en el que una de las variables era modelado participativo versus no modelado arrojó resultados que indicaron que el modelado no difería del no modelado. Si tenemos en cuenta que este es un estudio muy cuidadoso, debemos concluir que el modelado no contribuye al tratamiento de las compulsiones.

- La contribución del entrenamiento en autoinstrucción: Emmelkamp y cols. (1980) compararon los resultados terapéuticos tras un tratamiento de exposición con prevención de la R con los de dicho tratamiento más entrenamiento en autoinstrucción. Este último consistió en media hora de entrenamiento previo al primero, en el que el paciente era entrenado a sustituir sus automanifestaciones negativas por otras más positivas para manejar sus situaciones de ansiedad siguiendo las indicaciones de Meichenbaum (1975). Los resultados indicaron una buena eficacia del tratamiento de exposición con prevención de la R, pero el entrenamiento en autoinstrucción no mejoró la eficacia de aquél.

Las variables terapéuticas y sus modalidades.

La exposición a los EE temidos y la prevención de la R han sido aplicadas de diversas maneras. Se resumen a continuación los datos con que contamos acerca de la eficacia de cada variable por sí sola y de estas modalidades.

A) La exposición a los EE temidos:

- El papel de la exposición a los EE temidos: Como se ha indicado anteriormente, el tratamiento de las compulsiones suele ser una combinación de exposición y prevención de la R. Mills y cols. (1973) hallaron que la exposición sólo (sin prevención de la R) no producía mejoría en la frecuencia de las compulsiones y de las sensaciones de compulsión, o incluso un incremento en algún caso. Foa y Goldstein (1978) observaron que los rituales tratados con exposición sólo se mantenían sin cambios. Foa y cols. (1980, a) encontraron que la exposición a los EE temidos sólo reducía principalmente la ansiedad subjetiva provocada por aquéllos, produciendo sólo un pequeño descenso en las compulsio

nes.

- Tipo de exposición: se han empleado dos tipos de exposición: en imaginación y en vivo. Ravabilas y cols. (1976) encontraron que la exposición en vivo consiguió cambios mayores a la imaginativa en ansiedad y en las obsesiones secundarias y que, cuando un período de exposición en imaginación larga precedía a otro de exposición en vivo, la mejoría obtenida era significativamente mayor que cuando no era así. Similares resultados han sido hallados por Foa y cols. (1980,b): un grupo recibió 10 sesiones de una hora y media de exposición en imaginación seguidas de media hora de exposición en vivo. Otro grupo recibió el mismo tiempo total (dos horas/sesión) de exposición en vivo sólo. Al final del tratamiento no se observaron diferencias significativas, pero al final del seguimiento el grupo de exposición en vivo más en imaginación mantuvo sus mejoras, mientras que el grupo tratado con exposición en vivo sólo tuvo recaídas en la mayoría de las medidas.

Los resultados de Ravabilas y cols. (1976) indican la superioridad de la exposición en vivo sobre la imaginativa y el efecto potenciador de la primera al añadir la exposición imaginativa, efecto que Foa y cols., (1980,b) confirman.

- La velocidad de exposición: la exposición a los EE desencadenantes de la compulsión puede realizarse de forma gradual o rápida (directamente a la situación más temida). Los estudios de Rachman y cols. (1971, 1973) y Hodgson y cols. (1972) compararon ambos métodos de exposición, no encontrándose diferencias en la eficacia de ambas modalidades. Boersma y cols. (1976) tam

poco encontraron diferencias significativas, por lo que la exposición gradual es preferible ya que provoca menor ansiedad y aversión al tratamiento en el paciente.

- El control de la exposición: Emmelkamp y Kraanen (1977) compararon la exposición a los EE temidos en vivo auto-dirigida frente a la controlada por el terapeuta, resultando ambas modalidades igualmente efectivas a pesar de que las sesiones controladas por el paciente mismo duraban la mitad (una hora).

- Duración de la exposición: Rabavilas y cols. (1976) compararon la exposición corta y larga, encontrando que la exposición larga (80 minutos) a los EE temidos era superior a la exposición corta. Este resultado no es extraño si tenemos en cuenta que el "declive espontáneo" que experimenta la ansiedad subjetiva y la sensación de compulsión del paciente cuando se le expone a los EE temidos y se le prohíbe realizar la compulsión (Foa y Chambless, 1978; Foa, 1979; Likierman y Rachman, 1980; Rachman y cols., 1976). Estos datos junto con los proporcionados por Rabavilas y cols. (1976) nos hacen ver la conveniencia de que la exposición a los EE temidos sea bastante larga (alrededor de dos horas).

#### B) La prevención de la R:

- El papel de la prevención de la R: debemos considerar la prevención de la R como un elemento imprescindible para la extinción de la R compulsiva (Mills y cols., 1973; Foa y Goldstein, 1978; Foa y cols., 1980, a). Estos últimos autores hallaron que la prevención de la R sólo (sin exposición) afectaba principalmente a las compulsiones, produciendo sólo una ligera

mejoría en la ansiedad elicitada por los EE temidos.

- La velocidad de la prevención de la R: La prohibición de realizar la R compulsiva puede hacerse gradualmente o de forma brusca. Boersma y cols. (1976) no encontraron diferencias entre ambas modalidades.

- La supervisión de la prevención de la R: dado que la prevención de la R es prácticamente esencial para la extinción de la R compulsiva y teniendo en cuenta que el paciente se siente empujado a realizar ésta, la supervisión de la prevención de la R determina claramente el éxito del tratamiento. Rachman y cols. (1971) por ejemplo, señalan que al menos en cuatro de sus diez pacientes la supervisión continua hubiese acelerado los cambios terapéuticos obtenidos y que, sin semejante supervisión, los pacientes no cooperadores pueden responder pobremente al tratamiento. Los mejores resultados obtenidos por Meyer y cols. (1974) frente a los de Marks y cols. (1975) bien pudieran deberse a que los primeros emplearon una supervisión continua de la prevención de la R.

- La duración de la prevención de la R: No contamos con estudios sistemáticos al respecto. Se han empleado duraciones entre una y nueve semanas. Foa y Tillmans (1980) indican que para la mayoría de los pacientes de catorce a veintidós días de prevención de la R son suficientes para conseguir una adecuada mejoría.

5.4. Influencia de la adición de un tratamiento cognitivo al tratamiento conductual de las compulsiones: experimentos XIV-XVIII.

Mills y cols. (1973) observaron que durante los períodos en que aplicaron prevención de la R con instrucción la eficacia del tratamiento era máxima. Esto sin embargo no pasaba de ser una observación durante un experimento. Como ya se ha indicado, Emmelkamp y cols. (1980) compararon la eficacia de un tratamiento de exposición con otro tratamiento al que se añadió autoinstrucción del tipo empleado por Meichenbaum (1975), sin que se observaran diferencias.

En la serie de experimentos que serán descritos a continuación se pretendía evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo añadido al tratamiento con exposición y prevención de la R frente a éste último sólo. A diferencia del estudio de Emmelkamp y cols. nosotros aplicamos un entrenamiento cognitivo algo más complejo que incluía aspectos de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1980). Por otra parte los estudios efectuados hasta ahora sobre el tratamiento de las compulsiones ignoran totalmente las obsesiones de los pacientes, por lo que no sabemos nada de cómo evolucionan éstas al ir desapareciendo las compulsiones, si es que lo hacen. Es decir nos interesaban en los experimentos XIV-XVIII dos problemas:

1. ¿Mejora la eficacia del tratamiento con exposición y prevención de la R el tratamiento cognitivo?.
2. Al desaparecer o disminuir las compulsiones ¿qué ocurre con las obsesiones?.

#### Método.

Para cada uno de los experimentos se emplearon los sujetos número 9, 10, 11, 12 y 13 respectivamente, cuyas características se describen en el Apéndice I.

Para los registros de la frecuencia de las obsesiones y compulsiones se empleó un contador de muñeca Behaviordelia que se describe en el Apéndice II, donde también puede verse el contrato terapéutico firmado. Se empleó también el Inventario para la Evaluación de la Depresión de Beck en su versión castellana (Conde y Useros, 1974; Conde y cols., 1976).

En los cinco experimentos se empleó un diseño de un sólo sujeto de retirada del tipo A-B-C-B-C. Tras una línea de base inicial (fase A) el sujeto era sometido al tratamiento de exposición más prevención de la R (fase B) para pasar a continuación a la fase C en la que al tratamiento anterior se le añadía el tratamiento cognitivo. Estas dos últimas fases volvían a repetirse a continuación.

Las medidas de cambio (frecuencia de obsesiones, frecuencia de compulsiones y desagrado subjetivo causado por los EE temidos) se repitieron al cabo de seis meses de seguimiento durante tres días.

Las sesiones, que fueron de noventa minutos, se llevaron a cabo con una periodicidad de tres por semana.

#### Tratamiento conductual.

Antes de que el tratamiento comenzara (en el análisis de

conducta previo) se construyó una lista con los EE que podían provocar las compulsiones; a continuación se hizo una jerarquía con relación al desagrado/ansiedad subjetiva provocada. Tanto la extensión de la exposición como la prevención de la R se estructuraron en una jerarquía. Todos los items de la jerarquía fueron expuestos en vivo, comenzando por el más fácil en orden ascendente. Los pacientes determinaron la velocidad con que avanzaban a través de la jerarquía; si algún paciente trataba de evitar el tratamiento no pasando al siguiente elemento se le presionaba a ello. La exposición se llevó a cabo en el ambiente natural del sujeto.

Durante las sesiones de tratamiento el paciente no podía llevar a cabo los rituales compulsivos (le eran impedidos) que habían sido tratados en las sesiones previas. Le era indicado que no evitase más las situaciones que habían sido practicadas en las sesiones y que no llevase a cabo los rituales en las situaciones ya practicadas. Se le dijo también que debía hacer el máximo esfuerzo posible para abstenerse de llevar a cabo las compulsiones entre las sesiones de tratamiento, explicándosele que la ejecución de las mismas posiblemente tuviese el efecto de destruir cualquier progreso hecho durante las sesiones de tratamiento. No se llevaba a cabo una supervisión estricta de esta prevención de la R pero sí se intentaba que las personas relacionadas con el paciente la realizaran. La prevención de la R se llevó a cabo de diversos modos evitándose en lo posible la restricción física (dedicándose a otras actividades, conversando, distrayendo al paciente de forma velada, o incluso forzosamente, pero siempre con el consentimiento de aquél).

El tratamiento incluía otros aspectos secundarios que ya han sido descritos en el apartado 5.2, como el entrenamiento de las personas relacionadas con el paciente, las instrucciones para después del tratamiento, planificación del nuevo tiempo libre del paciente, etc.

Tratamiento cognitivo.

El tratamiento cognitivo iba dirigido a que el paciente adquiriera el hábito de razonar ante los EE compulsivos. El tratamiento comienza con el esquema usado en la RET (Terapia Racional Emotiva) de Ellis y continuaba con el método cognitivo de Meichenbaum. El esquema era el siguiente:

1. Establecimiento de los antecedentes o EE que provocan la compulsión.
2. Establecimiento de las pautas de pensamiento o autoverbalizaciones que el sujeto tiene ante esos EE precipitantes.
3. Clarificación al paciente de cómo estos EE antecedentes elicitaban unas autoverbalizaciones perjudiciales que están contribuyendo al problema.
4. Oposición de nuevas pautas de pensamiento racionales que lleven a la eliminación y combatan los anteriores pensamientos. Estas nuevas autoverbalizaciones eran de cinco tipos:
  - a. Preguntas acerca de la tarea problema.
  - b. Contestaciones en forma de ensayos cognitivos y planes de acción.
  - c. Guía de la ejecución por autoinstrucción.

d. Autoexpresiones para enfrentarse con frustraciones, dudas y ansiedad.

e. Autorreforzamiento de estas autoverbalizaciones.

Este último entrenamiento se realizaba en tres fases: en la primera (fase de modelado) el terapeuta ejecutaba la tarea (exposición y prevención de la R) mientras piensa en alto las autoverbalizaciones y el paciente observa. En una segunda fase (fase de participación parcial) el paciente es invitado a ejecutar la misma tarea mientras el terapeuta le instruye en alto. Por último en la última fase (fase de participación total) el paciente ejecuta la tarea instruyéndose a sí mismo de forma encubierta.

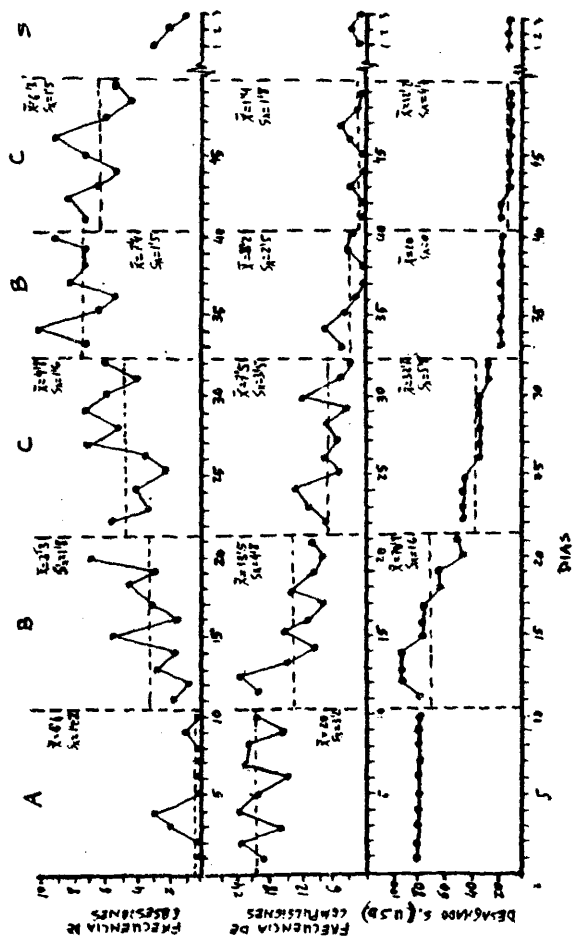
El paquete de autoverbalizaciones era generado en total colaboración con el paciente al que el terapeuta indicaba las líneas generales, siendo aquél el responsable de su especificación. Se procuró que la forma de trabajo del terapeuta no fuese mecánica y que las autoverbalizaciones permitiesen cierta flexibilidad para que se adaptaran al paciente.

#### Experimento XIV.

##### Resultados.

Los resultados encontrados se muestran en la Fig. 22. En ella se puede observar cómo la introducción del tratamiento conductual fué acompañada por un incremento en la frecuencia de las obsesiones y un descenso en la de las compulsiones y en el desagrado subjetivo. La tendencia ascendente de las obsesiones apenas varió con la adición en la fase C del tratamiento cognitivo, pero el declive en la frecuencia de las compulsiones y en

Fig. 22: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de la obsesión y compulsión.



el desagrado subjetivo fué algo más suave. La vuelta al tratamiento conductual continuó aumentando las obsesiones y descendiendo las compulsiones y el desagrado subjetivo, sin cambios de tendencia. La nueva adición del tratamiento cognitivo fué acompañada de un descenso en las obsesiones y no produjo cambios en las compulsiones. Al cabo de seis meses el sujeto mantenía cierta frecuencia de obsesiones que no difería mucho de la línea de base y la mejoría en las compulsiones.

#### Discusión.

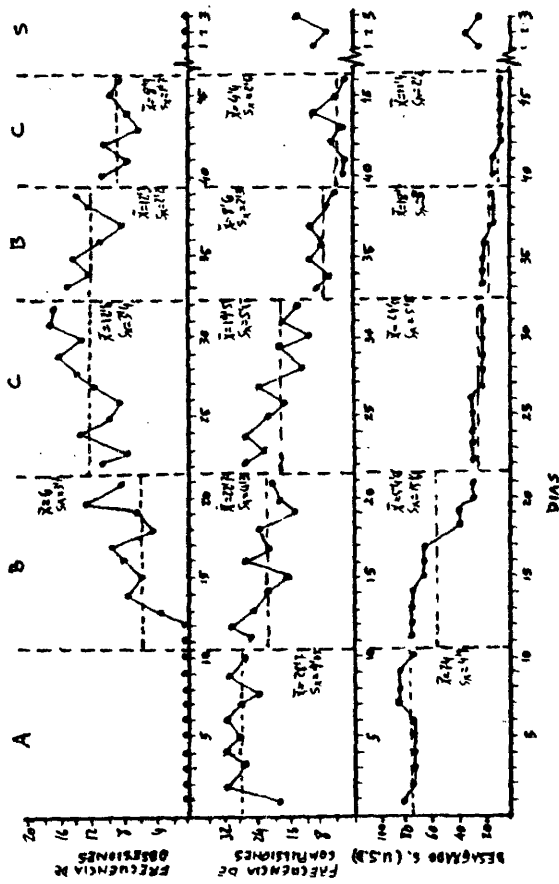
El descenso en la frecuencia de las compulsiones producido por el tratamiento conductual fué acompañado de un incremento en la frecuencia de obsesiones, incremento que continuó independientemente del tratamiento administrado y que terminó descendiendo, no sabemos si como consecuencia de la última administración del tratamiento combinado o espontáneamente por el simple paso del tiempo. La adición del tratamiento cognitivo no produce ninguna mejoría perceptible de la eficacia del tratamiento conductual.

#### Experimento XV.

##### Resultados.

Los resultados encontrados se muestran en la Fig. 23, en la que puede observarse como el tratamiento conductual produce una disminución de la frecuencia de compulsiones y del desagrado subjetivo al mismo tiempo que hace aparecer con cierta frecuencia ascendente una obsesión que el sujeto no presentaba antes y este ascenso continúa durante la fase siguiente en que se añadió el tratamiento cognitivo. Esta adición no produce ningún cambio sobre las obsesiones pero se observa que la frecuencia de compul

Fig.23: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de la obsesión y compulsión.



siones, aunque no varía su tendencia descendente, aumenta de nivel al cambiar la fase. La vuelta al tratamiento conductual sólo va acompañado de un cambio a una tendencia descendente en las obsesiones sin que se observe otro cambio. La nueva introducción del tratamiento cognitivo no produce ningún cambio ulterior. En el seguimiento a los seis meses el paciente no presentaba obsesiones aunque perdió algo de la mejoría obtenida en las compulsiones.

#### Discusión.

Es interesante observar cómo este sujeto, que era el típico compulsivo sin obsesiones, pasó a mostrar obsesiones al introducirse el tratamiento conductual. Otro aspecto interesante de este experimento es la pauta de evolución que siguen las obsesiones: en el experimento XIV se observó un descenso en el tratamiento cognitivo; allí se sospechó que este declive era independiente del tratamiento. En este experimento tenemos más fundamento para tal sospecha, pues las obsesiones comenzaron de nuevo a decaer una vez que alcanzaron cierto tiempo máximo y este declive ocurrió durante el tratamiento conductual.

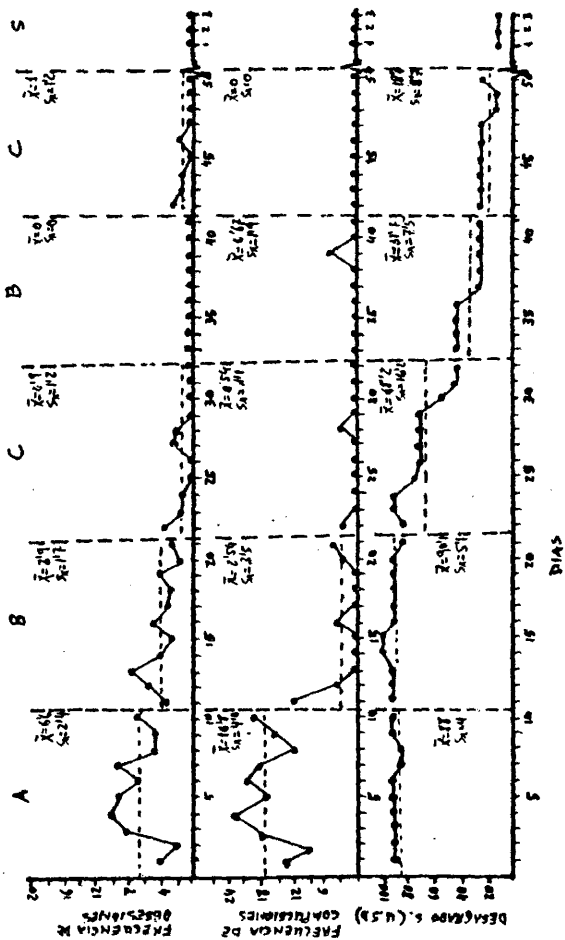
Tampoco aquí se observa que la adición del tratamiento cognitivo haya supuesto una mejora de la eficacia del tratamiento conductual.

#### Experimento XVI.

##### Resultados.

La Fig. 24 muestra los resultados encontrados en el sujeto número 11. En ella se observa como una línea de base algo variable da paso al tratamiento conductual en el que disminuye la

Fig. 24: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de la obsesión y compulsión.



variabilidad y la frecuencia de las compulsiones, hasta casi de desaparecer. El desagrado subjetivo sin embargo no varía nada y la frecuencia de obsesiones disminuyó también. Estas tendencias continuaron durante la fase C (tratamiento combinado) sin cambio, salvo el desagrado subjetivo que disminuyó. Este último continuó su tendencia en la segunda fase B (tratamiento conductual), mientras que la frecuencia de obsesiones y de compulsiones prácticamente fué nula. La introducción por segunda vez del tratamiento combinado fué acompañada de una ligera y temporal reaparición de las obsesiones, mientras que el desagrado subjetivo prácticamente no varió. Esta recuperación del paciente se mantenía en el seguimiento de seis meses.

#### Discusión.

En este experimento, por la rápida desaparición de las obsesiones, resulta difícil evaluar la influencia del tratamiento cognitivo. Parece que no mejoró la eficacia del tratamiento conductual, pero no contamos con evidencia sólida al no haberse podido observar cambios en la conducta al repetirse el tratamiento (segunda fase C).

En cuanto a la evolución de las obsesiones, se observa aquí una pauta contraria a la de los experimentos XIV y XV: las obsesiones disminuyeron a medida que las compulsiones también lo hicieron.

Es interesante observar también como en este caso, en el que se produjo una desaparición de las compulsiones tan rápida y pronta, sin embargo el descenso en el desagrado subjetivo fué posterior.

Experimento XVIIResultados.

Los resultados encontrados en el sujeto número 12 se muestran en la Fig. 25, en la que puede observarse como la introducción del tratamiento conductual produjo un cambio brusco en la tendencia de la línea de base y un descenso de nivel. El desagrado subjetivo no cambió de tendencia pero sí lo hizo más tarde dentro de esta fase B. La frecuencia de obsesiones, muy baja y estable en la línea de base, cambió a una tendencia ascendente acelerada. Al añadir el tratamiento cognitivo (fase C), la tendencia descendente de las compulsiones se suavizó ligeramente mientras la del desagrado subjetivo no cambió. Las obsesiones si guieron aumentando de frecuencia. La vuelta al tratamiento conductual sólo no fué acompañada de cambio alguno en las compulsiones, y mientras que las obsesiones cambiaron de tendencia; el mismo resultado se obtuvo al reintroducir el tratamiento cognitivo además del conductual. Al cabo de seis meses de seguimiento, el sujeto mantenía su mejoría en las compulsiones, mientras que las obsesiones se seguían produciendo (este sujeto sin embargo no manifestó que le molestaran normalmente).

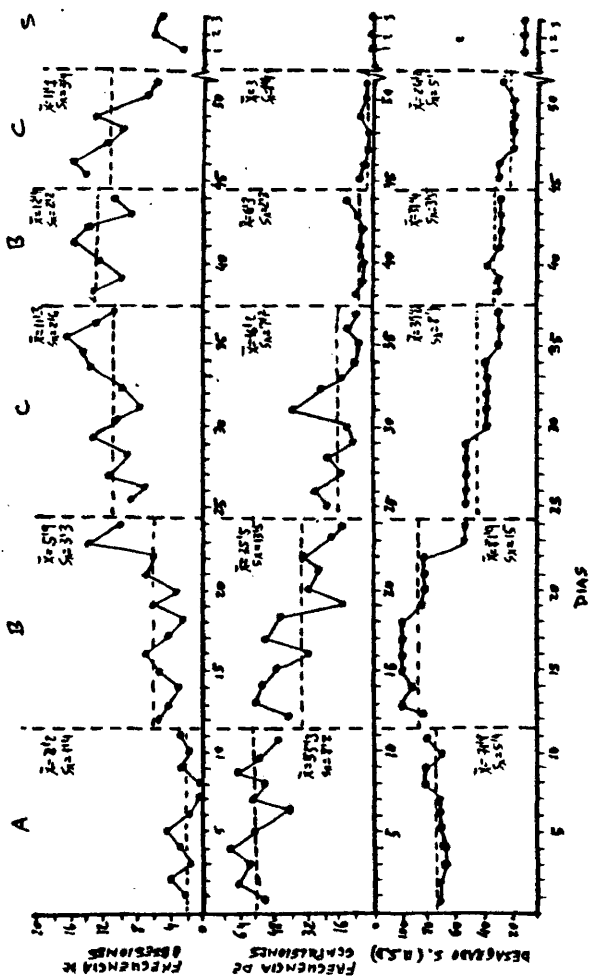
Discusión.

En este sujeto tampoco se tuvo evidencia de una mayor eficacia del tratamiento combinado; se observó además una pauta ascendente en las obsesiones similar a la de los experimentos XIV y XV.

Experimento XVIIIResultados.

Los resultados encontrados en el sujeto número 13 se mues

Fig.25: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de la obsesión y compulsión.



tran en la Fig. 26, en la que puede observarse como el tratamiento conductual tiene un efectivo impacto sobre las compulsiones, impacto no aumentado por el tratamiento cognitivo. Las obsesiones siguen una pauta ligeramente descendente que, durante el tratamiento combinado, se torna ligeramente ascendente para cambiar luego a claramente descendente, incluso a pesar de la reintroducción del tratamiento cognitivo.

#### Discusión.

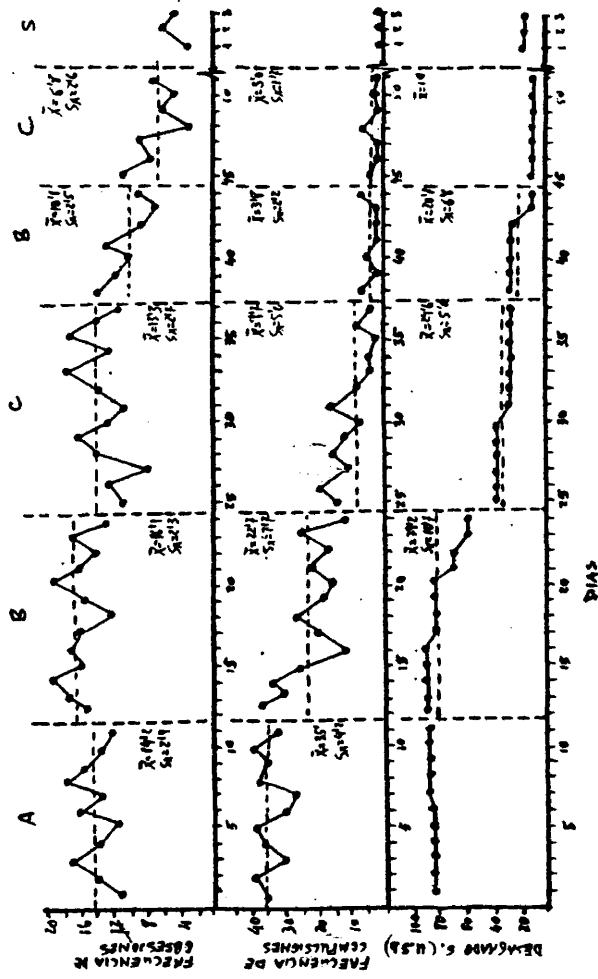
De nuevo el tratamiento combinado no se muestra clínicamente superior al tratamiento conductual sólo. La pauta de las obsesiones se parece más bien a la del experimento XVI.

#### Conclusiones.

De los experimentos XIV-XVIII sobre el tratamiento de las compulsiones debemos concluir:

1. El tratamiento de exposición y prevención de la R aplicado resultó ser claramente eficaz en las compulsiones, produciendo un descenso o la desaparición de las mismas y del desgusto subjetivo causado por ellas.
2. El tratamiento cognitivo aplicado no produjo una mejoría clínicamente significativa del tratamiento de exposición y prevención de la R. Incluso en algún caso y en alguna medida se observó un pequeño empeoramiento.
3. En cuanto a la relación entre obsesiones y compulsiones, se observan dos tipos de pautas: una, en la que obsesiones y compulsiones presentan una correlación más o menos positiva

Fig.26: Cambios producidos por los tratamientos sobre las medidas de la obsesión y compulsión.



(en algunos casos las compulsiones tienen mayor frecuencia). Otra en la que las obsesiones tienden a aparecer cuando las compulsiones van desapareciendo, es decir presentan una correlación negativa. Desconocemos a qué se debe un tipo de pauta y otro, aunque en los sujetos aquí tratados se observa que la primera pauta se da en aquéllos con una historia relativamente corta (2,3 años) y la segunda en aquéllos con historias más largas (5, 6 y 8 años).

### CONCLUSIONES

El presente trabajo ha pretendido resolver varios problemas acerca del tratamiento de la conducta obsesivo-compulsiva. Previamente se ha considerado conveniente aclarar ciertos aspectos de la naturaleza de este tipo de conducta. En primer lugar, se estudiaron los elementos esenciales en este tipo de conducta, distinguiéndolos de las características fenomenológicas de estos elementos. Esto permitió contar con una base firme sobre cuáles eran los aspectos relevantes de la conducta obsesivo-compulsiva que se adquieren, se mantienen y han de modificarse. Se consideró que lo que en esencia se observa en un obsesivo-compulsivo es la aparición, de un contenido interno (que plantea la posibilidad de cierto desastre subjetivo) y de una R de ansiedad/desagrado injustificada, así como la emisión de RR controladoras de dicha R emocional; estos son los elementos realmente problemáticos en esta conducta. Otros aspectos, como la repetitividad, resistencia interna, interferencia, etc, se consideran importantes, pero en absoluto constituyen el problema.

Se estudiaron, a continuación, los factores involucrados en la adquisición de esta conducta separando los conocimientos que disponemos de las formulaciones teóricas. Pocos son los datos claros a este respecto. Existen indicios de que la conducta obsesivo-compulsiva se desarrolla por la confluencia de una serie de circunstancias o factores, genéticos y ambientales. Tales hallazgos no son concluyentes. Las teorías al respecto han tratado de rellenar estas lagunas explicando la adquisición de esta conducta. Algunas, como la de Eysenck, parecen bastante dignas de consideración mientras llegan datos sobre este parti-

cular.

En el capítulo tercero se estudiaron los factores involucrados en el mantenimiento de cada elemento de la conducta obsesivo-compulsiva. La presentación reciente de la obsesión, la amplitud de la R emocional provocada y la presencia de EE asociados a la obsesión pudieran ser los factores responsables de la aparición una y otra vez de la obsesión. La R emocional pudiera mantenerse bien por una elevación en el nivel de responsividad ante los EE aversivos, bien por un fenómeno de incubación, o bien por ambos. Respecto al desastre, su permanencia pudiera deberse a que la conducta obsesivo-compulsiva impide la desconfirmación de la expectativa de desastre. Por último, las compulsiones parecen actuar como RR de alivio de la ansiedad/desagrado subjetiva la mayoría de las veces.

Los experimentos I, II y III mostraron cómo ciertos problemas adicionales que suponían una fuente de experiencias desagradables para el obsesivo-compulsivo, influyen en dicha conducta. Esto se ha interpretado como evidencia del papel de los problemas adicionales en el mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva.

A continuación se trató de aportar un sistema comprensivo y lógico para la evaluación y medición de la conducta obsesivo-compulsiva, aspecto algo olvidado en este área. Por ello, se describió la evaluación inicial y las medidas de cambio terapéutico empleadas en los experimentos que se describen en este trabajo, y se estudió el efecto reactivo de los autorregistros de las obsesiones. Este efecto fué confirmado en una serie de

pruebas cuasiexperimentales y en dos experimentos.

Por último, se estudiaron algunos aspectos del tratamiento de la conducta obsesivo-compulsiva. Debido a la escasa información de que disponemos sobre procedimientos para la modificación de las obsesiones, se decidió buscar un procedimiento a este respecto y verificar experimentalmente su eficacia. Después de un experimento que sirvió para orientar la tarea, se pasó a realizar una serie de siete experimentos en los que se aplicó un tratamiento basado en la exposición prolongada y la prevención de las RR de escape/evitación de la misma, entre otros aspectos. Tales experimentos mostraron que este procedimiento daba resultado en un 57% de los casos, pero que, cuando se aplicaba después de un tratamiento dirigido a minimizar los problemas adicionales, tal porcentaje de éxito se elevaba al 85% de los casos.

Después de revisar brevemente la información existente sobre el tratamiento de las compulsiones, se estudió la posibilidad de que un tratamiento cognitivo aumentase la eficacia del tratamiento conductual habitual (exposición más prevención de las RR compulsivas). También se pretendía explorar qué evolución seguían las obsesiones al ir desapareciendo las compulsiones. Los resultados indicaron que el tratamiento cognitivo no aumentaba la eficacia del tratamiento conductual y que las obsesiones evolucionaban con dos pautas contrarias, pero que al final del tratamiento solían decaer.

Todos estos resultados necesitan algunas consideraciones generales. En primer lugar, el resultado de la terapia ha sido evaluado aquí con ciertos criterios que Kazdín y Wilson

(1978) han llamado "relacionados con el paciente", sin que se hayan tenido en cuenta otros criterios relacionados con el costo/eficacia del tratamiento y con la evaluación del paciente como tal. Sospechamos que estos otros criterios indicarían un alto costo tanto material como para el paciente.

En segundo lugar, el tratamiento que aquí se ha llamado de exposición y que fué aplicado a los obsesivos en los experimentos VII-XIII en realidad incluye otros elementos además de la exposición que quizá sean tan importantes como aquél o más, como " el entrenamiento en la reacción inmediata", la exposición en vivo, la actitud del terapeuta, etc. Tal hecho no ha de olvidarse en ningún momento al considerar los resultados obtenidos. Este tratamiento complejo empleado fué consecuencia del empeño que se tenía en que el tratamiento fuese lo más contundente posible para que sus efectos aparecieran muy claros en un corto período de tiempo como el que incluía la fase experimental. Futuros estudios han de comprobar qué elementos son los verdaderamente responsables y su eficacia.

En tercer lugar ha de tenerse también en cuenta que los sujetos con los que se ha trabajado tenían muy diversa procedencia, como se indica en el Apéndice I, y que fueron en la práctica seleccionados no sólo en función de los criterios que en dicho Apéndice se indican, sino también por su motivación. Como se puede observar por las instrucciones que recibían, se hacía una descripción exagerada en cuanto al costo subjetivo para el paciente. Hay que hacer constar que dos pacientes abandonaron por este motivo, bien antes de empezar el tratamiento, bien en su comienzo. El papel de estos hechos también debería ser aclarado en el futuro.

En cuarto lugar, se ha expuesto una lógica de la que se deriva el tratamiento. Dicha lógica cuenta con evidencia en muchos puntos pero también hay algunas suposiciones en ella; esto quiere decir que los resultados de los tratamientos pudieran deberse a esta lógica, pero no necesariamente. A este respecto, hemos de mencionar un punto no totalmente aclarado: en los últimos años es lo más frecuente que el tratamiento de los obsesivo-compulsivos se explique como un proceso de habituación (véase por ejemplo Foa y Tillmans (1980) y Rachman y Hodgson (1980). Sin embargo se considera habituación el decremento de una RI ante su elicitación repetida, mientras que la elicitación repetida de una RC (sin reforzar) suele considerarse extinción. Entre ambos fenómenos existe una importante diferencia tanto teórica como práctica y algunos indicios no concuerdan con una consideración de la habituación como el fenómeno que opera tras este tipo de tratamiento: primero, la R obsesivo-compulsiva no parece una RI sino más bien una RC pues el obsesivo presenta una fase anterior al comienzo del trastorno libre del mismo y es un hecho también que esta conducta no la presenta la inmensa mayoría de la población. Segundo, un fenómeno típico de la habituación es la recuperación de la R habituada tras un período de no estimulación (Thompson y Groves, 1966). Tal recuperación espontánea no se suele observar en los obsesivo-compulsivos, afortunadamente. Estas consideraciones hacen pensar que los procedimientos de exposición prolongada a los EE temidos más bien producen una extinción de la R de temor que una habituación.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- AKHTAR, S., VARMA, W., PERSHAD, D. y VERMA, S.K.: "A phenomenological Analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis". Brit. J. Psychiat., 1975, 127, 342-348.
- ANDRASIK, F., TURNER, S.M. y OLLENDICK, T.H.: "Self-report and physiologic responding during in vivo flooding". Beh. Res. & Ther., 1980, 18, 593-595.
- ANTHONY, J. y EDELSTEIN, B.A.: "Thought-stopping treatment of anxiety attacks due to seizure-related obsessive ruminations". J. Beh. Ther. & Exp. Psychiat., 1975, 6, 343-344.
- BARRET, W., CALDBECK-MEENAN, J. y WHITE, J.G.: "Questionnaire measures and psychiatrists' ratings of a personality dimension". Brit. J. Psychiat., 1966, 112, 413-415.
- BASS, B.A.: "An unusual behavioral technique for treating obsessional ruminations". Psychother. Theor. Res. & Pract., 1973, 10, 191-192.
- BAUM, M.: "Rapid extinction of an avoidance response following a period of response prevention in the avoidance apparatus". Psychol. Rep., 1966, 18, 59-64.
- BAUM, M.: "Efficacy of response prevention (flooding) in facilitating the extinction of an avoidance response in rats: The effect of overtraining the response." Beh. Res & Ther., 1968, 6, 197-203.
- BAUM, M.: "Extinction of an avoidance response following response prevention: Some parametric investigations". Can. J. Psy-

chiat., 1969, 23, 1-10.

BAUM, M.: "Extinction of avoidance responding though response prevention (flooding)". Psychol. Bull., 1970, 74, 276-284.

BEECH, H. R. y LIDDELL, A.: "Decision-making, mood states and ritualistic behavior among obsessional patients". En BEECH, H. R. (Ed): "Obsessional states". Methuen. London. 1974.

BEECH, H. R. y PENIGALT, J.: "Toward a theory of obsessional disorder". En BEECH, H. R.: "Obsessional States". Methuan. London 1974.

BEECH, H. R. y VAUGHAN, M.: "Behavioural treatment of obsessional states". Wiley. Chichester. 1978.

BEECH, H. R. y VAUGHAN, M.: "Evaluación de las conductas obsesivas". En FDEZ. BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. I.: "Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones". Pirámide. Madrid. 1981.

BERSH, P. J.: "Eysenck's theory of incubation? A critical analysis" Beh. Res. & Ther., 1980, 18, 11-17.

BLACK, A.: "The natural history of obsessional neurosis". En BEECH, H. R. (Ed): "Obsessional States". Methuen. London. 1974.

BOERSMA, K., DEN HENGST, S., DEKKER, J. y EMELKAMP, P. M. G.: "Exposure and response prevention in the natural environment: A comparison with obsessive-compulsive patients". Beh. Res. & Ther., 1976, 14, 19-24.

- BOULOUGOURIS, J.C. y BASSIAKOS, L.: "Prolongued flooding in cases with obsessive-compulsive neurosis". Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 227-231.
- BOULOUGOURIS, J.C., RABAVILAS, A.D. y STEFANIS, C.: "Psychophysiological responses in obsessive-compulsive patients". Beh. Res. & Ther., 1977, 15, 221-230.
- BOYD, T.L.: "The effects of shock intensity on fear incubation (enhancement): A preliminary investigation on Eysenck's theory". Beh. Res. & Ther., 1981, 19, 413-418.
- BROWN, F.W.: "Heredity in the psychoneurosis". Proc. Roy. Soc. Med. 1942, 35, 785-790.
- CAMPBELL, D.T.: "Reforms as experiments". Amer. Psychol., 1969, 24, 409-429.
- CAMPBELL, L.M.A.: "A variation of thought-stopping in a twelve-year-old boy: A case report." J. Beh. Ther. & Exp. Psychiat. 1973, 4, 69-70.
- CARR, A.T.: "Compulsive neurosis: Two psychophysiological studies". Bull. Brit. Psychol. Soc., 1971, 24, 256-257.
- CARR, A.T.: "Compulsive neurosis: A review of the literature". Psychol. Bull., 1974, 81, 311-318.
- CIMINERO, A.R., CALHOUN, K.S. y ADAMS, H.E.: "Handbook of behavioral assessment". Wiley. New York. 1977.
- CONDE, V. y USEROS, E.: "El inventario para la medida de la depresión de Beck". Rev. Psiquiat. y Psicol. Med., 1974, 212-

213, 153-167.

CONDE, V., ESTEBAN, T. y USEROS, E.: "Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck". Rev. Psicol. Gral. y Aplic., 1976, 31, 469-497.

COOPER, J.: "The Leyton obsessional inventory". Psychol. Med., 1970, 1, 48-64.

DE SILVA, P., RACHMAN, S. y SELIGMAN, M.: "Prepared phobias and obsessions: Therapeutic outcome". Beh. Res. & Ther., 1977, 15, 54-77.

DOWSON, J. H.: "The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis". Brit. J. Psychiat., 1977, 131, 75-78.

D'ZURILLA, T. J. y GOLDFRIED, M. R.: "Problem solving and behavior modification". J. Abnorm. Psychol., 1971, 78, 107-126.

ELLIS, A.: "Razon y emoción en psicoterapia". DDB. Bilbao. 1980.

EMMELKAMP, P. M. G. y KRAANEN, J.: "Therapist controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: A comparison with obsessive-compulsive patients". Beh. Res. & Ther., 1977, 15, 491-495.

EMMELKAMP, P. M. G. y KWEE, K. G.: "Obsessional rumination: A comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination." Beh. Res. & Ther., 1977, 15, 441-444.

EMMELKAMP, P. M. G., DER HELM, M., ZANTEN, B. L. y PLOCHG, I.: "Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution of self-instructional training to the effectiveness of

- exposure". Beh. Res. & Ther., 1980, 18, 61-66.
- EYSENCK, H.J.: "The biological basis of personality". Thomas Springfield, Illinois. 1967. Traducción castellana: "Fundamentos biológicos de la personalidad". Fontanella. Barcelona. 1975.
- EYSENCK, H.J.: "Personality, learning and anxiety". En EYSENCK, H. J.: "Handbook of abnormal Psychology". Pitman Med. London, 1972.
- EYSENCK, H.J.: "The learning theory model of neurosis: A new approach". Beh. Res. & Ther., 1976, 14, 251-268.
- FARKAS, G.M. y BECK, S.: "Exposure and response prevention of morbid ruminations and compulsive avoidance". Beh. Res. & Ther., 1981, 19, 257-261.
- FISHER, J. y GORCHROS, L. (Eds.): "Handbook of Behavior Therapy with sexual problems". Pergamon. New York. 1977.
- FOA, E. B.: "Failure in treating obsessive-compulsives". Beh. Res. Ther., 1979, 17, 169-176.
- FOA, E. B. y GOLDSTEIN, A.: "Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis". Beh. Ther., 1978, 9, 821-829.
- FOA, E. B. y CHAMBLESS, D.L.: "Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery". Beh. Res. & Ther., 1978, 16, 391-399.

- FOA, E.B. y TILLMANS, A.: "The treatment of obsessive-compulsive neurosis". En GOLDSTEIN, A. y FOA, E.B.: "Handbook of behavioral interventions: A clinical guide." Wiley. New York. 1980.
- FOA, E.B., STEKETEE, G. Y MILBY, J.B.: "Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers". J. Cons. & Clin. Psychol., 1980, a, 48, 71-79.
- FOA, E.B., STEKETEE, G., TURNER, R.M. y FISHER, S.C.: "Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers". Beh. Res. & Ther., 1980, b, 18, 449-455.
- FONTANA, D.: "Some standardization data for the Sandler-Hazari Obsessionality Inventory". Brit. J. Med. Psychol., 1980, 53, 267-275.
- FORBES, A.R.: "The validity of 16 PF in the discrimination of the hysteroid and obsessoid personality." Brit. J. Soc. & Clin. Psychol., 1969, 8, 152-159.
- FOULDS, G.A.: "Personality and personal illness". Tavistock. London. 1965.
- FOULDS, G.A. y CAINE, T.M.: "Psychoneurotic symptom clusters, trait clusters and psychological tests". J. Ment. Sci., 1958, 104, 722-731.
- FRANKL, V.E.: "Paradoxical intention: A logotherapeutic technique". Amer. J. Psychother., 1960, 14, 520-535.
- GERZ, H.O.: "Experience with the logotherapeutic technique of paradoxical intention in the treatment of phobic and obsessive-compulsive patients". Amer. J. Psychiat., 1966, 123, 548-553.

- GLEZ. ALMENDROS, J.L.: "Tratamiento conductual de los rituales obsesivo-compulsivos". Memoria de Licenciatura. Universidad Complutense de Madrid. 1978.
- GOLDSTEIN, A. y FOA, E.B. (Eds): "Handbook of behavioral interventions: A clinical guide". Wiley. New York. 1980.
- GRAY, J.A.: "La psicología del miedo". Guadarrama Ed., Madrid, 1971.
- GRAYSON, J.B., NUTTER, D. y MAVISSAKALIAN, M.: "Psychophysiological assessment of imagery in obsessive-compulsives: A pilot study". Beh. Res. & Ther., 1980, 18, 590-593.
- GREER, H.S. y CAWLEY, R.H.: "Some observations in the natural history of neurotic illness, 1966, citado en BEECH, H.R.: "Obsessional States". Methuen. London. 1974.
- GREY, S., SARTORY, G. y RACHMAN, S.: "Synchronous and desynchronous changes in fear reduction". Beh. Res. & Ther., 1979, 17, 137-147.
- GROVES, P.M. y THOMPSON, R.F.: "Habituation: A dual-process theory". Psychol. Rev., 1970, 77, 419-450.
- GULLICK, E.L. y BLANCHARD, E.B.: "The use of psychotherapy and behavior therapy in the treatment of an obsessional disorder: An experimental case study". J. Nerv. & Ment. Dis. 1973, 156, 427-431.
- HACKMANN, A. y McLEAN, C.: "A comparison of flooding and thought-stopping in the treatment of obsessive-compulsive neurosis". Beh. Res. & Ther., 1975, 13, 263-269.

- HEPPNER, P.P.: "The clinical alteration of covert thoughts: A critical review". Beh. Ther., 1978, 9, 717-734.
- HERSEN, M. y BARLOW, D.H.: "Single case experimental designs". Pergamon. New York. 1976.
- HERSEN, M. y BELLACK, A.: "Behavioral assessment: A practical hand book". Pergamon. New York. 1976.
- HODGSON, R.J. y RACHMAN, S.: "The effects of contamination and washing in obsessional patients". Beh. Res. & Ther., 1972, 10, 111-117.
- HODGSON, R.J. y RACHMAN, S.: "Desynchrony in measures of fear". Beh. Res. & Ther., 1974, 14, 319-326.
- HODGSON, R.J. y RACHMAN, S.: "Obsessional-compulsive complaints". Beh. Res. & Ther., 1977, 15, 389-395.
- HODGSON, R.J., RACHMAN, S. y MARKS, I.M.: "The treatment of obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and further findings". Beh. Res. & Ther., 1972, 10, 181-189.
- HOFFMAN, H.S., FLESHLER, M. y JENSEN, P.: "Stimulus aspects of aversive controls: The retention of conditioned suppression". J. Exp. Anal. Beh., 1963, 6, 575-583.
- HOLMES, T.S. y HOLMES, T.H.: "Short-term intrusions into the life style routine". J. Psychosom. Res., 1970, 14, 121-132.
- HOLMES, T.H. y RAHE, R.H.: "The social readjustment rating scale". J. Psychosom. Res., 1967, 11, 213-218.

- HORNSVELD, R.H.J., KRAAIMAAT, F.W. y van DAN-BAGGEN, R.M.J.: "Anxiety/discomfort and handwashing in obsessive-compulsive and psychiatric control patients". Beh. Res. & Ther., 1979, 17, 223-228.
- HOROWITZ, M.: "Intrusive and repetitive thoughts after stress". Arch. Gen. Psychiat., 1975, 32, 1457-1463.
- HOROWITZ, M.J., BECKER, S.S. y MOSKOWITZ, M.L.: "Intrusive and repetitive thoughts after stress: A replication study". Psychol. Rep., 1971, 29, 763-767.
- INGRAM, I.M.: "The obsessional personality and obsessional illness". Amer. J. Psychiat., 1961, 117, 1016-1019.
- KAZDIN, A.E. y WILSON, G.T.: "Criteria for evaluating psychotherapy". Arch. Gen. Psychiat., 1978, 35, 407-416.
- KENDELL, R.E. y DISCIPIO, W.J.: "Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illnesses". Psychol. Med., 1970, 1, 65-72.
- KENNY, F.T., Solyom, L. y Solyom, C.: "Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis". Beh. Ther., 1973, 4, 448-457.
- KLINE, P.: "Obsessional traits and emotional instability in a normal population". Brit. J. Med Psychol., 1967, 40, 153-157.
- KRINGLEN, E.: "Obsessional neurotics: A long-term follow-up". Brit. J. Psychiat., 1965, 111, 709-722.
- KUMAR, K. y WILKINSON, J.C.M.: "Thought-stopping: a useful treat-

- ment of phobias of "internal stimuli". Brit. J. Psychiat. 1971, 119, 305-307.
- LADER, M.H.: "Palmar skin conductance measures in anxiety and phobic states". J. Psychosom. Res., 1967, 11, 271-281.
- LADER, M.H. y WING, L.: "Habituation of psychogalvanic reflex in patients with anxiety states and in normal subjects". J. Neurol. & Neurosurg. Psychiat., 1964, 27, 210-218.
- LADER, M.H. y MATHEWS, A.M.: "A physiological model of phobic anxiety and desensitization". Beh. Res. & Ther., 1968, 6, 411-421.
- LAMBLEY, P.: "Differential effects of psychotherapy and behavioural techniques in a case of acute obsessive-compulsive disorder". Brit. J. Psychiat., 1974, 125, 181-183.
- LEITEMBERG, H. (Ed.): "Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy". Prentice-Hall, New Jersey. 1976
- LEWIS, A.J.: "Problems of obsessional illness". Proc. Roy. Soc. Med., 1936, 29, 325-336.
- LEWIS, A.J.: "Obsessional illness". Act. neur. arg., 1957, 3, 323-335.
- LIKIERMAN, H. y RACHMAN, S.J.: "Spontaneous decay of compulsive urges: Cumulative effects". Beh. Res. & Ther., 1980, 18, 387-394.
- LOWRY, L.: "Active circuits for the direct linear measurement of skin resistance and conductance", Psychophysiol., 1977, .

14, 329-331.

- MACKINTOSH, N.J.: "The psychology of animal learning". Academic Press. London. 1974.
- MARKS, I.M., CROWE, M., DREWE, E., YOUNG, Y. y DEWHURST, W. G.: "Obsessive-compulsive neurosis in identical twins". Brit. J. Psychiat., 1969, 115, 991-998.
- MARKS, I.M., HODGSON, R.J. y RACHMAN, S.: "Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: A two years follow-up and issues in treatment". Brit. J. Psychiat. 1975, 127, 349-364.
- MAVISSAKALIAN, M.: "Functional classification of obsessive-compulsive phenomena". J. Beh. Assess., 1979, 1, 271-279.
- McFALL, R.M.: "The effects of self-monitoring on normal smoking behavior". J. Cons. & Clin. Psychol., 1970, 35, 135-142.
- MEICHENBAUM, D.: "Self-instructional methods". En KANFER, F.H. y GOLSTEIN, A.P.: "Helping people change". Pergamon. New York. 1975.
- MEICHENBAUM, D.: "Cognitive behavior modification: An integrative approach". Plenum Press. New York. 1977.
- MELLET, P.G.: "The clinical problem". En BEECH, H. R.: "Obsessional States". Methuen. London. 1974.
- METZNER, R.: "Some experimental analogues of obsesión". Beh. Res. & Ther., 1963., 1, 231-236.

- MEYER, V.: "Modification of expectancies in cases with obsessional rituals". Beh. Res. & Ther., 1966, 4, 273-280.
- MEYER, V., LEVY, R. y SCHNURER, A.: "The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders". En BEECH, H. R.: "Obsessional States". Methuen. London. 1974.
- MILLS, H. L., AGRAS, S., BARLOW, D. H. y MILLS, J. R.: "Compulsive rituals treated by response prevention". Arch. Gen. Psychiat. 1973, 28, 524-529.
- MILLS, G. K. y SOLYOM, L.: "Biofeedback of EEG Alpha in the treatment of obsessive ruminations: An exploration". J. Beh. Ther. & Exp. Psychiat., 1974, 5, 37-41.
- MINEKA, S.: "The role of fear in theories of avoidance learning, flooding and extinction". Psychol. Bull., 1979, 86, 985-1010.
- MOWRER, O. H.: "Learning theory and personality dynamics". Arnold Press. New York. 1950.
- ORME, J. E.: "The relationship of obsessional traits to general emotional instability". Brit. J. Med. Psychol., 1965, 38, 269-270.
- PARKER, N.: "Close identification in twins discordant for obsessional neurosis". Brit. J. Psychiat., 1964, 110, 496-504.
- PARKINSON, L. y RACHMAN, S.: "Are intrusive thoughts subject to habituation?". Beh. Res. & Ther., 1980, 18, 409-418.
- PARSONSON, B. S. y BAER, D. M.: "The analysis and representation of

grafic data." En KRATOCHWILL, T.B. (Ed.): "Single subject research: Strategies for evaluating change". New York. Academic Press. 1978.

PAVLOV, I.P.: "La psychopathologie et la Psychiatrie". Editions en Langues étrangères. Moscú. 1951. Trad. castellana: "Psicopatología y Psiquiatría: Psicofisiología experimental; Reflexología y Tipología; Problemas y aplicaciones". Morata. Madrid. 1967.

POLLIT, J.: "Natural history of obsessional states". Brit. Med. J., 1957, 1, 194-198.

QUEIROZ, L.O.S., MOTTA, M.A., BARBOSA, M.B., SOSSAI, D.L. y BOREN, J. J.: "A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related therapeutic procedures". Beh. Res. & Ther., 1981, 19, 377-388.

RABAVILAS, A.D., BOULOUGOURIS, J.C. y STEFANIS, C.: "Duration of ... flooding session in the treatment of obsessive-compulsive patients". Beh. Res. & Ther., 1976, 14, 349-355.

RABAVILAS, A.D. y BOULOUGOURIS, J.C.: "Physiological accompaniments of rumination, flooding and thought-stopping in obsessive patients". Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 239-243.

RABAVILAS, A.D. y BOULOUGOURIS, J.C.: "Pre-morbid personality traits and responsiveness to flooding in obsessive-compulsive patients". Beh. Res. & Ther., 1979, 17, 575-580.

RACHMAN, S.: "Obsessional ruminations". Beh. Res. & Ther., 1971, 9, 229-235.

- RACHMAN, S.: "Obsessional-compulsive checking". Beh. Res. & Ther., 1976, a, 14, 269-277.
- RACHMAN, S.: "The modification of obsessions: A new formulation". Beh. Res. & Ther., 1976, b, 14, 437-443.
- RACHMAN, S.: "An anatomy of obsessions". Beh. Anal. Modic., 1978, 2, 253-278.
- RACHMAN, S., HODGSON, R.J. y MARKS, I.M.: "The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis". Beh. Res. & Ther., 1971, 9, 237-247.
- RACHMAN, S., MARKS, I.M. y HODGSON, R.J.: "The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo". Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 463-471.
- RACHMAN, S. y HODGSON, R.: "Synchrony and desynchrony in fear and avoidance". Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 311-318.
- RACHMAN, S., SILVA, P. y ROPER, G.: "The spontaneous decay of compulsive urges". Beh. Res. & Ther., 1976, 14, 445-453.
- RACHMAN, S. y de SILVA, P.: "Abnormal and normal obsessions". Beh. Res. & Ther., 1978, 16, 233-248.
- RACHMAN, S., COBB, J., GREY, S., Mc DONALD, B., MAWSON, D., SARTORY, G. y STERN, R.: "The behavioral treatment of obsessional-compulsive disorders with and without clomipramine". Beh. Res. & Ther., 1979, 17, 467-478.
- RACHMAN, S. y HODGSON, R.J.: "Obsessions and compulsions". Prentice Hall. New Jersey. 1980.

- REED, G.F.: "Obsessionality and self-appraisal questionnaires". Brit. J. Psychiat., 1969, 115, 205-209.
- REED, S.K.: "Cognition. Theory and applications". Brooks/Cole P.C., Monterey, 1982.
- RIMM, D.C. y MASTERS, J.C.: "Behavior therapy: Techniques and empirical findings". Academic Press. New York. 1974.
- ROPER, G. y RACHMAN, S.: "Obsessional-compulsive checking: An experimental replication and development". Beh. Res. & Ther., 1976, 14, 25-32.
- ROPER, G., RACHMAN, S. y HODGSON, R.J.: "An experiment on obsessional checking". Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 271-277.
- ROPER, G., RACHMAN, S. y MARKS, I.M.: "Passive and participant modelling in exposure treatment of obsessive-compulsive neurotics". Beh. Res. & Ther., 1975, 13, 271-279.
- ROSENBERG, C.M.: "Complications of obsessional neurosis". Brit. J. Psychiat., 1968, 114, 477-478.
- SAMAAN, M.: "Thought-stopping and flooding in a case of hallucinations, obsessions and homicidal-suicidal behavior". J. Beh. Ther. & Exp. Psychiat., 1975, 6, 65-67.
- SANDLER, J. y HAZARI, A.: "The obsessional: On the psychological classification of obsessional character traits and symptoms". Brit. J. Med. Psychol., 1960, 33, 113-122.
- SARTORY, G., RACHMAN, S. y GREY, S.: "An investigation of the relation between reported fear and heart rate". Beh. Res. & Ther., 1977, 15, 435-438.

- SELIGMAN, M.E.P.: "On the generality of laws of learning". Psychol. Rev., 1970, 77, 406-418.
- SELIGMAN, M.E.P.: "Phobias and preparedness". Beh. Ther., 1971, 2, 307-320.
- SHIELDS, J.: "Heredity and psychological abnormality". En EYSENCK, H.J.: "Handbook of Abnormal Psychology". Pitman. London, 1972.
- SLADE, P.D.: "Psychometric studies of obsessional illness and obsessional personality". En BEECH, H.J.: "Obsessional States". Methuen. London. 1974.
- SOLYOM, L.: "A case of obsessive neurosis treated by aversion relief". Can. Psychiat. Ass. J., 1969, 14, 623-626.
- SOLYOM, L., ZAMONZADEH, D., LEWIDGE, B. y KENNY, F.: "Aversion relief treatment of obsessive neurosis". En: RUBIN, R. y cols. (Eds.): "Advances in Behavior Therapy". Academic Press., London, 1971.
- SOLYOM, L., GARZA-PEREZ, J., LEWIDGE, B. y SOLYOM, C.: "Paradoxical intention in the treatment of obsessional thoughts; A pilot study". Comprehens. Psychiat., 1972, 13, 291-297.
- STEINER, J.A.: "A questionnaire study of risk-taking in psychiatric patients." Brit. J. Med. Psychol., 1972, 45, 365-374.
- STERN, R.S.: "Treatment of a case of obsessional neurosis using a thought-stopping technique". Brit. J. Psychiat., 1970, 117, 441-442.

- STERN, R.S., LIPSEGE, M. y MARKS, I.M.: "Obsessive ruminations: A controlled trial of thought-stopping technique". Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 659-662.
- STERN, R.S. y MARKS, I.M.: "Contract therapy in obsessive-compulsive neurosis with marital discord". Brit. J. Psychiat., 1973, 123, 681-684.
- STERNBERG, M.: "Physical treatments in obsessional disorders". En BEECH, H.R.: "Obsessional States". Methuen. London. 1974.
- STUART, R.B.: "Operant interpersonal treatment for marital discord". J. Con. & Clin. Psychol., 1969, 33, 675-682.
- TAYLOR, J.G.: "A behavioral interpretation of obsessive-compulsive neurosis". Beh. Res. & Ther., 1963, 1, 237-244.
- TEASDALE, J.D.: "Learning models of obsessive-compulsive disorder". En BEECH, H.R. (Ed.): "Obsessional States". Methuen. London. 1974.
- THOMPSON, R.F. y SPENCER, W.A.: "Habituation: A model phenomenon for the study of neuronal substrates of behavior". Psychol. Rev., 1966, 73, 16-43.
- TROWER, P. y cols.: "Social skills and mental health". Methuen. London. 1978.
- TURNER, S.M., HERSEN, M., BELLACK, A.S. y WELLS, K.C.: "Behavioral treatment of obsessive-compulsive neurosis". Beh. Res. & Ther., 1979a, 17, 95-106.
- TURNER, R.M., STEKETEE, G.S. y FOA, E.B.: "Fear of criticism in wa-

- shers, checkers and phobics". Beh. Res. & Ther., 1979, b, 17, 79-81.
- TURNER, S.M., HERSEN, M., BELLACK, A.S., ANDRASIK, F. y CAPPARELL, H.V.: "Behavioral and pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders". J. Nerv. & Ment. Dis., 1980, 168, 651-657.
- ULRICH, R., HUTCHINSON, R. y AZRIN, N.H.: "Pain elicited aggression". Psychol. Rec., 1965, 15, 111-126.
- VOGEL, W., PETERSON, L.E. y BROVERMAN, I.K.: "A modification of Rachman's habituation technique for treatment of the obsessive-compulsive disorder". Beh. Res. & Ther., 1982, 20, 101-104.
- WAGNER, A. R.: "Piming in STM: An information-processing mechanism for retrieval-generated depression in performance". En TIGHE, T. y LEATON, R. N. (Eds.): "Habituation: Perspectives from child development, animal behavior and neurophysiology". Hillsdale, N.J. Lawrence Erlbaum Ass., 1976.
- WALKER, V.J. y BEECH, H.R.: "Mood state and the ritualistic behavior of obsessional patients". Brit. J. Psychiat., 1969, 115, 1261-1263.
- WALTON, D. y MATHER, M.D.: "The application of learning principles to the treatment of obsessive-compulsive states in the acute and chronic phases of illness". Beh. Res. & Ther., 1963, 1, 163-174.
- WELNER, N. y HOROWITZ, M.: "Intrusive and repetitive thoughts af-

ter a depressing experience". Psychol. Rep., 1975, 37, 135-138.

WILNER, A., REICH, T., ROBINS, I., FISHMAN, R. y van DOREN, T.: "Obsessive-compulsive neurosis". Compr. Psychiat., 1976, 17, 527-539.

WOLPE, J.: "Psychotherapy by reciprocal inhibition". Stanford Univ. Press., Stanford. 1958. Trad. castellana: "Psicoterapia por inhibición recíproca". DDB. Bilbao. 1976.

WOLPE, J.: "The practice of behavior therapy". Pergamon. London. 1973.

WOODRUFF, R. y PITTS, F.N.: "Monozygotic twins with obsessional neurosis". Amer. J. Psychiat., 1964, 120, 1075-1080.

YAMAGAMI, T.: "The treatment of an obsession by thought-stopping". J. Beh. Ther. & Exp. Psychiat., 1971, 2, 133-135.

APENDICE I

CARACTERISTICAS DE LOS

Sujeto nº	Edad	Sexo	Obsesión/es	Consecuencias desastrosas	R emocional
1	24	M	Pensamiento	Pecado	Ansiedad
2	32	M	Pensamientos e imagen	Muerte esposa daño a hijos cadena perpetua	Hostilidad depresión y ansiedad
3	18	F	Pensam., imagen e impulso.	Caida cabello accid. tráfico actos sexuales	Ansiedad
4	39	F	Pensamientos	Cancer utero "8x4=26"	Ansiedad
5	28	M	Pensamientos	Ruina negocio Asesinato soc	Ansiedad
6	31	F	Pensamientos	Hijo deficiente hijo sin pie	Ansiedad
7	42	M	Impulso e imagen	daño a otros pierna "colgando"	Ansiedad y hostilidad
8	24	F	Pensamiento	Enfermar cron.	Ansiedad
9	32	F	Pensamiento	Contaminación	Ansiedad y depresión
10	39	M	Pensamiento	Contaminación	Ansiedad
11	17	F	Pensam. e imagen	Ser asaltada	Ansiedad
12	40	M	Pensamiento	Enfermar	Ansiedad y hostilidad
13	23	M	imagen	Accidente	Ansiedad
14	27	M	Pensamiento	Enloquecer	Ansiedad

Procedencia: los Ss anteriormente descritos fueron enviados por

Requisitos de admisión: para ser admitidos debían reunir los

- obsesiones como problema dominante
- compulsiones como problema dominante
- historia superior a un año.
- compromiso escrito de realizar la

SUJETOS EXPERIMENTALES

Compulsión/es	Resist.	Interf.	Creenc.	Hist. (años)	Problemas adicionales	PD Beck	
						pre	post.
Solics. confi	4	4	No	2	Sociales, mat	17	12
-----	5	4	Si	4	Trims. y dep Matrim., de presión y se xuales.	19	13
Comprobación y cruzar dedos	4	4	No	2'5	Ansiedad gra y fobia.	10	6
-----	4	3	No	8	Fobia, seks. y depresión	21	8
Comprobación	4	4	No	3	Indecisión, socs. y depr.	12	10
Reforma pensa mientos	5	4	No	4	Depresión	14	12
Movim. cabeza y pisar fuerte	4	3	No	12	Matrim., se xuales y socs depresión.	18	5
-----	4	3	Si	2	Indecisión y ansiedad gra	13	9
Limpieza	4	4	Si	5	Depresión y sexuales.	12	7
Lavados	3	3	No	6	Matrimoniales	11	10
Comprobar	4	4	No	2	Sociales e Indecisión		
Lavados	3	4	No	8	Sociales y matrimonial.	9	10
Comprobar	4	4	No	3	Depresión	14	9
-----	4	4	Si	4	Depresión	23	--

médicos, psicólogos, conocidos y alumnos de Psicología.

siguientes requisitos:

(Ss 1-8 y 14).

nte (Ss 9-13).

terapia.

APENDICE II

EVALUACION DE CONDUCTA INICIAL

Fecha:.....

Datos personales:

Nombre ..... Dirección .....

Teléfono ..... Edad ..... Profesión .....

Estado civil ..... Hijos .....

Terapia previa .....

Problemas médicos .....

Medicamentos actuales .....

Obsesiones/Compulsiones:

1. Tipo:..... Contenido: .....

Desarrollo histórico:

Comienzo: Edad:..... Modo:.....

Posibles factores precipitantes: .....

Desarrollo: .....

Frecuencia media..... Duración media.....

EE elicitadores .....

EE inhibidores .....

EE facilitadores .....

R emocional asociada a la obsesión:.....

R de neutralización: Si/No ; Forma: ..... Tipo: .....

Resistencia: ..... Interferencia:.....

Creencia en el temor:.....

Otros datos de interés:.....

2. Tipo: ..... Contenido:.....  
.....

Desarrollo histórico:

Comienzo: Edad:..... Modo:.....

Posibles factores precipitantes:.....  
.....

Desarrollo:.....

Frecuencia media:..... Duración media:.....

EE elicitadores:.....  
.....

EE inhibidores:.....

EE facilitadores:.....

R emocional asociada a la obsesión:.....  
.....

R de neutralización: Si/No ; Forma:.....

..... Tipo:.....

Resistencia:..... Interferencia:.....

Creencia en el temor:.....

Otros datos de interés: .....

3. Tipo:..... Contenido:.....  
.....

Desarrollo histórico:

Comienzo: Edad:..... Modo:.....

Posibles factores precipitantes:.....  
.....

Desarrollo:.....

Frecuencia media:..... Duración media.....

EE elicitadores:.....

EE inhibidores:.....

EE facilitadores:.....

R emocional asociada a la obsesión:.....

R de neutralización: Si/No ; Forma:.....

..... Tipo:.....

Resistencia:..... Interferencia:.....

Creencia en el temor:.....

Otros datos de interés:.....

Aspectos generales:

Rasgos de personalidad previos:.....

Síntomas precursores:.....

Desarrollo general del trastorno:.....

Incidencia familiar de patologías:.....

Otras patologías:

Estado de ánimo: PD. Beck antes tratam.:.....;Despues:.....

Conducta sexual:.....

Conducta matrimonial:.....

Conducta familiar:.....

Conducta social:.....

Conducta laboral:.....

Conducta de ocio:.....

Otras:.....

Motivación:.....

Expectativa de mejora:.....

Autodescripción:

Antes:

1. Aseertividad ME SIENTO: (Tímido) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Agresivo)

2. Confianza en si mismo (Inferior) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Confiado)

3. Estilo de escritura (Ansioso) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Relajado)

4. Autoestima (Despreciable) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Bueno)

5. Control sobre sí mismo (Impotente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Capaz)

Despues:

1. Aseertividad ME SIENTO: (Tímido) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Agresivo)

2. Confianza en si mismo (Inferior) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Confiado)

3. Estilo de escritura (Ansioso) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Relajado)

4. Autoestima (Despreciable) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Bueno)

5. Control sobre sí mismo (Impotente) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Capaz)

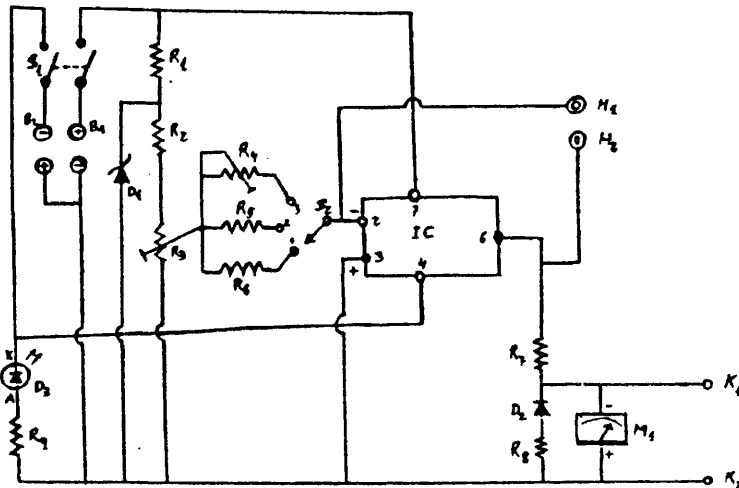
DESCRIPCION DEL CONTADOR DE RESPUESTAS EMPLEADO

El contador de respuestas "Behaviordelia" es un contador de muñeca que permite autorregistrar hasta una frecuencia máxima de 999 respuestas simplemente presionando sobre su corcha ligeramente. Por sus reducidas dimensiones y su diseño puede llevarse fácilmente junto al reloj de muñeca. La fotografía a continuación expuesta muestra este contador.



DESCRIPCION DEL PSICOGALVANOMETRO EMPLEADO

El psicogalvanómetro empleado sigue el sistema propuesto por Lowry(1977) aprovechando las capacidades de los circuitos amplificadores operacionales. En esencia consta de un amplificador de este tipo colocado como inversor. El circuito completo se muestra en la Figura abajo expuesta.

Características como medidor:

Sensibilidad: 2 kohmios.

Precisión:  $\pm 10\%$

Consumo: 7 mA(B) y 4'5 mA(B).

Corriente máxima a través de los electrodos=7'88 A.

Salida: microamperímetro de aguja.

Rango de medida: de 0 a 500 kohmios.



OTEC

CONTRATO TERAPEUTICO

El terapeuta, José Luis González Almenara,

se compromete a:

1. Asistir psicológicamente al paciente lo mejor posible de acuerdo con los conocimientos actuales y los medios disponibles.
2. No obligar al paciente a realizar ninguna acción u omisión en contra de su criterio moral, de su voluntad o de sus capacidades.
3. No engañar al paciente en ningún momento o detalle.

El terapeuta,

El paciente, .....

se compromete a:

1. Cooperar totalmente con el terapeuta, realizando las tareas que aquél considere oportunas y poniendo en ello su máximo interés, aún cuando las considere desagradables o difíciles para él.
2. No engañar ni omitir información al terapeuta.
3. Abonar los correspondientes honorarios profesionales.

El paciente,