

## **TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN IN-VIVO EN UN CASO DE OBSESIONES INTESTINALES**

Cristian Ochoa, Susana Jiménez Murcia, Jorge Sancho, Pino Alonso,  
José Manuel Menchón y Julio Vallejo  
*Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), Barcelona (España)*

### **Resumen**

En el presente estudio ha sido utilizado un diseño de línea base (A-B) con conductas múltiples para evaluar la efectividad de un procedimiento de exposición in-vivo con prevención de respuesta (EPR) en un caso de obsesiones intestinales (OI) en un varón con 19 años. Los objetivos que se buscan con el presente caso clínico son tanto descriptivos, a través de la realización de un análisis funcional exhaustivo, como de comprobación de eficacia terapéutica. Para la evaluación de resultados fueron utilizados registros simultáneos de diversas conductas objetivo (p.e tiempo de espera ante la exposición, duración de la exposición, metros de distancia respecto al centro hospitalario). El tratamiento (EPR), realizado bajo internamiento, consistió en 21 sesiones en las que se aplicó un procedimiento de exposición con prevención de respuesta. Nuestros resultados indicaron que un procedimiento de EPR mostraba ser eficaz en este paciente con IO y redujo notablemente sus conductas de evitación y ansiedad ante las distintas situaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Obsesiones intestinales, trastorno obsesivo-compulsivo, terapia cognitivo-conductual, diseño de caso único.*

### **Abstract**

In this study, a baseline design (A-B) with multiple behaviors was applied to assess the effectiveness of exposure plus response prevention (ERP) techniques for approaching a case of bowel obsession (BO) in a 19 year-old male. The aim of describing this single case was twofold: to report on a functional analysis of this mental disorder and to assess the degree of effectiveness after using such an approach. For the assessment, simultaneous monitoring included several target behaviors (e.g. waiting time before exposure, duration of exposure, distance from

Hospital). The ERP approach was conducted in an inpatient setting and consisted of 21 regular exposures plus response prevention sessions. Our results showed that an ERP procedure was effective in this BO patient and was helpful in reducing his anxiety and avoidance behaviors.

KEY WORDS: *Bowel obsessions, obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, single case design.*

## Introducción

En la actualidad se utiliza el término obsesiones intestinales (en inglés, «*bowel obsessions*») para referirse al síndrome cuyo síntoma primario es un miedo abrumador e irresistible a perder el control fecal y a tener movimientos intestinales en público. Este miedo trae consigo otros síntomas asociados como inversión elevada de tiempo en el lavabo antes de salir de casa para asegurarse de que la defecación ha sido completa, localización de lavabos donde quiera que vayan para estar preparados para una posible «emergencia», miedos en relación a sentirse humillado en público si se pierde el control fecal, restricción de la comida ingerida y repertorio de patrones de conducta dirigidos al control del propio cuerpo en relación a los esfínteres (p. ej. acciones de apretado de esfínteres, encurvamiento postural para dificultar el vaciado, entre otros).

Si revisamos la literatura observamos que ha sido escaso el interés por el control fecal y vesical en adultos como temática psicológica, pese a que ya en 1903 Janet en su libro «*obsessions and psychastenia*» planteaba esta asociación.

Ni la incidencia ni la prevalencia específicas han sido documentadas pero hay razones para pensar que el problema es más frecuente de lo que se piensa. Sí parece claro, sin embargo, que la variante que envuelve a la función fecal es más común que la relacionada con la vesical (Epstein y Jenike, 1989). Existe una elevada reticencia social a hablar públicamente de las funciones corporales y cabe pensar que ésta sea mayor en el caso del control fecal y vesical. Un dato ejemplificador en este sentido es el de Jenike y Wilhelm (2001) cuando describen que una vez hicieron público en una revista cuatro casos de obsesiones intestinales, recibiendo centenares de llamadas de personas que decían padecer el mismo problema. Hasta el momento sólo se encuentran catorce casos de este síndrome referenciados en la literatura.

La ubicación nosológica de este síndrome ha producido una importante controversia, que básicamente se resume en dos posturas: los autores que lo consideran como un subtipo de TOC (Zohar y Pato, 1991; Beidel y Bulik, 1990; Jenike, Vilagliano, Rabinowitz, Golf y Baer, 1987) y los que lo contemplan como un síntoma de otro trastorno de ansiedad, ya sea trastorno de pánico (Hollander, 1993; Lydiard, Laraia, Fossey y Ballenger, 1998), fobia social (Barlow, 1985; Jenike, Baer y Minichiello, 1990; Lyketsos, 1992), fobia específica (Eisen y Silverman, 1991) y agorafobia con historia de pánico (Barlow, 1985; Pollard y Carmin, 1995; Hatch, 1997).

Una posible explicación de la confusión en la ubicación nosológica se produce porque muchos síntomas de las OI están asociados con otros trastornos de ansiedad: la excesiva preocupación sobre el desarrollo súbito de síntomas, que puedan

ser incapacitantes o extremadamente embarazosos (p. ej. pérdida del control esfinteriano) (APA, 1987, p. 241) del Trastorno de Angustia, el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público, por temor a que resulten embarazosas de la Fobia Social (Criterio A del DSM-IV; APA, 1994) y la repercusión funcional (evitación de situaciones temidas) de la Agorafobia (Criterio B del DSM-IV).

En la línea de lo anterior también se ha escrito poco sobre el tratamiento a realizar en estos pacientes. En cuanto al abordaje farmacológico, se recogen ocho casos en la literatura: tres tratados con imipramina (Jenike y Wilhelm, 2001), uno con doxapina (Jenike y Wilhelm, 2001), dos con clomipramina (Caballero, 1988; Kahne y Wray, 1989), uno con nortriptilina (Lyketsos, 1992) y otro con trazodona (Ramchadani, 1990). En tres de estos casos se combinó o añadió terapia conductual con éxito. Las técnicas que se utilizaron fueron asertividad, relajación, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento y en todos ellos exposición in vivo y/o en imaginación. En referencia al abordaje estrictamente psicológico se han encontrado seis casos en la literatura: dos tratados con inundación en imaginación, entrenamiento en relajación y exposición en vivo (Beidel y Bulik, 1990), uno con tratamiento en autocontrol (Eisen y Silverman, 1991) uno con terapia cognitivo-conductual, aunque no especifica las técnicas utilizadas (Pollard y Carmin, 1995), y dos con modificación de pensamientos distorsionados y exposición en vivo y/o imaginación (Hatch, 1997).

Dado lo atípico de estos casos y el reducido número de publicaciones sobre su tratamiento, creemos de interés describir el presente caso clínico.

## Presentación del caso

### *Datos demográficos*

Varón

Edad: 19 años

Estado civil: soltero

Estudios: realizando cursos de bachillerato

Profesión: trabaja como dependiente en una tienda

Convivencia: en domicilio familiar con padre y madre

Nivel económico: medio

### *Descripción del problema*

El paciente presenta miedo abrumador e irresistible a perder el control fecal y a tener movimientos intestinales en público. A consecuencia de este temor evita las situaciones en las que le resulte difícil acceder a un WC, si lo necesita. Los niveles de ansiedad anticipatoria son muy elevados ante la previsión de realizar cualquier actividad que implique salir de casa y exponerse a dichas situaciones. La noche anterior y los minutos previos a salir de casa realiza «rituales» de tocar objetos 2-3 veces y recorre el pasillo de su casa varias veces, porque manifiesta que le calma la ansie-

dad, sin claro pensamiento mágico asociado. También, justo antes de salir de casa pasa largos ratos (15-45 min.) en el lavabo asegurándose que no le queda ningún tipo de hez que expulsar y/o movimiento intestinal. La ansiedad durante la situación temida es también muy elevada y refiere realizar acciones de apretado de esfínteres y encurvamiento postural para dificultar el vaciado.

Como resultado de este problema su vida se ha visto progresivamente afectada. El resultado de estas limitaciones es un importante retraimiento y aislamiento sociales. Ha abandonado los estudios y realiza constantes bajas laborales, saliendo sólo de su domicilio para ir a un centro comercial que está a pocos metros de casa.

Durante los dos últimos años ha recibido tratamiento farmacológico y conductual, no sistematizado, con escasa respuesta. En los últimos meses, tras producirse un empeoramiento sintomático en forma de incremento de conductas evitativas relacionadas con los temores de perder el control fecal, se decide ingreso para tratamiento conductual intensivo.

### *Análisis funcional*

#### ANTECEDENTES

— Cualquier salida del domicilio que comporte una difícil accesibilidad a un baño, en especial si el lugar es desconocido y/o el recorrido (en cualquier tipo de transporte) es de elevada duración.

— La sintomatología se agrava cuando hay algún acontecimiento negativo concomitante.

#### RESPUESTAS

- Cognitivas:

— Miedo abrumador e irresistible a perder el control fecal y a sentirse por ello humillado en público.

— Pensamientos acerca de la necesidad imperiosa de tener accesibilidad a un baño.

- Fisiológicas:

— Sudoración de manos, palpitaciones, emblanquecimiento facial, aumento de la tensión corporal.

- Motoras:

— Inversión elevada de tiempo en el lavabo antes de salir de casa para deshacerse de cualquier tipo de hez.

— Repertorio de patrones de conducta dirigidos al control del propio cuerpo en relación a los esfínteres (acciones de apretado de esfínteres, encurvamiento postural para dificultar el vaciado, etc.).

— Localización de lavabos donde quiera que va para estar preparado para una posible «emergencia».

— Restricción de la comida ingerida.

— Paseos por el pasillo de casa o del hospital con movimientos de tocado de objetos y de las paredes a modo de descarga motora de ansiedad.

- Emocionales:
  - Sentimientos de incapacidad y bajo estado anímico.

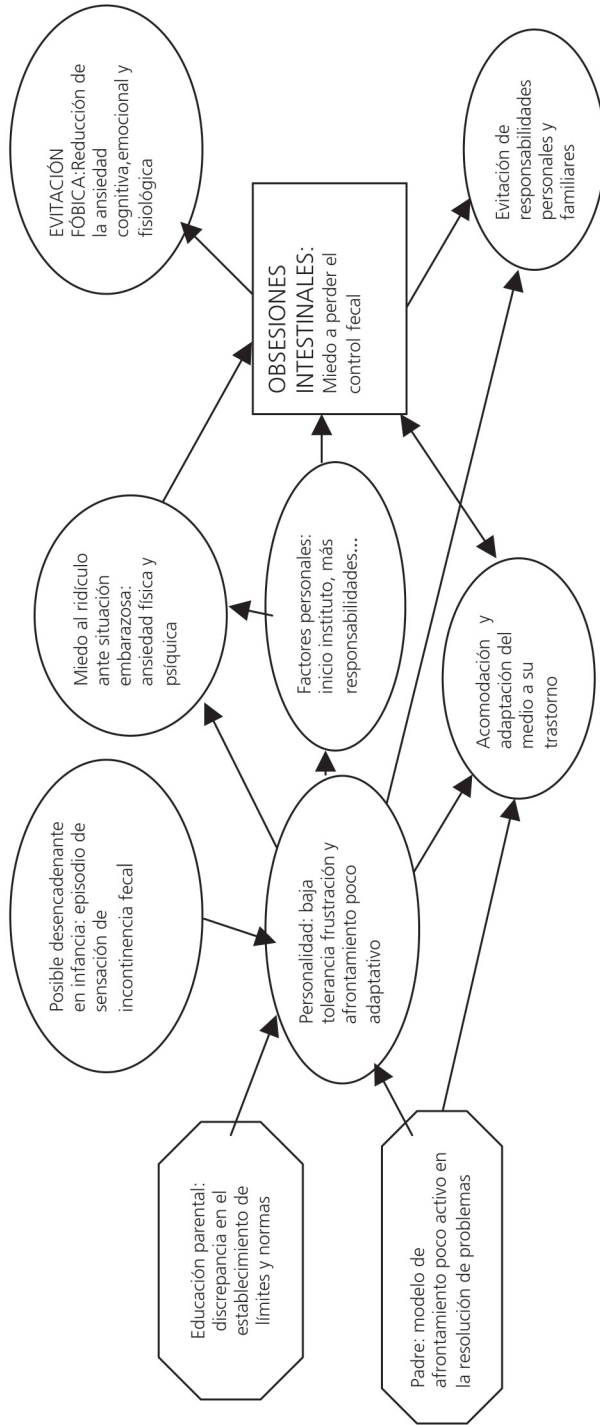
## CONSECUENCIAS

- A corto plazo:
  - a) Internas
    - Reducción temporal de la sintomatología ansiosa.
    - Sentimientos de incapacidad y de culpabilidad por no ser capaz de superar su miedo y por defraudar a su familia, lo que conduce a un bajo estado anímico.
  - b) Externas
    - Pérdida de contactos sociales (amigos, novia, etc.).
    - Discusiones continuas con padres que le demandan una actitud más activa en el afrontamiento del problema.
    - Bajas laborales continuadas.
    - Negación y minimización del problema ante familiares, tratando de dar una imagen exagerada de normalidad.
- A largo plazo:
  - a) Internas
    - Se acentúan los sentimientos de incapacidad y de culpabilización, conduciéndole a perspectivas de desesperanza y de incurabilidad.
  - b) Externas
    - Aislamiento social. Únicamente se relaciona con un vecino y con dos chicas que conocía antes de agravarse el problema. Con éstas últimas, el contacto es principalmente telefónico.
      - Conductas de adaptación / acomodación al trastorno: elevado gasto de teléfono que lleva a los padres a limitárselo, inversión de elevado tiempo jugando a videojuegos sin respetar horarios (hasta las 3 de la mañana) y encuentros sexuales en su casa, cuando sus padres se ausentan del domicilio.
      - La conflictividad familiar se intensifica cuando los padres tratan de hacer cumplir las normas y romper los patrones de conducta de acomodación al trastorno.
      - Abandono de los estudios y el trabajo que realiza.

## VARIABLES DE MANTENIMIENTO

Dificultad de los padres para hacer cumplir normas relacionadas con conductas que el paciente realiza, para compensar las consecuencias negativas o indeseables del trastorno (aislamiento social principalmente) y que evitan que él perciba la necesidad de cambio. Asimismo, la presencia de rasgos de personalidad poco adaptativos en el paciente, básicamente histriónicos y psicopáticos (baja emotividad y empatía y pobre cumplimiento de normas) han actuado como factor mantenedor (ver Figura 1).

**Figura 1**  
Análisis funcional del presente caso clínico



## *Análisis histórico*

### ADQUISICIÓN DEL PROBLEMA

Si bien el paciente refiere un antecedente puntual durante la infancia, en el que una supuesta sintomatología ansiosa le condujo a tener la sensación de pérdida del control fecal, no sería hasta bien entrados los 14-15 años que estas preocupaciones comenzaron a agravarse y a tener una repercusión conductual. Es a partir de entonces cuando el paciente, de forma progresiva, comenzó a manifestar temores en relación a situaciones concretas, donde se pudiera producir esta pérdida de control fecal (transportes públicos, lugares desconocidos y salir de casa).

### VARIABLES DE PREDISPOSICIÓN

Los padres relatan que ya desde bebé era un niño temeroso, al que costaba mucho consolar y que requería de su atención constante. A este respecto, consultaron ya a una psicóloga que les comentó que su hijo tenía un comportamiento «tiránico»: demandante de atención y con poca tolerancia a la frustración. En cuanto a su infancia y primera adolescencia, él se describe como un chico con muchos amigos, con facilidad para las relaciones interpersonales y con una capacidad intelectual normal.

## *Modelo psicopatológico del trastorno*

Partiendo de los análisis previos se confecciona un modelo causal, para tratar de esbozar las posibles relaciones funcionales entre las distintas variables explicativas del síndrome de las obsesiones intestinales, descrito en este paciente. El diagnóstico DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) al que se adscribiría dicho síndrome es el de Fobia Específica.

### EN LA ADQUISICIÓN

- a) Rasgos de personalidad como son: la baja tolerancia a la frustración y los síntomas que ésta conlleva (ansiedad y bajo estado de ánimo). Esto provoca que él huya o esquive situaciones que puedan provocar estas sensaciones, mostrando un marcado déficit en el afrontamiento adaptativo de los problemas. El trastorno, así, podría entenderse como una radicalización marcada de estos déficits de afrontamiento adaptativo y de tolerancia de sensaciones desagradables, pero cotidianas.
- b) Educación caracterizada por sobreprotección y dificultad para poner límites y hacer cumplir las normas.
- c) Factores estresantes de carácter ambiental que suscitan las primeras sensaciones de incontinencia fecal y que se perciben como traumáticos.

### *En el mantenimiento*

- d) Acomodación personal y adaptación del ambiente al trastorno. En principio, la incapacitación que produce este trastorno en forma de aislamiento social, le generaron tristeza, frustración y desesperanza, ya que él es una persona extrovertida que gusta de relacionarse con los demás. Así, deberíamos esperar que su respuesta ante esta situación fuera de tipo depresivo o que percibiera una necesidad de cambio que le llevaría a utilizar estilos de afrontamiento más activos y menos evitativos. En su caso, como ya hemos ido apuntando anteriormente, no se producen de forma clara ninguna de estas posibilidades, ya que él ha conseguido acomodarse y adaptar su ambiente al trastorno, paliando de forma poco adaptativa las consecuencias adversas del mismo.
- e) Reducción de la ansiedad con la evitación de las situaciones temidas.

## **Evaluación**

### ENTREVISTA

Se realizaron dos sesiones de entrevista. En la primera, se realizó un análisis biográfico del paciente y un análisis retrospectivo del problema. En la segunda sesión se administró una entrevista conductual para recoger información sobre la topografía y funcionalidad del problema.

### MATERIAL

— Escala de ansiedad y evitación. Se elaboró una jerarquía de situaciones temidas y se le pidió que puntuase, en una escala de 0 a 100, al nivel de ansiedad que le produciría entrar en contacto con cada una de las situaciones de la jerarquía y el grado de evitación ante las mismas.

— Autorregistros conductuales. Fueron utilizados para recoger de manera sistemática y simultánea las distintas conductas objetivo: tiempo de espera antes de la EPR, duración de las EPR y metros de distancia respecto al centro hospitalario.

## **Diseño**

En el presente estudio de caso único seguimos un diseño conductual de línea base (A-B) de conductas objetivo múltiples para analizar la eficacia del tratamiento de EPR, realizado en régimen de ingreso hospitalario en la unidad de agudos de nuestro hospital. El periodo de línea base corresponde a la primera semana en que se realizó la evaluación y orientación diagnóstica, sin que en la misma se aplicara ninguna intervención.



## Tratamiento

### Objetivos

- a) Ayudar al paciente a percibir la importancia de afrontar los problemas y solucionarlos mediante estrategias más adaptativas y las consecuencias que pueden tener, a corto y largo plazo, un afrontamiento evitador o manipulador. Para ello se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva y de solución de problemas.
- b) Reducir la intensidad de la ansiedad y de los miedos que experimenta ante la posibilidad, o el hecho, de no tener accesible un baño, y eliminar también las conductas de evitación de dichas situaciones que mantienen el trastorno.
- c) Orientar a los padres en el establecimiento de pautas útiles para lograr el seguimiento de normas en casa. La meta es que perciba la necesidad de cambio y de afrontamiento activo para acabar con la acomodación al trastorno antes creada.

### Plan de intervención

- a) Introducción del modelo cognitivo-conductual para facilitar una explicación de su trastorno. Información sobre las técnicas terapéuticas a utilizar, indicando sobre qué aspectos del trastorno incidirían.
- b) Realización de una jerarquía de situaciones temidas, que eliciten el miedo a perder el control fecal y a las consecuencias embarazosas que esto tendría.
- c) Exposición in vivo a los estímulos temidos y prevención de respuesta hasta que se produzca un descenso de la ansiedad, y por tanto se habitúe.
- d) Ofrecer pautas a los padres, principalmente conductuales, que promuevan la asunción de responsabilidades y que dificulten la acomodación al trastorno.

### Procedimiento

La línea base, de una semana, se realizó a nivel ambulatorio, después de la primera entrevista y durante el proceso de evaluación. En cuanto a la fase de tratamiento, realizado en régimen de ingreso hospitalario, tuvo una duración de quince días, durante los que se llevaron a cabo un total de 21 sesiones de exposición in vivo. La duración de éstas fue de 60-90 minutos cada una y se realizaron con una frecuencia de dos por día laborable (ver Tabla 1).

Como conductas objeto de tratamiento fueron consideradas las siguientes:

a) *Tiempo de espera antes de la EPR.* El paciente refería una elevadísima ansiedad anticipatoria ante la perspectiva de tener que salir del hospital, temiendo perder el control fecal en público una vez lo hiciese. Para trabajar esta ansiedad anticipatoria, se decidió que antes de hacer la EPR se dejarían 5 min. para que fuera al baño. Después de este tiempo debería esperar antes de realizar la EPR, sin poder entrar al baño durante un periodo de tiempo pactado con él, que iría aumentando progresivamente en las diferentes sesiones.

**Tabla 1**

Jerarquía de ítems, sesiones en que se trabajaron cada uno de ellos y resultados en las variables de dificultad en que se operativizaron los ítems.

		Variables de dificultad		
		Tiempo de espera (minutos) antes de la EPR	Duración de la EPR (en minutos)	Distancia con respecto al Centro Hospitalario
Sesiones	Ítems jerarquía			
1 y 2	1	0-5	35-45	150-200 m.
3 y 4	2	10	50-55	250-300 m.
5 y 6	3	15	55-60	400-500 m.
7 y 8	4	20	60	500-600 m.
9 y 10	5	20-25	75	600-800 m.
11 y 12	6	20-25	90	1km.
13 y 14	7 y 8	30	90	1km más hall metro
14 y 15	7 y 8	25-30	25	1km más hall metro
16 y 17	9	25-30	30	Metro 2 paradas
18 y 19	10	25-30	90	1km y 6-8 paradas
20 y 21	11	30	120	1km y 10-12 paradas

*Aproximación cualitativa* (referentes ambientales) a los ítems:

— Sesiones 1, 2, 3 y 4: corresponden a un paseo alrededor del edificio del Servicio de Psiquiatría, sin perder de vista el edificio como referente.

— Sesiones 5, 6, 7 y 8: corresponden a un paseo por los límites del Campus Universitario y del Hospital, sin llegar a salir del mismo.

— Sesiones 9, 10, 11 y 12: corresponden a paseos fuera del recinto hospitalario, llegando al barrio más próximo.

— Sesiones 13, 14 y 15: además de realizar los paseos por el barrio más próximo se entra al hall del metro, pero sin realizar viaje.

— Sesiones 16, 17, 18, 19, 20 y 21: se combinan los paseos por el barrio con los viajes en metro, con incremento progresivo del número de paradas por sesión.

b) *Duración de las EPR*. Dado que su miedo se incrementaba a medida que pasaba el tiempo sin haber ido al baño, especialmente en lugares donde no tenía accesibilidad al mismo, éste se fue aumentando progresivamente a lo largo de las sesiones.

c) *Distancia respecto al centro hospitalario*. Otra variable que incrementaba la ansiedad del paciente y los rituales consecuentes, era el aumento de la distancia hasta un sitio en el que tuviera accesibilidad a un baño, si se producía una emergencia. Por tanto, a lo largo de las sesiones se fue ampliando, progresivamente, la distancia respecto al centro hospitalario. Asimismo, se fueron registrando durante las distintas sesiones de exposición las siguientes *variables dependientes* autoevaluadas por el paciente: ansiedad percibida y urgencia a ritualizar.

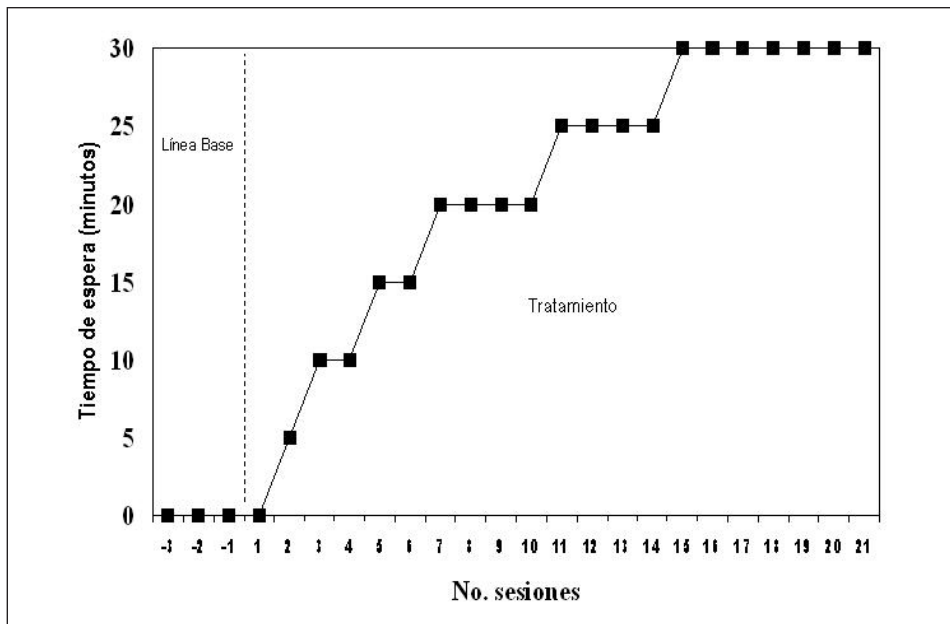
## Resultados

Para valorar los resultados del tratamiento utilizado fueron considerados tanto los niveles de ansiedad (fóbica y anticipatoria), como la urgencia a ritualizar.

Como se muestra en la Figura 2, la variable tiempo de espera para acudir al baño en las diferentes sesiones fue claramente en aumento. El paciente logró ir aumentando progresivamente este tiempo de espera, ante la perspectiva de exponerse a las situaciones temidas, sin que se produjera aumento en la ansiedad percibida. Como puede observarse, si bien durante la fase de línea base, este tiempo no fue superior al minuto de tiempo, aumentó a más de 30 minutos durante el tratamiento, reduciendo la ansiedad en este periodo. El grado en que el paciente lograba habituarse al progresivo aumento del tiempo de espera antes de la EPR, se tomó como un indicador de la ansiedad anticipatoria.

**Figura 2**

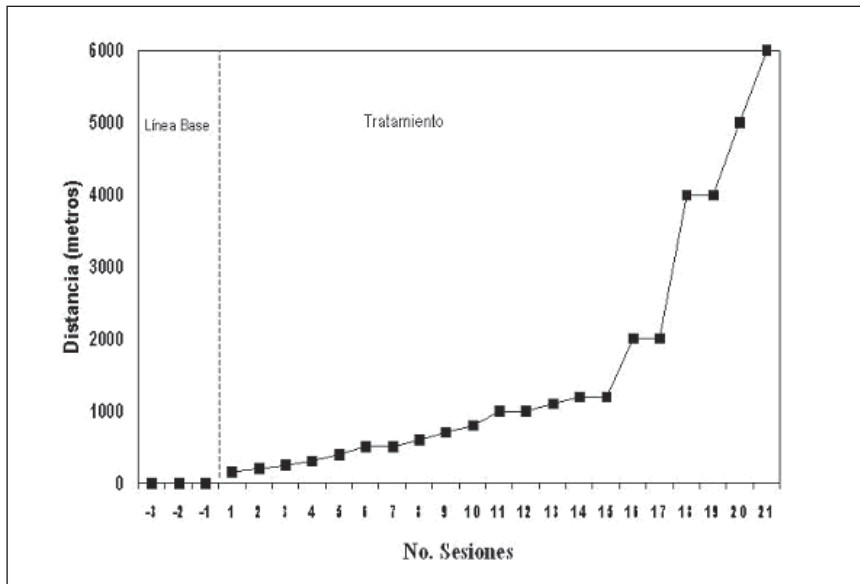
Evolución de la variable tiempo de espera previo a realización de exposiciones durante el tratamiento



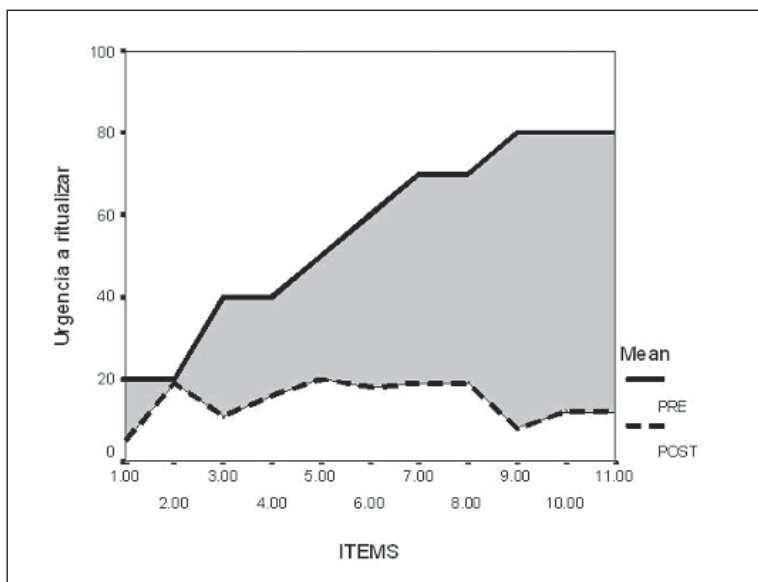
Como se observa en la Figura 3, el paciente logró aumentar la distancia en metros al lugar de referencia en cuanto a la accesibilidad al baño. Los picos finales corresponden a los viajes en metro y al aumento de paradas (distancia aproximada). La variable distancia, junto con la variable tiempo de la EPR (una vez conseguida la habituación) fueron utilizadas como indicadores de ansiedad fóbica.

**Figura 3**

Evolución de la variable distancia respecto al centro hospitalario durante el tratamiento

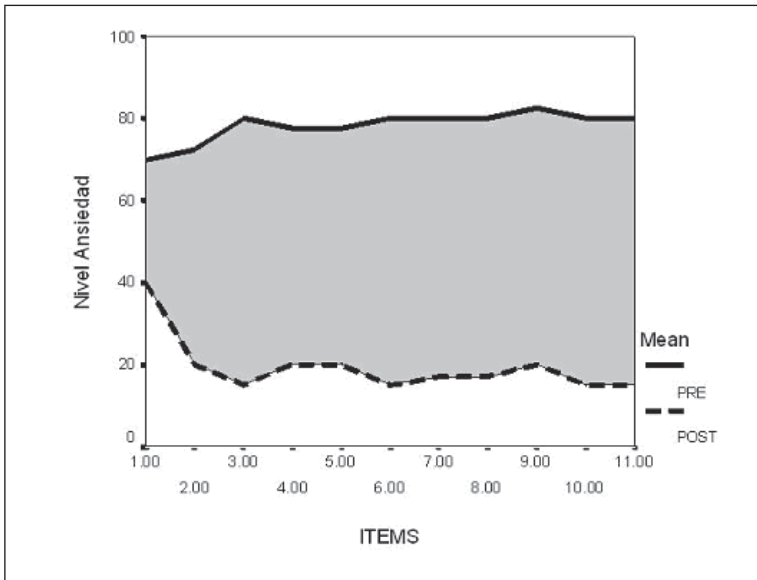
**Figura 4**

Diferencias en la urgencia a ritualizar en cada uno de los ítems pre y post EPR



**Figura 5**

Diferencias en el nivel de ansiedad en cada uno de los ítems pre y post EPR



El nivel de ansiedad y la urgencia a ritualizar percibidos por el paciente (pre y post tratamiento), como se observa en las Figuras 4 y 5 mostraron un descenso significativo. Estas medidas tendrían una doble lectura: nivel de ansiedad y de urgencia a ritualizar percibidos y evolución general del paciente en las variables independientes.

## Discusión

Las obsesiones intestinales son un síndrome poco representado en la práctica clínica diaria y en la literatura científica que, como fue mencionado en la introducción del presente estudio, hay motivos para pensar que tiene una prevalencia real mayor. La presentación del caso pone de manifiesto, desde un inicio, la controversia nosológica del mismo, en donde en base a sus características suelen ser descritos como fobias situacionales o trastornos obsesivo-compulsivos (Jenike y Wihelm, 2001). En nuestro caso, nos orientamos por el diagnóstico de fobia situacional, en base a que el pensamiento que subyacía a la problemática no cumplía criterios de obsesión (p.e. no era insólito, intruso o parásito y se circunscribía a la situación problema). Más concretamente, existía una lucha externa que se reflejaba en conductas de huida y aplazamiento. Por otra parte los aparentes rituales de tocar 2-3 veces los objetos respondían, más a una descarga motora de ansiedad que, a un ritual sustentado o asociado a un pensamiento mágico.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, muestran evidencias de la marcada sintomatología ansiosa y frecuentes conductas evitadas presentes en este caso clínico. Estos resultados son consistentes con los aportados por otros autores (Eisen y Silverman, 1991).

El análisis del rendimiento del paciente tras la ejecución de un programa de EPR, demuestra la efectividad del mismo en la reducción de la ansiedad y conductas rituales. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por otros autores (Beidel y Bulik, 1990; Hatch, 1997). A pesar de ser conocidas las limitaciones inherentes a este tipo de diseños (A-B), la situación de internamiento hospitalario y la patología objeto de estudio no nos permitió utilizar otro tipo de diseños. Para limitar éstas, se optó por un diseño de conductas objetivo múltiples.

La indicación de un tratamiento en régimen de ingreso hospitalario, basado principalmente en técnicas de exposición in-vivo con prevención de respuesta, como el utilizado en el presente caso, se muestra beneficioso. Es más, en los casos como en éste, en que una intervención ambulatoria haya fracasado, la repercusión vital del trastorno sea muy limitante y exista una elevada conflictividad familiar, un abordaje bajo internamiento, como mecanismo para la realización de las exposiciones, puede estar indicado. En este caso, el ingreso permitió controlar muchas de las variables que estaban influyendo en la predisposición y mantenimiento del trastorno.

En conclusión, nuestros resultados sugieren que la utilización de un programa de EPR dio resultado en un paciente con obsesiones intestinales. Esta estrategia terapéutica conductual le permitió disminuir su ansiedad y conductas de evitación de forma marcada.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe decir que no se aportan datos de seguimiento, que serían necesarios para determinar la eficacia del tratamiento a medio-largo plazo. En este sentido, a pesar de que se mantuvo una entrevista con los padres y dos contactos telefónicos con el paciente, en los que informaba del mantenimiento de los resultados, éste no acudió a las visitas programadas, aduciendo motivos laborales. Después de periodos tan extensos en los que había faltado al trabajo, consideraba que no era posible dejar de acudir al mismo. Se le emplazó a que se pusiera en contacto con el centro si volvía a tener problemas de las mismas características.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª edición revisada; DSM-III-R)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4ª Edición; DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barlow, D.H. (1985). The dimensions of anxiety disorders. In A. H. Tuma y J.D. Maser (dirs.), *Anxiety and anxiety disorders* (pp. 479-500). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beidel, D. y Bulik, C. (1990). Flooding and response prevention as a treatment for bowel obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 247-256.

- Caballero, R. (1988). Bowel obsession responsive to clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, 145, 650-651.
- Eisen, A. R. y Silverman, W. K. (1991). Treatment of an adolescent with bowel movement phobia using self-control therapy. *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 45-51.
- Epstein, S. y Jenike, M. A. (1989). Disabling urinary obsessions: An uncommon variant of obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychosomatic Medicine*, 31, 452-453.
- Hatch, M. L. (1997). Conceptualization and treatment of bowel obsessions: two case reports. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 253-257.
- Hollander, E. (1993). *Obsessive-compulsive spectrum disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jenike, M. A., Vitagliano, H. L., Rabinowitz, J., Goff, D. C. y Baer, L. (1987). Bowel obsessions responsive to tricyclic antidepressants in four patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1347-1348.
- Jenike, M. A., Baer, L. y Minichiello, W. E. (1990). *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management*. Chicago, IL: Year Book Medical.
- Jenike, M. A. y Wilhelm, S. (2001). Enfermedades relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo: introducción. En M. A. Jenike, L. Baer, W. E. Minichiello (dirs.), *Trastornos obsesivo-compulsivos: Manejo práctico* (3ª edición) (pp. 121-142). Madrid: Harcourt. (Orig. 1998).
- Kahne, G. J. y Wray, R. W. (1989). Clomipramine for bowel obsessions. *American Journal of Psychiatry*, 146, 120.
- Lydiard, R. B., Laraia, M. T., Fossey, M. y Ballenger, J. C. (1988). Possible relationship of bowel obsessions to panic disorder with agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1324.
- Lyketsos, C. G. (1992). Successful treatment of bowel obsessions with nortriptyline. *American Journal of Psychiatry*, 149, 573.
- Pollard, C. A., y Carmin, C. N. (1995). *Agoraphobia without panic*. ADAA Reporter. Winter 18-20.
- Ramchadani, D. (1990). Trazodone for bowel obsession. *American Journal of Psychiatry*, 147, 124.
- Zohar, J. y Pato, M. T. (1991). *Diagnostic considerations*. En M. T. Pato y J. Zohar (dirs.), *Current treatments of obsessive-compulsive disorder* (pp.1-13). Washington, DC: American Psychiatric Press.