

El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia

Una guía de desarrollo en la familia

Ana Isabel Rosa Alcázar



PIRÁMIDE

OJOS SOLARES
Desarrollo

PSICOLOGÍA

El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia

Una guía de desarrollo en la familia

Ana Isabel Rosa Alcázar

El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia

Una guía de desarrollo en la familia

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «OJOS SOLARES»

Sección: Desarrollo

Director:

Francisco Xavier Méndez

Catedrático de Tratamiento Psicológico Infantil
de la Universidad de Murcia

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Ana Isabel Rosa Alcázar, 2012

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN:978-84-368-2689-0

A José Ángel, Alberto y David, mis chicos.

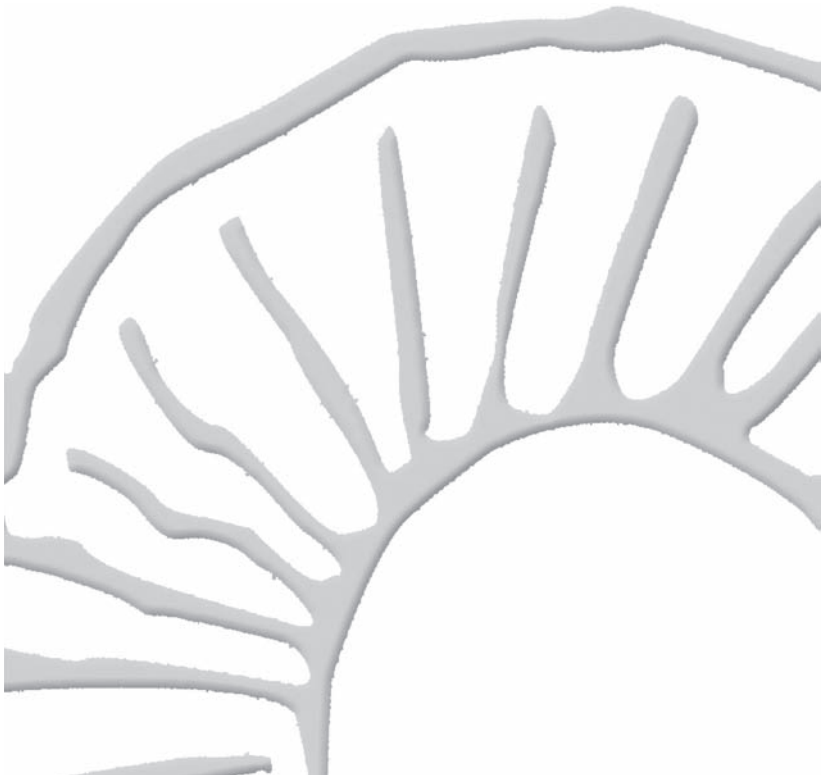
A Pablo y Ana, mis pequeños.

Índice

Introducción	11
1. Reconociendo el trastorno obsesivo-compulsivo	15
1. ¿Qué entendemos por trastorno obsesivo-compulsivo?	17
2. ¿Mi hijo tiene un TOC?	20
3. El TOC ¿lo padecen muchos niños?	23
4. Un problema tan viejo como el hombre mismo	24
2. Conociendo mejor el trastorno obsesivo-compulsivo	27
1. ¿Qué tipo de obsesiones hay?	29
2. ¿Qué tipos de compulsiones hay?	33
3. ¿Qué es la evitación y el escape?	35
4. ¿Por qué surge el TOC?	36
5. ¿Por qué se mantienen las obsesiones?	37
6. ¿Cuál es el curso del TOC?	40
7. Y los familiares ¿qué hacemos?	41
3. Evaluando las obsesiones y las compulsiones	45
1. Aprendemos cómo funciona la conducta-problema	47
2. Definiendo, observando y registrando la conducta-problema	52
3. Construyendo la línea de base	57
4. Profundizamos en los antecedentes y consecuentes de la respuesta-problema	59
5. Otros instrumentos de medida	60

4. Al ataque con el problema	67
1. Un ligero preámbulo	69
2. El mejor ataque: la exposición con prevención de res- puesta en familia	71
2.1. Conociendo un poco esta herramienta	71
2.2. Paso previo: las autoinstrucciones	72
2.3. Comenzamos la exposición con prevención de res- puesta	75
3. Otras herramientas a utilizar: las técnicas cognitivas	82
4. El importante papel de la familia	83
5. Aprendemos más medios de contraataque	87
1. Reforzar los logros y volverlos a reforzar	89
2. ¿Qué hacemos con el castigo?	93
3. La famosa economía de fichas	94
4. Abundando en el refuerzo y en el papel de la familia ..	97
6. Llegamos a la meta, pero ¡ojo con las recaídas!	99
1. Prevenir las recaídas y consolidar los logros	101
2. Seguir los efectos a medio y largo plazo	103
Bibliografía recomendada	107

INTRODUCCIÓN



¿Puedo ayudar a mi hijo o hija en sus obsesiones? Es la pregunta tantas veces planteada en la consulta, mediante *e-mail*, por teléfono... de padres, madres, abuelos, educadores, etc., que ya no saben qué hacer para ayudar a sus pequeños.

Queridos padres, madres, abuelos, educadores, sufridores con vuestros hijos, nietos, etc., por un problema que conlleva repercusiones muy importantes en el desarrollo emocional, académico, social, etc., de éstos. Sí podéis hacer, y mucho, por paliar el malestar y/o las preocupaciones obsesivas de vuestros menores. Esta guía pretende ayudaros tanto en la comprensión del problema como en el tratamiento del mismo, mediante la puesta en práctica de algunas indicaciones, juegos, tareas que permitirán que las obsesiones o preocupaciones excesivas vayan disminuyendo.

Hemos de recordaros que el trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC) no es una manía pasajera que el niño/a tiene y que dejará de hacerle caso cuando él quiera. ¡No! Se trata de un problema más complejo en el que el menor se encuentra encerrado y no sabe cómo salir de él.

Las obsesiones y compulsiones, principales respuestas del TOC, interfieren en la vida académica, social y familiar del niño. Lo pasa verdaderamente mal. Por ello, queremos aportar

nuestros conocimientos para así aprender a detectar cuanto antes al TOC.

Con este libro y de la mano de nuestros principales protagonistas y el tratamiento del TOC. Esta familia está compuesta por Pablo de 7 años de edad, que padece obsesiones y compulsiones; Ana y David, los padres de Pablo; Anita, su hermana; María, la abuela del niño, y M.^a Ángeles, la profesora actual de Pablo.

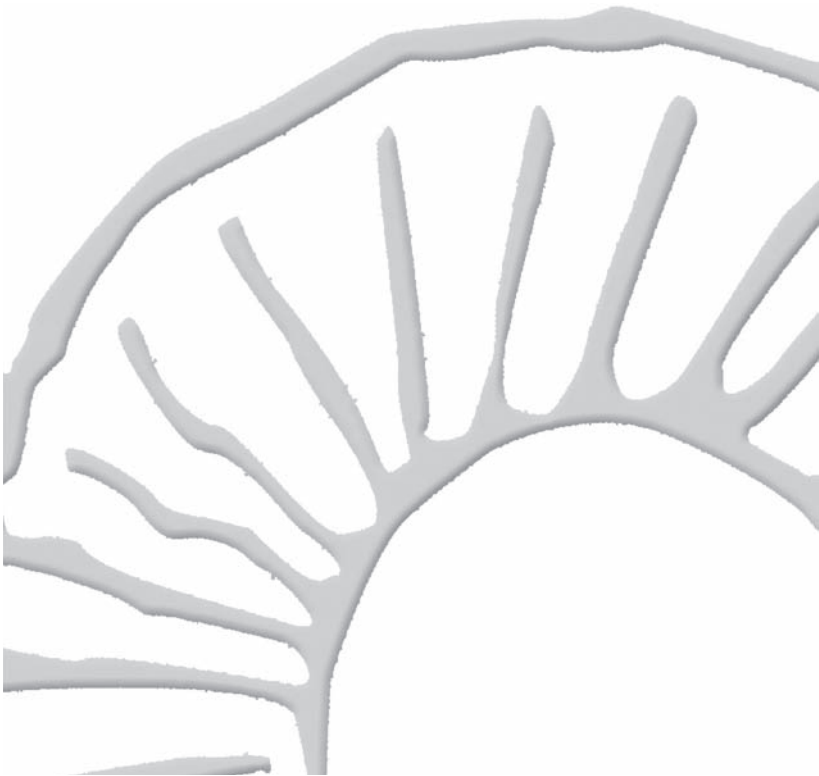
En el primer capítulo del libro describimos en qué consiste el trastorno obsesivo-compulsivo, sus principales síntomas y características clínicas más destacadas, indicando algunos datos epidemiológicos. En el segundo capítulo nos adentramos en el conocimiento de las obsesiones y compulsiones y en las teorías etiológicas y de mantenimiento conocidas hasta el momento. En el tercer capítulo enseñamos a cómo evaluar este problema, definiendo, observando y registrando sus respuestas-problema, sus antecedentes y consecuentes. En el cuarto capítulo nos centramos en el tratamiento, concediendo un papel privilegiado a la exposición con prevención de respuesta y a la intervención de la familia. En el quinto capítulo contemplamos algunas de las intervenciones centradas en el enfoque operante, destacando la importancia del refuerzo y de la economía de fichas. Finalizamos este manual haciendo hincapié en la importancia de prevenir las recaídas y el seguimiento de los logros como meta final para vencer al TOC.

Nuestro principal deseo es que la lectura y aplicación de lo indicado a lo largo de este libro ayude a eliminar, lo antes posible, el sufrimiento y limitaciones del menor, permitiéndole vivir lo más plenamente feliz que le corresponde en esta etapa de su vida.

Este trabajo es resultado de la investigación 08703/PHCS/08, financiada con cargo al Programa de Generación de Conocimiento Científico de Excelencia de la Fundación Séneca-Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia en el marco del II PCTRM 2007-10

CAPÍTULO 1

RECONOCIENDO EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO



1. ¿Qué entendemos por trastorno obsesivo-compulsivo?

Conocer para comprender es el lema de nuestro manual. No podemos ayudar si no sabemos qué está ocurriendo en la cabeza de nuestros menores, por qué hacen cosas raras, evitan situaciones o estímulos, se comportan de forma tan extraña. No los entendemos y podemos hacer que su problema sea más doloroso o, incluso, que se mantenga más tiempo. Por ello, es importante responder a la pregunta: ¿qué es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC, en adelante)? Este problema se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las primeras consisten en ideas («no puedo tocar la mesa porque me voy a contaminar»), imágenes horribles y repugnantes («no soporto la imagen, la foto que me viene a la cabeza es asquerosa») o impulsos («parece que me voy a desnudar delante de la gente») intrusivos no deseados, que se describen usualmente como rechazados por quienes los sufren. Estas ideas causan gran ansiedad y malestar, resultando muy difícil o imposible suprimirlas. Los pensamientos obsesivos son el modo más frecuente de aparición. El menor puede tener pensamientos recurrentes acerca de temas relacionados con el peligro o el daño a sí mismo o a sus padres, con los gérmenes y las enfermedades, con el orden, con la realización de las tareas escolares, con

el sexo, etc. Es posible que se presenten diferentes temáticas obsesivas en una misma persona o que vayan cambiando a lo largo del curso del trastorno. Esta sensación de pérdida de control sobre la propia conducta es percibida de una forma muy intensa, aunque esto no quiere decir que finalmente realice la conducta temida. En edades tempranas es frecuente que los niños no sepan reconocer o explicar en qué consisten sus obsesiones, e incluso, en ocasiones, las pueden describir como voces dentro de su cabeza, siendo lo más manifiesto la compulsión o ritual que realizan y que pueden obligar a realizar a los demás. Así decía nuestro pequeño Pablo, de 7 años de edad:

«Mamá, cuando veo mis manos sucias (no lo estaban pero él así las sentía) tengo que lavarlas porque si no, me siento muy mal. No quiero que me obligues a coger el vaso de mi hermana, ni tus cubiertos, ni los lápices que traigo del colegio, ni..., ni..., ni... Lávalos y después yo los cojo, ¿vale?... Pero lávalos más de una vez, que si no, no los toco».

Imaginemos a la mamá de Pablo, Ana, realizando lo que el niño le pedía cada vez que debía aproximarse o tocar cualquier estímulo que él consideraba peligroso. Pero Ana, con tal de que su hijo estuviera más tranquilo, hacía lo que el niño deseaba. Al principio, creía que eran verdaderas tonterías de «este niño cabezón que quiere manipularnos a toda la familia». Y así lo indicaba el padre, David: «Ana, ¿no te das cuenta de que Pablo sólo pretende manejarnos a su interés? Yo no voy a entrar en su juego y tú tampoco deberías hacerlo». Más de un problema tuvieron en casa por este motivo.

Pero Pablo no sólo tenía obsesiones con la limpieza, sino que éstas fueron las primeras en aparecer para seguir dando paso a otras. Así, a la hora de realizar las tareas del colegio repasaba, repasaba y volvía a repasar los trabajos impidiendo de este modo avanzar y finalizarlos. Aquí, junto a la paciencia de la madre, Ana, el niño medía el aguante de su profesora, M.^a Ángeles, harta de repetir a su alumno que dejara de remirar y borrar los deberes. ¿Qué pensaba Pablo?

«Creo que no están bien hechos los deberes. Si no los repaso, los tendré mal, y yo quiero tenerlos bien. *Seño*, ¡déjame que los repase porque si no, estarán mal!»

Tenía miedo a cometer errores y la única forma de evitarlos era revisar las tareas. ¿Cuántas veces? Cada vez más. Y aquí es donde aparecía el verdadero problema del niño. Su miedo al error le llevaba a no poder finalizar nunca sus tareas escolares ni en clase ni en casa. Era un auténtico calvario para él y los de su entorno.

Pero para comprender mejor el caso de Pablo no podemos olvidar sus preocupaciones excesivas por la salud de su hermana, Anita. Ésta tenía 2 años y había estado hospitalizada durante una semana por una infección cuando tenía 16 meses. Pablo se había quedado al cuidado de su abuela María durante este tiempo, y a raíz de entonces comenzó a preocuparse por si tenía la culpa de que su hermana hubiera enfermado. Él había querido quitarle su juguete preferido, haciéndole llorar unos días antes de ponerse enferma. Ante esto, cada vez que pensaba en cualquier juguete de su hermana o veía alguno, le venía la imagen de su hermana enferma, muy enferma y todos llorando porque había muerto. ¡Era terrible y se consideraba un niño malo! Para ello, ¿qué hacía? Rezaba al Niño Jesús por su hermanita y llamaba a la abuela para que también rezara 10, 20, 30 oraciones y de este modo no ocurriera nada. Además, no podía ver los juguetes de su hermana. Se tapaba los ojos cuando los tenía delante y obligaba a su madre a que los quitara de su vista, permitiendo, eso sí, que su hermana jugara con sus juguetes (los de Pablo).

Como ya os habréis dado cuenta, junto con las obsesiones, y para eliminar el malestar de las mismas, aparecen las *compulsiones*. Éstas suelen ser respuestas motoras o encubiertas (mentales) que se caracterizan por ser muy repetitivas, pudiendo llegar a ser realizadas de forma muy estricta, convirtiéndose en verdaderos rituales. El niño/adolescente siente la necesidad u obligación de realizar estas respuestas para poder neutralizar y eliminar la ansiedad. Generalmente, los rituales o las respuestas de evitación están relacionados con situaciones que implican el contenido

obsesivo de la persona. Por ejemplo, la obsesión por el contagio llevaba a Pablo a no querer tocar objetos, a lavarse las manos, a obligar a su madre a lavárselas y limpiar los objetos, etc. La obsesión de no cometer errores le llevaba a repasar una y otra vez las tareas escolares, a borrar y reescribir de nuevo. No obstante, en muchas ocasiones, no se observa una relación lógica entre la compulsión y el contenido de las obsesiones, sino que son inventados por el menor. Así, Pablo, ante el miedo a que su hermana enfermara y muriera, rezaba y obligaba a rezar a su la abuela María una y otra vez las mismas oraciones (algunas de ellas inventadas).

Pero además, las obsesiones pueden llevar a la evitación del estímulo temido. ¿Qué hacía Pablo para evitar la obsesión por la contaminación y la enfermedad de su hermana? Intentaba no tocar los objetos hasta comprobar que la mamá los hubiera limpiado, y no permitía que su hermana jugara con ninguno de sus juguetes, pidiendo a su madre que los quitara de su vista.

Ana se planteaba las siguientes preguntas: ¿Por qué mi hijo hace estas cosas? ¿Es que no las puede controlar? Nosotros respondemos a la madre diciéndole que el niño se ve atrapado por esos pensamientos e imágenes desagradables y sus consiguientes respuestas repetitivas y rituales sin poder controlarlos, causándole todo ello mucha ansiedad y malestar.

Algunos niños, y sobre todo los adolescentes, suelen percibir estas manías como ridículas, vergonzosas, e intentan ocultarlas o justificarse con razonamientos simples. Ésta puede ser una de las causas que dificultan la detección del problema en sus primeros momentos de aparición. Por ello, es importante observar las conductas extrañas e irracionales del niño/adolescente pero... sin *obsesionarse*.

2. ¿Mi hijo tiene un TOC?

La pregunta clave de Ana es la siguiente: ¿Es un TOC lo que mi hijo tiene o es una manía pasajera? Hemos de tener en cuen-

ta que en los niños y adolescentes es frecuente la presencia de pensamientos y comportamientos aparentemente similares a las respuestas obsesivas y compulsivas, pero que no son ni un indicador de riesgo ni una manifestación precoz de la enfermedad, sino que se trata de comportamientos evolutivos. ¿Cuándo podemos considerar que se trata de una obsesión? Será una obsesión si:

1. Ese pensamiento, imagen o impulso se autoimpone, no se lo puede quitar de la cabeza. Aparece de forma automática en nuestra mente. «No puedo tocar los cubiertos porque tienen bichitos», «tengo que hacer bien las tareas», «mi hermana puede enfermar»... pero la aparición es de forma repetitiva, generadora de ansiedad o malestar y repercute en el estado de ánimo del niño o niña. ¿Qué le sucedía a Pablo? Si no limpiaba los objetos, él o su madre, si no repasaba o quitaban los juguetes de su hermana, se enfadaba, lloraba, se ponía muy nervioso. Pero esa ansiedad, una vez realizado lo que él pedía o necesitaba, volvía a aparecer. Hete aquí que, en el problema del TOC, la ansiedad decrece tras el ritual, pero rápidamente vuelve a aparecer con la misma intensidad, y en algunos casos, mayor, ya que la obsesión vuelve de nuevo a su mente.
2. La obsesión es algo más que una idea fija. Las ideas fijas, una vez alcanzado lo deseado, suelen desaparecer. Así, un niño con miedo a suspender los exámenes, una vez examinado, desaparecerá su problema, su idea fija; un adolescente preocupado por su acné, se mirará al espejo, se echará sus cremas, se enfadará cuando vea los *puntos negros* en su cara, pero no se sentirá invadido una y otra vez por su pensamiento sobre los puntos negros ni le llevará a realizar compulsiones para que no aparezcan. Si esto fuera así y además repercutiera en su vida escolar o social, estaríamos quizá ante un TOC. No obstante, debemos diferenciarlo de otros problemas, que más adelante mencionamos, como pueden ser los tics, la anorexia nerviosa, las fobias, etc.

Tampoco todos los rituales son compulsiones. Existen rituales evolutivos, propios de la edad, como coleccionar y acaparar objetos, ver un dibujo animado una y otra vez, ordenar repetidamente unas piezas, contar números, exigir que le cuenten el mismo relato varias veces, etc. Las diferencias entre rituales patológicos y evolutivos son las siguientes:

- a) El ritual evolutivo *provoca en el niño una emoción agradable, placentera, disfruta de lo que hace, mientras que el patológico se realiza con el fin de disminuir el malestar, la ansiedad, que inmediatamente vuelve a surgir sintiéndose irritable y/o agresivo.*
- b) El ritual evolutivo *no interfiere* en la vida del niño o la niña, mientras que el patológico produce gran interferencia. *¿Qué hacía Pablo? Debía repasar una y otra vez, impidiéndole finalizar las tareas y marcharse a jugar; debían lavar los objetos él y su madre varias veces, perdiendo mucho tiempo en estos actos...*
- c) La *finalidad del ritual evolutivo es pasarlo bien*, mientras que la del patológico es eliminar las obsesiones. Se siente obligado a hacer el ritual para evitar que suceda algo malo (su hermana enferme, se contamine, se equivoque). Por ello, el ritual patológico se impone con tal fuerza que se convierte en algo desagradable, aversivo, pero al que está obligado para evitar un malestar o un miedo mayor.
- d) El *ritual patológico es estereotipado*. Es decir, siempre se realiza del mismo modo. Se repite una y otra vez siguiendo un mismo esquema. La mamá de Pablo debía lavar los cubiertos con jabón 3 veces, después enjuagarlos otras 3 y volverlos a lavar 3 veces. Pablo se lavaba las manos 4 veces, las secaba siempre con una toalla limpia y las volvía a lavar 4 veces. Tras sus segundos lavados, las secaba con otra toalla y ya no tocaba nada más que los cubiertos y platos lavados por Ana, su madre. Todo estaba medido y organizado. Pero ¿esto fue siempre así? No. Como Ana nos indica y así suele suceder, se comienza con un lavado, pero a medida que se va instaurando

el TOC, el número de lavados, repasos, rezos, compulsiones aumentan, comenzando a incapacitar más al sujeto. Por lo tanto, hemos de tener claro, como después comentaremos, que la puesta en práctica de los rituales aumenta el problema.

Respondiendo a la pregunta de Ana, también hemos de tener en cuenta que, en bastantes ocasiones, la persona con TOC prefiere evitar la situación que desencadena las obsesiones. En el caso de Pablo, intentaba no tocar los cubiertos, no quería ver los juguetes de su hermana. ¿Qué estaba haciendo? Prefería quitar de su vista aquello que le provocaba su obsesión. Pero ¿la evitación soluciona el problema? De nuevo hemos de contestar que no. La evitación mantiene el problema e incapacita al sujeto para que lleve una vida normal. Nuestro niño no dejaba a su hermana jugar con sus juguetes, y no sucedía, pero podría haber ocurrido, que se negara a ir al cole para no tener que hacer los deberes.

Querida Ana, parece que Pablo puede tener un TOC. Pero sigamos analizando. Queridos padres, profesores, familiares, si empezáis a observar que algo de esto sucede, seguid leyendo y comprobando, junto con Ana, qué más debe ocurrir para saber qué le pasa a este menor.

3. El TOC ¿lo padecen muchos niños?

Ana también estaba preocupada por si estos comportamientos eran frecuentes o no en los niños. Había escuchado y leído que aparecía en los adultos pero no en niños pequeños. Demos datos a Ana.

Actualmente, se considera que el TOC es el tercer trastorno mental más común en esta franja de edad, tras las fobias y la depresión mayor. Incluso las investigaciones nos indican que el 80 por 100 de adultos con TOC iniciaron su problema en la infancia, aunque pasaran desapercibidos en esta etapa.

La Asociación Americana de Psiquiatría informa de que los estudios en la población general realizados en niños o niñas y adoles-

centes han estimado una prevalencia global del 1 al 2,3 por 100 y una prevalencia anual del 0,7 por 100. Es un dato importante.

Otros investigadores informan de que la prevalencia del TOC aumenta exponencialmente conforme crece la edad de niños y niñas encontrando que entre los 5-7 años se da una incidencia del 0,026 por 100; de 8-10 años, aumenta un 0,14 por 100; entre 11-12 años, se eleva un poco más hasta un 0,21 por 100, y de 13-15 años, el porcentaje es bastante más alto, un 0,63 por 100. Por el contrario, las tasas encontradas en los estudios con adolescentes mayores son más altas hallándose cifras que oscilan desde un 2 a un 4 por 100 de incidencia. En España, la incidencia del TOC en una muestra de jóvenes de 18 años ha oscilado entre un 0,7 y un 1,4 por 100.

En cuanto a la edad de inicio del TOC, los investigadores indican que el riesgo de padecer el problema aumenta con la edad. La adolescencia tardía parece ser el momento donde existe una mayor vulnerabilidad para desarrollar el TOC, concretamente entre los 17 y los 22 años. Sin embargo, también es frecuente que el trastorno se inicie en la infancia. Según varios estudios, en un 80 por 100 de los casos, el trastorno comienza a desarrollarse antes de los 18 años, y al menos en un 50 por 100 se inicia en la niñez. No obstante, uno de los datos más aceptados es que el trastorno obsesivo-compulsivo podría seguir una distribución bimodal cuando se inicia en los primeros años, la cual presenta dos picos de edad, uno en la primera infancia, de 5 a 8 años, y otro al comienzo de la pubertad, a los 12-14 años. En cuanto al estudio de la prevalencia en poblaciones clínicas, la heterogeneidad de los datos es todavía mayor, oscilando desde un 0,2 a un 16,9 por 100.

Querida Ana, tenemos un grupo importante de niños y adolescentes que sufren este problema. Por ello es importante detectar e intervenir tempranamente para paliar el sufrimiento y evitar que el TOC siga apoderándose del pequeño.

4. Un problema tan viejo como el hombre mismo

Ana quería seguir conociendo este problema y nos preguntó: ¿Desde cuándo se conoce este problema? Querida Ana, el tras-

torno obsesivo-compulsivo es uno de los problemas más antiguos con los que nos encontramos en la historia. Desde el inicio de la especie humana, algunos individuos llamaban la atención debido a su comportamiento extraño, irracional o desadaptado, resultando perturbador para quienes lo padecían y para los que se encontraban en su entorno.

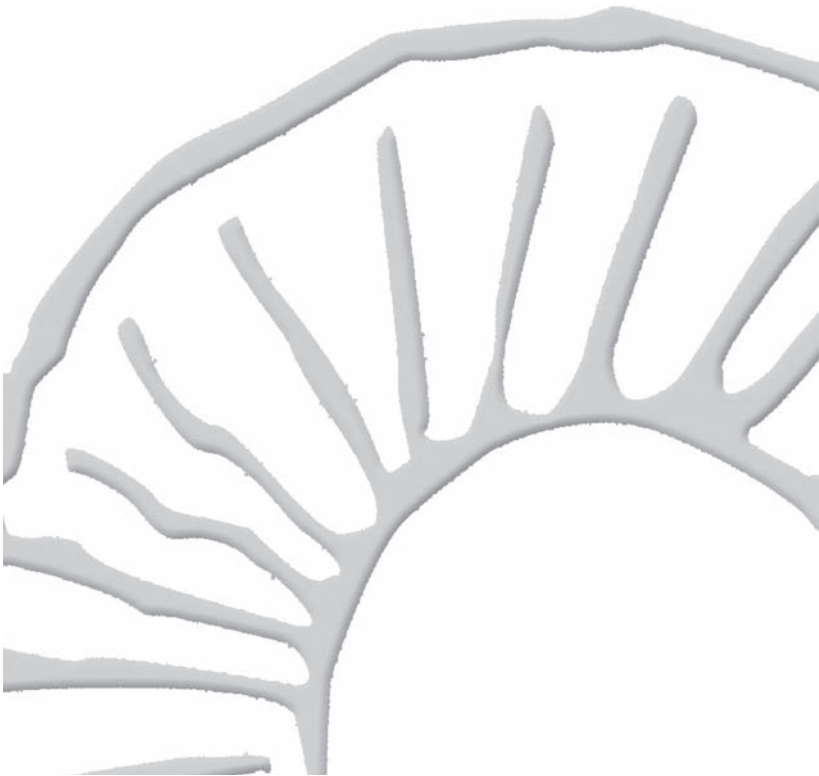
Se ha observado cierto parentesco entre el comportamiento obsesivo-compulsivo y las creencias supersticiosas y rituales que se han realizado con frecuencia desde la prehistoria, ya que éstas seguían reglas muy estrictas y repetitivas en su realización y tenían el objetivo de intentar prevenir los acontecimientos negativos augurados por las supersticiones. Por tanto, ¡cuidado con la superstición! En los siglos XVI y XVII, la literatura religiosa española hace referencia a los «escrúpulos», dudas religiosas acerca de la fe o el pecado, que resultaban imposibles de reprimir para el que las padecía, generándole un gran malestar y llegando a necesitar ayuda de sus directores espirituales para superar este problema. En la antigua Grecia surge el modelo biomédico, teniendo como fundador a Hipócrates. Esta corriente se extendió a Roma y a gran parte de los países árabes; sin embargo, éste volvió a ser desplazado en la Edad Media por el modelo demonológico, persistiendo solamente en los países musulmanes hasta entrado el siglo XVII, en el que se instauró definitivamente. Para este modelo el comportamiento anormal era debido a anomalías o deficiencias orgánicas del cerebro. De este modo nace el concepto de enfermedad mental, y los que antes se consideraban poseídos por los malos espíritus, pasan ahora a ser observados como enfermos mentales, que comienzan a ser tratados por médicos y psiquiatras e internados en hospitales y centros especializados. Los tratamientos consistían en la administración de brebajes y cirugías cerebrales que, en ocasiones, podían resultar mortales para los enfermos. Asimismo, y gracias a los avances en la medicina, la fisiología y otras ciencias, surge el estudio y el interés por desvelar las bases biológicas de los diversos trastornos mentales. Pero los antecedentes más remotos de la psicología infantil propiamente dicha, surgida en el siglo XX, se sitúan en el siglo XVII. Hasta ese momento se había venido

considerando al niño como un ser similar al adulto, y las explicaciones acerca del comportamiento anormal regían igual para ambos. Sin embargo, los cambios producidos en las condiciones de vida dieron lugar a un aumento del interés por la educación y el buen desarrollo de los hijos. Además tuvieron gran impacto las ideas de autores como Rousseau, que afirmaba que el niño era un ser peculiar y diferente al adulto con sus propias formas de percibir y de pensar acerca del mundo. Legrand du Saulle es el primero en hacer referencia a la existencia del trastorno obsesivo a edades tempranas. En sus escritos menciona la presencia de pensamientos irresistibles que producen angustia en la persona, llevándolo a la realización de las compulsiones para eliminar el malestar. También describe otras características, confirmadas en la actualidad, como su inicio en la infancia, su comienzo abrupto y su curso variable. Leo Kanner abordó el estudio del TOC, describiendo la personalidad de los niños que padecían el trastorno, señalando cierta similitud con los tics e indicando que los padres solían ejercer un estilo educativo autoritario con altos niveles de exigencia y perfeccionismo, llegando, en bastantes ocasiones, a facilitar e implicarse en los rituales de sus hijos. Desde ahí hasta nuestra época, los compendios psiquiátricos (DSM y CIE) han ido recogiendo, reagrupando y definiendo el TOC, indicando que la característica fundamental del problema es la presencia de pensamientos, imágenes e impulsos obsesivos o actos compulsivos recurrentes, que provocan ansiedad o incapacidad en el sujeto. Las compulsiones son respuestas estereotipadas que se repiten una y otra vez, cuya única misión es prevenir que ocurra algún hecho objetivamente improbable. Se subraya la importancia de la gravedad, lo absurdo de las preocupaciones y obsesiones, y la realización de las compulsiones como neutralizador de las mismas.

Como ves, Ana, el TOC es tan viejo como la vida misma, pero vayamos conociendo sus causas y tratamiento poco a poco y de forma progresiva.

CAPÍTULO 2

CONOCIENDO MEJOR EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO



1. ¿Qué tipo de obsesiones hay?

Volvemos con Ana y sus preguntas: ¿Por qué Pablo tiene varias manías? Pablo no sólo tenía una obsesión, como ya hemos comentado, sino que presentaba varias obsesiones o manías: de contaminación, de error y desgracia o enfermedad. Hemos de saber que la mayoría de los sujetos que presentan un TOC tienen varios tipos de obsesiones, y su temática puede ser variada, aunque se suelen concentrar en dos o tres temas. Las ideas obsesivas pueden comprender daño, riesgo o peligro de contaminación con suciedad, gérmenes o productos químicos, dudas acerca de la seguridad de una conducta, temores de agresión con palabras o hechos, preocupación por la asimetría o por cometer errores, etc. Describimos las más comunes.

- a) *Obsesiones de contaminación.* Son las más frecuentes. Al niño/adolescente le preocupa mancharse, ensuciarse o que se ensucien o manchen los que están cerca de él. A veces cree que hay organismos o gérmenes que, aunque no se ven, están presentes en el ambiente y hay que deshacerse de ellos para no contaminarse. Pablo estaba obsesionado con que en los cubiertos, platos, vasos, en sus utensilios escolares podría haber bichitos, y él no quería

ni comerlos ni tocarlos. La intensidad del malestar aumentaba si en ese objeto había comida o bebida, o si con sus manos había tocado la comida sin haberlas lavado previamente varias veces. Existen otras obsesiones también relacionadas con la contaminación cuyo tema principal son las basuras, secreciones, sida, etc.

- b) *Obsesiones de error, de duda.* Es el segundo tema más frecuente. En este caso, el niño/adolescente está en alerta por si pudiera haber cometido un error. Estas obsesiones le conducen a la preocupación excesiva que le obliga a preguntarse una y otra vez si lo habrá hecho bien. La duda aumenta la ansiedad, y ésta lleva a la compulsión. Pablo temía no hacer bien sus tareas escolares, por ello repasaba continuamente, no estando nunca seguro de lo que había hecho. Pensaba: «A lo mejor me he salido de la raya, a lo mejor la letra no está bien hecha, ¿y si he escrito lo que no tenía que escribir?, ¿y si la *señ*o me pregunta otra cosa que no he puesto?... y si, y si, y si...». Eran los «Y SIS» que no le dejaban en paz. Dentro de las obsesiones de error, podemos encontrar también las relacionadas con haber cerrado bien algo. ¿Estará o no apagado el gas?, ¿estará bien cerrado el coche?, ¿estará bien cerrada la puerta?... El miedo principal es a que suceda algo malo, una catástrofe. Otro tipo de obsesión agrupado en este apartado es la obsesión por no decir lo correcto. ¿Y si no he dicho lo que tenía que decir?, ¿y si he hablado en exceso? El menor, ante tanto «Y SI» puede terminar evitando las situaciones o preguntando una y otra vez: ¿cómo lo he hecho? O narrando hasta el aburrimiento a distintas personas su comportamiento para que le indiquen si ha actuado bien o mal.
- c) *Obsesiones de agresividad.* El tema principal de estas obsesiones es miedo a hacer daño a los demás, bien mediante un acto (perder el control y agredir a alguien) o a través de un pensamiento supersticioso. Cuando Pablo veía a Anita jugando con sus juguetes, necesitaba que se los qui-

tasen, pues, de no ser así, ésta iba a ponerse enferma y él sería el culpable de la enfermedad de su hermana. Estas obsesiones adoptaban la forma de pensamientos o imágenes. En el caso de Pablo, la imagen que le venía a la cabeza era su hermana demacrada, enfermita y todos a su alrededor llorando. Junto a la imagen aparecía el pensamiento de que «él era el culpable de la enfermedad de Anita». Este tipo de obsesiones generaban gran sentimiento de culpa en Pablo, que se consideraba un niño malo, y por ello debía rezar mucho. Otras obsesiones de agresividad son aquellas que temen hacer daño a otros o a sí mismos (tirarse por el balcón, clavarse un cuchillo, dar un golpe a un bebé, robar, decir insultos u obscenidades, etc.). En este punto es importante aclarar que el paciente con TOC nunca llega a realizar lo que teme que suceda. Nunca llega a matar a nadie o matarse, a decir obscenidades o a robar. Por tanto, ¡tranquilos!

- d) *Obsesiones de desgracia.* Estamos ante un pensamiento mágico y supersticioso. El miedo obsesivo suele ser indefinido y acaparar varias situaciones. Dichas obsesiones pueden estar relacionadas con números (el maldito número 13), espacios (no pisar una raya del suelo), figuras (las figuras triangulares traen mala suerte), animales (los gatos negros, los mirlos blancos). Recordemos el famoso «gato negro» que trae mala suerte, o «martes y 13». Cuando la superstición se convierte en obsesión estamos ante un problema. En el caso de Pablo, no aparecían estas obsesiones.
- e) *Obsesiones sexuales.* Menos frecuente en los niños que las de limpieza y contaminación, pero en bastantes ocasiones causa de sufrimiento en adolescentes. ¿Será que desean lo que piensan? Esta pregunta ha creado gran malestar en las personas sufridoras de estas manías. Viven con culpa y vergüenza, ya que se sienten responsables de las mismas. Es importante dejar claro que quien las padece no es un pervertido, ni tiene una sexualidad desenfrenada.

Tiene un TOC. Pablo tampoco padecía este problema, pero como hemos indicado suele ser bastante frecuente. Las obsesiones pueden ir desde miedo a tener relaciones sexuales con personas prohibidas (madres, padres, hermanos), con animales, con niños, con personas del mismo sexo, con personas fallecidas, etc. En todos estos casos, el niño/adolescente sufre porque no desea tener esos pensamientos o, en muchos casos, esas imágenes; se siente avergonzado, sucio, culpable. Como hemos indicado en las anteriores líneas, el paciente nunca llegará a perder el control y violar o tener las relaciones sexuales temidas. Este tipo de obsesiones suelen ocultarse por vergüenza y pueden hacer sentir al menor que es un ser repugnante y depravado. De ahí la importancia de explicar qué le sucede haciendo hincapié en que no depende de su control tener esos pensamientos e imágenes.

- f) *Obsesiones religiosas.* Se trata de preocupaciones excesivas por los actos morales, por enfadar a Dios o estar haciendo algo malo. Cualquiera de estos pensamientos o conductas entra en el campo del juicio moral y atormenta al chico. Hay un miedo excesivo a cometer pecados; de ahí la necesidad de ser perfectos y exactos. Para seguir sufriendo, nos podemos encontrar con obsesiones religiosas sexuales, cuyo objeto sexual puede ser un crucifijo, un Cristo, una Virgen, un santo, etc. Los menores suelen estar horrorizados por lo que piensan o imaginan, creyendo que están en pecado mortal. De nuevo, son meras obsesiones de las que el paciente no es responsable. Cuanto más le temamos, más poder cogerán en nosotros.

Las obsesiones más frecuentes en niños están relacionadas con el miedo a contaminarse (suciedad, microbios, toxinas), el daño a sí mismos o a otros (la posibilidad de contraer enfermedades o de morir ellos o algún familiar), la necesidad de simetría, orden, exactitud, miedo a equivocarse, etc.

2. ¿Qué tipos de compulsiones hay?

Las compulsiones más comunes incluyen excesivo lavado, repetición, comprobación, tocar, contar, rezar, ordenar y acumular cosas. Pablo se lavaba y lavaba y obligaba a limpiar los objetos a su madre. Repasaba las tareas escolares y rezaba, insistiendo en que rezara su abuela María. Ésos eran sus rituales. No obstante, comentamos a Ana con mayor detalle algunos de éstos.

- a) *Compulsiones de lavado.* Éstas suelen ir asociadas a obsesiones de contaminación, aunque en ocasiones pueden aparecer también en obsesiones sexuales en las que el menor se siente sucio por dentro y por fuera, o incluso en obsesiones religiosas. El lavado es excesivo (gran cantidad de gel, jabón, alcohol) y obedece a un ritual, a un modo concreto de llevarlo a cabo. Recordando el lavado de Pablo, éste se lavaba las manos 4 veces, las secaba siempre con una toalla limpia y las volvía a lavar 4 veces. Tras sus segundos lavados, las secaba con otra toalla y no tocaba nada más que sus cubiertos y platos lavados por Ana. Además obligaba a su madre, bajo amenaza de montar la pataleta, a lavar los cubiertos con jabón 3 veces, después enjuagarlos otras 3 y volverlos a lavar 3 veces. El niño y su madre dedicaban bastante tiempo al lavado, eran excesivos en número. Además, el modo de llevarlos a cabo debía ser siempre igual. Junto al lavado de manos y utensilios, es bastante frecuente en estos pacientes el lavado corporal propio y de los familiares, de ropas, muebles, etc.
- b) *Compulsiones de comprobación.* Frente a la obsesión de error, suele utilizarse la obsesión de comprobación. Pablo comprobaba las tareas escolares, con el fin de no equivocarse, y se planteaba: «¿Estarán bien hechas las tareas?, ¿la letra?, ¿la raya?...». Su comprobación consistía en revisar, en releer y borrar lo hecho. Nunca llegaba al final, tal y como decía su madre y su profesora, M.^a Ángeles. Ésta nos decía: «Llora si le obligo a cerrar la libreta. Revisa,

repara, relee, borra... tarda muchísimo, y aunque esté perfecto y así se lo indique, vuelve otra vez a lo mismo. Esto le lleva a no terminar tampoco los exámenes. Tengo que hacérselos oralmente porque si no tendría que suspenderlo». La comprobación también puede consistir en tocar la puerta para ver si está cerrada, en revisar si el cerrojo está echado, en mirar si el gas está apagado, etc. Este tipo de compulsiones también se pueden utilizar en las obsesiones de contaminación (comprobar que el vaso está lavado), agresivas (comprobar que el cuchillo está encerrado en el cajón o que el balcón está cerrado) y sexuales (estar a cierta distancia de un niño, de un animal, etc.).

- c) *Compulsiones de orden y simetría.* Pablo estaba libre de estas compulsiones, que suelen ir unidas a obsesiones de error y desgracia. El ritual de simetría consiste en que los objetos del entorno estén de una determinada forma (en línea, con x separación, formando x forma, etc.). También puede afectar al modo en que se colocan los objetos personales, la ropa, etc. Se busca el orden, *su orden*, y la simetría, *su simetría*. De este modo, se cree evitar que suceda algo malo.
- d) *Compulsiones de repetición y tacto.* Estas compulsiones suelen responder a obsesiones de desgracia. Pueden consistir en tocar determinados objetos x número de veces, encender y apagar la luz x veces, etc., buscando de este modo eliminar la desgracia. La repetición suele ser rápida, un número concreto de veces ya marcado por el menor, aunque, en ocasiones, ese número no es específico. No obstante, el tiempo utilizado en el mismo suele ir en aumento.
- f) *Compulsiones mentales.* Las compulsiones pueden aparecer también en forma de respuestas cognitivas; en este caso, se suelen denominar rituales mentales. Éstas se realizan con el fin de neutralizar la ansiedad provocada por las obsesiones, ya sea como estrategia de distracción de los pensamientos no deseados o con el objetivo de prevenir que ocurra algún acontecimiento temido. La mayoría de

los niños con rituales mentales rezan, cuentan o repiten frases y palabras en silencio. Por otra parte, el individuo obsesivo-compulsivo experimenta frecuentemente pensamientos y emociones de tipo depresivo debido al cansancio y deterioro que se produce en todas las esferas de la vida cotidiana. Pablo rezaba en silencio y obligaba a su abuela a rezar para que no enfermara su hermana, yendo en aumento la frecuencia de sus oraciones y el tiempo empleado en las mismas.

Pero ¿se hace algo más aparte de las compulsiones? Pues sí, querida Ana, además se escapa y evita de ellas. Veamos en qué consiste.

3. ¿Qué es la evitación y el escape?

Pablo, además de sus rituales, evitaba tocar los objetos y ver los juguetes de su hermana. De este modo, impedía, por un rato, que la obsesión viniera a su mente. En otros momentos, Pablo escapaba del estímulo que le provocaba ansiedad, tocando el lápiz con un guante.

Generalmente, las personas con TOC suelen evitar y escapar de las situaciones o estímulos que provocan malestar. Pero, como ya hemos indicado antes, la eliminación de una situación aversiva hace que se siga manteniendo por refuerzo negativo. La situación de evitación y escape no sólo mantiene el problema, sino que lo aumenta.

A veces las situaciones que producen temor o ansiedad están relacionadas con la temática obsesiva. Por ejemplo, en un caso con obsesiones de contaminación es común que se evite tocar objetos que hayan sido tocados por otras personas, mantener contacto interpersonal e incluso ir a lugares donde consideren que puede haber muchos gérmenes, como hospitales, sitios en los que se encuentren animales, etc. En el caso de obsesiones de error, puede el niño evitar ir al colegio para no tener que realizar las tareas escolares y de este modo no «equivocarse». En las obsesiones de agre-

sividad, se puede evitar ver balcones, cuchillos, tomar a un bebé, etc. En las obsesiones sexuales, se intenta no encontrarse con niños pequeños solos, ver objetos que recuerden atributos sexuales, ver animales, etc.

El gran problema de la evitación es que las situaciones o estímulos evitados irán a más y el temor a encontrarlos también, potenciando de este modo el mantenimiento y la generalización del problema.

4. ¿Por qué surge el TOC?

Querida Ana, entramos en una pregunta muy compleja y a la que todavía no hemos podido dar una respuesta definitiva. No obstante, y sin detenernos mucho en ello, te diremos que el trastorno obsesivo-compulsivo es un problema en el que pueden confluír, según sabemos a día de hoy, diferentes causas etiológicas. Las teorías biológicas, que han abordado el tema desde el punto de vista genético, anatómico, neuroquímico, neuroinmunológico, etc., informan de la existencia de un componente biológico en el TOC. Por otro lado, desde la perspectiva psicológica, como en el resto de patologías, los diferentes modelos han intentado explicar el origen y mantenimiento del problema. Aunque ninguno de ellos analiza este trastorno en su totalidad, es cierto que todos han aportado elementos importantes para la comprensión del mismo. Los primeros modelos en tratar el tema fueron los psicoanalíticos, continuando posteriormente con los modelos comportamentales y cognitivos.

Para explicar la génesis de las obsesiones, un autor muy notable, Rachman, insistió en la importancia de las variables del aprendizaje social. En concreto, se estudiaron los estilos de crianza con excesivo énfasis en la responsabilidad y el perfeccionismo, el haber tenido modelos en la infancia con características obsesivo-compulsivas o similares, la formación religiosa o la moral rígida con una diferenciación inflexible entre lo que está bien y está mal, y la asociación casual entre el pensamiento de

algo negativo y la ocurrencia de dicho evento. Otro autor, Salkovskis, indicará que es el sesgo de *sobrestimación de la responsabilidad*, por el cual el sujeto mantiene la creencia de que tiene el poder fundamental para lograr o prevenir subjetivamente resultados negativos. La persona que sufre un TOC se siente responsable del pensamiento obsesivo, o de sus posibles consecuencias, pensando que hubiera podido evitarlos o que han sucedido por su culpa, por lo que se ve obligada a neutralizarlos mediante una compulsión. Su vulnerabilidad hacia este tipo de pensamientos favorece el desarrollo de dicha responsabilidad, por lo que no es necesario que los acontecimientos sucedan, sino que las ideas de responsabilidad pueden surgir por el mero hecho de haber tenido el pensamiento en sí mismo. Aunque la responsabilidad excesiva suele surgir y afianzarse en la infancia y adolescencia, también puede formarse posteriormente. Según Salkovskis, las vías mediante las que se forja el exceso de responsabilidad pueden ser: 1) la influencia de este sentimiento por personas significativas durante la niñez que conducirá a creencias firmes y bien justificadas; 2) la educación con reglas de conducta y deberes extremos y rígidos; 3) el excesivo proteccionismo por parte de los padres; 4) la ocurrencia de un incidente o incidentes en los que una acción u omisión contribuyó a algún suceso desafortunado; 5) la experiencia de una vivencia en la que la acción, omisión o pensamiento propio coinciden con una desgracia, de modo que parece que el comportamiento o pensamiento propio podría haber influido en la ocurrencia de la misma, etc.

Pese a conocer algunas variables, hemos de indicarte que lo importante ahora es ver cómo se mantiene el problema y qué hacer con él. Ésa es ahora nuestra tarea.

5. ¿Por qué se mantienen las obsesiones?

El objetivo que nos proponemos con Pablo es conocer qué está manteniendo sus obsesiones. Según las teorías del modelo cognitivo-conductual, los estímulos temidos (los que evocan obsesio-

nes) adquieren propiedades productoras de ansiedad o malestar mediante un proceso de condicionamiento clásico. Es decir, aquello que antes no producía ansiedad, comienza a producirlo al asociarse a estímulos ansiosos. Además, como suele ocurrir, en el caso de Pablo, primero eran los cubiertos, luego los vasos, después los platos, etc. A esto se llama proceso de generalización. ¿Y las compulsiones? Éstas, como ya hemos mencionado en otros apartados, reducen o previenen la aparición de la ansiedad. De este modo, las compulsiones se mantienen por refuerzo negativo. ¿Qué entendemos por refuerzo negativo? Se trata de que cuando realizamos una determinada respuesta, a ésta le sigue la eliminación de un estímulo aversivo, de una emoción desagradable, lo que conlleva al incremento en la frecuencia de esa respuesta. ¿Qué le pasaba a Pablo? Tras la realización de la compulsión (respuesta), disminuía su nivel de malestar (emoción desagradable), lo cual le llevaba a realizar de nuevo ante el mismo estímulo que provoca respuestas desagradables, la misma compulsión. Es un círculo vicioso. A más compulsiones, más compulsiones, ya que la ansiedad rápidamente vuelve a aumentar. Hemos de tener muy claro que en la mayoría de los problemas de fobias, ansiedades, obsesiones, el refuerzo negativo es el elemento principal de su mantenimiento. Mira la figura 2.1, que te presentamos para el caso de las obsesiones de limpieza o contaminación de Pablo.

El mismo esquema nos serviría para las obsesiones de error o de que suceda algo malo a su hermana. Los rituales de repaso y de rezo provocaban que la ansiedad disminuyera (reforzadores negativos), adquiriendo así una gran fuerza, pues se convierten en respuestas aliviadoras de la ansiedad. De este modo se instaura la escala de reforzamiento. Por tanto, Ana, ¿qué producen los rituales en Pablo? Un ligero alivio, pero, como tú has comprobado, dura muy poco tiempo, ya que la obsesión vuelve a aparecer. Pero hemos de considerar que los padres, profesores, familiares, etc., también pueden reforzar de forma negativa, adaptando sus actividades a las necesidades del niño con TOC, colaborando con sus rituales. Tal es el caso de la evitación de ciertos lugares o situaciones que le provocan malestar, cambio de horarios, concesiones, etc., para que el niño no genere más problemas.

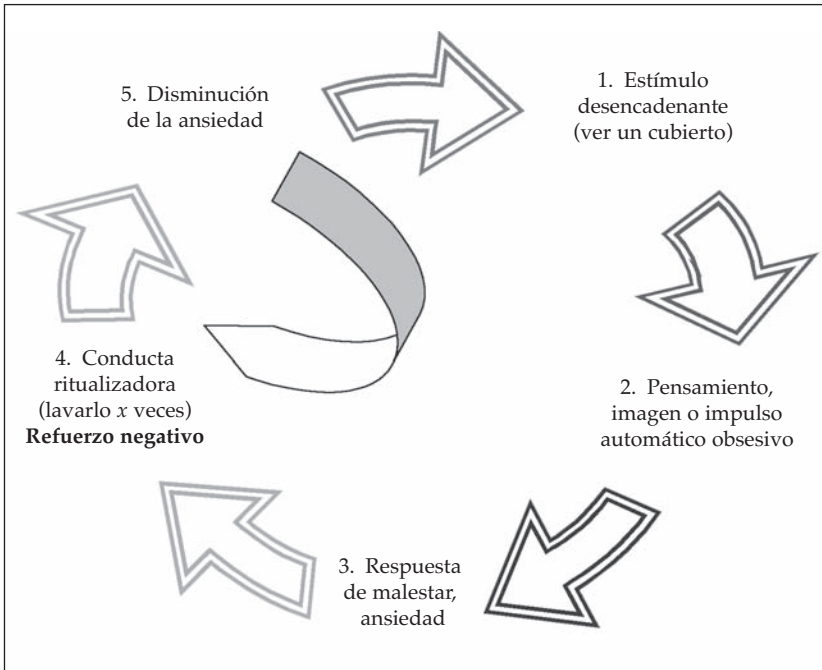


Figura 2.1. Esquema del funcionamiento de las obsesiones y compulsiones.

Junto al refuerzo negativo, otros autores nos van a hablar de refuerzo positivo. ¿En qué consiste? Son eventos que cuando se presentan inmediatamente después de la ejecución de una respuesta hacen que aumente su probabilidad de ocurrencia en el futuro en situaciones similares. En concreto, son respuestas provenientes del entorno, positivas para el niño cuando está bajo la presencia de la obsesión o de la compulsión que hacen que las respuestas problemáticas se mantengan o aumenten. Por ejemplo, expresiones verbales, faciales, abrazos, besos, etc., que damos al niño cuando percibimos o vemos que está con las obsesiones, pueden producir un aumento de las respuestas conflictivas. En el capítulo 5 comentamos de lleno estos procedimientos.

Aunque hay más teorías, hemos presentado las explicaciones que consideramos más importantes.

6. ¿Cuál es el curso del TOC?

Actualmente existe un claro consenso acerca del inicio temprano (en la adolescencia e incluso en la infancia) del trastorno obsesivo-compulsivo. Pese a ello, nos encontramos con que es difícil, en bastantes casos, el diagnóstico temprano del problema debido a que en los niños no aparece la creencia de que sus obsesiones sean exageradas o ilógicas, como sucede en el caso de los adultos.

El TOC suele iniciarse con una única obsesión o compulsión que puede permanecer estable desde unos meses hasta años, pero que generalmente cambia de tema en el 90 por 100 de los casos. Algunos estudios que han seguido la evolución de un grupo de adultos que padecieron TOC desde niños nos indican que cuando eran pequeños, sus mayores obsesiones eran de daño y agresión, seguidas de obsesiones religiosas y finalmente sexuales. Cuando eran adolescentes se mantuvieron las obsesiones de agresión y daño, pero aumentaron las religiosas y sexuales. En la etapa adulta, decrecieron las obsesiones de daño, se mantuvieron las religiosas y aumentaron las sexuales.

La intensidad del trastorno suele ser fluctuante, pero aumenta con el estrés y disminuye con el autocontrol; en concreto, muchos niños experimentan exacerbaciones de síntomas agudos en tiempos de desafío psicosocial. Por ejemplo, al inicio del curso escolar, al mudarse a un nuevo hogar, con la muerte o separación de un miembro de la familia o una enfermedad.

Durante mucho tiempo se consideró que el TOC evolucionaba de forma recurrente y continua hasta la edad adulta y que las compulsiones venían a agravar el problema. A día de hoy, conocemos algunos factores que pueden potenciar el TOC infantil, destacando la asociación del mismo a tics, la severidad de los síntomas, la ausencia de respuesta a tratamientos farmacológicos y psicológicos, los antecedentes psicopatológicos familiares, el inicio precoz de los síntomas, etc. Algunos autores establecen en el curso del TOC infantil tres categorías: 1) TOC crónico sin remisión; 2) TOC fásico con períodos de remisión completa, y 3)

TOC episódico con remisión incompleta. Por tanto, aunque la duración de los episodios, así como su gravedad y el nivel de remisión, suelen ser variables, sí parece claro que se produce una tendencia a la cronicidad, ya que el trastorno no desaparece definitivamente, a no ser que sea tratado. Así, el TOC va surgiendo poco a poco, va ganando terreno en nuestra mente y nuestra vida, y la curación espontánea y sin tratamiento es poco probable que suceda.

En cuanto a los factores influyentes en el pronóstico, uno de los factores positivos es la realización de las tareas por parte del paciente y familiares en la terapia cognitivo-conductual. La implicación de la familia en el tratamiento es esencial. Como factores negativos destacamos la presencia de psicopatología de los padres, la aparición de tics, la demora en el comienzo del tratamiento, los problemas comórbidos, la sobreprotección familiar, los conflictos familiares que interfieren en la terapia, etc. Cuando hablamos de problemas comórbidos nos referimos a la co-ocurrencia de dos o más trastornos distintos en la misma persona con mayor frecuencia de lo esperado. Respecto a la comorbilidad del TOC en la infancia se ha observado que éste se puede presentar junto a otros problemas de ansiedad (fobias), trastornos depresivos, tics, déficit de atención con hiperactividad, etc.

Pero Ana, no te asustes. Pablo no presenta otro problema y, además, lo importante es comenzar cuanto antes el tratamiento.

7. Y los familiares ¿qué hacemos?

El papel de la familia es muy importante. No todo lo puede hacer la familia, ya que cuando aparece un TOC es preciso acudir a un profesional (psicólogo/psiquiatra). Como ya sabes, cuando un niño/adolescente presenta un TOC, tanto éste como la familia manifiestan un deterioro importante en su dinámica familiar, interfiriendo en el trabajo, en el rendimiento académico, en las relaciones personales y escolares, sociales, laborales,

etc. Por ello, y para evitar el aumento de la ansiedad y otros síntomas del TOC, es importante tratar cuanto antes los problemas del niño y ayudar a la familia a solucionar el conflicto familiar. La familia aquí va a jugar un papel fundamental en la configuración de un entorno de calma (¡no te exasperes con sus manías!), proporcionando un apoyo y contención (¡no colabores con sus manías!) que ayudará en la evolución del tratamiento, y asimismo puede animar al niño a cumplir la terapia y sus tareas. ¿Cómo están exasperándose y/o colaborando Ana y David? David se exaspera enfadándose con su hijo y su esposa porque «¡esto ya es imposible de soportar, este chico es un maniático!». Le castigaba, le reñía, se enfadaba continuamente con él. Otras veces, se sentía mal por lo que le había dicho al pequeño y lo consolaba, le decía que tenía que dejar de hacer «esas tonterías», etcétera. ¿Y Ana? Al principio se enfadaba. Tras un largo tiempo, comprendió que su hijo estaba pasando una mala racha y que si se quedaba más tranquilo y no lloraba si fregaba ella los cubiertos, o hacía desaparecer los juguetes de su niña, pues «¡hago lo que sea por mi hijo!». Pero ¿qué está sucediendo en este hogar? Los padres tenían momentos para sentirse frustrados, confundidos, desconcertados e incluso enfadados por las actuaciones del niño, y también creían, sobre todo David, que eran caprichos y tonterías de la edad.

En la familia, o en las personas que rodean a estos menores, podemos observar dos actitudes diferentes: a) *La familia antagónica*, que no permite que el paciente la involucre en sus rituales, es hostil, crítica, llevando a un empeoramiento de los síntomas del niño/adolescente, aumentando el nivel de tensión y, como consecuencia, éste tenderá a ocultar sus compulsiones. b) *La familia acomodada*, que forma parte de los rituales, es permisiva y sobreprotectora, favoreciendo el arraigo de las compulsiones.

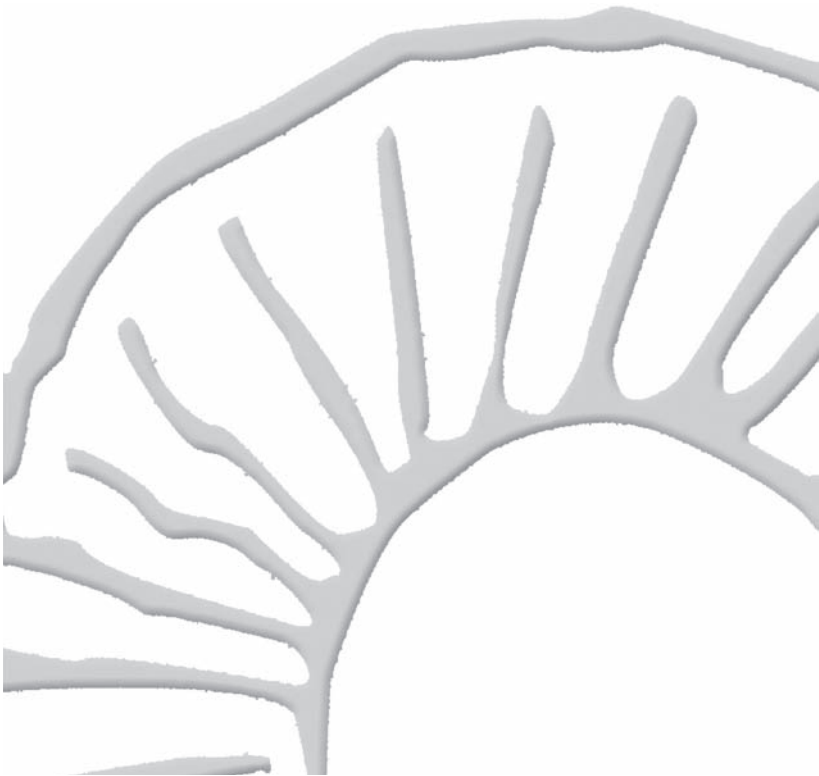
Ambas conductas pueden aparecer dentro de una misma familia, no siendo idóneas para una adecuada evolución del tratamiento. ¿Cómo es la familia de Pablo? Empecemos por la madre. Ana, últimamente, se acomoda a los rituales del niño, colaborando con él, ya que prefiere verlo más tranquilo que estar peleando y castigándolo, pues sabe que su hijo sufre. El

padre, David, sigue tendiendo al enfado, le castiga y, si no está la madre mediando, el niño termina con pataletas, aunque últimamente el padre va controlando la impotencia y rabia que le provoca el comportamiento de Pablo. ¿Y la abuela María? María reza y reza cuando el niño se lo pide porque así se queda más calmado. También piensa que ¡mejor es que le dé por rezar que por hacer otras cosas! ¿Y la profesora, M.^a Ángeles? Se enfada con él, le quita las tareas, le deja sin recreo, pero en este último trimestre está cambiando de actitud y le examina oralmente, le indica que lo hace todo muy bien pero lo deja tranquilo, pues cree que el niño está enfermo.

Como podemos observar, en esta familia y en su entorno, unos miembros se acomodan a los rituales y otros se enfrentan a ellos. Últimamente, algunos se sienten desbordados sin saber cómo actuar. Pero a partir del siguiente capítulo comenzamos a daros más pistas para colaborar en el tratamiento.

CAPÍTULO 3

EVALUANDO LAS OBSESIONES Y LAS COMPULSIONES



1. Aprendemos cómo funciona la conducta-problema

En este capítulo os vamos a explicar cómo se manifiesta el TOC y qué variables están relacionadas con el problema, tanto las que puedan haber influido en su inicio y desarrollo como las que se asocian a su actual mantenimiento. Estas últimas son las más importantes, ya que el tratamiento estará basado principalmente en la modificación de las mismas. No hemos de olvidar que si se trata de un TOC, hay que acudir al especialista. Todos estos aspectos a valorar se clasifican en tres grandes grupos:

- a) *Variables antecedentes a las respuestas-problema.* Se trata de un conjunto de variables (estímulos, situaciones, pensamientos) que preceden a las respuestas-problema, es decir, a las obsesiones y compulsiones. Entre los antecedentes lejanos encontramos variables como la experiencia y la historia de aprendizaje del niño, la presencia de psicopatología familiar (especialmente TOC), eventos estresantes, estilo educativo de los padres, desarrollo de creencias, expectativas y sesgos cognitivos, etc. Los antecedentes más próximos son los que desencadenan la respuesta-problema. Éstos pueden ser internos, como reacciones fisiológicas y

eventos cognitivos (pensamientos e imágenes), o externos, que hacen referencia a los estímulos ambientales (objetos relacionados con las obsesiones, compulsiones, escenas referentes a pensamientos obsesivos, etc.). Dentro de las variables internas se encuentran las variables pertenecientes al organismo, o variables «O», en las que estarían los determinantes biológicos anteriores y actuales (así, haber tenido una infección por estreptococos), el repertorio de conductas ya existentes y la historia previa de aprendizaje. Para conocer estas variables podemos preguntarnos: ¿qué hace el niño?, ¿dónde está cuando ocurre este problema?, ¿quién o qué hay delante?, ¿cuándo ocurre? En el caso de Pablo, las variables antecedentes eran las que presenta Ana en la figura 3.1. Podemos observar cómo entre las obsesiones de contaminación el estímulo antecedente eran los platos, vasos... A cualquier hora del día y sobre todo en casa o en el hogar de la abuela.

b) *Respuestas-problema.* Las principales respuestas problemas del TOC, como ya hemos comentado, son las obsesiones y las compulsiones. Éstas se pueden organizar en tres niveles de respuesta: respuestas motoras, respuestas cognitivas y respuestas fisiológicas. Todas estas reacciones del sujeto deben ser operativizadas y cuantificadas, según su frecuencia, duración e intensidad, en un *análisis topográfico*

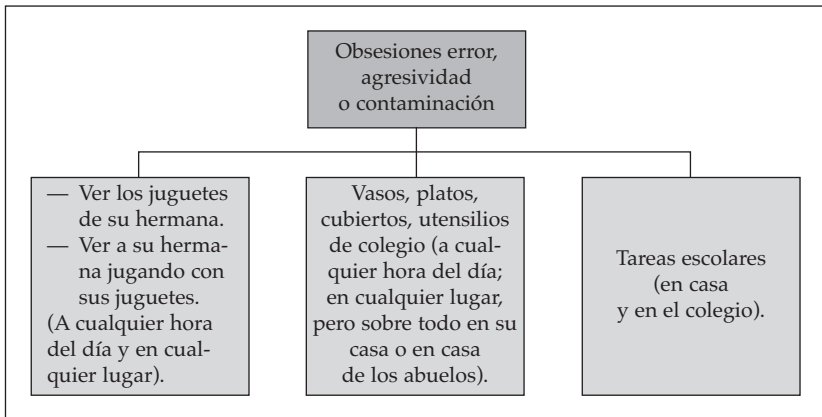


Figura 3.1. Los antecedentes inmediatos de Pablo.

co. En cuanto a las *respuestas motoras*, la más relevante y característica del TOC es la realización de las respuestas compulsivas y rituales. En el caso de Pablo, consistían en rituales de lavado y limpieza, repaso de las tareas escolares y rezos continuados. Otra manifestación motora importante del TOC son las respuestas de evitación/escape de estímulos y situaciones que provocan ansiedad en el niño, variando en base a la temática del TOC. Pablo evitaba tocar objetos y ver los juguetes de su hermana. A veces escapaba de tocar el lápiz poniéndose un guante y cogiéndolo con éste. Tampoco quería salir a comer fuera, y si lo hacía, no «probaba bocado». Otras respuestas que también se dan con frecuencia en el TOC son rabietas, llantos, gritos y desobediencia. ¡Bien sabe Ana el chantaje al que está sometida si no realiza bien sus rituales! En cuanto a las *respuestas cognitivas*, las obsesiones pueden manifestarse como pensamientos, imágenes o impulsos que provocan malestar en el sujeto dando lugar a las compulsiones. Recordamos que a Pablo le venía a su cabeza la imagen de su hermana demacrada, enfermita y todos a su alrededor llorando. Junto a la imagen aparecía el pensamiento «yo soy el culpable de la enfermedad de mi hermana». También creía que «en los cubiertos, platos, vasos, en mis manos puede haber bichitos y no quiero tocarlos ni comerlos». Además pensaba que «a lo mejor me he salido de la raya, a lo mejor la letra no está bien hecha, ¿y si he escrito lo que no tenía que escribir?, ¿y si la *seño* me pregunta otra cosa que no he puesto?... y si, y si, y si...». Otra respuesta cognitiva muy definitoria y relevante de este trastorno son los rituales mentales, que se utilizan generalmente como un intento de neutralizar las obsesiones (por ejemplo, contar, rezar, cantar o repetir palabras mentalmente). Pablo rezaba y obligaba a la abuela a rezar. Es importante indagar acerca de la presencia de estos rituales encubiertos, ya que pueden pasar desapercibidos y favorecer el mantenimiento del trastorno. Por último, también se debe recoger información sobre los pensa-



mientos y creencias acerca del problema, tanto del propio niño como de las personas que le rodean. Finalmente, las *respuestas psicofisiológicas* presentes en el TOC son las propias de la ansiedad, destacando el aumento de la tasa cardíaca y del ritmo respiratorio, la mayor tensión muscular, el aumento de la conductancia de la piel, del riego sanguíneo y de la sudoración. La forma más idónea para medir este tipo de respuestas son las pruebas de registro psicofisiológico; sin embargo, éstas no suelen ser usadas en la práctica clínica, ya que implican procedimientos invasivos y elevados costes materiales, por lo que generalmente son usadas en la evaluación del TOC en un contexto de investigación. En la clínica, algunas de estas respuestas suelen ser valoradas mediante el uso de la observación y los autorregistros. Ana veía a Pablo ponerse rojo, respiraba muy rápido, sobre todo cuando los adultos se resistían a no colaborar con él.

- c) *Variables consecuentes a las respuestas-problema.* Las consecuencias inmediatas a las respuestas obsesivo-compulsivas son un factor de vital importancia, ya que participarán en el mantenimiento del problema y, por tanto, deberán ser manipuladas durante el tratamiento, pues si éstas son reforzantes, el sujeto tenderá a repetir las respuestas problemáticas. En el TOC, la principal consecuencia que el niño experimenta tras la realización de las compulsiones y conductas de evitación es el reforzamiento negativo, obtenido mediante la eliminación del estado de ansiedad causado por los pensamientos obsesivos. En principio, este alivio inmediato resulta positivo para el niño/adolescente; sin embargo, con el paso del tiempo, las compulsiones y rituales tendrán consecuencias negativas, como la pérdida de tiempo, abandono de tareas académicas y cotidianas o exclusión social debido a lo extraño del comportamiento. Otro tipo de consecuentes que provocan la continuidad de las respuestas-problema está relacionado con el refuerzo que el niño obtiene a través de otras personas, especialmente de la familia. En numerosas ocasiones, los padres y hermanos adaptan sus actividades a las necesidades del niño con TOC; tal es el

caso de la evitación de ciertos lugares o situaciones que le provocan malestar, cambio de horarios, concesiones, etc. De esta manera, se suelen facilitar las respuestas de evitación. Por último, la familia también puede adoptar una actitud de sobreprotección o mayores atenciones hacia el niño, reforzando positivamente la sintomatología. Resumiendo, los consecuentes influyen en la respuesta antecedente, creando expectativas de resultados similares en ocasiones futuras, siendo tres los sistemas que regulan las consecuencias de las conductas-problema: los refuerzos externos (positivos y negativos), el refuerzo vicario y los autorrefuerzos. En el caso de Pablo, la eliminación de la ansiedad o malestar al realizar su madre o su abuela la compulsión reforzaba las mismas de forma negativa y externa. Las compulsiones realizadas por Pablo mantenían la respuesta-problema de forma negativa e interna. Los cuidados y preocupaciones de la madre y de la abuela actuaban como reforzadores positivos (recompensa).

Ana, para aclararte algunos términos aunque posteriormente entraremos en mayor detalle, te explicaremos qué entendemos por refuerzo vicario y autorrefuerzo. El refuerzo vicario es cuando el niño / adolescente, en nuestro caso Pablo, no es el que experimenta directamente el evento positivo, sino que observa a otro sujeto que es reforzado directamente. El autorrefuerzo es cuando el propio niño / adolescente, Pablo, se aplica él mismo el refuerzo.

Tras obtener una descripción precisa de las conductas-problema, debemos registrar su frecuencia, duración, intensidad y adecuación a la situación. Por otro lado, hemos de precisar si los problemas lo son por exceso o por defecto, así como conocer el balance entre los tres sistemas de respuesta: motora, fisiológica y cognitiva. De este modo, el problema quedará descompuesto en unidades o respuestas que pertenecerán a uno u otro sistema, lo que nos permitirá conocer cómo se manifiesta aquél, es decir, cuáles son sus características y el modo en que se presenta el problema (*análisis topográfico*). Hagamos con Ana el análisis funcional y topográfico del TOC de Pablo (figura 3.2).

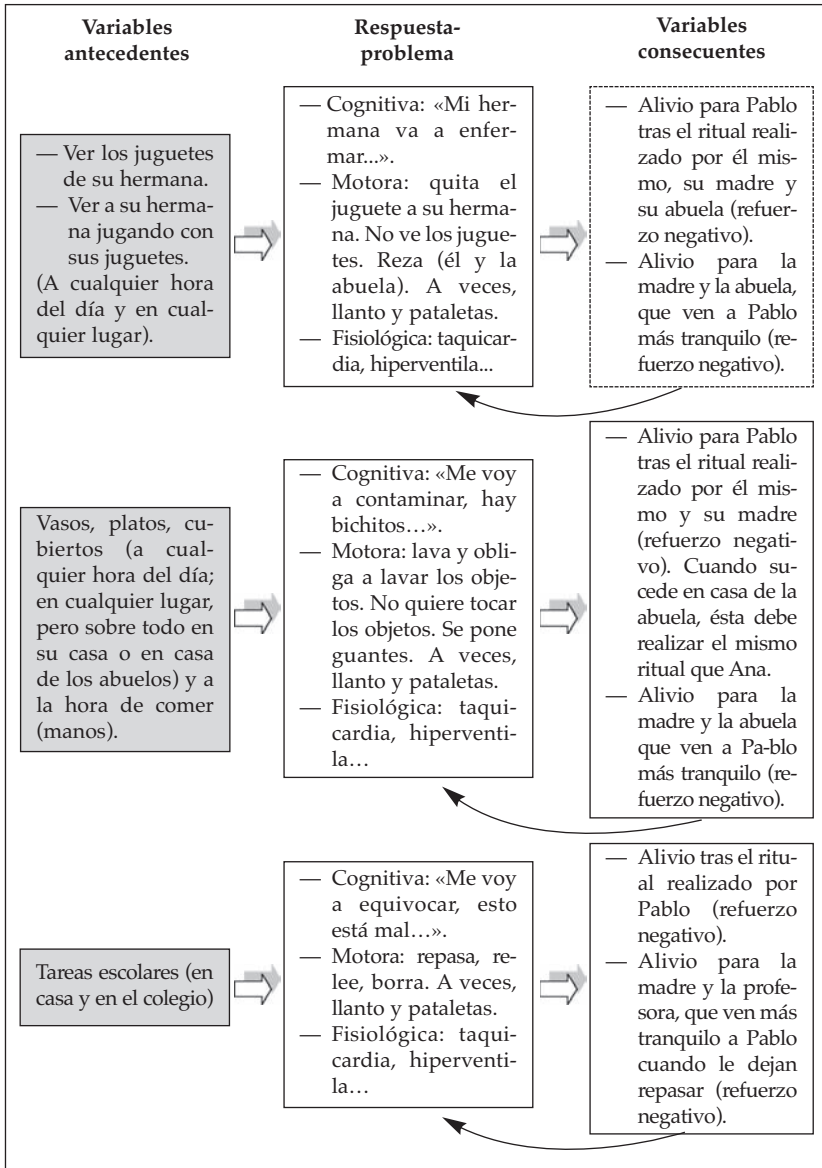


Figura 3.2. Análisis funcional de la conducta-problema.

Ahora vamos a continuar con el análisis topográfico. Para ello, elaboraremos un registro para ser completado por los padres. Pero antes, Ana, David y la profesora han de aprender a definir, observar y registrar la conducta-problema.

2. Definiendo, observando y registrando la conducta-problema

Recodemos que la/s conducta/s que queremos cambiar o ayudar a cambiar debemos describirla/s de forma objetiva. Para ello es importante:

1. *Evitar el empleo de etiquetas vagas e imprecisas que puedan llevar a confusión respecto de lo que se desea indicar.* Por ejemplo, términos como *obsesivo, maniático, agresivo, cabezón, etc.*, son demasiado generales y pueden hacer que el concepto o definición de una misma conducta sea diferente para cada adulto. Para evitar el posible desacuerdo, se debe especificar claramente la conducta del niño, el chico o la chica, en términos concretos. Así, en lugar de utilizar el término «maniático», se puede escribir que el niño realiza lavados de cubiertos, platos, vasos, etc., durante x tiempo o x número de veces, o puntualizar que el niño realiza x repasos de sus tareas escolares o dedica x tiempo al repaso de las mismas.
2. *Describir la conducta siguiendo un proceso que se puede organizar mediante el empleo de preguntas como:* ¿qué hace el niño?, ¿durante cuánto tiempo?, ¿con qué intensidad?, ¿con qué frecuencia?, ¿dónde ocurre la conducta?, ¿cuándo sucede?, ¿quién hay cuando ocurre?, ¿qué pasa después de haber realizado la conducta?, etc. Cuando lo permita la formación previa de los padres, la descripción también debería incluir la referencia al sistema de respuesta al que nos estamos refiriendo en cada momento: motor o relativo a la musculatura estriada (lavados, repasos, apretar las manos, morderse el labio, balancear las piernas), psicofisiológico (sudoración, enrojecimiento, tragar saliva, etc.) y cognitivo (pensamientos, imágenes o impulsos). Veamos un ejemplo en la tabla 3.1.

TABLA 3.1

Describiendo la conducta-problema

Respuesta-problema ¿Qué hace Pablo?	Lavar las manos y secarlas con una toalla limpia. Lavado de los cubiertos, platos, vasos... Si se niegan los familiares, llanto y pataletas.
Estímulos elicidores ¿Cuándo ocurre o se presenta esta respuesta?	Cada vez que están en casa o casa de la abuela y es la hora de comer y ante los cubiertos, platos y vasos para comer.
Duración ¿Durante cuánto tiempo?	Entre 20-25 minutos.
Frecuencia ¿Con qué frecuencia?	4 veces seguidas durante las 4 comidas diarias. Lavado, secado y lavado 4 veces cada vez que va a comer.
Lugar ¿Dónde ocurre la conducta?	En casa. En casa de la abuela.
Personas presentes ¿Quién hay?	La madre, Ana. La abuela María. El padre, David.
Consecuentes ¿Qué ocurre después?	Ana lava los cubiertos, platos, etc., 3 veces seguidas durante las diferentes comidas (4 veces al día). La abuela lava los cubiertos, platos, vasos, etc., 3 veces seguidas durante las 4 comidas diarias (desayuno, comida, merienda y cena). El padre se cabrea con el niño, le riñe. Le deja que haga lo que quiera.
Respuestas motoras ¿Qué hace?	Lava las manos y las seca, lava cubiertos, platos, etcétera. Grita y patalea si su madre o la abuela no colaboran en el ritual. Grita y llora ante su padre.
Respuestas cognitivas ¿Qué piensa?	«En mis manos, en los cubiertos, platos, vasos... hay bichitos y no quiero tocarlos ni comerlos.»
Respuestas psicofisiológicas ¿Qué le pasa físicamente?	Taquicardia, hiperventilación, sudoración.

3. *Enseñar a los padres a observar y registrar las conductas que queremos cambiar.* El registro de los parámetros que permiten delimitar objetivamente la/s conducta/s que deseamos cambiar es de vital importancia para poder valorar los cambios que se producen, así como controlar si su dirección es

la deseada o no. Desde un punto de vista puramente descriptivo o topográfico, el registro puede reducirse a la frecuencia, duración e intensidad, a uno de éstos o a sus combinaciones, según se requiera. En todo caso, el registro puede ser general y anotarse la conducta a lo largo del día; o situacional, en cuyo caso se restringe la nota a la ocurrencia de la situación concreta en la que se presenta la conducta. La frecuencia de la dimensión de la respuesta que queremos controlar determinará el modo de registro más adecuado. Así, por ejemplo, si consideramos como respuesta-problema que Pablo lave los platos, cubiertos... y las manos durante las comidas, el registro se realizará sólo durante esa situación concreta; si lo que pretendemos es registrar las pataletas de Pablo por salirse con la suya, la duración del registro comprendería todo el tiempo que está en casa; si quisiéramos registrar el tiempo que Pablo utiliza en repasar en el colegio, la duración del registro serían las horas escolares. El modo en que llevaremos a cabo el registro variará, tal como hemos indicado y recogemos más adelante. En la tablas 3.2 y 3.3 presentamos un ejemplo de registro para Ana y otro para M.^a Ángeles.

TABLA 3.2

Frecuencia y duración de lavados de manos, platos y cubiertos durante las diferentes comidas

		MANOS		CUBIERTOS, PLATOS...	
MOMENTOS		FRECUENCIA	DURACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
LUNES	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				
MARTES	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				

TABLA 3.2 (continuación)

	MOMENTOS	MANOS		CUBIERTOS, PLATOS...	
		FRECUENCIA	DURACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
MIÉRCOLES	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				
JUEVES	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				
VIERNES	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				
SÁBADO	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				
DOMINGO	Desayuno				
	Comida				
	Merienda				
	Cena				
	Total				

TABLA 3.3

*Duración de los repasos
de las tareas escolares*

	DURACIÓN MAÑANA (NÚMERO MINUTOS)	DURACIÓN TARDE (NÚMERO MINUTOS)
LUNES		
MARTES		
MIÉRCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

3. Construyendo la línea de base

Los datos que recojamos en los registros de observación son los que nos han de servir para saber el momento de partida en el que se encuentran las conductas-problema de Pablo antes de la intervención. Posteriormente, veremos en qué medida estamos consiguiendo o no lo que esperábamos con el tratamiento. Para ello, es preciso tener una referencia clara con la que comparar los resultados de nuestra actuación. Esa referencia es la denominada «línea de base» o línea construida con los datos de la observación antes de que los padres y profesionales inicien la aplicación de lo aprendido para cambiar la/s conducta/s-problema de Pablo. Esos datos se obtienen en condiciones «naturales», es decir, sin que los padres y la profesora modifiquen su manera de actuar, antes de que empiecen a aplicar según se les enseña y entrena para que lo lleven a cabo. La duración del período destinado a este fin suele ser en general de una semana; no obstante, el criterio es que se recojan datos hasta que la línea de base muestre una regularidad. En todo caso, la duración del registro no suele sobrepasar los quince días. Vamos a enseñar a Ana y a M.^a Ángeles a construir la línea de base, que será supervisada por el profesional. Los pasos son los siguientes:

1. Se dibujan dos líneas: la línea X horizontal (abscisas) y la línea Y vertical (ordenadas).
2. Se colocan los datos obtenidos en el registro de la conducta del siguiente modo: en la línea horizontal se colocan los días de la semana. Siguiendo con el ejemplo anterior, colocaríamos los días de la semana (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo, en el registro de Ana. En el registro de M.^a Ángeles sólo los días de colegio: lunes a viernes). En la línea vertical pondremos la variable dependiente medida (frecuencia y duración, grado de malestar, etcétera) En concreto, nosotros registraremos la frecuencia y la duración en las dos situaciones medidas: lavado de manos y de platos y cubiertos (para Ana), y sólo duración, para el registro de la profesora. Ahora bien, para el registro de Ana

podremos construir dos líneas de base, una que indique la frecuencia en ambas situaciones, y otra que presente la duración del lavado. Aquí aparecen juntas la del lavado de manos y de utensilios. Esto lo haríamos con el fin de facilitar su comprensión, de modo que con un simple vistazo sepamos en qué situación se encuentra Pablo (veamos las figuras 3.4 y 3.5 como ejemplos).

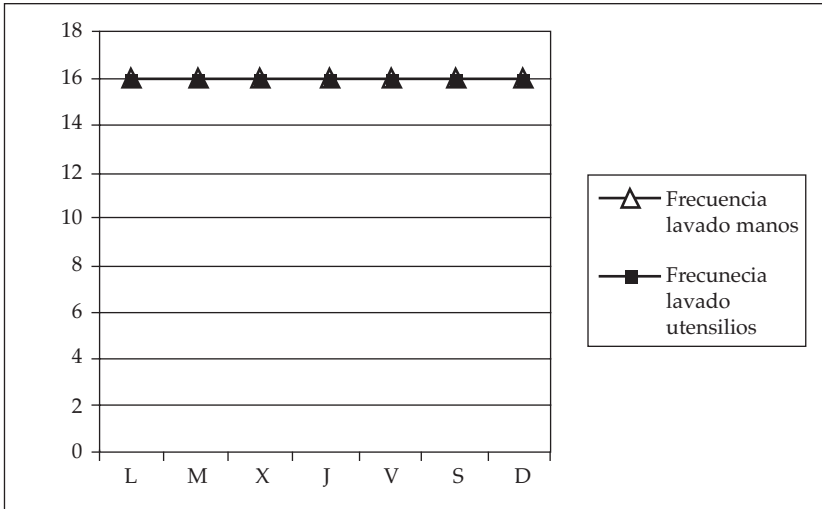


Figura 3.4. Frecuencia de lavado de manos y de utensilios de Pablo.

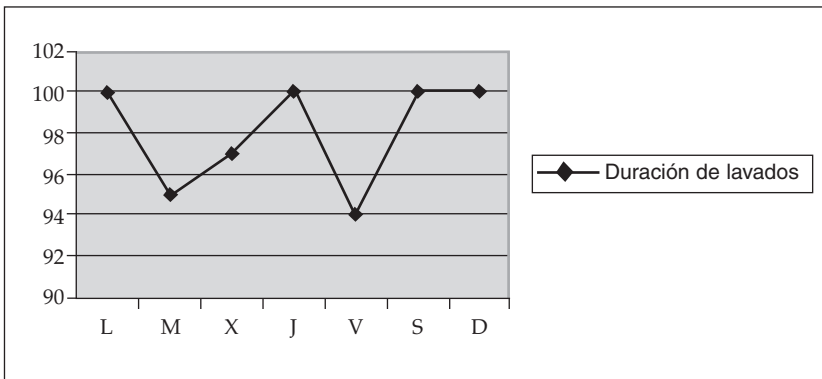


Figura 3.5. Duración del lavado de manos y de utensilios de Pablo.

Ana, ya tenemos los puntos de partida de las conductas registradas. Pasamos a conocer un poco más los antecedentes de las respuestas-problema.

4. Profundizamos en los antecedentes y consecuentes de la respuesta-problema

La pregunta clave que debe realizarse la familia de Pablo es: ¿qué ocurre antes de que Pablo actúe así?, ¿a qué responde? Si uno se plantea este tipo de cuestiones, está interrogándose sobre los antecedentes de la respuesta-problema. Estas preguntas resultan necesarias si queremos llegar a identificar en qué condiciones es más probable que un niño presente determinadas respuestas, responda de determinada forma. Los antecedentes de la respuesta son los estímulos, los acontecimientos o eventos externos o internos a la persona, que motivan, que desencadenan nuestro comportamiento ante tal situación, evento o señal.

Evidentemente, para que alguien responda es preciso un desencadenante o estímulo, pero también cabe que exista una respuesta previamente aprendida; de no existir este aprendizaje previo o de no estar lo suficientemente dominado (habilidad y destreza son términos que hacen referencia a esta cuestión), la persona responderá o lo hará con miedo porque le falta el dominio, la destreza es insuficiente. Las consecuencias que siguen a nuestros primeros ensayos de respuesta son determinantes en este sentido y dotan de significado a las situaciones en las que tales consecuencias se presentan; tales situaciones pasan a convertirse en estímulos discriminativos, en señales que alertan de lo que es probable que nos ocurra si actuamos o no de una determinada manera. Pablo realiza sus rituales, como hemos podido comprobar, a la hora de comer, ante los cubiertos, vasos, platos, ante sus tareas escolares, ante los juguetes de la hermana... Son los estímulos elicitors del ritual. ¿Qué ocurre para que Pablo actúe así? Como ya hemos indicado en el anterior capítulo, esos estímulos le recuerdan sus obsesiones, y él ha aprendido que realizando el ritual elimina la ansiedad y la obsesión. Pero ¡recordemos que por muy breve tiempo!

Pasemos a ver qué sucede tras el ritual (los consecuentes). Querida Ana, los acontecimientos o eventos que siguen a las obsesiones (rituales) van a incrementar, tal como vimos en el capítulo 2, la probabilidad de que en el futuro sigamos actuando como lo hemos hecho; se llaman reforzadores. Cuanto menor es la edad de un ser humano, mayor control sobre su conducta tienen los reforzadores directos y externos; por el contrario, a mayor edad cabe esperar un mayor grado de autocontrol y menor dependencia del medio externo o de los reforzadores directos y contingentes a la actuación. La identificación de estos acontecimientos es de vital importancia. Por ello, junto a la recogida de datos para construir la línea debemos registrar la respuesta del niño y analizar qué reforzadores la mantienen. Como ya hemos comentado anteriormente, el más importante en el caso de Pablo es el reforzador negativo (alivio del malestar, de la ansiedad).

No obstante, debemos: 1) aprender a identificar los reforzadores que siguen a la realización de la respuesta problema; 2) registrar las consecuencias que siguen a la conducta de Pablo en aquellas situaciones en las que aparecen las respuestas que valoramos como desadaptativas; 3) entrenar a la familia y profesores en el consenso sobre los criterios con los que guiarse para actuar frente al comportamiento de Pablo.

En la tabla 3.4 te presentamos un modelo de registro con todas las variables mencionadas.

5. Otros instrumentos de medida

Podemos completar y terminar de conocer el TOC utilizando cuestionarios que van a partir de preguntas muy concretas y específicas sobre las obsesiones y las compulsiones. Actualmente disponemos de varios autoinformes utilizados con niños y adolescentes, que ayudan a cuantificar la severidad del problema y facilitan el reconocimiento de las respuestas. Te presentamos uno de ellos, el *Inventario obsesivo-compulsivo para niños (Children's Obsessional*

TABLA 3.4

*Registro para la observación de obsesiones-compulsiones
(tomado de Rosa y Olivares, 2010, p. 167)*

Ritual/compulsión:			
Fechas Situación o estímulo que lo antecede	Lugar Personas presentes	Hora	Número de veces
Descripción del ritual	Actuación de los que están a su alrededor	Consecuencias al realizarlo	Consecuencias si le impide realizarlo

Compulsive Inventory, CHOCI). Por tanto, Ana, le puedes preguntar a Pablo si algo de lo que indicamos en la tabla 3.5 le sucede, insistiéndole en que no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que se trata de constatar si esto le ocurre, para así poder ayudarle. Por ejemplo, podrías decirle: «Te voy a decir una serie de cosas que ocurren a algunos niños y tú me tienes que indicar si esto te pasa a ti también. Tendrás que contestar si no te pasa nunca, si te pasa algo o si te pasa mucho». A partir de ahí, comenzarías leyendo los enunciados de la tabla 3.5. Ya sabemos que las respuestas casi las conoce su madre, pero podemos preguntarle a Pablo.

TABLA 3.5

Inventario obsesivo-compulsivo para niños (CHOCI, modificado)

COMPULSIONES	NADA	ALGO	MUCHO
1. Empleo demasiado tiempo en lavar mis manos una y otra vez.	1	2	3
2. Siento que tengo que hacer las cosas diarias o cotidianas de la misma manera cada vez que las hago.	1	2	3
3. Empleo mucho tiempo cada día en comprobar las cosas una y otra vez.	1	2	3

TABLA 3.5 (continuación)

COMPULSIONES	NADA	ALGO	MUCHO
4. A menudo tengo problemas para terminar las cosas porque necesito estar totalmente seguro de que lo he hecho todo correctamente.	1	2	3
5. Empleo demasiado tiempo en ordenar mis cosas.	1	2	3
6. Necesito que alguien me diga que las cosas están bien una y otra vez.	1	2	3
7. Si toco algo con una mano, siento que lo debo tocar con la otra mano, con el fin de hacer las cosas de igual forma.	1	2	3
8. Siempre estoy contando números, incluso cuando hago tareas cotidianas.	1	2	3
9. Si tengo un «pensamiento malo», siempre tengo que tener un «pensamiento bueno» para poder quitármelo de la cabeza.	1	2	3
10. A menudo llego tarde porque estoy repitiendo las mismas cosas una y otra vez.	1	2	3
<p>— Ahora, intenta pensar en las tres cosas más molestas que sientes que tienes que hacer sin poder parar. Por ejemplo, tener que lavar tus manos demasiado a menudo, etc. Si no hay ninguna, no escribas nada hasta el apartado de obsesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera cosa: • Segunda cosa: • Tercera cosa: <p>— Si haces alguna de ellas, cuánto tiempo pasas haciendo esa cosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Menos de 1 hora al día • De 1 a 3 horas al día • De 3 a 8 horas al día • Más de 8 horas al día <p>— En qué medida te afectan estas cosas cuando estás en el colegio (instituto) o cuando haces cosas con tus amigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo <p>— ¿Cómo te sentirías si no pudieras llevar a cabo estas cosas? ¿Cuánto te molestaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo 			

TABLA 3.5 (continuación)

<p>— ¿En qué medida intentas no hacer estas cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo <p>— ¿Cómo de fuerte es la sensación de que tienes que hacer estas cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo <p>— ¿En qué medida has estado evitando hacer algunas cosas, ir a algún lugar o estar con alguien por no dejar de hacer estas cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo 			
<p><i>Ahora te voy a preguntar acerca de pensamientos, ideas o imágenes que vienen a tu mente una y otra vez aunque tú no quieras que lo hagan. Suelen ser molestos, tontos o avergonzantes. Dime en qué media te ocurre lo siguiente:</i></p>			
OBSESIONES	NADA	ALGO	MUCHO
1. No puedo dejar de tener pensamientos inquietantes acerca de un accidente.	1	2	3
2. A menudo tengo malos pensamientos que me hacen sentir como una persona mala.	1	2	3
3. Tengo pensamientos inquietantes acerca de que mi familia puede sufrir algún daño, que me impiden concentrarme.	1	2	3
4. Siempre tengo grandes dudas sobre si he tomado la decisión correcta, aunque sea acerca de pequeñas cosas estúpidas.	1	2	3
5. No puedo parar de tener pensamientos inquietantes acerca de la muerte que rondan mi cabeza una y otra vez.	1	2	3
6. A menudo tengo malos pensamientos acerca de la gente que me hacen sentir una persona mala, una y otra vez.	1	2	3
7. A menudo tengo pensamientos malos acerca de volverme loco.	1	2	3

TABLA 3.5 (continuación)

8. Tengo pensamientos aterradores sobre que va a ocurrir algo horrible y será por mi culpa.	1	2	3
9. Me asusta mucho pensar (o hacer) algo que moleste a Dios.	1	2	3
10. Estoy siempre preocupado porque creo que mis malos pensamientos sobre otras personas pueden hacer que les ocurra algo malo.	1	2	3
<p>— Indica los tres pensamientos que tengas a menudo y que no puedas dejar de pensar. Si no hay ninguno, has finalizado la prueba.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer pensamiento: • Segundo pensamiento: • Tercer pensamiento: <p>— ¿Cuánto tiempo pasas pensando en esas cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Menos de 1 hora al día • De 1 a 3 horas al día • De 3 a 8 horas al día • Más de 8 horas al día <p>— En qué medida te afectan estas cosas cuando estás en el colegio (instituto) o cuando haces cosas con tus amigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo <p>— ¿En qué medida te molestan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo <p>— ¿En qué medida intentas detener esos pensamientos o ignorarlos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo <p>— Cuando intentas detenerlos o ignorarlos, ¿lo consigues?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante 			

TABLA 3.5 (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> • Mucho • Muchísimo <p>— ¿En qué medida has estado evitando hacer algunas cosas, ir a algún lugar o estar con alguien debido a estos pensamientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Bastante • Mucho • Muchísimo

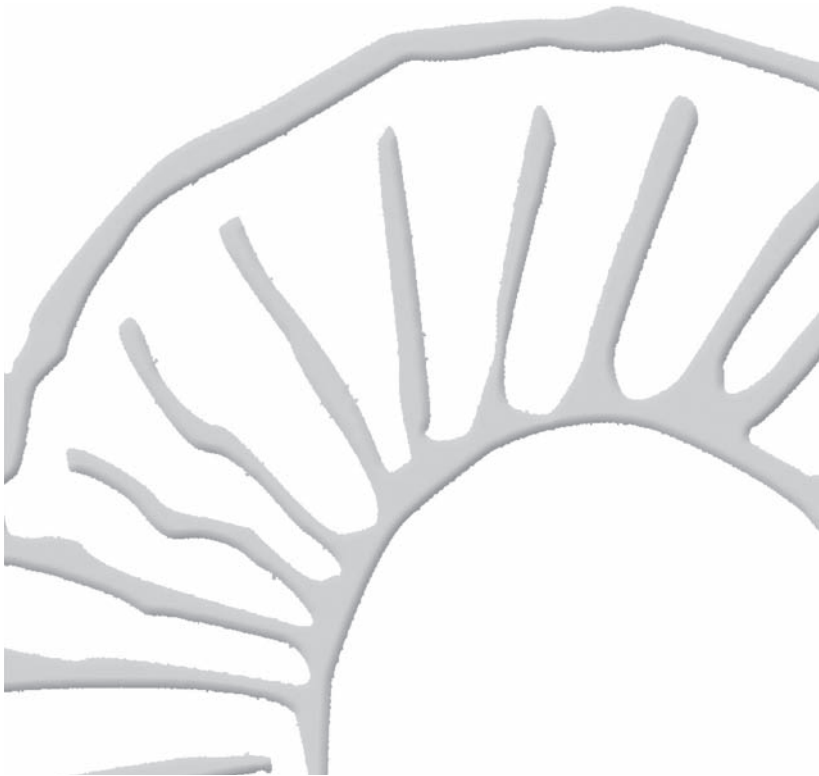
En este momento, insistimos en que si creemos que el niño puede presentar un TOC, debemos acudir al especialista (pediatra, psicólogo, psiquiatra). Este manual es sólo una ayuda, no sustituye a la intervención del profesional.

Hasta ahora hemos enseñado a Ana a describir las conductas que se consideran problemáticas, a observar y registrar las mismas, a construir la línea de base, a determinar los antecedentes y consecuentes de la respuesta-problema, a evaluar mediante un autoinforme.

¿Qué ha contestado Pablo en el autoinforme? Imaginemos las respuestas por lo que conocemos de su TOC, pero, ¡ánimo, Ana, el TOC no está todavía muy instaurado! ¡Vamos de lleno al tratamiento!

CAPÍTULO 4

AL ATAQUE CON EL PROBLEMA



1. Un ligero preámbulo

A partir de ahora es muy importante que se incorporen al tratamiento el padre, la abuela de Pablo y su profesora M.^a Ángeles. Hemos de luchar contra el TOC y enseñarle al niño cómo hacerlo. Para ello, vamos a utilizar diferentes estrategias sin olvidar que los adultos debemos estar muy tranquilos, no enfadarnos con Pablo, persistir en nuestro intento, no colaborar con los rituales que él nos demande, ni culparle de lo que le ocurre. Pablo tiene un problema, no realiza estos comportamientos «raros» porque le da la gana, sino porque presenta un TOC. Por tanto, ¡al ataque con él!

Nuestro objetivo principal será ir eliminando los rituales que presenta Pablo para que las obsesiones vayan dejando de cobrar fuerza en el niño. Estos objetivos o metas van a ser específicos, realistas y escalonados.

Los datos recogidos en la evaluación inicial y el modelo teórico de referencia nos van a permitir ahora poder seleccionar las actuaciones más indicadas, aquellas que han de conformar el programa de tratamiento en razón a los resultados generados por el análisis funcional y las variables que postula el modelo teórico como responsables del mantenimiento del problema. Es

decir, observaremos las relaciones funcionales puestas de manifiesto por el análisis funcional entre las respuestas problemáticas y los estímulos que las desencadenan y/o mantienen. La línea de base, construida a partir de la información recogida inicialmente, nos permitirá constatar si la conducta cambia. Al estudiar nuestra intervención midiendo antes, durante y después las conductas de Pablo garantizamos, en general, que los cambios observados en la variable dependiente se deben a las variaciones introducidas en la variable independiente o tratamiento. En la tabla 4.1 os presento lo que debéis saber los padres y adultos cercanos al niño.

TABLA 4.1

Conocimientos que deben adquirir los padres antes de intervenir

- ✓ La mayor parte de la conducta se aprende y todo lo aprendido puede cambiarse, tanto las conductas deseables y positivas como las conductas negativas o indeseables.
- ✓ La conducta se analiza, atendiendo a los sistemas de respuesta motor, fisiológico y cognitivo, en términos topográficos de frecuencia, intensidad y duración.
- ✓ La conducta ocurre en unas determinadas condiciones que los padres deben aprender a determinar: *a)* los antecedentes, es decir, estímulos concretos que anteceden a las respuestas concretas que queremos cambiar; *b)* los consecuentes, es decir, estímulos concretos que siguen a las respuestas-problema concretas.
- ✓ Lo realmente importante para ayudar a alguien a cambiar su conducta es tener en cuenta las variables relevantes de las que depende en este momento esa conducta. En este sentido, dado que el pasado sólo puede asumirse y no tiene otra función que permitirnos entender nuestro presente, las variables relevantes son aquellas que están interviniendo en el mantenimiento de la conducta en el momento presente; si éstas coinciden o no con las que en el pasado generaron o contribuyeron al desarrollo de esta conducta, ello es secundario para organizar las estrategias para el cambio.
- ✓ La conducta es una función de las variables que la están manteniendo en el momento en que se estudia. Si se ha de estudiar esta relación, debería realizarse mediante un análisis funcional de la conducta, siguiendo el esquema E-O-R-C (donde E = estímulo; O = organismo; R = respuesta; C = consecuencias).
- ✓ Los padres deben aprender a analizar los recursos del niño e inventariar con detalle sus habilidades, destrezas, aficiones, etc.

2. El mejor ataque: la exposición con prevención de respuesta en familia

2.1. CONOCIENDO UN POCO ESTA HERRAMIENTA

La exposición con prevención de respuesta (EPR, en adelante), a pesar de tratarse de dos procedimientos diferentes, exposición y prevención de respuesta, su combinación para la reducción de las respuestas obsesivo-compulsivas resulta indispensable, describiéndose casi siempre en la literatura como una estrategia unitaria. Se trata del componente principal y esencialmente activo de las intervenciones para el TOC. De hecho ha sido la técnica más incluida en los diferentes programas y la más estudiada empíricamente. La EPR está basada en el modelo de reducción de la ansiedad por el que las obsesiones son estímulos elicítadores, despertadores de la ansiedad en el sujeto, el cual realiza una serie de comportamientos (compulsiones/rituales), con el objetivo de evitar o escapar de este malestar. De este modo, el trastorno es mantenido por refuerzo negativo (esto ya lo hemos estudiado en otro punto anterior y lo profundizaremos en el capítulo siguiente). Sin embargo, la evitación del malestar es conseguida a corto plazo, ya que, a la larga, la realización de las compulsiones será generadora de más ansiedad e interferencia en la vida del niño. El objetivo principal de la EPR es la interrupción de este círculo vicioso mediante el enfrentamiento del sujeto a los estímulos temidos, al mismo tiempo que se le indica que no debe realizar las respuestas de evitación/escape. De esta forma se impide la consecución del refuerzo negativo y se logra la reducción de la ansiedad por un proceso de habituación. Además, la EPR tiene efectos sobre las cogniciones, ya que mientras el sujeto es expuesto a lo largo del tiempo, éste se da cuenta de que las consecuencias temidas no suceden a pesar de no llevar a cabo las compulsiones. El procedimiento se puede realizar mediante diferentes modalidades; por ejemplo, distinguiendo entre aplicación en imaginación *versus* en vivo o gradual *versus* intensiva. El modo de intervención más

frecuente es el gradual mediante la construcción de una jerarquía de estímulos en orden de menor a mayor ansiedad provocada; ésta es medida utilizando la escala de unidades subjetivas de ansiedad (USA), graduada de 0 a 100. En el caso de los niños el rango de ansiedad medido suele ser menor, por ejemplo, de 0 a 10 puntos, y se utilizan instrumentos como el termómetro del miedo. El uso del modo en imaginación o en vivo dependerá del estímulo al que se deba enfrentar el sujeto, pudiendo emplearse una combinación de ambas modalidades, lo que ha mostrado mucha utilidad, ya que el sujeto se enfrenta no sólo a las situaciones temidas (en el caso de Pablo, tocar los cubiertos), sino a las consecuencias negativas imaginadas (enfermedad de la hermana). En este sentido, los objetivos de la exposición pueden ser tanto estímulos evitados por el sujeto (por ejemplo, suciedad, situaciones, personas) como las mismas obsesiones en caso de pensamientos intrusivos de tipo agresivo o catastrófico, entre otros. Es importante saber que cuando se trata de los niños, la EPR suele desarrollarse en un contexto narrativo o de juego para facilitar el proceso, como por ejemplo la lucha contra la *bola cansina*. De igual modo, debemos recordar que la intervención de la familia es esencial para el éxito terapéutico. Asimismo, las tareas de EPR se realizan tanto en la consulta como en el ambiente natural del niño, y pueden ser asistidas por el terapeuta o los padres. ¡Comencemos ya!

2.2. PASO PREVIO: LAS AUTOINSTRUCCIONES

Ana, David, María y M.^a Ángeles, antes de iniciar la aplicación de las técnicas más eficaces en este problema, hemos de informar a Pablo sobre lo que le ocurre y por qué está ganando terreno en su vida este problema. Cuando la información va dirigida a los niños es frecuente el uso de metáforas para hacer más comprensible tanto la explicación del problema como la lógica del tratamiento. Algunos ejemplos son la conceptualización de las obsesiones como un problema con el «volumen o fre-

cuencia» de los pensamientos (vienen muchos a la vez), otras veces se presenta al TOC como un elemento externo, un enemigo común contra el que lucharán el niño, el terapeuta y la familia. Para ayudar a Pablo a externalizar y distanciarse del problema se elegirá un nombre despectivo y divertido para el TOC. Pablo decide que le llamemos «la bola cansina» y lo describe como un duende con forma de bola, naranja y muy pesado, pues siempre está insistiendo en lo mismo. Le gusta hacerle sufrir, que lo pase mal, que se preocupe y quitarle tiempo para jugar y divertirse. Te presentamos a ¡la bola cansina! y a ¡Pablo! (figuras 4.1 y 4.2).

Antes de comenzar con la exposición, enseñaremos a Pablo un mensaje que le ayude a atacar a la bola cansina, una autoinstrucción, una autoafirmación que le permitirá que no sólo visualice el TOC como algo externo y traslade la responsabilidad de lo que le ocurre al propio trastorno en vez de a sí mismo, sino que le dará fuerza, poder para enfrentarse a ella sin miedo. Es una técnica cognitivo-conductual que permite la modificación o sustitución (por otras más adaptativas) de las autoverbalizaciones internas (pensamientos) que el niño se dirá antes de que aparezca la obsesión o la bola cansina («Podré con ella»), durante la presencia de la obsesión («Yo puedo más que tú, voy a vencer-



Figura 4.1. Bola cansina.



Figura 4.2. Pablo.

te, soy más fuerte, bola pesada») y después del enfrentamiento a esa situación aversiva («¡No ha sido tan difícil, lo he conseguido!»), esperándose que dicho cambio en el sistema cognitivo genere, a su vez, una modificación en la conducta manifiesta del niño, pudiendo ir enfrentándose a la obsesión sin llevar a cabo el ritual. Por tanto, Pablo ya tiene autoverbalizaciones, buscadas por él mismo con ayuda de los adultos, para enfrentarse *antes* de que llegue la bola cansina a ponerlo nervioso, *durante* la estancia de la bola cansina que le quiere quitar su tiempo y le obliga a hacer todo lo que le manda y *después* de enfrentarse a esa situación. Tras superar la misma, recibirá una recompensa que más adelante os indicaremos en qué consistirá. En la figura 4.3 os recordamos algunos elementos a tener en cuenta para que las autoinstrucciones sean eficaces. Leedlas con atención.

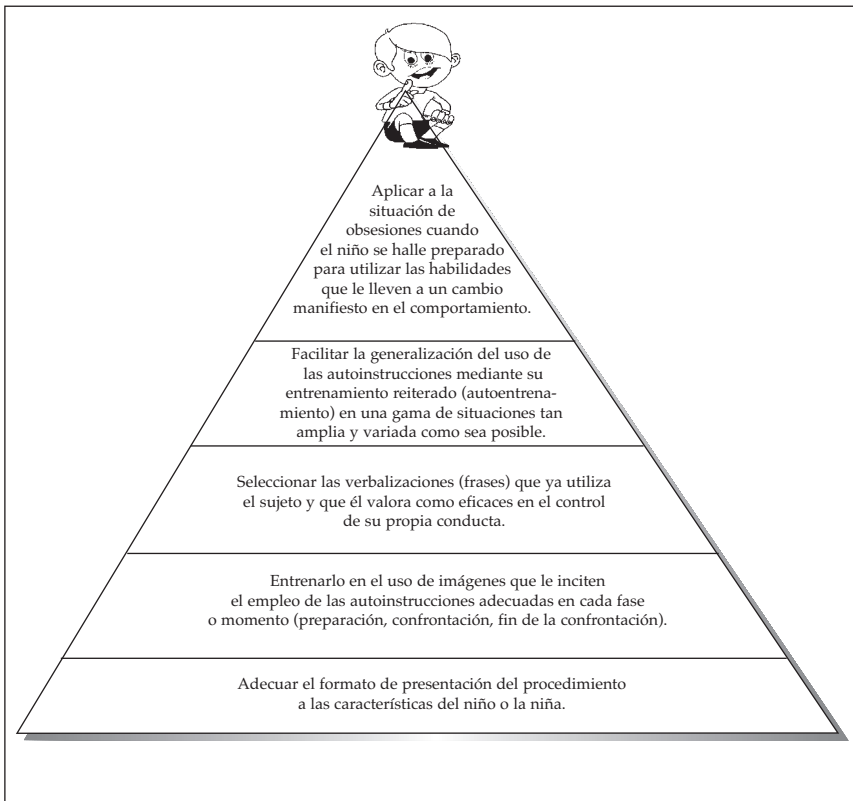


Figura 4.3. Elementos a tener en cuenta en las autoinstrucciones.

2.3. COMENZAMOS LA EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

1. *Manejando el termómetro del miedo.* En primer lugar, os vamos a enseñar el manejo de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) para valorar el malestar o la ansiedad que los estímulos y situaciones temidos o evitados producen en el niño. Para ello, vamos a presentar una especie de regleta o termómetro que va a medir la temperatura del miedo o malestar del niño que irá de 0 grados (nada de ansiedad) a 10 grados (muchísima o extrema ansiedad). Veamos qué le podemos indicar a Pablo: «Pablo, fíjate en este termómetro, debes decirnos si cuando ves los cubiertos en la mesa te da mucho nerviosismo, te pones muy mal, poco mal o algo mal. Es como un termómetro, ¿cuánto de mal o de miedo sientes al verlos? Cuanto más mal, más sube la temperatura».

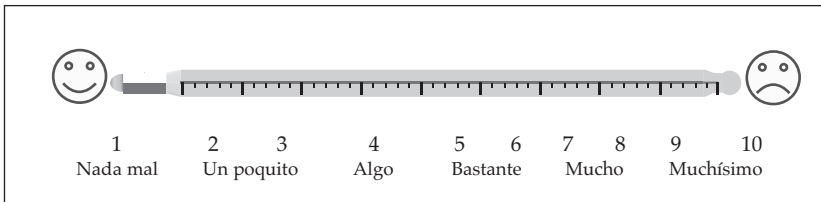


Figura 4.4. El termómetro del miedo.

2. *Construyendo la jerarquía del miedo.* Para llevar a cabo la construcción de la jerarquía debemos preguntar al niño por las situaciones que le producen miedo (desde las de poco miedo a mucho miedo). Por ejemplo, a Pablo le indicaríamos que una puntuación de 10 sería cuando toca los cubiertos sin lavarlos ni lavarse las manos al ir a comer. Señalamos que el número 1 en el termómetro del miedo es el de menor miedo, por ejemplo cuando está en su casa en el sofá y ya ha comido. Así, iremos encontrando situaciones que puntúen 1, 2, etc., hasta ir rellenando los puntos intermedios y altos. Si el niño presenta dificultad para localizar con precisión los temores en la escala (por ejem-

plo, debido a la indecisión que puede estar asociada con el TOC), el terapeuta debe ayudarle un poco. Este profesional, además, prestará especial atención a los objetos, a la gente, a los lugares que son evitados, ya que éstos también son desencadenantes del TOC. Los padres son parte esencial en esta tarea, deben colaborar en la identificación de los desencadenantes que pueden haber observado que son parte del TOC, recordando que están todos en el mismo equipo para luchar contra el problema, intentando que no culpen al niño por sus temores o manías. Recordamos que David, el padre de Pablo, creía que eran manías para controlar a la familia. Los padres también deberían ser animados a alabar al niño por resistir al TOC, mientras que al mismo tiempo re-enfocan su atención en los elementos positivos de la vida del niño (en el siguiente capítulo hablaremos del refuerzo con más detalle). En la tabla 4.2 recogemos algunos ítems de la jerarquía del miedo de Pablo sobre el contagio elaborada con la información ofrecida por los padres y el niño.

TABLA 4.2

Diseño de una jerarquía de situaciones de miedo al contagio o a la contaminación

DESENCADENANTE	OBSESIÓN	COMPULSIÓN	TEMPERATURA
Tocar los cubiertos sin lavar que están en la mesa del comedor de su casa.	«Los cubiertos están infectados de bichitos.»	Lavar los cubiertos 4 veces, secar y relavar 4 veces o evitar tocarlos. Obligar a la madre a lavar los cubiertos (3 veces, enjuagar 3 veces y relavar 3 veces).	9-10
Tocar los cubiertos sin lavar que están en la mesa del comedor de la casa de su abuela.	«Los cubiertos están infectados de bichitos.»	Lavar los cubiertos 4 veces, secar y relavar 4 veces o evitar tocarlos. Obligar a la abuela o madre a lavar los cubiertos (3 veces, enjuagar 3 veces y relavar 3 veces).	9-10

TABLA 4.2 (continuación)

DESENCADENANTE	OBSESIÓN	COMPULSIÓN	TEMPERATURA
Ir a un restaurante y tener que comer con los cubiertos del mismo.	«Los cubiertos están infectados de bichitos.»	Negarse a comer y a tocar los cubiertos.	9-10
Tocar los cubiertos pero no tener que comer.	«Los cubiertos están infectados de bichitos.»	Evita tocarlos y se lava las manos. No se toca la boca hasta lavarse las manos unas 10 veces.	8-9
Comer un bocadillo sin haberse lavado las manos.	«Tienes bichitos en las manos, te vas a contagiar.»	Coge el bocadillo con el papel y se lava las manos 10 veces.	7-8
Tocarse la boca con los dedos.	«Tienes bichitos en las manos, te vas a contagiar.»	Se lava las manos cada vez que los dedos tocan su boca.	6-7
Tocar el lápiz del colegio.	«Hay bichitos en el lápiz, tienes que tener cuidado de no tocarte la boca.»	Se lava las manos antes de tocar el lápiz o se pone un guante.	5-6
Tener que echarse crema en la cara.	«En tus manos hay bichitos y te los estás echando en la cara.»	Se lava las manos 10 veces.	4-5
Tener que echarse crema en las piernas.	«En tus manos hay bichitos y te los estás pasando por las piernas.»	Se lava las manos 10 veces.	3-4
Peinarse.	«En tus manos hay bichitos y te los estás pasando por el pelo.»	Se lava las manos 10 veces.	2-3
Estar sentado en el sofá, tocándome el pantalón y faltando poco para comer.	«En tus manos hay bichitos y tienes que lavarte las manos cuando vayas a comer.»	Se prepara para lavarse las manos 10 veces.	1-2
Estar sentado en el sofá, tocándose el pantalón y habiendo comido.	«Estoy tranquilo, pues ya he comido.»	Se queda cómodo en el sofá pero no se toca la boca.	1

En este apartado, como ves, Ana, es importante que el terapeuta, el niño y los padres se hayan puesto de acuerdo en la jerarquía de los estímulos del TOC que interfieren en la vida del niño. También observarás que intentamos que Pablo exteriorice el problema, siendo la *bola cansina* la que le indica lo que debe pensar y hacer.

3. *Exponiéndolo al miedo y previniendo la respuesta.* A partir de ahora vamos a pretender que Pablo se enfrente repetidamente a las situaciones que le provocan miedo durante períodos prolongados de tiempo hasta que se produzca la habituación. También debemos impedir las respuestas de escape o evitación de Pablo que, en muchos casos, se producen no acercándose al estímulo temido, realizando el ritual, e incluso escapando de la situación poniéndose guantes para no tocar el lápiz. En relación al tiempo necesario para producir la habituación, entre los investigadores existe el acuerdo de que por término medio las sesiones deben programarse con una duración mínima de una hora y máxima de dos. No obstante, la mayor o menor duración viene determinada por variables tales como la cronicidad, la capacidad del sujeto o el tipo de respuesta-problema. Asimismo conviene que indiquemos al niño que una vez que inicie la sesión de tratamiento, ésta no se podrá abandonar hasta que el terapeuta lo considere conveniente, ya que si abandonara a mitad de la sesión, podría producirse un incremento de los niveles del patrón de respuestas de ansiedad (sensibilización).

La exposición, por tanto, requiere que el niño haga frente a los factores desencadenantes del TOC (por ejemplo, tocando los cubiertos). La prevención de respuesta consistirá en impedir que Pablo o su madre frieguen los cubiertos el número de veces y en la forma en que habitualmente lo hacen. Técnicamente, la prevención de respuesta es un procedimiento de extinción que parte de que si se suprime sistemáticamente la consecuencia responsable de la ocurrencia de una respuesta, ésta dejará de producirse. Es decir, la ausencia de reforzamiento produce su

retroceso hasta su línea de base previa a la aplicación del refuerzo. Así pues, si deseamos eliminar una conducta, éste es un procedimiento candidato a ser empleado. Ahora bien, hemos de tener en cuenta que la aplicación de este principio puede generar dos efectos inmediatos y uno demorado: 1) *El estallido de extinción*: el incremento de alguna, varias o todas las dimensiones de la conducta que se pretende extinguir (frecuencia, duración e intensidad). 2) *La agresión inducida por la extinción*: la aparición de reacciones emocionales como el llanto, quejas o reproches, y conductas agresivas como gritos, golpes, etc. 3) *La recuperación espontánea* es un fenómeno que en ocasiones se presenta pasado un tiempo tras haber extinguido la conducta. Estos fenómenos disminuirán progresivamente hasta desaparecer, si se mantiene la supresión de la consecuencia reforzadora. Pero sigamos explicando a Ana en qué consiste la prevención de respuesta. Ésta tendrá lugar cuando Pablo se niegue a realizar lo habitual (la compulsión) para aliviar la ansiedad. Recordemos que éste lavaba y hacía lavar a su madre los cubiertos y las manos varias veces seguidas y mediante una forma concreta (lavado, enjuague, lavado). Debemos dejar claro al niño que, aunque éste será capaz de mandar en la *bola cansina* en el futuro, no se espera que lo haga hoy. Debido a que la EPR es siempre amenazante para el niño, el terapeuta tiene que dar dos garantías principales: 1) Al niño se le enseñarán estrategias de afrontamiento a utilizar cuando éste experimente ansiedad u otros afectos disfóricos durante la EPR. 2) El tratamiento procederá al ritmo elegido por el niño. Cuando un niño sea expuesto a una señal temida y se resista a realizar la respuesta compulsiva usual, él experimentará invariablemente un aumento de ansiedad, y por tanto debe estar preparado para esperar, medir y tolerar que esa ansiedad vaya decreciendo. Ya verás, Ana, ¡vamos a vencer a la *bola cansina*!

Aunque el tratamiento puede realizarse lentamente, siempre tiene que haber algún acercamiento, por pequeño que sea, hacia la meta de ir eliminando la fuerza que tiene el TOC (la *bola cansina* para Pablo) en la vida del niño. De lo contrario, la terapia en sí misma podría actuar como una conducta de evitación. Al

mismo tiempo, el terapeuta debe insistir en que el niño y la familia avancen de la forma más hábil para enfrentarse al TOC.

Durante la tarea de la exposición, se animará al niño a que hable con el TOC, con la *bola cansina*, y le indique que no va a hacer lo que ella le dice hasta que el termómetro del miedo descienda a un nivel de 1 ó 2. La práctica de la exposición con prevención de respuesta (EPR) en vivo es llevada a cabo tanto en la casa del niño como en la consulta, progresando a través de la jerarquía del miedo, comenzando siempre por el ítem que produce menos malestar.

Hemos de saber que a medida que el niño va haciendo frente a la *bola cansina*, ésta va decreciendo y haciéndose más pequeña, hasta que llega un momento en que se hace casi inapreciable. Pero esto supone un proceso. Todavía no hemos llegado.

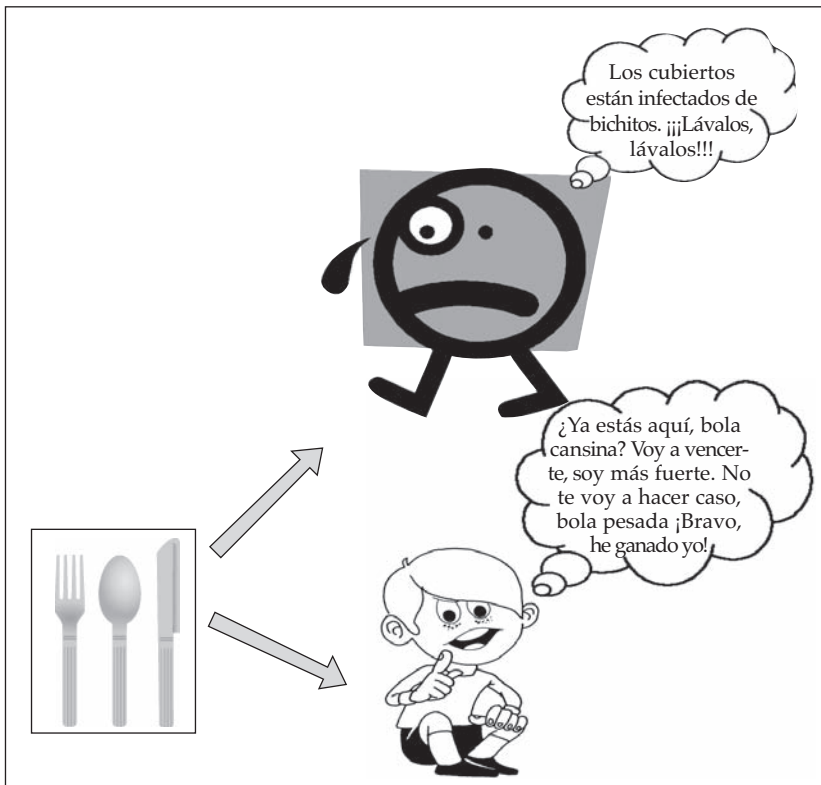


Figura 4.5. Ejemplo de autoinstrucciones.

Según la edad del niño, éste estará más o menos implicado en el diseño de los ejercicios. No obstante, siempre se explicará a la familia cómo realizar la EPR fuera de la consulta. La práctica en el hogar es una parte esencial, ya que potenciará que se produzca antes la extinción. Por ello, el terapeuta en cada sesión debe verificar la realización de las tareas en casa, su duración y el progreso realizado durante las mismas, identificando, en el caso de no realización, los impedimentos surgidos (ansiedad excesiva, falta de motivación, planificación u organización, etcétera). También se recuerda al niño la importancia de la EPR en la reducción del malestar y la necesidad de llevar a cabo repetidos ejercicios para lograr este objetivo.

Veamos un ejemplo con Pablo. Pedimos a Pablo que entre en la cocina y se fije en los cubiertos que hay encima de la mesa. No es la hora de comer. Debe coger los cubiertos y tocarlos varias veces con sus manos. Después de esta tarea no podrá lavarse las manos ni fregar los cubiertos. Tampoco podrá hacerlo su madre ni ningún miembro familiar. Una vez mantenida esa situación unos minutos, se le dice al niño que ponga ambas manos sobre sus piernas y que se toque lentamente. Cuando el nivel de malestar baja a 2, dejamos de realizar el ejercicio hasta la siguiente aplicación. En cuanto a los rituales, permitimos a Pablo que se lave una vez las manos (¡sólo una vez!) antes y después de comer y tan sólo utilizando 1 minuto. En casa debe realizar las tareas conseguidas en la consulta. Éstas se llaman «tareas para casa». El objeto de las mismas es la consolidación de las habilidades adquiridas durante las sesiones de entrenamiento y su generalización a otras situaciones. Las tareas para casa han de ser cuidadosamente planificadas por el terapeuta y siempre pactadas con el cliente. Así, por ejemplo, se puede pactar el número de veces que una persona obsesionada con la limpieza puede lavarse las manos en una situación en la que ha de estar en continuo contacto con objetos que estima «contaminados». En todas estas sesiones y en las tareas para casa, los padres deben elogiar al niño por resistir al TOC, a la vez que centrar su atención en elementos positivos de la vida del chico. El refuerzo positivo puede ser útil para aumentar la motivación por resistir al TOC, especialmente para el niño que ha sido expuesto a

un flujo constante de negatividad o castigo verbal por las consecuencias del problema. Recompensar cada vez que gana a la *bola cansina* satisfactoriamente, ayuda a recordar a Pablo concretamente que él es el autor de una nueva historia en la que el TOC manda gradualmente menos. Premiar por las tareas específicas también ayuda al niño a que continúe identificando el TOC como un problema que viene de fuera, mientras se incrementa su autoestima y motivación. Para que los padres no piensen que se trata de un soborno, de vez en cuando les recordamos que resistir al TOC es un trabajo duro y que debe ser recompensado de forma continuada. Ya que la potencia motivacional de las recompensas varía tremendamente con la edad del niño y la cultura familiar en la que se producen, el terapeuta debería individualizar las mismas atendiendo a cómo afectan a cada sujeto. Pero, como hemos indicado antes, en el capítulo 5 os vamos a hablar del refuerzo con detenimiento.

3. Otras herramientas a utilizar: las técnicas cognitivas

Estas técnicas están incluidas en la mayoría de los protocolos de tratamiento con el objetivo de facilitar el proceso de exposición, aunque también existen programas formados exclusivamente por este tipo de procedimientos. El objetivo de las técnicas cognitivas es la modificación de las creencias erróneas, distorsiones y sesgos cognitivos que se encuentran en la base del trastorno obsesivo compulsivo. En este sentido, encontramos la sobrestimación de la responsabilidad, por la que el sujeto piensa que es el responsable de la ocurrencia/evitación de sucesos adversos. Pablo pensaba que si dejaba a su hermana jugar con sus juguetes (de ella) ésta podría enfermar. El sesgo de la fusión pensamiento-acción hace creer a los niños con TOC que un pensamiento aumenta la probabilidad de ocurrencia de un suceso —a Pablo esto no le sucedía, pero hay niños que creen que por pensar en la muerte de alguien, ésta va a suceder—, entre otros. En cuanto a las técnicas concretas, existe una gran

variedad de ellas que han sido utilizadas en el tratamiento de niños y adolescentes con TOC. Comenzando por las más simples, encontramos las *autoinstrucciones* anteriormente mencionadas. Asimismo, se describen otros procedimientos que persiguen el objetivo de la *externalización del desorden* por parte de niño, es decir, que éste conciba el TOC como algo separado de su persona, lográndose un distanciamiento cognitivo. En el caso de niños pequeños es frecuente la utilización de un apodo despectivo para el trastorno (nuestra *bola cansina*) o la representación gráfica mediante figuras de diferente tamaño que representan al niño y al desorden. La figura más grande indica quién tiene el control de la vida del niño en ese momento. A medida que avanza el tratamiento, la figura que representa el trastorno va disminuyendo su tamaño —esto ya lo hemos indicado anteriormente—. Las técnicas más complejas, como la *reestructuración cognitiva*, persiguen la modificación de creencias y cogniciones erróneas, como las que se acaban de comentar. Son diversas las estrategias que se utilizan para conseguir este objetivo; algunas de ellas son la técnica del pastel, el diálogo socrático o el cálculo de probabilidades. Por otro lado, la mayoría de los paquetes de terapia cognitiva incluyen los llamados *experimentos conductuales*, en los cuales el sujeto recoge evidencia a favor o en contra de sus creencias, mediante la realización de encuestas, búsqueda de información fiable, creación de situaciones artificiales, etc. Pero en el caso de Pablo sólo utilizaremos autoinstrucciones y el apodo al TOC, ya comentado anteriormente.

4. El importante papel de la familia

Como hemos podido observar, el papel de la familia del niño con TOC es muy importante. Los patrones de interacción familiar influyen y son influidos por el problema de manera que la modificación de estas dinámicas constituye, en numerosas ocasiones, una parte esencial de la intervención. Recordemos que Ana nos indicaba que su marido y ella tenían problemas por el modo de actuación ante el problema. Ana colaboraba en los

rituales y David reñía al niño. Por tanto, la familia debe actuar para conseguir la reducción de la acomodación y la implicación en los síntomas, disminuir la ansiedad y el estrés de los familiares en relación con el TOC, modificar las actitudes y creencias erróneas sobre el problema, manejar al niño y colaborar en el entrenamiento y en los ejercicios de exposición en casa. Sin ellos es imposible que un niño pequeño mejore. Por tanto, Ana, David, María y M.^a Ángeles vais a ser los coterapeutas, y éste papel es muy importante. Son varias las herramientas utilizadas para ello, como el *entrenamiento en solución de problemas*, las *técnicas de manejo de ansiedad y estrés*, el *entrenamiento en aplicación de técnicas operantes* para el manejo del niño y la *facilitación del cumplimiento de las tareas terapéuticas* y el *entrenamiento de los padres/abuelos, maestros como coterapeutas* para su asistencia durante los ejercicios de exposición. Algunas de ellas ya las hemos visto y otras nos quedan por ver.

El entrenamiento por parte del terapeuta a los padres va a constar de 3 fases:

1. *Entrenamos a los padres en condiciones simuladas y sencillas.* Los terapeutas instruirán a los padres sobre cómo se ha de actuar en una situación concreta (por ejemplo, cuando Pablo se niega a tocar los cubiertos), para a continuación actuar como modelo y aplicar las técnicas seleccionadas para la ocasión en presencia de los padres, con el fin de que éstos aprendan cómo han de utilizarlas observando el comportamiento ajeno. A continuación, los padres ensayarán su aplicación tantas veces como sea necesario hasta lograr una actuación correcta. En concreto, Ana y María serán entrenadas para que, cuando Pablo insista en que laven los cubiertos, ellas se resistan a hacerlo, no enfadándose con él, sino indicándole cómo deben aguantar ante el ataque de la *bola cansina*, lanzando mensajes positivos de resistencia: ¡tú puedes, eres valiente, somos vencedores...!
2. *Proponemos tareas para casa.* Al finalizar la fase relativa al entrenamiento de la sesión correspondiente, el terapeuta

entregará a los padres un resumen de los contenidos abordados, y posteriormente propondrá las tareas básicas para casa que deben realizarse durante la semana. Estas tareas tienen por objeto la práctica en el contexto natural de lo aprendido en la situación artificial, simulada y simplificada que se ha diseñado para tal fin. Es vital hacer observar a los padres la relevancia de la aplicación de lo entrenado, de lo aprendido: en ello nos va tanto la consolidación y generalización del aprendizaje como la implicación de los padres para continuar el entrenamiento. Por ejemplo, cuando en la consulta Pablo ya es capaz de tocar los cubiertos sin lavarse las manos y tenerlos 5 minutos sin que le provoquen ansiedad, deben llevar a cabo esta tarea en casa. Pero ¡cuidado! Siempre en las mismas condiciones.

3. *Aplicamos los aprendizajes en el contexto natural.* La tercera fase se desarrolla entre las sesiones de entrenamiento y consiste en aplicar los conocimientos adquiridos, las estrategias, las habilidades modeladas y las destrezas ensayadas en las sesiones previas. La aplicación se realiza con el fin de conseguir la consolidación de los aprendizajes y su generalización a distintos contextos, aquellos en los que se presenta la conducta que queremos ayudar a cambiar, como se ha indicado. Los padres ya pueden actuar de coterapeutas en las situaciones que van a ir surgiendo en casa.

Concluyendo: no hemos de olvidar que los niños también aprenden a través de la observación, de la imitación o del modelado. Éste establece que cualquier comportamiento que se pueda adquirir o cambiar por medio de una experiencia directa es susceptible de aprenderse o cambiarse, en principio, por la observación de la conducta de los demás y de las consecuencias que le siguen. Por tanto, queridos papás seamos buenos modelos de aproximación a situaciones que generan ansiedad en el niño, no reforcemos el miedo a contagiarse, o lavarse en exceso o a hacer las tareas perfectas. Si es vuestro caso, tratemos de no hacerlo, pues estamos enseñando a que lleve a cabo lo que verbalmente deseamos que no haga.

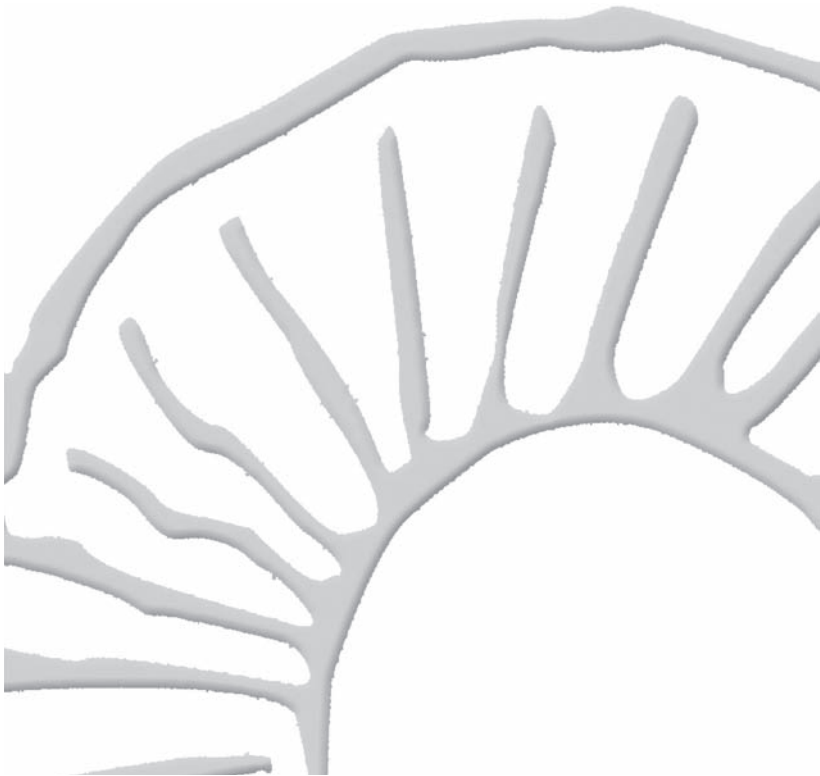
Finalmente, recordamos algunos problemas que nos indica un famoso investigador, Lewin, que pueden surgir en el tratamiento y que debemos solucionar (ver tabla 4.3).

TABLA 4.3
Posibles problemas y modo de actuación

PROBLEMAS	MODO DE ACTUACIÓN
<i>El niño se niega a realizar la EPR</i>	Se recomienda comenzar con estímulos que eliciten la mínima ansiedad o añadir otras técnicas conductuales, como el programa de recompensas o el coste de respuesta.
<i>Niños con rituales encubiertos</i>	Es conveniente implementar un programa motivacional antes de comenzar la EPR, para que el niño reconozca la importancia de suprimir los rituales.
<i>Búsqueda de reaseguración</i>	Es importante que tanto padres como terapeuta no proporcionen reaseguración al niño, sobre todo durante los ejercicios de exposición, ya que éste podría utilizar la búsqueda de tranquilidad como medio para reducir la ansiedad provocada por los ejercicios de EPR, impidiendo que actúe por sus propios mecanismos. Para eliminar estas conductas el procedimiento más adecuado es la extinción.

CAPÍTULO 5

APRENDEMOS MÁS MEDIOS DE CONTRAATAQUE



1. Reforzar los logros y volverlos a reforzar

Como hemos indicado en el capítulo anterior, es importante que los adultos y el entorno cercano al niño sea capaz de ver y reforzar los pasos que va dando y el terreno que va ganando al TOC. Estamos ante un problema difícil y duro para el niño que le generará, en un principio, mucha ansiedad. Por ello, hay que aprender a reconocérselo, enseñarle a premiarse y premiarlo por su esfuerzo. Os vamos a enseñar algunas cosas sobre el refuerzo.

Uno de los enfoques del modelo conductual, el operante, nos indicará que un estímulo actúa como reforzador si cuando se administra siguiendo a una respuesta, aumenta la probabilidad de la ocurrencia de ésta. Los estímulos reforzadores pueden ser positivos, también denominados recompensas, y negativos (no se debe confundir en ningún caso con castigo). Un estímulo reforzador positivo es un evento que, cuando se presenta inmediatamente después de una respuesta, aumenta la probabilidad de su ocurrencia futura. Un ejemplo de ello serían las palabras de ánimo (¡eres un valiente!, ¡eres un campeón!) que Ana dice a Pablo cuando éste toca los cubiertos sin lavarlos ni lavarse las manos. Un reforzador negativo se produce cuando desaparece

un estímulo aversivo contingente a una determinada actuación, haciendo que ésta incremente la probabilidad futura de que se vuelva a actuar de la misma manera. Este principio nos permite entender y explicar cómo aprendemos a evitar las situaciones aversivas, las que nos son desagradables o peligrosas, y cómo aprendemos a escapar de ellas cuando no nos ha sido posible evitarlas. En el caso de Pablo, tal y como describimos anteriormente, los rituales hacían que desapareciera la ansiedad, aumentando la frecuencia de los mismos. ¿Cómo utilizar ahora un reforzador negativo en el caso de Pablo que ayude a que siga con su empeño en atacar a la *bola cansina*? Podemos indicarle que como no le gusta ayudar a recoger la ropa del tendedero, el día que se enfrente al TOC podrá no hacerlo. ¡No te agobies, Ana! Esto será temporal y podemos buscar reforzadores positivos, no tenemos necesariamente que quitar un hábito de colaboración en casa.

El refuerzo positivo debemos utilizarlo cuando nuestros objetivos sean: 1) Aprender una nueva respuesta. De acuerdo con la evidencia empírica y experimental disponible podemos afirmar que si una respuesta va seguida de un acontecimiento o consecuencia positiva para la persona, entonces es mucho más probable que en esa situación vuelva a dar esa respuesta esperando obtener la misma consecuencia. Reforzaremos a Pablo cuando haga las primeras exposiciones a los estímulos que le provocan ansiedad. 2) Aumentar la duración, la intensidad o la frecuencia de ocurrencia de una respuesta que ya está presente en el repertorio de conducta ya aprendido. Pablo ya sabe enfrentarse a su problema, ahora reforzaremos para que lo haga cada vez más y con más seguridad. 3) Reducir la duración, la intensidad o la frecuencia de ocurrencia de una respuesta que ya está aprendida, pero que tal como se presenta es desadaptativa. Un ejemplo en este sentido es cuando Pablo se lava en exceso. Es importante que se lave o lave los cubiertos pero no la frecuencia ni la intensidad ni la duración con que lo hace.

Dada la importancia de esta modalidad de aprendizaje, vamos a dedicar los párrafos que siguen a acercarnos breve-

mente a algunos tipos de refuerzo que es posible distinguir, siguiendo distintos criterios para su clasificación. Así, podemos distinguir:

- Según su naturaleza se pueden clasificar en materiales, sociales, de actividad y simbólicos. Los reforzadores *materiales o tangibles* son aquellos estímulos que tienen una entidad física con la que la persona puede entrar en contacto, es decir, toda clase de objetos: alimentos, bebidas, dinero, juguetes, etc. Tienen como ventajas principales la facilidad para su cuantificación y la probabilidad de entrega graduada. Los *reforzadores sociales* son las respuestas que realizan otros dentro de un determinado entorno social e incrementan la probabilidad de ocurrencia futura de la conducta a la que siguen. Tal es el caso de la atención, las sonrisas, los elogios del tipo «¡eres genial!» o «¡lo has hecho muy bien!», o el contacto físico libremente aceptado o deseado: besos, abrazos, caricias, etc. Los *reforzadores de actividad* hacen referencia a actividades que resultan placenteras para la persona y que al seguir de manera contingente a una respuesta aumentan su probabilidad de ocurrencia, o el incremento de su intensidad o duración. Ejemplos de reforzadores de actividad para Pablo eran salir de paseo con su padre, jugar al fútbol, montar en bicicleta, ver la TV, etc. Los *reforzadores simbólicos o canjeables* se analizarán posteriormente al presentar la llamada técnica de *economía de fichas*.
- Según el origen de su valor reforzador, se clasifican en primarios, secundarios o generalizados. El *reforzador primario* es aquel estímulo que tiene un valor innato o incondicionado y no es resultado de un aprendizaje previo. Por ejemplo, el alimento y el agua son reforzadores primarios para personas hambrientas o sedientas. Los reforzadores primarios no potencian de forma permanente la conducta, y su valor suele depender del estado de privación o saciedad de la persona. Los *reforzadores secundarios* son los que siendo en principio neutros, es decir, sin ningún

poder sobre la respuesta, por aprendizaje han adquirido valor. Los *reforzadores generalizados* son reforzadores secundarios que se han asociado con una variada gama de reforzadores primarios y/o secundarios. El dinero es un buen ejemplo, pero también lo son la atención y la aprobación social.

- Según el proceso de reforzamiento pueden ser intrínsecos y extrínsecos. El *reforzador extrínseco* es el que se administra de manera externa. Un ejemplo sería la alabanza de Ana a Pablo por su exposición y no realización del ritual. Los *reforzadores intrínsecos* hacen referencia a un reforzamiento encubierto; por ejemplo, el sentimiento de orgullo que sentirá Pablo tras haberse expuesto a los cubiertos y ganar al TOC.

Pero ¿cuándo y cómo hemos de utilizar los reforzadores? La aplicación correcta de los reforzadores es muy importante. Debemos en primer lugar saber qué *conducta* es la que vamos a reforzar. En concreto, a Pablo vamos a reforzarle el tocar los cubiertos sin que se lave. Luego procedemos a *identificar y seleccionar los reforzadores*. Los sucesos o eventos que han de servir para aumentar o disminuir la probabilidad de una respuesta son específicos de cada persona, es decir, lo que es reforzante para un niño no lo es necesariamente para otro. Jugar al fútbol puede ser, por ejemplo, un poderoso reforzador para unos niños, mientras que para otros lo será ver la televisión. Para comprobar que un estímulo es reforzador de una respuesta tendremos que verificar que ésta se incrementa contingentemente a su presentación. Es esencial disponer de un número variado de reforzadores para impedir la saciedad y hacer más poderoso el control de la conducta. Además, también hemos de seleccionar los reforzadores atendiendo a la posibilidad que tenemos de controlar las fuentes de reforzamiento. Es decir, si por ejemplo los padres no controlan estas fuentes y el niño tiene acceso a los reforzadores de forma no contingente a la conducta, entonces el programa no funcionará en esta fase. Así, si se ha seleccionado jugar al fútbol con su padre, éste dejará de tener efecto como

reforzador de actividad si el niño puede jugar al fútbol con su padre de forma indiscriminada, en lugar de cuando realiza la conducta convenida. Una vez finalizado el proceso de selección, en tercer lugar, procederemos a *administrar los reforzadores* de forma inmediata, contingente con la aparición de la respuesta. Por tanto, debemos reforzar socialmente a Pablo tras la consecución de sus logros ante el TOC, además de conceder otro tipo de reforzadores materiales o de actividad, bien de forma inmediata y tangible, bien a través de una economía de fichas que más adelante comentaremos. Ana, David, María, M.^a Ángeles, no os canséis de reforzar los logros de Pablo, no temáis que esto tenga que ser siempre así; posteriormente será menos importante el refuerzo material, para serlo el social. A Pablo también le enseñamos a reforzarse, diciéndose mensajes de valentía, heroicos, premiándose por conseguir sus logros.

2. ¿Qué hacemos con el castigo?

Como sabemos, el padre de Pablo, en un principio, reñía al niño, lo castigaba. El castigo consiste en la presentación de un estímulo de manera contingente a la ocurrencia de una respuesta, de forma que produzca una reducción en la probabilidad de ocurrencia de dicha respuesta. Es decir, si la respuesta castigada no decrece ni en su frecuencia de ocurrencia, ni en su duración ni en su intensidad, entonces estaremos haciendo cualquier cosa menos castigar su aparición. La eficacia del castigo dependerá del modo de aplicarlo y del tipo de respuesta castigada.

La gama de estímulos que pueden cumplir los requisitos que impone el principio del castigo va desde la retirada de atención social (ser ignorado), pasando por una «mala cara», las reprimendas verbales o la no ocurrencia de consecuencias agradables esperadas. Podemos llegar hasta recibir castigo físico (nada recomendable) o imponer una multa. En muchas ocasiones el castigo se operacionaliza como la retirada contingente de un reforzador positivo que ya obra en poder de la persona, lo que se denomina «coste de respuesta». El castigo sólo sirve para

suprimir conductas inadecuadas pero no para enseñar conductas deseables, por lo que no debe ser utilizado sin que paralelamente se ponga en marcha un programa de refuerzo de conductas adecuadas y alternativas a la conducta castigada. En consecuencia, el castigo en ningún caso debe considerarse una estrategia de primera elección; sólo se utilizará en los casos en que se haya probado que es eficaz y no se disponga de otra alternativa de eficacia equivalente o superior. Por ello, no da igual castigar que no castigar un comportamiento porque castigar inadecuadamente puede generar efectos indeseables en la persona castigada, tanto si es porque existen procedimientos de igual o mayor eficacia o porque no se realiza en las condiciones requeridas. Ana, David, en el caso de Pablo, es mejor reforzar la conducta apropiada que castigar la inapropiada.

3. La famosa economía de fichas

La economía de fichas consiste en el establecimiento o reorganización de las contingencias ambientales mediante el control de los estímulos reforzadores que existen en el medio ambiente del niño o la niña. Para ello se utilizan reforzadores generalizados que deben tener una dimensión física: fichas, pegatinas, papeletas, bonos, etc.

Es una técnica utilizada tanto para aumentar como para disminuir conductas. Por ejemplo, podemos entregar a Pablo una ficha cada vez que toque los cubiertos sin lavarse o lavarlos; por el contrario, restarle una de su haber cuando se lave las manos o los cubiertos sin que haya sido pactado. En un caso se pretende incrementar conductas y en el otro disminuirlas. Las fichas se cambian posteriormente por los reforzadores deseados. Por ejemplo, juguetes, golosinas, paseos en bici, programas de televisión, etc. Es conveniente que el niño pueda estar en contacto con las fichas, bien llevándolas encima, bien almacenándolas en un lugar donde pueda tener con frecuencia contacto visual, para que cubran adecuadamente su papel de «puentes temporales».

Ana, te estarás preguntando: ¿cómo se aplica la economía de fichas? La implantación efectiva de un programa de economía de fichas implica tres fases: establecimiento de la ficha como reforzador, aplicación y desvanecimiento. A continuación te comentamos brevemente cada una de ellas.

- *Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado.* En esta fase se establece la ficha como refuerzo generalizado y se subraya el valor que tiene como objeto de intercambio. En este momento es importante informar a la persona (niño o niña, adolescente o adulto) sobre el hecho de que «*la ficha la puedes cambiar por...*», para que asocie el significado de la ficha con los reforzadores.
- *Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas.* En esta fase se requiere: 1) Identificar las conductas-objetivo del niño que van a ser reforzadas, caso de aplicarse colectivamente. 2) Elegir el tipo de ficha más apropiado en función de la edad y el desarrollo cognitivo. 3) Especificar las condiciones de canje en las que las fichas podrán ser cambiadas, gastadas o ahorradas, y elaborar un registro donde conste cada uno de estos cambios. 4) Determinar el precio de los reforzadores, es decir, su valor en fichas, el cual puede establecerse inicialmente dependiendo de su disponibilidad, de su coste, etc. 5) Dividir las fichas en dos tipos o grupos: el grupo de las planificadas para la obtención de reforzadores de apoyo a corto plazo, que requieren pocas fichas, por ejemplo golosinas o refrescos, y aquellas destinadas a la adquisición de reforzadores que requieren muchas fichas, y por lo tanto del ahorro a largo plazo. En este último grupo estarían reforzadores como «salir de excursión» o «comprar un juego para la videoconsola». 6) En los primeros momentos del programa, la entrega de las fichas ha de ser continua, es decir, cada conducta señalada ha de ir seguida de manera contingente por la ganancia y entrega de las fichas correspondientes. Cuando las fichas ya tienen firmemente establecido su valor de intercambio y controlan las con-

ductas, se pasará a un programa de refuerzo intermitente. 7) Establecer con el paso del tiempo un lugar único para el intercambio de las fichas y con una frecuencia concreta, con el fin de que se aproxime lo más posible a situaciones de la vida cotidiana. 8) Entregar las fichas a los distintos miembros de la familia, a fin de que un solo miembro no se convierta en estímulo discriminativo de la entrega de fichas y, en consecuencia, los niños no trabajen mientras no esté presente. Lo más adecuado es que todas las personas implicadas en llevar a cabo el programa puedan funcionar como agentes que entregan las fichas.

- *Fase de desvanecimiento.* Tras la implantación del sistema de fichas se debe proceder a su retirada gradual cuando se haya conseguido la consolidación y generalización de las conductas que nos hubiésemos fijado como objetivo. Esto puede llevarse a cabo aumentando el intervalo de tiempo entre la entrega de fichas, reduciendo el número de recompensas ganadas, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o mediante alguna combinación de estos procedimientos. Un aspecto importante es acompañar la entrega de las fichas con reforzadores sociales, tales como alabanzas o reconocimiento social, de forma que éstos puedan servir como reforzadores generalizados que sustituyan al menos parcialmente a las fichas.

Un ejemplo de aplicación de esta técnica con Pablo fue el siguiente. Cada ficha equivalía a un punto. El niño podía canjearlas diariamente o guardarlas y adquirir lo que valía más puntos. Entre los reforzadores de un punto se encontraban diversas chucherías (un chicle, una bolsa de gusanitos, un sobre de cromos, el programa de la tele de Bob Esponja, de 15 minutos). Los de dos puntos eran una bolsa de patatas fritas, una bolsa de palomitas y ver la televisión 20 minutos. Algunos de los reforzadores de 3 puntos eran ceras blandas, un paseo en bici, un partido de fútbol. Otros reforzadores de 5 puntos eran salir con el padre a jugar al fútbol, ir con la madre al supermercado, etc. La madre, en un principio, era la encargada de reforzar cuando el niño presentaba

la respuesta deseada o, por el contrario, dejaba de presentar la indeseada. Posteriormente, el padre y la abuela también pasaron a ser agentes reforzadores. Al principio, el programa utilizado fue de refuerzo continuo. Pasados dos meses fue disminuyendo la entrega de fichas, sustituyéndolas por reforzadores sociales. Éstos siempre estaban presentes desde el principio. Como vemos, reforzar es importante, ya que pretendemos que la conducta deseada se instaure. No creáis, queridos padres, que vuestro hijo o hija se va a convertir en un consumidor nato, no tiene por qué consumir más de lo que lo estaba haciendo antes de iniciar esta estrategia; lo importante es saber conceder los premios según las conductas que realiza el niño.

La profesora de Pablo también le reforzaba cuando terminaba pronto las tareas. En concreto, le concedía un punto positivo que influiría en su nota de examen, le daba una pegatina y le elogiaba.

4. Abundando en el refuerzo y en el papel de la familia

Como hemos podido comprobar, el papel de la familia es fundamental. Ésta será el primer y fundamental agente que llevará a cabo el refuerzo. Bueno, hemos de decir que en el contexto del aula serán los profesores los que realicen esta tarea. Los padres y los profesores deben saber que la eficacia de una recompensa o refuerzo es mayor cuando se obtiene inmediatamente después de actuar. Las promesas de refuerzos futuros son poco eficaces para estimular el aprendizaje en niños pequeños. En las primeras fases de cualquier aprendizaje, el refuerzo debe otorgarse cada vez que se realice la conducta y de forma inmediata. En concreto, y siguiendo con nuestro caso, cada vez que Pablo toque los cubiertos sin lavarlos ni lavarse las manos, los adultos le reforzaremos. Hay que indicar a los padres que un enemigo letal del poder de los reforzadores es la «saciedad». No hay reforzador que, por mucho que se desee, mantenga su capacidad motivadora si se proporciona de manera masiva, sistemática y continua. De igual

modo, los padres deben saber que para identificar los estímulos reforzadores han de observar las actividades de los niños o los adolescentes en sus ratos de ocio, preguntarles qué les gustaría hacer u observar qué hacen otros niños de su misma edad. No obstante, no todos los reforzadores tienen la misma eficacia en todo momento y para todos los niños. La edad, el contexto cultural, la abundancia y la escasez económica, etc., hacen variar enormemente el potencial de los reforzadores e incluso su cualidad. Los padres deben ser informados de ello.

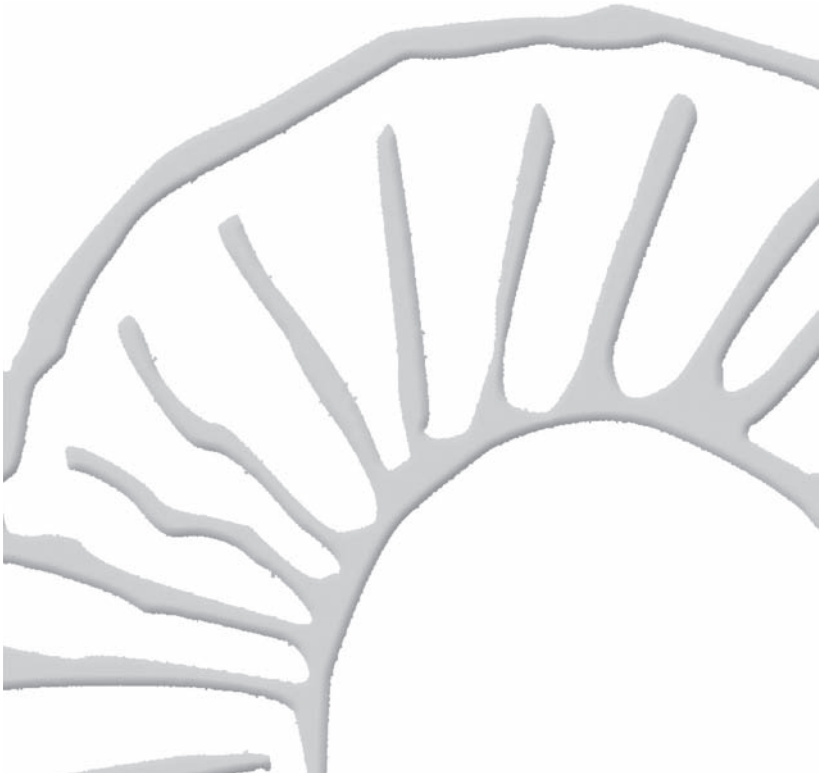
Otra cuestión relevante es el hecho reiteradamente confirmado de que generalmente dedicamos más tiempo y prestamos más atención a las conductas del niño que nos molestan que a las adaptativas o positivas. Desconocemos u olvidamos que cuando una respuesta, como llorar o gritar, va seguida de nuestra atención o de cualquier otro reforzador, esa respuesta se refuerza, es decir, incrementa su probabilidad de ocurrencia en el futuro.

Los padres deben tener cuidado y no caer en el error de un día reforzar una conducta y al otro castigarla. Al niño le resultará difícil distinguir y aprender qué hacer en cada caso. Por tanto, Ana y demás familia, no podemos reforzar y criticar la misma respuesta. Otras veces, uno de los padres critica una respuesta y el otro la alaba o la ignora, con lo cual el niño aprende que para cada padre tiene un valor distinto su comportamiento. Éste era el caso de Pablo, el padre le reñía y la madre accedía a su conducta de reaseguración. En consecuencia, no da lo mismo estar de acuerdo respecto de cómo actuar ante el comportamiento de los hijos que no estarlo.

Para finalizar este capítulo, te comentaremos que, en ocasiones, es posible emplear otros procedimientos que complementen a los ya mencionados. Un ejemplo es el *entrenamiento en el manejo de la ansiedad* del niño, en el cual la principal técnica utilizada es la relajación muscular progresiva o el entrenamiento en respiración. Estas técnicas no han demostrado su eficacia al ser utilizadas por sí solas, aunque se pueden mostrar útiles para facilitar el proceso de exposición. No entramos a desarrollarlos, ya que no son elementos esenciales en el tratamiento de este problema.

CAPÍTULO 6

LLEGAMOS A LA META,
PERO ¡OJO CON
LAS RECAÍDAS!



1. Prevenir las recaídas y consolidar los logros

En las últimas sesiones de tratamiento es muy importante revisar las estrategias aprendidas, promover la generalización al ambiente natural del niño, explorar las posibles dificultades futuras y los medios para hacerles frente. Asimismo, debemos repasar y reconocer los éxitos logrados hasta el momento. Por último, volveremos a reevaluar la severidad actual del desorden, lo cual permitirá a la familia darse cuenta de las mejoras conseguidas. Esta fase es sumamente importante, ya que es uno de los elementos que predice el buen resultado de las intervenciones.



El objetivo de estas sesiones es consolidar las conductas aprendidas potenciando así el sentimiento de logro del niño, atribuyendo su mejora a su actuación, más que al comportamiento del terapeuta o a los padres. Pablo es quien domina al TOC, a la *bola cansina*, no son los padres ni el terapeuta.

Hemos de introducir el concepto de prevención de recaídas, la prevención de posibles vueltas de la *bola cansina*. De este modo, pretendemos que el niño y sus padres no consideren que este reaparecer del TOC significa la pérdida de todo lo que se ha conseguido a lo largo del tratamiento, sino que son brotes a los que debemos estar alerta. Es una bola pesada, cansina, y como tal, de vez en cuando querrá volver a mandar en Pablo. Para ello, Pablo y su familia sólo tendrán que volver a utilizar las mismas estrategias que ya conocen y dominan.

Podemos indicar a Pablo que imagine que vuelve otra vez la *bola cansina*. Durante la exposición, el niño califica su ansiedad usando el termómetro del miedo. Le recordaremos que utilice las autoinstrucciones, la exposición, el autorrefuerzo, etcétera. A la familia también le indicaremos que refuerce los logros del niño, envíe mensajes positivos, de valentía, de logro, y no colabore con los rituales. ¡Los estamos preparando para un futuro ataque del que saldremos vencedores! Tras esto, recordaremos a Pablo cuáles eran los síntomas principales del TOC, cuáles los mensajes de la bola cansina y lo expon-dremos a ellos.

Finalmente, nunca finalizamos totalmente el tratamiento, sino que dejamos la puerta abierta en caso de que los pacientes necesiten volver a trabajar en el TOC o en otros problemas.

Los padres deben ser alentados a elogiar a los niños por resistir a los nuevos ataques del TOC. El principal objetivo de los padres debería ser enfocar la atención en los elementos positivos de la vida del chico o la chica. El terapeuta se asegurará de que los padres entienden la posibilidad de las recaídas para que puedan ayudar al niño a hacerle frente tan pronto como éstas aparezcan, sin asustarse ni sorprenderse por su aparición.

2. Seguir los efectos a medio y largo plazo

Uno de los desafíos más importantes de todo programa de entrenamiento es conseguir que los efectos de su aplicación se generalicen en el tiempo, es decir, se mantengan. Para poder analizar tales efectos a medio y largo plazo es preciso recoger datos sobre la persistencia de los efectos del programa de tratamiento, lo que supone de hecho, tanto verificar «el estado de conservación de los aprendizajes», una vez finalizada la aplicación del entrenamiento, como seguir registrando el comportamiento del niño/niña al que se le ha aplicado lo aprendido a los 3, 6, 12 y 24 meses. Una de las consecuencias más notable de este seguimiento, a medio y largo plazo, es el hecho de poder valorar la necesidad de llevar a cabo un entrenamiento adicional al propio niño o a los padres, a modo de sesiones recordatorias respecto de aquellos componentes del entrenamiento que más fácilmente se olvidan o que se pueden prestar a un uso erróneo.

Hemos de tener en cuenta que desde el modelo cognitivo-conductual la evaluación y tratamiento son las dos caras de una misma moneda. Pues pese a que resulte posible diseñar un tratamiento eficaz para tratar un problema psicológico sin que se sepa la raíz última del mismo, no es posible avanzar en la mejora de la eficacia y eficiencia de un tratamiento sin disponer de un marco teórico que nos permita derivar conjeturas que propicien nuestro progreso en la comprensión del problema y en la mejora de las estrategias e instrumentos para su evaluación y tratamiento.

Pese a los problemas que el mantenimiento de los aprendizajes conlleva, existen en la actualidad algunos procedimientos para promover la generalización que ayudan a conseguir el mantenimiento de los logros en el tiempo. A continuación presentamos algunos de los procedimientos mencionados:

1. *Procedimientos relativos a la tarea:* a) Los padres como el resto de la familia del niño, sus profesores y otras personas significativas, deben estar dispuestos a colaborar en el mantenimiento de la conducta que estimamos necesario fomentar. *La conformidad de las personas cercanas con los cam-*

bios del comportamiento es necesaria para el éxito del propio entrenamiento. *b)* Siempre que resulte posible hay que incrementar tanto la *frecuencia* como la *variedad* de los *ensayos de aplicación*. A más frecuencia y a más variedad, más consolidación temporal y mayor probabilidad de generalización situacional. *c)* Diversificar las aplicaciones derivadas del programa de entrenamiento. Al principio del entrenamiento *la tarea* enviada al niño y a sus padres debe ser lo más concreta y simple posible, tanto para incrementar la probabilidad de obtener un dominio rápido de ésta como para proporcionarles muchas experiencias de éxito. Sin embargo, después de esta fase inicial, los padres y el niño han de generalizar lo aprendido a otras situaciones.

2. *Procedimientos relativos al refuerzo y a la retroalimentación o feedback.* *a)* Enseñar conductas que frecuentemente se vean reforzadas en situaciones de la vida diaria de forma natural. *b)* Instruir a los niños para que soliciten de vez en cuando la opinión de sus educadores u otros adultos sobre lo que hacen. Por ejemplo, Pablo puede preguntar a su maestra si ha utilizado el tiempo adecuado para hacer la tarea. *c)* No se ha de olvidar que tan necesario es el reforzamiento inmediato cuando se está iniciando un aprendizaje como lo es, una vez adquirido éste, demorar hasta aleatorizar el reforzamiento de la conducta aprendida y hacerla depender sólo de los reforzadores que se dan en el contexto donde se desenvuelve cotidianamente la persona.
3. *Procedimientos relativos al seguimiento:* *a)* Planificar las sesiones de seguimiento para valorar la conducta del niño y proporcionarle ayuda si fuera necesario. Comprobar con una frecuencia quincenal su progreso en un principio, y más tarde cada pocos meses. Si tiene lugar una reincidencia, volveremos a aplicar el programa durante el tiempo necesario, hasta restablecer los logros obtenidos.

En la tabla 6.1 os presentamos un resumen de cuáles son los comportamientos adecuados e inadecuados que han de utilizar los padres en relación con el mantenimiento de los logros de sus hijos.

TABLA 6.1

Actuaciones adecuadas e inadecuadas de los padres ante sus hijos

SÍ DEBEN HACER	NO DEBEN HACER
<ul style="list-style-type: none"> — Preste atención a sus hijos cuando se comporten correctamente, brindándoles sonrisas, halagos, atención y otras «sorpresas». — No preste atención en la medida de lo posible a las conductas inadecuadas. — Pase tiempo con sus hijos. Esto les permitirá tomarle como modelo. Juegue con ellos y escuche sus problemas. Antes de actuar deje que le conozcan y conózcalos. — Lleve un registro de las conductas de sus hijos antes, durante y después de intentar llevar a cabo el programa de cambio de conductas inadecuadas. — Tenga en cuenta los principios básicos del aprendizaje que le hemos enseñado y ha puesto en práctica entre sesión y sesión de entrenamiento. En caso de duda consulte con el profesional que dirigió su entrenamiento: no actúe sin tener la certeza de que hace lo que conviene. — Recuerde que el TOC es resistente y que el niño no realiza los rituales porque quiere manipular a la familia. — Si hubiera alguna recaída, esté alerta ante los primeros síntomas de aparición. — Refuerce al niño en sus logros, recuerde sus estrategias de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> — Si el niño es pequeño, no intente persuadirlo con argumentos, razonamientos o sermones, ya que, por lo general, su capacidad cognitiva y de autocontrol será muy limitada. Aplique lo que ha aprendido. — No amenace a sus hijos. El resultado es generalmente negativo. Sustituya la amenaza por un procedimiento que conlleve el ejercicio del autocontrol: la economía de fichas, los refuerzos sociales son excelentes alternativas, tanto por su eficacia como por su eficiencia, frente al uso de la amenaza. — No convierta en hábito la pérdida de control ante sus hijos. Si recurre con frecuencia a gritos o arranques de mal genio, cuando sus hijos no se comportan adecuadamente, puede contribuir a que su hijo aprenda a ser un niño colérico. — No haga a su hijo sentirse culpable con mensajes como «eres un maniático, un obsesivo» o «no te esfuerzas nada». El sentimiento de culpa no sólo no soluciona nada, sino que, además, tiene efectos muy perjudiciales para el niño. — No utilice el castigo físico en ninguna de sus modalidades. A largo plazo no sólo no tiene un efecto positivo, sino que también incita al niño a actuar agresivamente para resolver los problemas. — No emplee un halago al mismo tiempo que un reproche; por ejemplo: «estoy contento porque han vencido a la bola cansina, pero ¡no ves cómo haces las cosas cuando te da la gana!».



Para finalizar, querida familia y profesora, ya estáis preparados para entender mejor el TOC y colaborar, junto al profesional que trabaje con vuestro hijo/alumno en su pronta recuperación de Pablo, en su rápida incorporación al mundo de los pequeños, del juego, las risas y, ¡cómo no!, las travesuras.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA



Gavino, A. (2006). *Mi hijo tiene manías*. Madrid: Pirámide.

Aurora Gavino, experta en el tratamiento cognitivo-conductual en niños y adolescentes, presenta un breve manual sobre el trastorno obsesivo-compulsivo. Describe las características del mismo utilizando un lenguaje sencillo y claro. Presenta diferentes casos de niños y adolescentes con este problema, así como preguntas y reacciones de los padres de los mismos.

Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2005). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.

Este libro es una guía para el diseño, aplicación y evaluación del entrenamiento para los padres. Su lectura se recomienda a todos los profesionales que trabajan con padres, niños y familias (psicólogos, maestros, pedagogos, trabajadores sociales, pediatras, etcétera), ya que se trata de una herramienta que contiene los conocimientos, estrategias, habilidades y destrezas de uso más frecuente, y que han probado ser eficaces para la formación de los padres como agentes del cambio de la conducta de sus hijos.

Rosa, A. I. y Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

El objetivo de los autores en este manual ha sido acercar al lector un poco más a la realidad que vive el niño/adolescente que padece este trastorno, y de este modo colaborar en la pronta detección e intervención en el mismo, paliando así el sufrimiento y las consecuencias

que genera el TOC en la vida de los chicos y de sus familias. A través de su lectura va dando respuesta a los siguientes interrogantes: ¿en qué consiste el TOC?, ¿cuáles pueden ser las causas de su inicio y mantenimiento?, ¿cómo podemos evaluarlo? y ¿cuáles son hoy los tratamientos psicológicos, farmacológicos y mixtos que han probado ser más eficaces en la reducción/eliminación del TOC en niños y adolescentes?

TÍTULOS RENOVADOS

Sección: Tratamiento

- ANSIEDAD POR SEPARACIÓN. Psicopatología, evaluación y tratamiento, *F. X. Méndez Carrillo, M. Orgilés Amorós y J. P. Espada Sánchez. Novedad.*
- ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, *R. M.ª Raich. Novedad.*
- DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Adaptación social y problemas de comportamiento, *M. A. Verdugo Alonso y B. Gutiérrez Bermejo. Novedad.*
- EL DESARROLLO PSICOMOTORY SUS ALTERACIONES. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo, *P. Cobos Álvarez.*
- EL NIÑO CELOSO, *J. M. Ortigosa Quiles.*
- EL NIÑO QUE NO SONRÍE, *F. X. Méndez.*
- EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Tratamiento psicológico, *A. I. Rosa Alcázar y J. Olivares Rodríguez. Novedad.*
- ENURESIS NOCTURNA, *C. Bragado Álvarez. Novedad.*
- HIPERACTIVIDAD INFANTIL. Guía de actuación, *I. Moreno García.*
- LA VIOLENCIA EN LAS AULAS, *F. Cerezo.*
- LA VIOLENCIA ENTRE IGUALES. Revisión teórica y estrategias de intervención, *M. Garaigordobil y J. A. Oñederra. Novedad.*
- MI HIJO NO ME OBEDECE. Soluciones realistas para padres desorientados, *C. Larroy García.*
- PROBLEMAS COTIDIANOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar, *D. Macià Antón.*
- TRASTORNOS DEL DESARROLLO MOTOR. Programas de intervención y casos prácticos, *A. Latorre Latorre y D. Bisetto Pons.*

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, *E. Echeburúa y P. de Corral.*

Sección: Desarrollo

- APRENDER A ESTUDIAR. ¿Por qué estudio y no apruebo?, *C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez.*
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD, *M. Costa y E. López.*
- EDUCACIÓN SEXUAL. De la teoría a la práctica, *M. La-meiras Fernández y M. V Carrera Fernández. Novedad.*
- EL ADOLESCENTE Y SUS RETOS. La aventura de hacerse mayor, *G. Castillo.*
- ENSEÑAR A LEER, *M.ª Clemente Linuesa.*
- ENTREVISTA FAMILIAR EN LA ESCUELA. Pautas concretas, *N. Sáinz Gutiérrez, J. Martínez Ferrer y J. M. Ruiz Salguero. Novedad.*
- ESCUELA DE PADRES, *J. A. Carrobles y J. Pérez-Pareja.*
- ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL BULLYING EN LAS AULAS, *J. Teruel Romero. Novedad.*
- HABILIDADES SOCIOSEXUALES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, *B. Gutiérrez Bermejo. Novedad.*
- LAS RELACIONES SOCIALES EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA Y SUS PROBLEMAS, *M.ª V. Trianes, A. M.ª Muñoz y M. Jiménez.*
- ¿ME ESTÁS ESCUCHANDO? Cómo conversar con niños entre los 4 y los 12 años, *M. F. Delfos. Novedad.*
- NECESIDADES EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA. Respuesta familiar, escolar y social, *F. López Sánchez. Novedad.*
- NIÑOS SUPERDOTADOS, *A. Acereda Extremiana.*

TÍTULOS PUBLICADOS

Sección: Tratamiento

- AGRESIVIDAD INFANTIL, *I. Serrano.*
- CONDUCTA ANTISOCIAL, *A. E. Kazdín y G. Buela-Casal.*
- CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA EDAD ESCOLAR, *F. Cerezo (coord.).*
- DÉFICIT DE AUTOESTIMA, *M.ª P. Bermúdez.*
- DIABETES INFANTIL, *M. Beléndez, M.ª C. Ros y R. M.ª Bermejo.*
- DISLEXIA, DISORTOGRAFÍA Y DISGRAFÍA, *M.ª R. Rivas y P. Fernández.*
- EL JUEGO PATOLÓGICO, *R. Secades y A. Villa.*
- EL NIÑO CON MIEDO A HABLAR, *J. Olivares.*
- EL NIÑO HOSPITALIZADO, *M.ª P. Palomo.*
- EL NIÑO IMPULSIVO. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención, *G. Buela-Casal, H. Carretero-Dios y M. de los Santos-Roig.*
- ENCOPRESIS, *C. Bragado.*
- FOBIA SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás, *J. Olivares Rodríguez, A. I. Rosa Alcázar y L. J. García-López.*
- IMAGEN CORPORAL, *R. M.ª Raich.*
- LA TARTAMUDEZ, *J. Santacreu y M.ª X. Froján.*
- LA TIMIDEZ EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA, *M.ª I. Monjas Casares.*
- LAS DROGAS: CONOCERY EDUCAR PARA PREVENIR, *D. Macià.*
- LOSSICS Y SUS TRASTORNOS, *A. Bados.*
- MALTRATO A LOS NIÑOS EN LA FAMILIA, *M.ª I. Arruabarrena y J. de Paúl.*
- MEJORAR LA ATENCIÓN DEL NIÑO, *J. García Sevilla.*
- MIEDOS Y TEMORES EN LA INFANCIA, *F. X. Méndez.*
- PADRES E HIJOS, *M. Herbert.*
- PREVENIR EL SIDA, *J. P. Espada y M.ª J. Quiles.*
- PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO, *A. Gavino.*

- PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN EL NIÑO, *C. López y J. García.*
- RELACIÓN DE PAREJA EN JÓVENES Y EMBARAZOS NO DESEADOS, *J. Cáceres y V. Escudero.*
- RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA, *M. Cervera.*
- TABACO. Prevención y tratamiento, *E. Becoña.*

Sección: Desarrollo

- ABUELOS Y NIETOS, *C. Rico, E. Serra y P. Víguer.*
- DESCUBRIR LA CREATIVIDAD, *F. Menchén.*
- EDUCACIÓN FAMILIAR Y AUTOCONCEPTO EN NIÑOS PEQUEÑOS, *J. Alonso y J. M.ª Román.*
- EDUCACIÓN SEXUAL, *P. Moreno y E. López Navarro.*
- EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN LA INFANCIA. Una guía de desarrollo en la familia, *A. I. Rosa Alcázar.*
- EMOCIONES INFANTILES, *M.ª V. del Barrio.*
- ENSEÑAR A PENSAR EN LA ESCUELA, *J. Gallego Codes.*
- ENSEÑAR CON ESTRATEGIAS, *J. Gallego Codes.*
- LA CREATIVIDAD EN EL CONTEXTO ESCOLAR. Estrategias para favorecerla, *M.ª D. Prieto, O. López y C. Ferrándiz.*
- LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES, *M.ª D. Prieto y P. Ballester.*
- MANUAL PARA PADRES DESESPERADOS... CON HIJOS ADOLESCENTES, *J. M. Fernández Millán y G. Buela-Casal.*
- MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, *A. López Valero y E. Encabo Fernández.*
- NIÑOS INTELIGENTES Y FELICES, *L. Perdomo.*
- OBSERVAR, CONOCERY ACTUAR, *M. Gardini y C. Mas.*
- TÉCNICAS DE TRABAJO EN GRUPO, *P. Fuentes, A. Ayala, J. I. Galán y P. Martínez.*
- TÉCNICAS DE TRABAJO INDIVIDUAL Y DE GRUPO EN EL AULA, *P. Fuentes, J. I. Galán, J. F. de Arce y A. Ayala.*

