

La Aparición Recurrente de Nuevas Obsesiones y Compulsiones

The Appearance of Successive New Obsessions and Compulsions

Gala Almazán Antón
Ámbito privado, España

Resumen. Se expone el caso de Óscar, un hombre de mediana edad que acude a consulta por segunda vez debido a la persistencia y a la generalización de ciertas obsesiones y rituales. Lo llamativo de este caso fue la dificultad para hacer frente a la aparición de nuevos pensamientos y compulsiones recurrentes que iban sustituyendo a los que se iban eliminando. Actualmente, este caso se encuentra en fase de seguimiento.

Palabras clave: Obsesiones, compulsiones, pensamientos invasivos, obsesión recurrente, rituales, comportamientos obsesivo-compulsivos, práctica clínica, terapia conductual.

Abstract. This article presents the case of Oscar, a middle-aged man who is attended for the second time due to the persistence and spread of some of his obsessions and rituals. The outstanding fact from this case is the difficulty to cope with the appearance of new recurrent thoughts and compulsions that are continuously replacing those that have already been eliminated. This case is currently under monitoring phase.

Keywords: Obsessions, compulsions, intrusive thoughts, recurrent obsession, rituals, obsessive-compulsive behaviors, clinical practice, behavioral therapy.

Introducción

En el presente artículo exponemos el caso de Óscar, un hombre de mediana edad que acude a consulta con motivo de ciertas obsesiones y rituales que le están suponiendo, desde hace años, serios problemas en su ámbito personal, social y profesional. Es la segunda vez que acude a un psicólogo, pues aunque la primera vez le ayudó, no consiguió erradicar su problema definitivamente, de forma que cada vez que ha tenido circunstancias desfavorables (más carga de trabajo, problemas familiares o sociales, etc.) sus obsesiones y rituales se han disparado.

La evaluación y la intervención psicológica se realizaron desde una orientación conductual (Maciá, Méndez y Olivares, 1993; Segura, Sánchez y Barbado, 1991) que consistieron en tres sesiones iniciales de evaluación, una cuarta sesión de devolución (donde se le explicó el análisis funcional del caso), diez sesiones de tratamiento y cinco de seguimiento (las dos primeras a los quince días, la tercera y la cuarta cada mes y las restantes se están realizando de momento cada 3 meses).

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: gala.almazan@gmail.com. <http://galaalmazananton.wordpress.com/>

Hay que tener presente que el trastorno obsesivo-compulsivo presenta una serie de características que obligan a intervenir de manera específica y con una serie de habilidades terapéuticas necesarias para que el tratamiento resulte exitoso (Gavino, 2005). Es por ello que este caso se ha considerado relevante en este sentido, en tanto en cuanto ilustra algunas de las dificultades con las que cualquier terapeuta puede encontrarse y que diferencian claramente los casos tradicionalmente publicados en la literatura científica con la práctica clínica real. Tal y como Gavino expone, algunas de estas dificultades implican saber actuar adecuadamente cuando el cliente insiste en que se le aclare una duda obsesiva, cuando no cree que pueda conseguir eliminar sus obsesiones y/o compulsiones, cuando empieza a realizar ciertos rituales en consulta, etc. Por lo que es importante que todos vayamos analizando estas dificultades y compartiendo aquellas medidas o pautas que hayan resultado exitosas a la hora de abordarlas, pues si bien muchas de estas complicaciones ocurren de manera improvisada, otras más frecuentes pueden resultar fáciles de prevenir o de tratar si se está preparado.

Evaluación e Intervención

La evaluación se realizó mediante entrevistas y autorregistros (para extraer las secuencias funcionales problemáticas). Estos últimos recababan información sobre la situación en la que se encontraba el cliente, sus pensamientos, lo que sentía en ese momento, lo que hacía (qué estrategias o conductas llevaba a cabo), así como las consecuencias obtenidas. En la primera sesión también se le administró un cuestionario general sobre distintos aspectos de su vida (datos personales, relación con familiares y amigos, actividades, relaciones sociales y profesionales, tratamientos anteriores, expectativas, etc.). Desde este modelo se parte de la premisa de que todo comportamiento es aprendido, por lo que al igual que se pueden aprender hábitos saludables y apropiados, se pueden aprender comportamientos desadaptativos (siguiendo los mismos mecanismos o procesos de aprendizaje). En este sentido, se trata de identificar tales secuencias o patrones de comportamiento (problemáticos o disruptivos) y modificarlas o sustituirlas por otros más adecuados. Todas las variables que pertenezcan al pasado interesan pero no son relevantes en tanto en cuanto no son funcionales (no se pueden manipular, esto es, no podemos ver los efectos de sus cambios, y muchas veces, además, carecemos de información suficiente sobre las mismas). Por lo que el elemento central de la evaluación es el análisis de las variables funcionales del problema, siendo dicho análisis la estrategia o herramienta que nos permite explicar, predecir y controlar el tipo de interacciones que el cliente ha establecido y mantiene con su entorno. En línea con esto, los elementos no se definen por su forma, sino en virtud de la función que desempeñan en un momento dado (ej.: un pensamiento puede “funcionar” como antecedente, como respuesta o como consecuente) y estas funciones pueden cambiar en distintos momentos o según la historia de aprendizaje de cada persona.

En la *primera sesión* (informal, no estructurada), se intentó obtener información, a través de la entrevista y con ayuda del cuestionario, para delimitar el problema por el que el cliente acudió a consulta, viendo si la demanda planteada era la adecuada. También se intentó conocer y controlar las expectativas del cliente. En este sentido, Óscar se mostraba angustiado y frustrado, pero motivado con la terapia, ya que la primera vez que recibió tratamiento psicológico le fue de gran ayuda. También se evaluó el alcance del problema para poder aprehender, de una forma global y mediante un trabajo de colaboración entre el cliente y el terapeuta, la magnitud de las dificultades que afectaban al cliente. Hay que destacar que en este caso el cliente llegaba a consulta con un diagnóstico previo del psicólogo que le atendió por primera vez y del psiquiatra que le estaba tratando (con citalopram, anafranil y lorazepam): “Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)”. No obstante, dado que no debemos atender a la etiqueta para determinar el tratamiento (éste lo marca el análisis funcional y, en todo caso, dicho diagnóstico sólo ha de servir de guía para la evaluación), fue preciso recoger todos los datos relevantes, partiendo desde cero, para clarificar el problema. Durante las *dos sesiones siguientes* se recabó toda la información necesaria de cara a poder establecer las hipótesis del análisis funcional y, por ende, diseñar el plan de tratamiento de forma que se pudieran verificar los resultados. El primer problema con el que nos encontra-

mos en esta fase consistió en que el cliente no siempre realizaba las tareas para casa. Lo que se hizo en primer lugar fue intentar averiguar el motivo por el cual no realizaba las tareas (dificultad en su realización, complejidad, falta de tiempo, olvido, incomprensión de lo que se solicita, etc.). Al no detectar ningún problema, se le planteó su interés real por solucionar el problema y se insistió en la necesidad de las tareas para casa y en el papel que desempeñan en la evolución de la terapia. Finalmente, y dado que las tareas eran adecuadas y que Óscar mostraba interés por las sesiones clínicas, cuando fueron dos las ocasiones en las que se presentó sin dichas tareas, se le solicitó que pidiera cita cuando hubiese realizado todas las tareas. Estas medidas, la mayoría propuestas por otros autores como Aurora Gavino (Gavino, 2005), supusieron un “castigo” para el cliente por no implicarse en la terapia. De esta manera, cuando se logró su implicación en el tratamiento, se prosiguió con el mismo.

En la *cuarta sesión*, una vez terminado el proceso de recogida de datos y analizados los mismos, se le hizo una devolución de la información obtenida, en forma de hipótesis explicativa del problema, acerca del origen y el mantenimiento del mismo. En este sentido, se destacó el desarrollo (en momentos tempranos de su historia de aprendizaje) de diversos miedos (sobre todo a lo desconocido, a la incertidumbre, a las enfermedades y a la muerte) por un proceso de modelado por parte de su madre y también influido por una educación muy religiosa por parte de su padre. Esto propició la aparición de ciertas obsesiones (ej.: miedo a la religión, a los malos presagios, a contraer una enfermedad y/o a morir) que le producían un intenso malestar y que se intensificaban en épocas de muchos cambios o estrés (cuando la persona se encontraba más vulnerable o condicionable). Ante la aparición de dichos pensamientos recurrentes, Óscar empezó a realizar una serie de rituales o compulsiones “neutralizadoras” que le permitían aliviar su malestar a corto plazo, por lo que se vieron mantenidos por un proceso de reforzamiento negativo. Dicho de otra forma, las estrategias que fue llevando a cabo Óscar eran claramente de escape (ej.: dar golpecitos, tocar algo un número determinado de veces, leer una palabra varias veces, cambiar las cosas al lado izquierdo, etc.) y/o evitación (ej.: llevar amuletos, medicación, evitar lugares o situaciones negativamente condicionadas, etc.).

Cuadro 1. Ejemplos de obsesiones y rituales del cliente

ANTECEDENTES PRÓXIMOS (estímulos condicionados e incondicionados)	PENSAMIENTOS OBSESIVOS (elicitadores de emociones negativas y discriminativos de las compulsiones)	COMPULSIONES, RITUALES, NEUTRALIZACIONES
Personas que han padecido enfermedades graves y degenerativas o incluso la muerte; palabras, temas o conversaciones asociadas con las mismas.	“Me va a pasar lo mismo”, “me puede pasar a mí”.	<ul style="list-style-type: none"> • Mirar su cara fijamente por series de números. • Leer las palabras varias veces, repitiéndolas o incluso leyendo las frases que las contienen. • Seguir viendo la serie o película hasta encontrar algo neutro o positivo que “lo anule”. Incluso cambiar de canal hasta encontrar algo neutralizador. • Evitar entrar en la conversación o incluso cambiar de tema.
Manchas, color negro, zonas oscuras, hojas muertas, esquinas, grietas, etc.	“Mal augurio”, “algo oscuro me va a pasar”, “muerte”.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar estímulos “neutralizadores” para él (ej.: color blanco; neutralizar con el número 3). • Evitar poner las cosas en manchas o zonas oscuras.
Lado derecho (a raíz de un dolor muy fuerte en su pierna derecha).	“Malo”.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar poner las cosas en el lado derecho. • Evitar sentarse en el lado derecho. • Acabar de hacer cosas (ej.: echarse crema) por el lado izquierdo.
Pisar la proyección de una representación, escultura, objeto, etc. religioso.	Mal presagio (miedo).	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar varias veces dando saltos, evitando volver a pisar la trayectoria que proyecta el objeto en cuestión.

Por otro lado, cobra relevancia un episodio de intenso malestar que experimentó durante un viaje como consecuencia de determinados acontecimientos transcurridos en los últimos meses (boda, viaje de novios, oposiciones, etc.). Este episodio tan desagradable le asustó mucho y agravó su miedo a que le ocurriera algo, condicionándose también diversos elementos asociados a dicho episodio (sensaciones físicas, elementos contextuales –avión-, etc.). No obstante, delante de gente (incluida su pareja) siempre ha procurado disimular o incluso evitar realizar tales compulsiones (“guardándoselas para después”) con el fin de evitar que se diesen cuenta o se preocupasen. Con el primer tratamiento psicológico, consiguió atenuar o reducir (pero no eliminar) ciertas obsesiones y rituales. Pero dado que ahora se habían producido nuevos cambios en su ambiente (fundamentalmente referidos a su incipiente paternidad), su activación aumentó considerablemente, disparándose las obsesiones y las compulsiones otra vez (pues es la forma en la que ha aprendido a aliviar, a corto plazo, su malestar). Dicho de otra forma, si bien cuando adquirió esos comportamientos le permitieron afrontar diversas situaciones de tensión o malestar (sin suponerle mayor problema), al aplicarlas en su día a día y mantenerse por las consecuencias obtenidas (alivio del malestar), con el paso del tiempo (especialmente en momentos de mayor estrés) se fueron intensificando y apareciendo en situaciones diferentes. El resultado fue que Óscar llegó a convertirse en “esclavo” de sus compulsiones y las pérdidas ya superaban las ganancias (por eso fue a consulta). Es decir, si bien cuando adquirió ese patrón de comportamiento obtenía ganancias (alivio del malestar) que superaban las pérdidas (inicialmente casi inexistentes), con el tiempo, las pérdidas fueron aumentando y superando a las ganancias. De hecho, esa tensión o malestar que le agotaba física y psicológicamente, se fue acumulando precisamente por mantener ese tipo de conductas problemáticas durante todo ese tiempo, independientemente de que luego hubiese temporadas en las que consiguiese controlarse más. Esto es, al seguir manteniendo (aunque a bajo nivel a raíz del primer tratamiento psicológico) ese tipo de comportamientos durante tanto tiempo, fue acumulando ese cansancio, de forma que en épocas en las que se encontraba peor, recaía. Se le dejó claro, por tanto, que había una serie de “ganancias” (aunque fuesen a corto plazo y menores que las pérdidas), que eran las que mantenían el problema. Sin embargo, las pérdidas se fueron volviendo más significativas (tiempo que perdía con sus rituales, falta de concentración, problemas con su pareja, familiares y amigos, cansancio o malestar consecuentes, bajo estado de ánimo, etc.). Esto mismo se aprovechó para explicarle las ventajas derivadas de la solución de su problema (tiempo para poder dedicarlo a otras cosas, alivio del malestar a corto y largo plazo, disminución de los problemas a nivel sentimental, laboral, familiar y social, eliminación definitiva del problema, etc.), en tanto que se consideró relevante para motivar al cliente en el proceso terapéutico.

Posteriormente, se pasó a explicarle en qué iban a consistir tanto los objetivos terapéuticos como la terapia en sí (que se deriva siempre única y exclusivamente de las hipótesis explicativas). Los objetivos clínicos que se establecieron fueron:

- *Disminución de sus niveles de activación, tensión o malestar.* Dado que Óscar manifestaba un elevado nivel de activación o estrés, se consideró necesario dotarle de una estrategia útil para el control de la ansiedad. Concretamente, este objetivo se abordó con un entrenamiento en *respiración controlada*. No obstante, su utilidad no radicó en su aplicación en los momentos de mayor ansiedad (al menos inicialmente, ya que independientemente de que Óscar recurriese a éstas u otras técnicas de afrontamiento, el malestar acabaría reduciéndose por el efecto de la exposición y la consecuente habituación y extinción de la respuesta de ansiedad), sino de combatir su nivel basal de ansiedad. Dicho de otra forma, de lo que se trató simplemente fue de favorecer el aprendizaje de estrategias más adecuadas que le permitiesen sentirse mejor y resolver sus problemas más fácilmente.
- *Reducir o eliminar, en la medida de lo posible, los pensamientos intrusivos (obsesivos).* Aquí se trató de eliminar los pensamientos disruptivos que aparecían en las situaciones problemáticas (ej.: miedo a tener una enfermedad degenerativa, a que Dios le castigara, a los malos presagios, etc.), con la técnica de la *parada de pensamiento* (con ayuda de *autoinstrucciones* y de *tareas distractoras*) o bien con la técnica de la *exposición* (para aquellos pensamientos más invasivos o recurrentes, a fin de que el cliente no tuviese que estar deteniéndolos constantemente –en cuyo caso le resultaría casi más disruptivo emplear la técnica

que tener dichos pensamientos-). Lo que se perseguía en todo momento era eliminar o cortar dichas verbalizaciones o, al menos, conseguir que dejasen de elicitar emociones negativas (por efecto de habituación fruto de la exposición repetida y continuada a los pensamientos). En cualquier caso, se esperaba que fruto de la exposición con prevención de respuesta (ver siguiente punto), Óscar fuese capaz de reestructurar sus propios pensamientos mediante pruebas de realidad (al comprobar que lo que él tanto temía, no sucedía), desapareciendo las obsesiones o pensamientos intrusivos consecuentemente.

- *Reducir o eliminar, en la medida de lo posible, las conductas de control* (rituales, comprobaciones, conductas neutralizadoras o compulsiones) con el fin de normalizar la vida de Óscar lo máximo posible en tanto en cuanto dichas conductas no han permitido la desaparición de las obsesiones. Este objetivo se ha abordado mediante la *exposición con prevención de respuesta*, pues ha sido el tratamiento con apoyo empírico que se ha revelado como el más eficaz en estos casos (Gavino, 2005), con ayuda de diversas autoinstrucciones. El objetivo de la exposición con prevención de respuesta (EPR) es que la persona compruebe que aquello que teme no ocurre, de forma que una exposición continuada al estímulo temido, junto con la no realización de la compulsión correspondiente, produce la habituación (y posterior extinción) de la respuesta de ansiedad ante dicho estímulo. Y dado que eran varios rituales y se daban en contextos diferentes, se dio la posibilidad de abordarlos uno a uno o todos en conjunto (a la vez). No obstante, Óscar prefirió uno a uno.

Asimismo, se le ofrecieron expectativas realistas de éxito, adecuadas y ajustadas a sus propias características personales y/o sociales, así como al tipo de intervención. Posteriormente iniciamos la fase de tratamiento, donde tiene lugar el proceso de cambio terapéutico mediante las técnicas elegidas por considerarse las más apropiadas al caso. En este caso se confeccionó con el cliente un listado o jerarquía de exposición (a realizar primero en imaginación y después en vivo), comentando con él las posibles consecuencias y dificultades a la hora de realizarla.

También se le dieron las pautas de exposición: permanecer ante el estímulo temido hasta que su nivel de ansiedad (evaluado mediante una escala subjetiva en USA –unidades subjetivas de ansiedad-) hubiese descendido al menos 3 puntos o hasta que dicho nivel fuese, como máximo, de 3 USA. Fue el cliente quien en todo momento indicó los pasos que se sentía capaz de dar y nosotros nos aseguramos de obtener éxitos seguros al principio, al ser éste un factor decisivo en el grado de motivación del cliente. A su vez, y en línea con lo anterior, se cuidó mucho el efecto que determinadas verbalizaciones por parte de la terapeuta podían tener sobre la conducta del cliente (ej.: al destacar la importancia de mantenerse ante un estímulo que discrimine la respuesta de evitación, reduciéndose así el valor discriminativo del mismo y contribuyendo a que el cliente no escape o evite dicho estímulo; al felicitarle verbalmente reforzando su esfuerzo e implicación, contribuyendo a que el cliente se implique más en la terapia; al utilizar autoinstrucciones como anticipadoras del reforzador –por ejemplo, dejar de sentirse mal en una situación concreta- durante la exposición, puede incrementar la duración de la misma), con el fin de propiciar siempre el buen avance terapéutico (Froján, Alpañés, Calero y Vargas, 2010).

No se recurrió a la utilización de un coterapeuta porque, tal y como se ha explicado anteriormente, Óscar era capaz de controlar su problema en presencia de otros, por lo que interesaba empezar a trabajar con él solo directamente. Además, algunos autores han concluido (a partir de la revisión de numerosos estudios) que la autoexposición es eficaz para el tratamiento de distintos problemas, entre ellos el trastorno obsesivo-compulsivo (Marks, 1987).

Cuadro 2. Ejemplos de ítems de la jerarquía de exposición. *El cliente debía exponerse a ítems como los que se muestran a continuación cumpliendo siempre con las pautas de exposición*

- “Continuar leyendo sin detenerse cada vez que se identifique una frase que contenga una palabra relacionada con alguna enfermedad o con la muerte”.
- “Ver un documental sobre alguna enfermedad sin cambiar de canal”.
- “Ir a un hospital, ambulatorio o centro de urgencias y permanecer el tiempo estipulado”.
- “Hablar con alguien sobre enfermedades y/o muertes”.
- “Cambiar la revista de sitio, poniéndola en un extremo (o en el sitio donde mayor tensión genere) y no volver a cambiarla”.
- “Depositar los objetos en cualquier mancha o zona oscura que se detecte en alguna superficie”.

En la *quinta sesión* se comenzó a trabajar la jerarquía en imaginación, pero al ver que el cliente superaba los diferentes ítems sin problemas, en las siguientes sesiones se pasó a exponerle directamente en vivo. De esta manera, en las tres siguientes sesiones (*sexta, séptima y octava*), se estuvo exponiendo a las diversas situaciones ansiógenas (como a la necesidad de colocar las cosas de una manera determinada para evitar “malos presagios”) sin llevar a cabo el ritual correspondiente. Estas situaciones las fue superando eficazmente sin que le generasen mayores problemas. No obstante, Óscar llegó a la *novena sesión* angustiado y nervioso, concluyendo que “su problema no tenía solución”, puesto que aunque las situaciones estipuladas las iba superando eficazmente (sin haber vuelto a realizar ningún ritual ante las mismas), aparecían otras nuevas obsesiones y compulsiones. Concretamente, reconocía su tendencia a extraer nuevas asociaciones entre cualesquiera que fueran los estímulos (ej.: de mi despacho era capaz de fijar su atención en diversos elementos que le podían generar malestar –un cuadro torcido, una grieta en la pared, etc.- y ante los cuales se sentía mejor realizando algún ritual). Y esto se acentuaba cuando tenía momentos de mucho estrés, lo cual le generaba “bajones” que, a su vez, le volvían más condicionable. Normalmente, cuando salía de consulta se sentía fuerte y pasaba los 2-3 primeros días bien, pero luego progresivamente se iba sintiendo cada vez más débil y le costaba más resistirse a sus obsesiones y compulsiones. Y esto le estaba empezando a generar más problemas en su ámbito personal (ej.: su mujer empezaba a preguntarle). Ésta fue la principal dificultad del caso, que podría apoyar los resultados encontrados por Montserrat Montaña Fidalgo y María Xesús Froján Parga a la hora de comparar las intervenciones en los problemas obsesivo-compulsivos publicadas en la literatura científica con las llevadas a cabo en la práctica clínica. Concretamente, las autoras encontraron tiempos de tratamiento significativamente más cortos en casos de obsesiones y compulsiones más fácilmente operativizables (vinculadas a estímulos externos muy concretos), mientras que comportamientos obsesivo-compulsivos más difusos (generalizados y complejos) se asociaban a tiempos de terapia más largos y valoraciones más negativas de los terapeutas en el momento del alta (Montaña y Froján, 2005). Esto guarda relación, en parte, con el grado de facilidad o dificultad, según cada caso, con que se puede aplicar la técnica de exposición con prevención de respuesta.

Lo que se hizo con Óscar fue explicarle nuevamente las técnicas de intervención y los procesos de aprendizaje implicados, normalizando su situación y tranquilizándole, haciéndole ver que no se trataba de que desapareciesen las obsesiones al 100%, sino de reducirlas lo máximo posible y, sobre todo, de evitar que provocaran esas emociones y/o discriminasen esas compulsiones (lo cual requería mucha práctica –tiempo de exposición-). Asimismo, y para solucionar el problema, se trabajó mucho el mantenimiento y la generalización de los resultados obtenidos hasta el momento, utilizando para ello diferentes situaciones estimulares y favoreciendo y optimizando el sobreaprendizaje de las nuevas conductas (mediante técnicas como el modelado, las instrucciones, la experiencia directa y las tareas para casa). Al mismo tiempo, fue necesario entrenar al cliente en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo, así como en estrategias de afrontamiento que le permitieron ir aprendiendo a ser “su propio terapeuta”.

Llegados a este punto cabe destacar la importancia que muchas veces tiene la explicación de los procesos implicados en el tratamiento, ya que pueden ayudar a las personas a entender por qué se hace lo que se hace, por qué se eligen unas técnicas y no otras, por qué se aplican de una manera en su caso y de diferente forma en otros, etc. En definitiva, es fundamental dejar claro que cada caso es único (aunque los procesos de aprendizaje sean universales, pues las funciones de los diferentes elementos implicados pueden variar en un caso u otro), tal y como defiende y trabaja el modelo conductual (Froján y Santacreu, 1999). Esto fue lo que permitió que Óscar extrajera los procesos implicados en su problema y en la solución del mismo, pudiendo así generalizarlos a todas las situaciones problemáticas que se pudieran presentar. De esta manera, aunque siguió con sus fluctuaciones (normales y esperables en todos los casos), aprendió a controlar su problema, tal y como se pudo comprobar en las cinco sesiones siguientes (*décima, undécima, duodécima, decimotercera y decimocuarta sesión*). A partir de entonces, y para el resto de sesiones, se decidió espaciarlas con el fin de comprobar el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

Resultados

Actualmente este caso se encuentra en fase de seguimiento, donde se está comprobando que el cambio terapéutico se está consolidando (los objetivos conseguidos se mantienen en el tiempo) y que la vida del cliente se está normalizando de nuevo (su estado general es más relajado, controla más sus pensamientos y ya no lleva a cabo rituales ni compulsiones disruptivas). En cualquier caso, se sigue haciendo mucho hincapié en que el cliente vea que las cosas no suceden por casualidad ni la gente hace cosas “porque sí”. Asimismo, se insiste en el hecho de que, en ocasiones, las circunstancias se muestran favorecedoras y ayudan a la rápida resolución de problemas, pero cuando estas circunstancias no se dan o se dan otras más problemáticas, dificultan un afrontamiento adecuado de las situaciones problemáticas, por lo que ha de estar alerta para evitar “dejarse llevar” y poder así poner en marcha las estrategias adecuadas (independientemente de que a veces tenga más o menos éxito). En este sentido, una preocupación que ha manifestado Óscar en estas últimas sesiones tiene que ver con el hecho de que él considerase que, precisamente por tener que continuar exponiéndose, “seguía enfermo”. Aquí hay destacar el papel del psiquiatra, quien le ha planteado en más de una ocasión que su “enfermedad” es “crónica” y que, por ello, precisa de medicación “para toda la vida” (de hecho, actualmente continúa con el citalopram 30 mg y el anafranil 75 mg debido a que no quiere retirarle la medicación de momento). Para resolver esto se reformuló el concepto de “enfermedad” y se le hizo ver que, si precisamente era capaz de exponerse sin llevar a cabo los rituales, era porque está mucho mejor de lo que estaba antes (es más “fuerte” o está afrontando el problema de la forma adecuada, encontrándose cada vez más cerca del éxito). Se ha intentado contactar varias veces con este psiquiatra para poder contar con su colaboración a lo largo de todo el proceso terapéutico; sin embargo, además de no conseguir contactar con él para coordinar actuaciones o discutir la conveniencia de la medicación, el cliente informó de que dicho profesional se mostró reticente a cambiarla debido al motivo expuesto anteriormente. Pero, tal y como se ha demostrado en numerosos estudios, a pesar de que en muchos casos se combine el tratamiento farmacológico con el psicológico, esto no está asociado con tiempos de terapia más cortos ni mejores resultados terapéuticos. Tal y como defienden las autoras en su artículo, esto pone de manifiesto la importancia que posee el modelo médico de “enfermedad mental” en nuestra sociedad actual, a pesar de la existencia de multitud de trabajos rigurosos que señalan la importancia de los planteamientos psicológicos en el origen y modificación de las conductas obsesivo-compulsivas (Montaño y Froján, 2005). Lo único que se ha podido hacer en el caso de Óscar (dado que los psicólogos no podemos prescribir ni retirar la medicación de un cliente), ha sido sugerirle consultar a otro profesional para que valore su estado y le dé su opinión al respecto. De nuevo, aquí nos encontramos con otra de las frecuentes dificultades que solemos tener los psicólogos a la hora de trabajar en equipo con otros profesionales que abordan los problemas exclusivamente desde el punto de vista médico o biológico. Esto no quiere decir que la medicación nunca resulte de ayuda, pues en ocasiones es incluso necesaria, de ahí la idoneidad de un abordaje multidisciplinar en estos casos. Pero no hay que olvidar que la medicación no enseña estrategias de afrontamiento y que simplemente supone una “medida de choque” a corto plazo. Esto, sin duda, puede ayudar al cliente a encontrarse mejor y, entonces sí, empezar a plantearse la resolución de su problema desde otra perspectiva (conductual) y no limitándose simplemente a tomarse la medicación. Pero para evitar que la persona dependa siempre de la farmacología (pues si el problema permaneciese sin resolverse y la persona no aprendiese otras estrategias, tendría que estar siempre medicada), es preciso enseñarle estrategias o habilidades que le permitan afrontar y resolver definitivamente sus problemas.

Conclusiones

Este caso destaca la necesidad de realizar un análisis funcional e individualizado para cada problema que nos llega a consulta, sin el cual en esta ocasión nos hubiésemos limitado a implantar un “paquete terapéutico” que, lejos de adecuarse a las circunstancias de esta persona, la hubiese frustrado más (si tenemos en cuenta las con-

diciones en las que llegó a consulta) y posiblemente hubiese eliminado toda esperanza acerca de la resolución de su problema.

Referencias

- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Froján, M. X., Alpañés, M., Calero, A. y Vargas, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22, 556-561.
- Gavino, A. (2005). *Tratando... Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Maciá, D., Méndez, F. X. y Olivares, J. (1993). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales* (2 vols.). Barcelona: Martínez Roca (original, 1987).
- Montaño, M. y Froján, M. X. (2005). Literatura científica y práctica clínica. Un estudio comparativo sobre la intervención en los problemas obsesivo-compulsivos. *Clínica y Salud*, 16, 237-251.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.

Manuscrito recibido: 11/02/2011

Revisión recibida: 12/08/2011

Manuscrito aceptado: 04/10/2011