

Cherry Pedrick - Bruce M. Hyman

Guía práctica del TOC

Pistas para su liberación

Serendipité

M A I O R
DESCLÉE DE BROUWER

**GUÍA PRÁCTICA
DEL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO**

Pistas para su liberación



Bruce M. Hyman y Cherry Pedrick

**GUÍA PRÁCTICA
DEL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO**

Pistas para su liberación



Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
The OCD Workbook.
Your Guide to Breaking Free From Obsessive-Compulsive Disorder.
© 1999, New Harbinger Publications Inc., Oakland

Traducción: *Victor M. Arnáiz Adrián*

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2003
Henaio, 6 - 48009 BILBAO
www.edescllee.com
info@edescllee.com

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Diseño de colección: Luis Alonso

Impreso en España-Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-1821-2
Depósito Legal:
Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

Índice

Reconocimientos	13
Prólogo	15
Introducción	21
Quiénes somos	21
Cómo puede ayudarle este libro	25
Sobre este libro	26
PRIMERA PARTE	29
1. ¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo?	31
Tipos básicos del trastorno obsesivo compulsivo	32
El trastorno obsesivo compulsivo en el tiempo	39
2. Entonces tiene un problema: ¿Cuál es?	43
Una mirada exhaustiva al trastorno obsesivo compulsivo ..	43
Lo que no es un trastorno obsesivo compulsivo	45
Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo	49
¿Cómo se diagnostica el trastorno obsesivo compulsivo? ...	55
Trastorno obsesivo compulsivo y vergüenza	56
¿El trastorno obsesivo compulsivo se hereda?	58
¿Cuál es la causa del trastorno obsesivo compulsivo?	59
3. ¿Qué puede hacerse?	63
Terapia farmacológica	64
La terapia cognitivo conductual	74

Psicoterapia	79
Neurocirugía	80
Tratamientos no contrastados	81
SEGUNDA PARTE	83
4. Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo compulsivo: el programa autodirigido	85
Por qué funciona la EPR	85
Exposición “in vivo”	88
Prevención del ritual	90
Preparando el cambio	97
Ayudando a su familia a prepararse para el cambio	97
5. Preparación para el reto/autoevaluación	101
La evaluación de su trastorno obsesivo compulsivo	102
Elija los síntomas a tratar	107
6. Su estrategia de intervención	111
Consejos para escribir su lista personal de ansiedad/exposición	112
Paso a paso de la exposición y prevención del ritual (EPR) ...	120
Aplicando la EPR en algunos problemas habituales en el trastorno obsesivo compulsivo.	127
7. La exposición en imágenes	147
Practicando la exposición en imágenes	148
Cuando no funciona la exposición en imágenes	157
8. Desafiando sus creencias erróneas	159
El ABCD de las creencias erróneas	163
La corrección de las creencias erróneas	167
Confrontaciones adicionales para las creencias erróneas	173
¿Y si no cambian mis creencias?	185
TERCERA PARTE	187
9. Liberándose de las obsesiones puras	189
La naturaleza de las obsesiones puras	191

Anatomía de un obsesión pura: una visión panorámica	192
Cuatro pasos para liberarse de las obsesiones puras	197
Ejercicios de habituación al pensamiento	200
Enfrentándose a los rituales encubiertos	203
10. Escrupulosidad: cuando el trastorno obsesivo compulsivo se torna religioso	207
¿Qué es la escrupulosidad?	207
Diferenciación entre las creencias religiosas fuertes y la escrupulosidad	209
Hipermoralidad e hiperresponsabilidad	210
El programa autodirigido para la escrupulosidad	211
Claves para liberarse de la escrupulosidad	222
11. Hiperresponsabilidad: el trastorno obsesivo compulsivo del “atropella y huye”	225
Programa auto-dirigido para el trastorno obsesivo compulsivo del “atropella y huye”	226
12. La acumulación obsesiva compulsiva	239
Programa autodirigido para la acumulación obsesiva compulsiva	242
13. Dos pasos adelante, uno atrás: manteniendo su mejoría y manejando la recaída	249
El programa no funciona: problemas habituales	249
Recaída: ¡sucederá!	258
Convierta la terapia cognitivo-conductual en un elemento de su estilo de vida	261
14. El trastorno obsesivo compulsivo también afecta a los niños	265
Niños y rituales: ¿podría tratarse de un trastorno obsesivo compulsivo?	266
La limpieza, la comprobación, la enumeración y los niños	271
Ayuda para niños con trastorno obsesivo compulsivo	274
Trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado con los estreptococos	279

El trastorno obsesivo compulsivo y disfunciones relacionadas	280
Ayuda familiar para los niños con trastorno obsesivo compulsivo	284
15. El trastorno obsesivo compulsivo y compañía	293
Tricotilomanía	293
Trastorno dismórfico corporal	297
Depresión	299
CUARTA PARTE	305
16. El trastorno obsesivo compulsivo es un asunto de familia .	307
El apoyo empieza con cada miembro de la familia	307
Cómo pueden ayudar los familiares a la persona del programa autodirigido.	311
Cómo enfrentarse a la búsqueda obsesiva de alivio	316
Pautas adicionales para enfrentarse al trastorno obsesivo compulsivo dentro del contexto familiar	319
17. ¿Dónde obtener ayuda?	325
Ayuda profesional para el trastorno obsesivo compulsivo ...	325
Preguntas para plantear a los presuntos terapeutas	328
Grupos de apoyo	331
Ayuda en el ciberespacio	332
Apéndice	337
Una breve introducción al trastorno obsesivo compulsivo para familiares y amigos	337
Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown (EOYB)	340
Recursos	347
Referencias	355

La guía práctico del trastorno obsesivo compulsivo está dedicado a la memoria de Arnold Dresner y a los millones de personas que luchan con el trastorno obsesivo compulsivo, a sus familias, que ofrecen su apoyo y comprensión, y a los investigadores y clínicos que nos han llevado tan lejos en el tratamiento de la enfermedad.

Reconocimientos

Este libro ha sido posible gracias a la ayuda de muchas personas: de la Dra. Blanche Freund, quien se erigió como consejera y mentora a lo largo de los años de aprendizaje del tratamiento conductual y del trastorno obsesivo compulsivo; de mi madre, Mildred Hyman, quien ha sido una alegría constante en mi vida; de Cherry Pedrick, cuya colaboración en este volumen resultó todo un placer; de mi esposa, Robin, por quien mi amor crece diariamente de un modo cada vez más “obsesivo” y “compulsivo”; y de mis pacientes, quienes me muestran a diario una lección de gratitud, coraje y esperanza.

Dr. Bruce M. Hyman

Bruce Hyman convirtió la co-autoría de *la Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo* en una maravillosa experiencia. Le agradezco a mi marido Jim y a mi hijo James su apoyo y ánimos a lo largo de todo este proceso de escritura. Le doy las gracias a Michael Jenike por su *insight* y su amplio conocimiento sobre el cerebro. Gracias a mis gatos Melody, Spunky y Little Kitty por su entretenimiento y mimos durante los solitarios días de escritura. Y por encima de todo, le doy gracias a Dios por hacerlo posible.

R. N. Cherry Pedrick

Ambos quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a Kayla Sus-sell quien nos ayudó a plasmar nuestras ideas sobre el papel con claridad y concisión, a Kristian Beck por creer desde el inicio en este proyecto, a Kirk Jonson por el elegante diseño de la portada, a Lauren

Dockett por su rauda asistencia con la publicidad y a todas aquellas personas de New Harbinger Publications que convirtieron este libro en una realidad.

Prólogo

por Alejandro Rocamora

Al comenzar a redactar estas reflexiones me ha invadido una doble preocupación: primero, porque siempre es difícil realizar un prólogo y segundo por mi alta responsabilidad de hacerlo de acuerdo a la extensión indicada y en la fecha propuesta. Esto último es una de las manifestaciones, entre otras, de mis rasgos obsesivos. No quiere decir que esta cualidad sea negativa sino que todo dependerá de cómo la instrumentalice. Si no me estreso y me lo tomo con calma, puede ser positivo; si quiero cumplir al pie de la letra las exigencias impuestas y me bloqueo, puede ser negativo. Lo primero será una postura sana (la parte positiva del síntoma) y lo segundo una postura enferma que entra de lleno en el espectro patológico de lo obsesivo.

El Diccionario de la Real Academia Española indica que obsesión (del latín *obsessio*=asediar) es “una perturbación anímica producida por una idea fija” y también es “una idea que con tenaz persistencia asalta a la mente”. En el lenguaje coloquial hablamos más de “manías” que de obsesiones, pues parece que las primeras son menos graves y están más cerca de la normalidad. Así decimos: “tengo la manía de anotar mentalmente las matrículas de los coches y sumar sus números”; “tengo la manía de comprobar varias veces la llave del gas o si he cerrado la puerta del coche”; “tengo la manía de lavarme las manos muchas veces durante el día pues me siento sucio o tengo miedo a contaminar a los demás”; “tengo la manía de no beber en vasos de cristal pues creo que se van a romper y me voy a tragar los trozos”. Son algunos de los signos de un perfil obsesivo que llamamos “manía”.

Los dos grandes temores de todo ser humano son : la muerte y la locura, pues ambos suponen un proceso sin retorno y sobre todo porque indican una pérdida de control de sí mismo. Esta es una de las razones por las que empleamos eufemismos para designar las obsesiones: “ideas raras”, “manías”, etc. Todo menos indicar que hemos perdido el control de nosotros mismos, es decir, que estamos locos.

Ese miedo a la locura es lo que lleva a muchos pacientes a negar sus obsesiones o al menos la gravedad de sus síntomas. Suelen decir: “Doctor, yo no estoy loco, pues me doy cuenta que lo que pienso o hago es absurdo, aunque no pueda evitar pensarlo o realizarlo”. Es como si el tener conciencia de lo absurdo de sus conductas fuera una coraza contra la locura. Desde un principio tenemos que aclarar que el arco de lo normal a lo patológico va desde una pequeña ansiedad, por los problemas cotidianos, hasta delirios o alucinaciones de la enfermedad mental en sentido estricto; lo mismo ocurre con la enfermedad somática que abarca desde un simple resfriado a un diagnóstico mortal de cáncer.

No obstante, en la historia de la psiquiatría, la propia designación de este cuadro clínico indicaba su aproximación a la locura: “*folie lucide*”, “*folie du doute*”, “*folie sans delire*” (Pinel), “delirio emotivo” (Morel), son algunas de sus denominaciones que indican el matiz de gravedad con que los especialistas se han acercado a esta enfermedad.

Otro debate presente en la psiquiatría es si el cuadro obsesivo pertenece a la neurosis o a la psicosis. Es decir, ¿el trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno leve o grave? Aunque las clasificaciones psiquiátricas actuales lo incluyen en los cuadros neuróticos, es una neurosis muy especial, incluso en ocasiones más invalidante que la propia esquizofrenia. Imagínense, por ejemplo, lo que supone no poder tocar nada (lo que se dice nada: ni ropa, ni objetos, ni alimentos, ni personas, etc. por miedo a ser contaminado o contaminar) y la incapacidad que implica para relacionarse o simplemente para vivir. O lo que sufría aquel administrativo que tenía que repasar en casa todas las operaciones que había realizado durante su jornada laboral para comprobar que no se había equivocado. Y esto no lo hacía una sola vez sino muchas veces antes de acostarse ya agotado por el esfuerzo.

Pero lo cierto es que no todos los síntomas obsesivos tienen la misma gravedad. Además de su contenido (rasgos obsesivos, obsesiones y compulsiones) hay que fijarse en su intensidad y frecuencia y sobre todo en el deterioro personal, social, familiar o laboral que producen.

La sintomatología obsesiva es como un juego de muñecas rusas que se van incrustando unas dentro de otras hasta llegar a la más pequeña; el espectro obsesivo tiene, también, como diferentes estadios, que de menos a más graves podemos denominar como: nivel normal (rasgos obsesivos), nivel anormal (trastorno de la personalidad) y trastorno propiamente dicho (trastorno obsesivo compulsivo). A diferencia de las “muñecas rusas” puede existir un nivel sin que existan otros. Es decir, no es condición indispensable que existan los tres para configurar una estructura obsesiva, aunque es muy frecuente que estén ensambladas.

En las sociedades desarrolladas priman **los rasgos obsesivos**. La puntualidad, el orden, la meticulosidad, la responsabilidad y autoexigencia son valores, que sobre todo en el mundo laboral tienen un alto precio, ya que están en relación con la productividad o con la buena imagen de la empresa, que en definitiva es lo que buscan los jefes. Así se ha configurado un patrón de buen trabajador como sinónimo de la persona que pospone la familia a los intereses de la empresa, es obediente, sumiso a las directrices de la empresa, y adicto al trabajo, sin importarle las horas de permanencia en su puesto de trabajo.

Esta situación llevada al límite puede producir una “doble personalidad” en el sujeto: sumiso, complaciente, autoexigente y responsable en el trabajo (la cara amable de los rasgos obsesivos) y quisquilloso, intransigente y rígido en sus ideas en el medio familiar (la cara menos agradable de los rasgos obsesivos). Esto trae consigo que sea muy valorado por sus jefes pero que tenga grandes dificultades en la dinámica familiar donde se muestra intransigente y se mueve por la ley de los extremos: esto es bueno o malo, blanco o negro, es decir, no tiene en cuenta los matices, tan importantes en el comportamiento humano.

Desde la psicología dinámica podemos afirmar que son personalidades con una hipertrofia del super-yo, en las que destaca el concepto del deber, del orden y son cuadriculados. Predomina su parte más

racional y se muestran muy intelectualizados con poco desarrollo de su mundo afectivo y emocional. Se muestran fríos y calculadores. Si no invaden los derechos de los demás configuran una personalidad íntegra y con gran conciencia del deber, pero si lo invaden, pasan al segundo nivel de los trastornos de la personalidad obsesiva. Esto ha llevado a algún autor a describir a los caracteres obsesivos como “máquinas vivientes” (Whilhelm Reich).

Este tipo de personalidades se rige por el lema: “un lugar para cada cosa y cada cosa en su sitio”, que llevado a un extremo daría lugar a las características antes descritas.

El trastorno de personalidad obsesiva supone un segundo nivel de este espectro psicopatológico. Cuando los anteriores rasgos de personalidad se hipertrofian e invaden toda la actividad familiar, social y laboral, produciendo un deterioro de esas áreas y un sufrimiento en el sujeto, podemos hablar entonces de trastorno de personalidad obsesiva.

El propio DSM-IV-TR (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos*) lo define como: “una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia”, todo ello lleva consigo un alto nivel de sufrimiento en el sujeto, que si se mantiene de forma estable a lo largo del tiempo produce malestar en su entorno familiar, social o laboral. Entre las manifestaciones clínicas de este tipo de personalidades podemos señalar: una excesiva preocupación por el orden, la organización o los horarios hasta llegar a extremos que más que favorecer el rendimiento lo entorpece; la dedicación extrema al trabajo, olvidándose de las obligaciones familiares o sociales; muy rígido en sus concepciones éticas o morales sin posibilidad de modificarlas, y por último señalar su terquedad, el estilo avaro en los gastos y que no son muy propicios a delegar tareas ante el miedo de que no las realicen como a ellos les gusta; son grandes acumuladores de ropa, revistas u otros utensilios, aunque no tengan ningún valor sentimental. Para el DSM-IV-TR no es necesario que se den todos estos síntomas, pero si al menos cuatro de ellos.

El trastorno obsesivo compulsivo es el nivel más grave, que se manifiesta con obsesiones y compulsiones, que pueden provocar una gran incapacidad para desarrollar la vida cotidiana. Pese a que el suje-

to es consciente de lo absurdo de sus acciones no puede evitar su repetición. Éste el contenido del libro que tienes en tus manos, amable lector. Bruce M. Hyman y Cherry Pedrick, parten de una concepción cognitivo-conductual del trastorno y plantean, de forma clara y con ilustraciones de numerosos casos clínicos, pistas para superar esa situación patológica. Ellos mismos reconocen que este programa autodirigido debe completarse con un tratamiento farmacológico controlado o psicológico, impartidos por un profesional cualificado.

Deseo, amable lector, que la lectura de estas líneas, y principalmente de este libro, te sirvan para comprender las “manías”, mejor las obsesiones, de tus amigos y familiares, y sobre todo si es tu caso, la posibilidad de liberarte de la angustia que producen. Al menos a mí me ha ayudado.

Alejandro Rocamora Bonilla

Psiquiatra y Profesor de Psicopatología
en la Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Introducción

Lo importante de este mundo no es tanto dónde estamos sino en qué dirección nos estamos moviendo.

–Oliver Wendell Holmes

QUIÉNES SOMOS

“Debo volver, tengo que regresar y comprobar si cerré la puerta”. Miré fijamente la puerta de nuestro hogar. Debía verificarla de nuevo. Apagué el motor y salí del coche.

“Te vi cerrarla mamá” me decía mi hijo James, obviamente anorado. No quería llegar de nuevo tarde a la escuela. “La comprobaste dos veces”.

Sabía que había cerrado la puerta. Siempre lo hago, así que ¿por qué necesito verificarla otra vez? No podía explicarlo. Sólo sé que debía hacerlo de nuevo. Esto ocurría cada vez con más frecuencia hasta que ya, por norma, volvía a casa sólo para ver si las puertas estaban cerradas. A mitad del día, sin aviso previo, los temores me atormentaban. ¿Cerré la puerta? ¿Apagué la cafetera? ¿Las luces? Pronto me encontraba comprobando una y otra vez los electrodomésticos, las cerraduras, los frenos del coche y los papeles del trabajo. Busqué tratamiento cuando esta comprobación constante empezó a interferir con mi empleo de enfermera.

Fui diagnosticada con un trastorno obsesivo compulsivo, una alteración neurobiológica que afecta a un 2,5% de la población. Como

enfermera, estaba parcialmente familiarizada con la enfermedad, pero no me encontraba preparada para afrontarla. Mi necesidad de recuperarme me motivó a leer cualquier libro y artículo sobre el trastorno obsesivo compulsivo que podía encontrar. Esto me condujo a escribir varios artículos en revistas y a preparar un curso para enfermeras de formación continua a distancia. La investigación y la escritura me ayudaron a aplicar los principios de la terapia cognitivo-conductual a mi propia enfermedad.

Cuando mi trastorno obsesivo compulsivo mejoró, ayudé a otras personas que se enfrentaban a la misma enfermedad. Me encontré con mucha gente que sufría debido a la falta de apoyo y de conocimientos. Descubrí sistemas de apoyo en Internet y a través de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Existe ayuda disponible para aquellos que se enfrentan al trastorno obsesivo compulsivo pero hay una gran necesidad de suministrar información a las personas que lo precisan.

Mi hijo, un brillante “monstruo” de la informática, se ofreció para crearme una página web. ¡Una página web! ¿Qué haría con ella? Pronto lo descubrí. Me diseñó una brillante web dedicada a educar a los demás sobre el trastorno obsesivo compulsivo. Miles de personas se han detenido, durante su trayecto educativo, en la “Web de Cherry” cuya dirección es <http://members.aol.com/Cherlene>. Desde allí, los vínculos les llevan a las mejores web de Internet que tratan el tema del trastorno obsesivo compulsivo.

Conocí al Dr. Bruce Hyman en 1997, en una conferencia de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Él estaba escribiendo un libro: un manual práctico diseñado para suministrar, a las personas que padecían un trastorno obsesivo compulsivo, las herramientas para poder trabajar sobre su problema. Durante los dos años anteriores, había estado buscando a un profesional de la medicina que padeciera un trastorno obsesivo compulsivo y que pudiera escribir sobre la experiencia del padecimiento de dicha patología desde el punto de vista del paciente. Descubrimos que cada uno de nosotros podría satisfacer una necesidad al escribir un libro referente al trastorno obsesivo compulsivo. Juntos lograríamos aportar una importante experiencia al proyecto. Mi carrera como enfermera me ayudaba a comprender los aspectos

médicos del trastorno obsesivo compulsivo así como su tratamiento. Padecer la enfermedad me facilitaba la exposición de la información con compasión y comprensión. Mi esperanza es que nuestra experiencia común prestando ayuda a la gente con trastorno obsesivo compulsivo pueda cambiar por completo a quienes lean este volumen.

—Cherlene (Cherry) Pedrick, R. N.

No, yo no padezco ningún trastorno obsesivo compulsivo... pero en 1987, tras siete años de dirigir una práctica general de psicoterapia clínica, me fue derivado un hombre de mediana edad para que recibiera un tratamiento debido a los severos rituales de lavado y comprobación que padecía. Tomaba duchas de dos horas, evitaba obsesivamente tocar objetos poco familiares, temía la suciedad y los gérmenes y se lavaba las manos 75 veces al día.

Al no haber impartido previamente terapia a ninguna persona con trastorno obsesivo compulsivo, me quedé perplejo con esta extraña conducta y me conmovía su profundo sufrimiento. Cuando me percaté de que mi entrenamiento tradicional era inadecuado para servirle de ayuda, me embarqué en la misión de aprender todo lo posible sobre el trastorno obsesivo compulsivo y de buscar la orientación de cualquier persona del país que pudiera haberse especializado en su conocimiento. Esto me condujo a la unidad de trastornos de ansiedad del antiguo Colegio Médico de Pennsylvania (denominado ahora Colegio Allegheny de ciencias de la salud), dirigido por el Dr. Edna Foa. Allí contemplé el exitoso empleo de la terapia conductual intensiva en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Al poseer un conocimiento previo en los métodos terapéuticos conductuales, con el tiempo logré adoptar éstos para emplearlos con mis propios pacientes que padecían el trastorno obsesivo compulsivo.

Posteriormente, recibí durante varios años sesiones continuadas de análisis de casos con la Dra. Blanche Freund. En 1992 creé el Obsessive-Compulsive Resource Center del sur de Florida, con delegaciones en Hollywood y Boca Raton, Florida. En la actualidad, aproximadamente un 80% de mi apretada agenda se dedica al tratamiento de niños y adultos con trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados.

La idea de escribir el libro nació al percatarme de que muy pocas de las personas que padecían un trastorno obsesivo compulsivo estaban recibiendo la ayuda adecuada. Aunque nuestra cultura ha iniciado un largo camino que conduce hacia una mayor comprensión y a la anulación del estigma que suponen las enfermedades mentales, incluyendo el trastorno obsesivo compulsivo, persiste gran parte del temor y la ignorancia. Un número excesivo de personas que se enfrentan al trastorno obsesivo compulsivo sufre vergüenza e incomodidad al buscar ayuda y confrontar el trastorno. Quienes solicitan ayuda para tratar su alteración se decepcionan con frecuencia de los resultados. Muchos de mis pacientes me informan que, durante años, han recibido la ayuda de profesionales de la salud bienintencionados, pero carentes de formación, antes de encontrarse con alguien verdaderamente experto en el tema. A menudo, debido a la desesperante naturaleza de la enfermedad, la gente solicita ayuda prácticamente a cualquier persona que le ofrezca una remota esperanza de cura. Con frecuencia, estos decepcionantes encuentros con el sistema de sanidad generan un sufrimiento, culpa, desaliento y desconfianza mayores. Muchos pierden la esperanza, así como la confianza en su habilidad para liberarse del poder que ejerce el trastorno obsesivo compulsivo sobre sus vidas.

Todavía no existe una cura médica. Probablemente padecerá el trastorno obsesivo compulsivo tras la lectura de este libro pero también dispondrá de las armas necesarias para luchar contra la enfermedad. Mi objetivo, al escribir este volumen, es ayudar a las personas con trastorno obsesivo compulsivo a situarse en “la senda adecuada” en su batalla contra la enfermedad, guiándoles paso a paso a través del proceso de cambio.

La mayoría de las técnicas terapéuticas de este libro no son nuevas. Han sido presentadas en otros libros de autoayuda, así como en textos clínicos para psicólogos profesionales. *La guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo* presenta las teorías actuales sobre los procesos de cambio conductual de un modo claro y con un lenguaje sencillo. Es el resultado de más de 10 años de experiencia tratando a cientos de personas con cualquier tipo concebible de trastorno obsesivo compulsivo.

–Dr. Bruce M. Hyman

CÓMO PUEDE AYUDARLE ESTE LIBRO

La guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo no pretende erigirse en el sustituto de ningún tratamiento psiquiátrico o psicológico impartidos por un profesional cualificado. Más bien debiera emplearse de los siguientes modos:

1. Junto con un tratamiento psiquiátrico o psicológico continuado. Por ejemplo, usted podría acudir a un profesional muy cualificado que no se encuentre especializado en el trastorno obsesivo compulsivo. Este libro puede utilizarse para enseñar a su terapeuta el papel de entrenador, guía o consejero mientras usted trabaja siguiendo los pasos que le conducen al control de su trastorno obsesivo compulsivo.
2. En el caso de aquellas personas que, por una u otra razón, son reticentes a solicitar ayuda profesional. Puede tener el deseo de aprender sobre el trastorno obsesivo compulsivo tanto como sea posible, empleando este libro a modo de guía para una intervención auto-dirigida. Si usted piensa que padece un trastorno obsesivo compulsivo, le urgimos a que acuda a un profesional de la salud mental experimentado en el diagnóstico y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Un psiquiatra o psicólogo puede confirmar un diagnóstico de dicha patología y ayudarle a decidir si es apropiada en su caso una terapia cognitivo-conductual autodirigida.
3. Para los familiares que busquen una mayor comprensión del trastorno obsesivo compulsivo. Así como no se recomienda que un médico trate a su propia familia de alguna enfermedad, tampoco aconsejamos que los familiares adopten el rol de psicoterapeuta empleando este libro, incluso aunque posean formación como terapeutas. Sin embargo, pueden suministrar un apoyo impagable cuando el paciente se encuentre trabajando, mediante el proceso de autoayuda detallado en este volumen, en la solución de su trastorno obsesivo compulsivo. La segunda parte describe el modo en el que un amigo o familiar de confianza puede desempeñar el papel de asistente conductual.

SOBRE ESTE LIBRO

La guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo se divide en cuatro partes. Tras leer la primera (capítulos 1 a 3), comprenderá qué es el trastorno obsesivo compulsivo, cómo se diagnostica, cuáles son sus síntomas y cómo se trata habitualmente. En estos capítulos se incluyen las teorías más comúnmente aceptadas sobre su etiología y los cambios biológicos en el cerebro de los enfermos. El capítulo 3 contiene una revisión de los tratamientos más efectivos para el trastorno obsesivo compulsivo: la medicación y la terapia cognitivo-conductual.

La segunda parte (capítulos 4 a 8) constituye el núcleo del manual. Contiene instrucciones detalladas para guiarle a combatir el trastorno obsesivo compulsivo mediante el programa autodirigido. Se discuten tanto las actitudes que ayudan en la recuperación como las que interfieren. Se aborda el tema del establecimiento de las expectativas adecuadas, especialmente la necesidad de autotolerancia y paciencia. Cuando usted se comprometa con el programa autodirigido, se le pedirá que reserve un período de entre tres y seis semanas durante el cual el programa constituirá la prioridad máxima de su vida. La recompensa de liberarse del estrés del trastorno obsesivo compulsivo convertirá este sacrificio en algo valioso. Observe que no decimos “liberarse del trastorno obsesivo compulsivo” sino del “estrés”. Se encontrará con que puede vivir mucho más fácilmente con un trastorno obsesivo compulsivo bajo mínimos que con un trastorno obsesivo compulsivo a “pleno rendimiento”.

La segunda parte incluye instrucciones para el empleo de *La guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo* bien a solas o con un terapeuta que desempeñe la función de entrenador. Se discute si es necesario o no la ayuda profesional. Si carece de un terapeuta disponible que le sirva de apoyo, un amigo de confianza o un familiar pueden adoptar el rol de asistente conductual.

La tercera parte (capítulos 9 a 15) es una introducción a los síntomas específicos y alteraciones que se sitúan en el ámbito de las patologías relacionadas con el trastorno obsesivo compulsivo. Entre éstas se incluyen las obsesiones puras, la escrupulosidad, el trastorno obsesivo

compulsivo del “atropella y huye”, la acumulación, la tricotilomanía y el trastorno dismórfico corporal.

La tercera parte también incluye información valiosa sobre otras disfunciones del espectro del trastorno obsesivo compulsivo. Aprenderá poderosas habilidades para enfrentarse a patologías menos frecuentes, aunque debilitadoras, que se relacionan con el trastorno obsesivo compulsivo, incluyéndose la depresión, el déficit de atención con hiperactividad y el síndrome de la Tourette. Se le introducirá en las técnicas cognitivo-conductuales empleadas para el tratamiento de estos trastornos.

También afecta a los niños. El trastorno obsesivo compulsivo se inicia en la infancia en un 30-40% de los casos registrados. Pueden pasar meses o años antes de que los padres y profesores se percaten de que el niño padece un problema. Aprenderá el modo de aplicar los principios de este libro al trastorno obsesivo compulsivo infantil.

La cuarta parte (capítulos 16 y 17) proporciona una información detallada para facilitar que los demás le ayuden con su esfuerzo. Su familia puede jugar un papel importante en su recuperación. También puede necesitarse ayuda profesional. Le suministraremos una guía para seleccionar a un profesional cualificado de la salud mental. Los grupos de apoyo también pueden ser bastante útiles para superar la vergüenza y el aislamiento que se experimenta, con frecuencia, junto con el trastorno obsesivo compulsivo. Se le remitirá a recursos que pueden ayudarle a localizar los grupos de apoyo para el trastorno obsesivo compulsivo.

El apéndice es una valiosa recopilación de recursos. Puede encontrarse con ciertas personas a su alrededor que se desorienten cuando aparezca el trastorno obsesivo compulsivo. Probablemente ellos se pregunten por qué actúa usted de un modo tan extraño. O quizás usted lo haya mantenido en secreto y su “aparición pública” resulte una sorpresa para la gente que le rodea. Hemos incluido una concisa descripción del trastorno: “Una breve introducción al trastorno obsesivo compulsivo para familiares y amigos”. Usted puede fotocopiarla para dársela a profesores, consejeros escolares, familiares y consejeros espirituales.

PRIMERA PARTE

¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo?

1

Quizá no exista nada tan negativo o peligroso como el miedo.

–Jawaharlal Nehru

Las personas con las que se topará en este capítulo constituyen ejemplos representativos de los millones de individuos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Se debaten con una alteración neurológica que llena sus mentes de pensamientos no deseados y les amenaza con sufrir un desastre si no efectúan ciertos rituales repetitivos y carentes de sentido. No son un grupo extraño. Aproximadamente uno de cada cuarenta individuos lo padecen.

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por las obsesiones y/o compulsiones que consumen tiempo, son estresantes y/o interfieren con las rutinas, las relaciones interpersonales o el funcionamiento cotidiano. Las *obsesiones* constituyen impulsos, ideas, imágenes o pensamientos persistentes que se introducen en la mente de la persona y provocan una preocupación o ansiedad excesivas. Las *compulsiones* conforman actos o conductas repetitivos que se ejecutan como respuesta a las obsesiones para aliviar o evitar la preocupación y/o ansiedad. Con frecuencia pretenden impedir o evitar mágicamente algún acontecimiento temido tal como la muerte, la enfermedad o algún infortunio percibido.

El trastorno obsesivo compulsivo presenta múltiples caras, pero el estilo y el modo de los pensamientos y conductas que presentan los individuos en este desorden son destacada e inconfundiblemente consistentes.

TIPOS BÁSICOS DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Los comprobadores viven con la sensación, exagerada e irracional, de ser responsables de los posibles daños y catástrofes que pueden acontecerles a los demás como resultado de sus comprobaciones “imperfectas”. Se sienten impelidos a comprobar repetidamente objetos tales como puertas, cerraduras y a apagar los dispositivos domésticos para asegurarse que han evitado los posibles desastres que pudieran haber acontecido en caso de que no se hubiera efectuado la comprobación.

Los que se lavan y los que limpian padecen obsesiones sobre una posible contaminación por suciedad, gérmenes, virus o sustancias extrañas. Viven con el temor constante de sufrir algún daño o de causar un perjuicio a los demás debido a la acción de tales agentes contaminantes.

Los que ordenan creen que deben organizar ciertos objetos de un modo determinado, exacto o “perfecto”. Llegan a sentirse extremadamente tensos si aquellos son movidos, tocados u ordenados de un modo distinto.

Los obsesivos puros experimentan pensamientos e imágenes involuntarios, intrusos y horriblos en los que causan daño a los demás. En vez de implicarse en rituales conductuales, pueden dedicarse a pensamientos repetitivos, tales como contar, rezar o repetir ciertas palabras, para contrarrestar sus pensamientos generadores de ansiedad. También pueden revisar mentalmente, y de modo obsesivo, las situaciones para protegerse ante la duda y reducir la ansiedad.

Los acumuladores recolectan objetos insignificantes y padecen dificultades para deshacerse de cosas que la mayoría de la gente consideraría “porquerías”.

La gente con escrupulosidad obsesiva se centra en cuestiones religiosas o morales. Sus compulsiones pueden implicar la oración y la búsqueda de confirmación de los demás en lo referente a su “pureza” moral.

Muchas personas pueden identificarse, hasta cierto punto, con todas estas formas de trastorno obsesivo compulsivo. ¿Quién no ha

comprobado una segunda vez si la cerradura se encuentra cerrada? La valiosa y empolvada colección de periódicos viejos de alguien puede que no sea sino una “porquería” a los ojos de otra persona. Sin embargo, cuando la conducta interfiere significativamente con la vida cotidiana, el problema podría ser un trastorno obsesivo compulsivo.

Quizás usted padezca algunos de los síntomas descritos con anterioridad pero no interfieran significativamente con su vida. Siga leyendo, puede percatarse de que sus hábitos sí interfieren, de hecho, en su vida. Incluso aunque sus síntomas no sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, usted podría beneficiarse de los mismos principios de la terapia cognitivo conductual que se emplean para ayudar a los individuos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo “hecho y derecho”.

Es habitual que las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo presenten una serie de síntomas. Por ejemplo, Cherry Pedrick experimenta problemas con las comprobaciones, los rituales mentales y el lavado de manos. Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo padecen un síntoma predominante durante años, tan sólo logran que desaparezca uno y comience otro. Por ejemplo, alguien que ha sido un limpiador compulsivo durante años puede perder el temor a la suciedad y convertirse en un comprobador. O al revés. No existe un patrón típico.

Ahora quisiéramos presentarle a algunos sujetos que sufren un trastorno obsesivo compulsivo. Exceptuando a Cherry Pedrick, constituyen una síntesis de muchas personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Puede observar similitudes entre usted mismo y uno o más de las personas descritas, pero sólo es algo casual.

La historia de Cherry: “Y si...?” –una compañía no deseada

Mi conflicto con el trastorno obsesivo compulsivo comenzó con el temor de que no había cerrado la puerta al salir de casa. Después de un tiempo, mi necesidad de comprobarla y mi preocupación se incrementó hasta que invadía toda mi vida. Regresaba a casa para verificar la cerradura, la cafetera o la cocina. Cuando estaba lejos de casa, con

frecuencia me detenía en lo que estaba haciendo y volvía a mi coche para comprobar que el freno de mano estaba puesto y la puerta cerrada. Las situaciones hipotéticas de “¿y si...?” se convirtieron en una compañía constante. “¿Y si había dejado abierta la puerta del coche, se metía un niño y se hacía daño?”. “¿Y si no había puesto el freno y el coche se ponía en marcha y atropellaba a alguien?”.

Las obsesiones giraban en torno al temor de que hubiera hecho algo –o lo hubiera omitido– que podría resultar dañino para los demás. También sufría problemas con el lavado de manos cuando preparaba comidas, temiendo que pudiera contaminarlas.

La historia de Mary

Los temores obsesivos sobre la posibilidad de enfermarse muy gravemente irrumpieron en la vida de Mary cuando su hijo mayor contrajo un virus que amenazó su vida. Comenzó a evitar la sangre, la suciedad, los gérmenes y las manchas rojas por miedo a la posibilidad –con independencia de su improbabilidad– de enfermarse y, por tanto, no ser capaz de cuidar de su hijo. Sus temores persistieron y empeoraron durante cinco años antes de decidirse a ponerse en tratamiento. Para entonces se lavaba sus manos aproximadamente cien veces al día y su ritual de ducha diaria le suponía una hora entera.

Evitaba pasar cerca de hospitales, clínicas y consultorios médicos porque pensaba que se encontraban “contaminados”. Ciertas calles también se hallaban fuera de los límites, calles donde era probable que moraran vagabundos, porque consideraba que ellos tenían más posibilidad de sufrir heridas abiertas que la gente que vivía en un hogar. Ella evitaba cualquier cosa que presentara una mancha roja porque existía la posibilidad de que tal elemento pudiera camuflar una mancha de sangre.

Mary sólo se sentía realmente cómoda en ciertas áreas de su propio hogar que etiquetaba como “seguras y limpias”. Estas secciones se encontraban vetadas para otros miembros de su familia, en especial para su marido. Como él trabajaba para una empresa de paquetería y diariamente efectuaba entregas a los hospitales locales, ella pensaba

que su marido estaba “contaminado”. Cuando él volvía del trabajo, debía ducharse de inmediato y poner su ropa en la lavadora de modo que Mary no tuviera que tocarla en absoluto.

La historia de Melody

Aunque ella no recordaba una época en la que no fuera excesivamente comprobadora, Melody no consideró su conducta de comprobación como un problema hasta que llegó a la Universidad. Se mudó de la casa de sus padres a un pequeño departamento junto con una compañera. En un primer momento su compañera estaba agradecida por la preocupación de Melody. Le hacía sentirse segura el hecho de ver a Melody comprobar la puerta, la cocina y los electrodomésticos cada noche. Sin embargo, los rituales nocturnos de Melody fueron prolongándose progresivamente y se añadían más y más objetos a su comprobación nocturna.

Su compañera de habitación se alarmó cuando observó que Melody estaba comprobando las ventanas que siempre estaban cerradas y que miraba la parte de atrás de los armarios y debajo de las camas. Además, todo debía comprobarse en un cierto orden. Si Melody era interrumpida o perdía la concentración, comenzaba de nuevo. A veces reiniciaba la comprobación simplemente porque “no le pareció bien”.

Melody también efectuaba copias de su trabajo académico y las guardaba en una caja. Por las noches comprobaba dichas copias una y otra vez, temerosa de haber omitido algún punto crucial o de haber escrito algo ofensivo. Telefoneaba a casa tres o cuatro veces diarias para verificar que sus padres y su hermano pequeño se encontraban bien. También lo hacía con sus amigos y con aquellos con quienes se había relacionado durante el día. ¿Había dicho algo equivocado? ¿Habría enfermado a alguien al toser sin tapar su boca? Pasaba noches enteras revisando los acontecimientos del día, buscando los errores que pudiera haber cometido y el modo en el que pudiera haber dañado a alguien.

La historia de Robert

También la comprobación constituía un problema para Robert, pero la mayor parte de sus compulsiones de comprobación guardaban relación con la conducción. Una noche vio a un hombre de pie, en la mediana situada entre los dos carriles. Miró por el retrovisor y observó al individuo cruzando rápidamente la carretera tras él. ¿Le había golpeado? Miró atrás y no le vio en el otro lado de la calle.

Robert cambió de sentido en la siguiente intersección y regresó. Condujo despacio hacia el punto en el que había contemplado al hombre. Ningún muerto. Podía verlo con sus ojos pero, con todo, no se encontraba seguro. Volvió a girar y pasar conduciendo por el lugar. Una hora después llegó tarde a su cita y se encontraba dubitativo. Fue a casa y esperó con angustia las noticias de la televisión. Seguramente informarían de un accidente si alguien hubiera resultado herido.

Una semana después, Robert pasó conduciendo junto a una mujer que iba en bicicleta por el carril destinado a ello. De nuevo, sintió el temor. ¡Quizás le había atropellado! Miró por el retrovisor. Todavía seguía allí, pedaleando tranquilamente, inconsciente de sus miedos. Pronto se encontraría mirando detrás y comprobando por su retrovisor siempre que pasaba junto a algún peatón o ciclista. Adquirió el hábito de ver las noticias todas las noches a las 11 para comprobar si había existido algún accidente por las zonas en las que había conducido.

La historia de Ben

De niño, Ben ordenaba los juguetes de su habitación con sumo cuidado. Los soldados de juguete se encontraban en una caja. Los puzzles tenían su propio lugar en la estantería. Sus libros se clasificaban en las baldas de acuerdo a su tamaño. Los bajos a la derecha, los altos a la izquierda. En la escuela, los demás niños cuchicheaban sobre los rituales de Ben. Colocaba sus libros bajo su silla en el mismo lugar cada día. Su lapicero siempre estaba afilado y lo situaba en la parte superior de su pupitre, exactamente en el medio. Ponía una goma en la esquina superior derecha, no excesivamente cerca del borde. Sus

papeles siempre se encontraban cuidadosamente ordenados en el centro de su mesa.

De adulto, Ben raramente recibía visitas en su casa. Implicaba demasiado esfuerzo volver a colocar las cosas en su sitio una vez que los invitados se iban. No podía disfrutar de las escasas visitas que efectuaban sus familiares debido a la ansiedad que experimentaba cuando algo se movía de su lugar.

La historia de Jack

La dificultad de Jack era cruzar el umbral de las puertas. Si le venía un “mala” premonición o “sentía que algo no iba bien”, debía volver y atravesar de nuevo la puerta. Cuando pasaba por una puerta, se veía obligado a tocar el lado derecho, después el izquierdo y luego la parte superior. Si se sentía bien, pasaba por ella. En caso contrario, retrocedía un paso, luego avanzaba y repetía el ritual de los toques.

Sentarse o levantarse de una silla también implicaba un ritual. Primero, Jack tocaba el suelo, después ambos lados de la silla y finalmente se levantaba. Escribir le exigía mucho esfuerzo y tiempo. Tenía que volver a trazar cada letra dos veces. Consecuentemente, a Jack todo le llevaba mucho más tiempo que a la mayoría de las personas. Ponía su despertador a las tres de la madrugada para poder salir de casa a las siete. Cada paso en la tarea de vestirse y arreglarse debía hacerse “perfectamente”.

La historia de Mark

La culpa le atormentaba a Mark constantemente. Rezaba cuando le venían “malos pensamientos”, generalmente de naturaleza blasfema o sexual. Pero la oración debía ser perfecta o, de lo contrario, no servía. Por lo tanto los rezos debían repetirse una y otra vez hasta que pareciesen “correctos”. Era particularmente doloroso para Mark que los pensamientos negativos invadieran su mente casi siempre que se encontraba en la iglesia. Debido a ello, se sentía tentado a no ir más a misa y abandonar por completo su fe en Dios. Pero también temía que si dejaba la iglesia se sentiría incluso más culpable.

La historia de Liz

“La basura de una persona es un tesoro para otra”. Durante años Liz justificó su acumulación de objetos repitiéndose esa frase. Pero la mayor parte de los elementos acumulados en las cajas que se amontonaban en su apartamento no constituían tesoro alguno. Con el tiempo, las cajas se convirtieron en una molestia. Liz trató de resolver el problema mudándose. Puso las cajas en un almacén y volvió a empezar pero su nuevo departamento rápidamente se llenó también de cajas.

Liz guardaba los periódicos, revistas, recibos y correspondencia, incluso la propaganda y catálogos que recibía en su buzón. No estaba segura de por qué razón lo hacía. Pero la idea de tirar algo le hacía sentirse extremadamente ansiosa.

La historia de Ann

Mientras preparaba la comida para su hija de dos años, Ann agarró el cuchillo para cortar tomate. De repente, e inesperadamente, surgió en su mente la idea de clavarle el cuchillo a su hija. Horrorizada por tal pensamiento, se sintió abrumada por un sentimiento de culpa muy intenso. El pensamiento volvió a aparecer al día siguiente, cuando se encontraba, de nuevo, en la cocina. Esa noche, mientras bañaba a su hija, surgió en su cabeza la idea de “¿Qué sucedería si ahogo a mi hija?”. Nuevamente, tal pensamiento le trastornó profundamente.

Durante los siguientes días pensó una y otra vez, *¡Debo de ser una madre horrible para pensar cosas tan terroríficas! ¡Mejor que haga lo que sea para detener esos pensamientos!* Con el fin de mantenerse alejada de tales ideas, se distrajo repitiéndose *Soy una buena madre y nunca haría eso*. Pero, con todo, los pensamientos se repetían y cada vez con más fuerza. Siempre que se encontraba a solas con su hija se sentía ansiosa. Comenzó a evitar tocar cuchillos o cualquier objeto afilado en presencia de su pequeña hija. Se aseguró de que su madre (quien ignoraba todo sobre sus pensamientos de distress) estuviera presente cuando bañaba a su hija.



La historia de Ron

Los pensamientos involuntarios también atormentaban a Ron. En su mente se desarrollaban de continuo ciertas escenas como si se tratase de una película interminable. Éstas le asustaban porque temía que se pudieran convertir en realidad. Dañaba a alguien, generalmente a su esposa. Él sabía que no maltrataría a su mujer, de modo que ¿por qué inundaban su mente los pensamientos de dañarle? Podía encontrarse disfrutando de una película o de una comida y los pensamientos irrumpían en su mente. Cuando los pensamientos no le torturaban, sonaba la música. La melodía sonaba una y otra vez durante días. E inesperadamente también la melodía cambiaba; otra música le reemplazaba y comenzaba a atormentarle.

Acaba de leer algunos ejemplos típicos de personas que sufren un trastorno obsesivo compulsivo. Describa ahora brevemente la historia de *su* lucha con el trastorno obsesivo compulsivo.

Describa ahora algunos de sus peores síntomas del trastorno obsesivo compulsivo:

Describa la progresión de estos síntomas desde el inicio hasta la actualidad. ¿Cómo han cambiado a lo largo de los meses o los años?

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL TIEMPO

En este siglo, el trastorno obsesivo compulsivo ha recibido nombres tales como “Neurosis de compulsión” y “Neurosis obsesiva”. Se pensó en un principio que el trastorno obsesivo compulsivo constituía una rara enfermedad. En 1964, los investigadores estimaban que el trastor-

no obsesivo compulsivo afectaba solamente al 0,05% de la población (una de cada dos mil personas). En 1977, se estimaba que era el 0,32% (tres de cada mil personas). En la actualidad los principales estudios estiman una tasa de prevalencia vital de un 2,5% (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b). Gran parte de la razón de esta creencia errónea sobre la escasa incidencia del trastorno obsesivo compulsivo es la discreción de la persona que padece el trastorno.

Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis, consideraba que el trastorno obsesivo compulsivo constituía un trastorno psicológico causado por un conflicto interno y empleaba la técnica psicoanalítica de la “cura verbal” para tratarlo. A lo largo de décadas, los resultados de su tratamiento no fueron habitualmente positivos y el trastorno obsesivo compulsivo llegó a considerarse una disafunción muy difícil de tratar. Freud admitió su perplejidad ante tal enfermedad. Promulgó sus teorías psicológicas, pero miró hacia un futuro en el que una comprensión más minuciosa de la química y anatomía cerebral jugaría un papel importante a la hora de entender los desórdenes psiquiátricos.

Ese futuro ya está aquí. La psicología ha pasado de las teorías de la “mente” a la investigación del cerebro. Los avances científicos actuales incluyen técnicas tales como la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computerizada por emisión de fotón único (SPECT) y la resonancia magnética (MRI). Con estas técnicas, los científicos pueden observar las estructuras cerebrales más profundas, así como sus reacciones químicas. Ahora sabemos que el trastorno obsesivo compulsivo no está causado por conflictos inconscientes sino por anormalidades en partes específicas del cerebro.

Descubrimientos recientes en el campo de la neuroquímica y la farmacología han ayudado a los científicos a vincular el trastorno obsesivo compulsivo con problemas en la regulación de una sustancia química cerebral, *la serotonina*, la cual juega un papel fundamental en el control de nuestras conductas y estados anímicos. En la actualidad, disponemos de cinco medicamentos que ayudan a corregir tal desequilibrio bioquímico –Anafri, Prozac, Luvox, Paxil y Zoloft. Algunas personas que sufren el trastorno obsesivo compulsivo reducirán sus síntomas con cualquiera de estas medicaciones. Otros sólo experimen-

tarán un mínimo alivio y necesitarán medicaciones alternativas de modo suplementario. Esto nos habla de que el desequilibrio en la serotonina no constituye la única causa. Claramente, queda todavía mucho más por aprender sobre la química cerebral y la farmacología.

Hasta los años sesenta se empleó habitualmente el psicoanálisis para tratar el trastorno obsesivo compulsivo. Al mismo tiempo que la medicación estaba empezando a emplearse con éxito en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, también estaba cambiando la terapia. En 1966, el psicólogo británico Victor Meyer comenzó a emplear la terapia de conducta para tratar a los pacientes hospitalizados que padecían un trastorno obsesivo compulsivo relacionado con temores graves de contaminación.

Meyer y sus colegas combinaron la exposición intensiva a los objetos temidos, tales como el pomo de la puerta del baño y los grifos, con fuertes restricciones referentes a la ducha y el lavado. De hecho, había cortado el agua en todo el hospital con excepción de las áreas destinadas exclusivamente al aseo. Tras varios días de tratamiento intensivo, ¡la nueva e innovadora terapia funcionaba! Catorce de sus quince pacientes evidenciaron una rápida reducción de sus síntomas obsesivos compulsivos. Diez mejoraron en gran medida o no mostraban síntomas, cuatro mostraron una mejoría moderada. Desde el innovador trabajo del Dr. Meyer, numerosos estudios en todo el mundo han demostrado la mejoría de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo empleando las técnicas conductuales de la exposición y prevención del ritual (Steketee, 1993).

Al contrario que la terapia psicoanalítica, que subraya el papel de los impulsos ocultos e inconscientes que dirigen nuestra conducta y se encuentran fuera de nuestro control, la terapia de conducta enfatiza el rol del aprendizaje en el comportamiento humano así como la capacidad de cambiar éste a través del des-aprendizaje de aquellas conductas y actitudes erróneas.

En los años ochenta, investigadores como Paul Salkovskis y Paul Emmelkamp comenzaron a reconocer el papel de las creencias y actitudes disfuncionales en el mantenimiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Aplicaron las ideas de la terapia cognitiva,

desarrolladas originalmente por Ellis (1962) en los años sesenta y setenta y por Beck, Emery y Greenberg (1985), para comprender el trastorno obsesivo compulsivo. La terapia cognitiva implica detectar y debatir las creencias irracionales y los patrones cognitivos disfuncionales que generan la conducta anómala. La terapia cognitiva se aplicó entonces junto con la terapia de conducta en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b). La síntesis se denomina terapia cognitivo conductual (TCC). Ésta se erige en la piedra angular de este libro y constituye una poderosa herramienta en el abordaje del trastorno obsesivo compulsivo.

Entonces tiene un problema: ¿Cuál es?

2

*A pesar de que el mundo se encuentra lleno de sufrimiento,
también está repleto de modos de superarlo.*

–Helen Keller

UNA MIRADA EXHAUSTIVA AL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

En los Estados Unidos, el trastorno obsesivo compulsivo constituye el diagnóstico psiquiátrico más frecuente, con una tasa de prevalencia vital del 2,5%. Esto significa que una de cada cuarenta personas –alrededor de 6.600.000 hombres, mujeres y niños de este país sufren un trastorno obsesivo compulsivo. Las estimaciones previas eran mucho más bajas: entre un 0,05 y un 0,32 % por ciento (una de cada 1000-2000 personas). Los cálculos actuales son entre 25 y 60 veces mayores que los de 1964 y 1967 (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997a) El 65% de las personas con trastorno obsesivo compulsivo desarrollan la enfermedad antes de los 25 años y sólo un 15% lo hacen pasados los 35. La incidencia de la enfermedad es levemente superior en las mujeres. Sin embargo, entre la población infantil, la proporción de niños con trastorno obsesivo compulsivo es mayor que el de niñas, con una tasa de dos a uno (Niehouy y Stein, 1997).

¿Qué significa tal estadística para la típica persona afectada por un trastorno obsesivo compulsivo? Simplemente la confirmación de que no está sola. El enfermo tiende a mantener la enfermedad en secreto. Debido a ello, no se percata de cuántos más comparten su mismo pro-

blema. Mire alrededor la próxima vez que encuentre a una multitud congregada en un partido de fútbol, un concierto, una calle peatonal, o incluso esperando en una fila en una oficina pública. Una media de una de cada cuatro personas que le rodean padece un trastorno obsesivo compulsivo.

El trastorno obsesivo compulsivo existe en todas las culturas y continentes. Estudios efectuados en otros cinco países –Canadá, Puerto Rico, Alemania, Corea y Nueva Zelanda– revelaron un mismo porcentaje de personas con trastorno obsesivo compulsivo (Niehous y Stein, 1997).

El inicio de los síntomas es generalmente gradual, aunque algunas personas han informado de un comienzo súbito de la enfermedad. No es inusual que los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo aparezcan durante períodos de estrés en el trabajo o el hogar. Las principales épocas de transición, tal como salir por primera vez de casa, el embarazo, el nacimiento de un hijo, el parto, el incremento en los niveles de responsabilidad, los problemas de salud y el duelo pueden vincularse con el inicio o empeoramiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

El DSM-IV-R (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición) que constituye la “Biblia” de los profesionales de la salud mental (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), postula que:

Las características esenciales del trastorno obsesivo compulsivo son las obsesiones o compulsiones recurrentes que son lo suficientemente severas como para consumir tiempo (esto es: implican más de una hora al día) o causar un distress o deterioro significativos. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o ilógicas (DSM-IV-R, pág. 417)

Las obsesiones constituyen ideas, impulsos, imágenes o pensamientos persistentes que se viven como inapropiados e involuntarios, y generan una ansiedad acusada. La persona tiene la sensación de que el pensamiento no se encuentra bajo su control y que no es el tipo de cognición que esperaría presentar. Con todo, el individuo puede llegar a comprender que las obsesiones son producto de su propia mente y no algo impuesto (Pedrick, 1997).

El malestar del pensamiento o impulso obsesivo da lugar a intentos por contener o neutralizar éste. A partir de ello, los sujetos desarrollan compulsiones. Las compulsiones constituyen actos mentales, tal como repetir palabras en silencio, rezar y contar, o conductas repetitivas, tal como ordenar, comprobar y lavarse las manos. La función de una conducta o ritual compulsivos es reducir el distress que acompaña a la preocupación o miedo obsesivos. Tiene el efecto de contener, controlar o neutralizar la ansiedad. Las personas que sufren un trastorno obsesivo compulsivo no obtienen placer o gratificación alguna por el hecho de actuar sus compulsiones. Con frecuencia se sienten impelidos a realizarlas con el fin de evitar alguna situación temida, habitualmente dañar a otros, a menudo a sí mismos. Las compulsiones tampoco se encuentran vinculadas de un modo realista con lo que pretenden neutralizar o evitar, o son claramente excesivas (Pedrick, 1997).

LO QUE NO ES UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Tan importante como comprender qué es un trastorno obsesivo compulsivo es saber qué no es. Muchas formas de conducta repetitiva pueden etiquetarse erróneamente como “trastorno obsesivo compulsivo”.

Superstición, rituales y las oraciones

El DSM IV postula:

La conducta ritual prescrita culturalmente no es, en sí misma, indicativa de un trastorno obsesivo compulsivo a menos que exceda las normas culturales, acontezca en lugares y momentos considerados inapropiados por otras personas de esa misma cultura, e interfiera con un rol social funcional. Las transiciones vitales importantes y el duelo pueden conducir a una intensificación de la conducta ritual que, en un clínico poco familiarizado con el contexto cultural, podría provocar la impresión de ser una obsesión... Las supersticiones y las conductas repetitivas de comprobación se encuentran habitualmente en la vida cotidiana. Sólo debería considerarse un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo si consumen tiempo en exceso o generan un deterioro o distress clínicamente significativos (pág. 420).

Es fundamental reconocer que ciertas conductas repetitivas o rituales pueden deberse a influencias culturales o religiosas, y no al trastorno obsesivo compulsivo. Los rituales y conductas repetitivas forman parte del repertorio normal de conductas que todos poseemos. La oración, por ejemplo, puede constituir una parte importante de nuestra vida diaria. La mayoría de las personas ejecuta algún tipo de conducta de naturaleza ritual y repetitiva durante el curso normal de su vida cotidiana, y muchos de tales individuos son supersticiosos. Pero cuando tales conductas toman el control, dando lugar a un deterioro significativo, a distress o ansiedad, o consumen tiempo en exceso, puede sospecharse de un trastorno obsesivo compulsivo. Robert Ackerman, un experto en el trastorno obsesivo compulsivo, lo describe como “un culto único”.

Casi todo el mundo se preocupa y, en ocasiones, excesivamente. Las preocupaciones derivadas del trastorno obsesivo compulsivo son generalmente absurdas e irracionales. Ignorarlas nos hace sentir ansiosos e inquietos. Una preocupación excesiva que sea racional, aunque exagerada, puede constituir un síntoma de depresión. Muchas personas son compulsivas, pero no padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Prestan una atención cuidadosa a detalles y procedimientos y se preocupan de modo patente por las normas, el reglamento y por hacer las cosas del modo “correcto”.

Por otro lado, las compulsiones de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo son inoperantes, molestas, incluso embarazosas y vergonzosas (Pedrick, 1997).

Abuso de sustancias y juego patológico

Aunque muchos problemas conductuales se consideran “compulsiones”, no necesariamente se ajustan a la definición clínica de trastorno obsesivo compulsivo y, por lo tanto, no se consideran como tal. Entre ellos se incluye el juego patológico y el consumo de sustancias, incluyendo drogas y alcohol. La principal diferencia entre el trastorno obsesivo compulsivo y tales trastornos adictivos, o impulsivos, es que los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas son, en su

mayor parte, no deseados y desagradables. Al contrario que en el caso de las adicciones, el trastorno obsesivo compulsivo no conlleva ninguna anticipación de saciedad o placer. Las conductas de esta enfermedad se llevan a cabo para reducir la incomodidad y la preocupación, no por el placer instantáneo que provocan.

Trastornos alimenticios

La preocupación compulsiva, y más que excesiva, por la comida y la delgadez que se percibe en trastornos tales como la obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia presenta puntos comunes con el trastorno obsesivo compulsivo. Debido a que muchas de las personas que sufren anorexia presentan también síntomas evidentes de trastorno obsesivo compulsivo, se sospecha que existe una fuerte relación entre estas dos patologías (Hecht, Fichter y Postpischil, 1983).

El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo

Cuando pensamos en *personalidad*, generalmente lo hacemos en frases que describen la conducta global de la gente: “Tiene una personalidad afectuosa y agradable” o “Su personalidad es fuerte, tenaz o dominante”, etc. Una *personalidad* constituye un conjunto consistente, duradero, “desde la cuna a la tumba”, de respuestas aprendidas y heredadas genéticamente ante una multitud de situaciones y desafíos vitales. Se trata de características que no varían en gran medida durante el ciclo vital.

Cuando un “estilo” de personalidad o un conjunto de características de personalidad provocan un exceso de estrés o dificultades en la vida, se puede afirmar que una persona padece un “trastorno de personalidad”. De acuerdo con el DSM-IV-R, las personas con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC) se caracterizan por la preocupación por los detalles, normas, listas, la disciplina, el perfeccionismo y el control interpersonal a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficacia. Perciben el mundo en blanco o negro, en términos de todo-nada. No existen áreas grises. Cualquier cosa exenta de perfección es inaceptable.

Este patrón comienza en el inicio de la vida adulta y se halla presente en una serie de contextos variados en la vida de la persona. En el ámbito laboral, la gente que padece este trastorno tiende a ser altamente eficiente, confiable y organizada, pero a menudo con demasiada exageración. Pueden llegar a dedicarse con excesivo celo a detalles de la tarea, perdiendo con frecuencia de vista “el bosque entre los árboles”. En sus vidas personales, desdeñan el cambio y la espontaneidad; en vez de ello prefieren lo previsible, la repetición y un modo de vida excesivamente rutinario. Tienden a mantener sus emociones y su conducta bajo un control excesivo y dan la impresión de ser bastante fríos y reservados.

Diferencias entre el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo.

Aunque las personas con trastorno obsesivo compulsivo presentan con frecuencia características del trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, sólo un porcentaje mínimo (entre un 6% y un 25%) padecen en realidad un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo en toda regla (Baer y Jenike, 1998). La principal diferencia entre ambas patologías estriba en el grado de deterioro vital. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo sufren de un modo substancial por su problema y desean deshacerse de éste. Por otro lado, los individuos que padecen un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo rara vez se sienten incómodos o sienten la necesidad de recibir ayuda por sus dificultades. A menudo desconocen los problemas que originan sus conductas hasta que se lo plantean compañeros de trabajo o familiares que se han visto afectados negativamente por su comportamiento.

Cuando un sujeto con trastorno obsesivo compulsivo sufre, a la vez, un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, ciertas características tales como la rigidez, el perfeccionismo y la necesidad de control convierten a las conductas del trastorno obsesivo compulsivo en elementos más difíciles de modificar. Esto se debe, en gran medida, a la renuencia de la persona con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo a aceptar una orientación e intervención externa –lo cual impli-



ca que ellos no son “perfectos”. Desafortunadamente, cuando alcanzan un punto en el que están preparados para enfrentar con entusiasmo sus problemas, todo parece ya perdido. Sin embargo, en el momento que se alcanza el “punto más bajo” llega la oportunidad del cambio.

LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Aunque el trastorno obsesivo compulsivo puede manifestarse de multitud de maneras, los síntomas más comunes pueden ser las compulsiones de comprobación y las de lavado o limpieza. Otros síntomas incluyen la necesidad de simetría, los pensamientos sexuales y/o agresivos involuntarios, contar de modo compulsivo, la necesidad de preguntar constantemente para asegurarse, los rituales de ordenar y acumular.

Algunas personas son “obsesivas puras”. Esto significa que sufren obsesiones pero no compulsiones. Es probable que tales individuos experimenten pensamientos repetitivos de un acto sexual agresivo que son censurables para ellos. Otros presentan una “lentitud obsesiva primaria”. En estas personas, la parsimonia constituye el síntoma básico. Pueden dedicar varias horas al día para asearse, vestirse y comer.

El patrón de presencia de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo es extremadamente variado. Aunque muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo presentan un síntoma a lo largo de sus vidas, otros con frecuencia padecen obsesiones y compulsiones múltiples. Por ejemplo, un “comprobador” también puede ser alguien “que se asea compulsivamente”. Además, los síntomas pueden alternarse y transformarse a lo largo del ciclo vital. Por ejemplo, una persona con pensamientos intrusos en la adolescencia puede superar dicho problema sólo para convertirse en alguien que se lava compulsivamente en la etapa inicial de la vida adulta y devenir después en un comprobador.

En las siguientes páginas aparece una lista de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Reconocerlos puede ayudar al enfermo a “salir del armario” autoimpuesto y buscar tratamiento. Marque una cruz junto a los síntomas que se apliquen a su caso. Empleará esta lista

en los capítulos posteriores, cuando trabaje mediante el programa autodirigido. Un síntoma (o más) no basta para diagnosticar un trastorno obsesivo compulsivo. Recuerde que tal disfunción sólo se diagnostica cuando tales conductas provocan un daño importante, distress o ansiedad, o consumen un tiempo excesivo.

Obsesiones

Obsesiones de contaminación

Temor o disgusto excesivo, y preocupación por evitar:

- Desechos o secreciones corporales: orina, heces, saliva, sangre
- Suciedad o gérmenes
- Sustancias o residuos viscosos
- Agentes limpiadores domésticos o medicinas
- Contaminantes ambientales: radón, amianto, radiación, desechos tóxicos
- Tocar animales
- Insectos
- Llegar a enfermarse por la contaminación
- Hacer enfermar a otros al contaminarles
- Enfermedades: SIDA, hepatitis, enfermedades venéreas

Obsesiones de acumular, guardar y coleccionar

- Preocupación por tirar las cosas, incluso los objetos aparentemente más inservibles
- Necesidad de amontonar objetos inservibles
- Necesidad de recoger cosas del suelo
- Sentirse incómodo con un espacio vacío, sentir la necesidad de llenarlo

Obsesiones de orden

- Preocupación por la simetría, la exactitud o el orden
- Preocupación excesiva porque la escritura a mano sea perfecta o “como debe ser”

- Preocupación por alinear los papeles, libros y otros objetos de un cierto modo “perfecto”

Obsesiones religiosas, escrupulosidad

Temor excesivo, preocupación e inquietud por:

- Albergar pensamientos blasfemos o decir cosas negativas
- Ser castigado debido a pensamientos blasfemos
- Preocupación por las creencias religiosas
- Cuestiones de rectitud y equivocación, moralidad
- Insistir en imágenes o pensamientos religiosos

Obsesiones somáticas

Temor, preocupación e inquietud excesivos con respecto a:

- Padecer una enfermedad o a la reacción negativa de los demás a la propia apariencia

Obsesiones agresivas

Preocupación y un temor excesivo a:

- Dañarse a sí mismo
- Dañar a los demás
- Actuar en base a impulsos involuntarios, esto es: atropellar o apuñalar a alguien
- Dañar a los demás por su falta de cuidado
- Responsabilidad de algún terrible accidente –un incendio, un robo– especialmente si se deriva de una negligencia personal
- Dejar escapar impulsivamente insultos u obscenidades
- Hacer algo embarazoso o parecer un loco
- Imágenes violentas u horrendas en su mente que puedan dañar a los demás

Obsesiones sexuales

Pensamientos involuntarios, inquietantes e intrusos:

- De naturaleza sexual (o también imágenes o impulsos)

- En los que molesta a sus propios hijos o a otros niños
- Sobre la posibilidad de ser o convertirse en homosexual
- Imágenes de conducta sexual violenta hacia los demás

Miscelánea de obsesiones

- Necesidad imperiosa de recordar ciertas cosas: esloganes, matrículas de coches, nombres, palabras, eventos del pasado
- Temor a decir algo erróneo, a afirmar algo que no sea correcto o a olvidar detalles
- Preocupación por perder cosas
- Preocupación por cometer errores
- Molestarse fácilmente por ciertos sonidos y ruidos: tic tac de un reloj, ruidos fuertes, timbres
- Molestarse fácilmente por la textura de la ropa, el tacto de la piel
- Sonidos intrusos y sin sentido, música, palabras
- Temor a decir ciertas cosas debido a creencias supersticiosas sobre palabras particulares
- Miedo a vestir con ciertos colores por razones supersticiosas
- Temores supersticiosos exagerados y adhesión rígida a ellos
- Preocupación excesiva por números que traen o no suerte y apearse rígidamente a ellos

Compulsiones

Compulsiones de limpieza y lavado

Un excesivo/a, ilógico/a e incontrolable:

- Lavado de manos, desempeñado con frecuencia de un modo ritual
- Baño o ducha, desempeñado con frecuencia de un modo ritual
- Ritual de cepillado de dientes, afeitado, acicalado
- Limpieza de la casa, ciertas habitaciones, patio, acera
- Limpieza de objetos, de elementos domésticos
- Empleo de limpiadores o técnicas de limpieza especiales
- Evitación de objetos considerados “contaminados”

- Evitación de lugares específicos –ciudades, pueblos, edificios– considerados “contaminados”
- Preocupación por llevar guantes u otra protección para evitar la “contaminación”

Compulsiones de comprobación

Comprobar una y otra vez (a pesar de una confirmación reiterada):

- Que no dañó a otros sin percatarse
- Que no se hizo daño
- Que otros no le dañaron
- Que no se cometió algún error
- Que no ocurrió nada terrible
- Que no hizo algo que pudiera causar un daño en el futuro
- Algún aspecto de su estado físico o salud: pulso, presión sanguínea, apariencia
- El entorno físico: cerraduras, ventanas, aparatos, cocina
- Que los frascos se encuentran cerrados apretándolos con una fuerza excesiva
- Que las puertas están cerradas mediante la acción de cerrar repetidamente

Compulsiones de acumular, amontonar y coleccionar

- Guardar, coleccionar objetos inservibles
- Recoger objetos inservibles del suelo
- Dificultad para tirar objetos aparentemente inservibles: “Algún día necesitaré esto...”

Repetir, contar, ordenar

- Leer y releer las cosas, a veces durante horas
- Preocupación excesiva por no entender algo que lea
- Escribir y reescribir en exceso las cosas
- Repetir actividades rutinarias: entrar y salir por las puertas, cruzar repetidamente los umbrales de las puertas, levantarse y sentarse en

una silla, peinarse o atarse los zapatos o vestirse y desvestirse una y otra vez

- Realizar ciertas actividades una cierta cantidad de veces
- Contar objetos: libros de una estantería, baldosas, coches que pasan
- Colocar los objetos en un cierto orden: libros, lapiceros, interior de un armario

Miscelánea de compulsiones

- Rituales mentales, oraciones, repetir “buenos pensamientos” para contrarrestar a los “pensamientos negativos”

Nota: Al contrario que en las obsesiones, estos rituales mentales se llevan a cabo con la intención de reducir o neutralizar la ansiedad

- Necesidad excesiva de preguntar reiteradamente para asegurarse cuando, para los demás, ya existe una garantía evidente y ésta ya ha sido suministrada por quienes le rodean
- Necesidad de confesar una conducta errónea, incluyendo las infracciones conductuales insignificantes más leves con respecto a los demás
- Conducta supersticiosa que implica cantidades excesivas de tiempo
- Necesidad de tocar, tapar o frotar ciertos objetos o personas
- Tomar medidas, además de la comprobación, para impedir el daño a uno mismo o a los demás, por ejemplo, evitar ciertos objetos o adoptar precauciones extremas para impedir un daño o peligro altamente improbable.
- Comer de modo ritual, de acuerdo a “reglas” específicas: disponer la comida o los utensilios, comer en ciertos momentos, ingerir la comida según un orden particular.

Síntomas relacionados

- Tirarse del pelo, de la cabeza, pestañas, cejas, área púbica
- Actos de autoagresión o automutilación, rascarse la piel
- Compras compulsivas



Nota: la compra compulsiva se relaciona con frecuencia con la acumulación: por ejemplo, comprar una serie de objetos por miedo a que se agoten.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?

El diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo se efectúa en base al examen psiquiátrico, a la historia de los síntomas y quejas del paciente y al grado en el que los síntomas interfieren con el funcionamiento diario. Con base a la naturaleza, duración y frecuencia de los síntomas que se presenten, el clínico diferenciará si se trata de un trastorno obsesivo compulsivo o de alguna otra enfermedad con síntomas similares. Entre ellas se incluyen la esquizofrenia, las fobias, el ataque de pánico y el trastorno por ansiedad generalizada. Puede encomendarse un examen físico con el fin de descartar otras causas de los síntomas que se presentan. Hasta el momento no se encuentra disponible un análisis de sangre que diagnostique de un modo confiable el trastorno obsesivo compulsivo. Por tanto, ¿cómo distinguen los profesionales de la salud entre alguien que padece un trastorno obsesivo compulsivo y un individuo que sólo se preocupa en exceso?

Los estudios han demostrado que entre un 89 y un 90% de las personas experimentan pensamientos involuntarios (Niehouy y Stein, 1997). Pero la mayoría de la gente puede albergar pensamientos desagradables sin un malestar excesivo o pueden apartar éstos fácilmente y por completo. Sus pensamientos son más breves en duración, así como menos intensos y más esporádicos. Por otro lado, las obsesiones del trastorno obsesivo compulsivo presentan, por lo general, un inicio específico, producen un malestar significativo y dan lugar a una poderosa y apremiante necesidad de neutralizarlas o reducirlas. Las obsesiones y compulsiones del trastorno obsesivo compulsivo interfieren de un modo importante con su vida. Los pacientes reconocen que aquellas son exageradas o ilógicas la mayor parte del tiempo. Existen varias herramientas que emplean los profesionales de la salud mental para ayudar al diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo.

La escala obsesiva-compulsiva Yale-Brown (YBOCS) es un cuestionario empleado para ayudar a discriminar los síntomas obsesivos compulsivos y evaluar su gravedad. También se emplea para observar y evaluar la respuesta clínica al tratamiento. También existe una versión infantil de dicha escala. Otras herramientas de evaluación incluyen el listado de actividad compulsiva (CAC), el inventario de obsesiones de Leyton (LOI), el inventario obsesivo compulsivo de Maudsley (MOCI), el inventario de Padua (PI) y la escala obsesiva-compulsiva global NIMH (NIMH Global OC).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y VERGÜENZA

Los individuos con trastorno obsesivo compulsivo son, por lo general, reservados y sienten vergüenza por sus pensamientos obsesivos y sus conductas compulsivas. Muchos logran ocultar su trastorno durante años. Al contrario que muchas enfermedades mentales, las personas con trastorno obsesivo compulsivo son conscientes, al menos en ciertas ocasiones, de lo inapropiado de sus conductas y pensamientos. Sin embargo, con frecuencia ignoran que sus síntomas forman parte de una condición clínica identificable que puede ser tratada. O pueden temer el desprecio ajeno, quizás ni siquiera “encerrados” revelarían sus obsesiones y compulsiones.

Debido a su reserva, muchas personas esperan años, incluso décadas, para buscar ayuda. Mientras tanto, los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas se arraigan con más fuerza en su estilo de vida. La media de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la búsqueda del tratamiento es de siete años y medio (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b). Ojalá que una mayor educación sobre el trastorno obsesivo compulsivo acorte este período de tiempo.

Debido a la vergüenza que padecen las personas con trastorno obsesivo compulsivo, puede que no consulten a un profesional de la salud mental. En vez de ello, pueden preferir buscar ayuda para sus síntomas con otros profesionales sanitarios. Los médicos (no especializados en psiquiatría) que estén alerta pueden detectar síntomas del trastorno



obsesivo compulsivo en pacientes que acuden a verles debido a problemas aparentemente poco relacionados. El médico de familia puede ser el primero que se percate de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en los pacientes. Los padres y familiares pueden mencionar su preocupación por los frecuentes lavados, conteos o comprobaciones del paciente. Una preocupación excesiva por haberse enfermado del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y otras enfermedades, que dan lugar a reiteradas e innecesarias consultas médicas, deberían alertar al médico.

Otros clínicos que probablemente detecten signos del un trastorno obsesivo compulsivo son los dermatólogos, oncólogos, internistas de enfermedades infecciosas, neurólogos, neurocirujanos, médicos obstétricos, pediatras, cirujanos plásticos y dentistas. Los síntomas de manos agrietadas y eczemas derivados de un excesivo lavado pueden ser percibidos por los dermatólogos. La gente puede acudir a un cirujano plástico para consultar repetidamente por lo que considera unas malformaciones obvias. Las lesiones en las encías derivadas de una excesiva limpieza de dientes pueden alertar al dentista. Pueden detectarse síntomas del trastorno obsesivo compulsivo tras el parto y durante el embarazo. Los neurólogos y neurocirujanos pueden percibir señales del trastorno obsesivo compulsivo asociados con el síndrome de Tourette, una herida en la cabeza, epilepsia, coreas y lesiones o trastornos en el ganglio basal. El clínico informado con perspicacia detectará el trastorno obsesivo compulsivo y efectuará una remisión adecuada al psiquiatra u otro profesional de la salud mental, en vez de etiquetar negativamente a la persona como “rara” o “loca”.

Los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo sufren frecuentemente depresión. Alrededor de un tercio la padecen en el momento en el que buscan tratamiento. Aproximadamente dos tercios de los individuos que sufren un trastorno obsesivo compulsivo han experimentado al menos un episodio de depresión mayor (Jenike, 1996). Muchos otros padecen formas más leves de depresión. Es importante que los médicos y familiares atiendan a los signos preocupantes de dicha patología.

Señales de depresión clínica

- Pérdida de peso__
- Cambios en el sueño__
- Pérdida de apetito__
- Falta de energía__
- Sentimientos de tristeza__
- Llorar o ganas de llorar frecuentes__
- Pensamientos suicidas, con o sin plan de ejecutarlo__
- Sentimientos de desesperanza o indefensión__
- Falta de interés en cosas que antes sí interesaban, o ausencia de disfrute de la vida, especialmente si se desconoce el motivo__

Marque los síntomas pertinentes en su caso y muéstrele esta lista a su médico. Si usted experimenta pensamientos suicidas, aunque sea de modo ocasional, le instamos a que busque, ya mismo, la ayuda de un profesional cualificado de la salud mental. La mayoría de las ciudades y poblaciones disponen de un teléfono de ayuda que puede servirle para encontrar y obtener la asistencia necesaria. Si usted es amigo o familiar de alguien que hable de suicidarse, no lo dude: *consiga ayuda inmediatamente*.

¿EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SE HEREDA?

Los estudios realizados desde 1930 han demostrado la presencia del trastorno obsesivo compulsivo en parientes consanguíneos en un 20-40% de los casos (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b). Podría existir una tasa mayor del trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno obsesivo compulsivo subclínico, tics y el síndrome de la Tourette entre familiares de personas con trastorno obsesivo compulsivo (Alsobrook y Pauls, 1998). Aquellos que sufran un trastorno obsesivo compulsivo con inicio en la infancia es más probable que posean familiares consanguíneos con trastorno obsesivo compulsivo (Geller, 1998).



¿CUÁL ES LA CAUSA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?

Nadie conoce con exactitud las causas del trastorno obsesivo compulsivo pero los investigadores están colaborando para completar juntos el puzzle. Cada vez existe una mayor evidencia de que la etiología son sutiles variaciones en las estructuras y circuitos cerebrales. La teoría defendida más ampliamente es que la causa se relaciona con niveles anormales en alguno de los elementos químicos vitales del cerebro: la *serotonina*. Ésta juega algún papel en muchos procesos biológicos, incluyendo el estado anímico, la agresión, el control de impulsos, el sueño, el apetito, la temperatura corporal y el dolor. Una regulación anómala de la serotonina también se encuentra implicada en la depresión, los trastornos alimenticios, la automutilación y le esquizofrenia (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b).

La serotonina es uno de los elementos químicos denominados *neurotransmisores* que las células neuronales emplean para transmitir los impulsos nerviosos y comunicarse entre sí. Los neurotransmisores realizan su trabajo en el minúsculo espacio existente entre dos células nerviosas, denominado *hendidura sináptica*. La transmisión termina cuando los neurotransmisores son absorbidos de nuevo por la célula neuronal transmisora, un proceso que se denomina *recaptación*. El incremento, mediante la medicación, de la serotonina disponible parece generar cambios en los *receptores* de algunas de las membranas nerviosas. Se cree que estos receptores pueden encontrarse alterados en las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo (Jenike, 1996).

Los estudios en imágenes del cerebro de los individuos con trastorno obsesivo compulsivo han demostrado ciertas anomalías en varias áreas. Entre ellas el tálamo, el núcleo caudado, el córtex orbital y el giro cingulado. Un estudio realizado por Jenike y cols. comparó los cerebros de personas que padecían un trastorno obsesivo compulsivo con los sujetos del grupo de control (individuos sin dicha alteración). Las imágenes de la resonancia magnética mostraron un córtex más amplio (Jenike, Breiter, Baer y cols., 1996).

El *tálamo* procesa los mensajes sensoriales que llegan al cerebro procedentes del resto del cuerpo. El *núcleo caudado* forma parte del *ganglio*

basal, en la parte interna y central del cerebro. El núcleo caudado controla el filtrado de pensamientos. La información sensorial se clasifica aquí. Normalmente, la información innecesaria se omite. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo llegan a abrumarse con los pensamientos e impulsos intrusos que el núcleo caudado no ha filtrado. El núcleo caudado de una persona con trastorno obsesivo compulsivo se comporta como el portero de un edificio de departamentos con un mal desempeño a la hora de mantener alejados a los indeseables.

El *córtex orbital* se encuentra en la parte frontal del cerebro, encima de los ojos. Este es el lugar donde se combinan los pensamientos y las emociones. Un núcleo caudado que permite “pasar” los impulsos y pensamientos innecesarios complica en gran medida el trabajo del córtex. El córtex orbital nos informa de cuándo algo es erróneo y cuándo debíamos evitarlo. Es como un sistema primario de alarma cerebral. En las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo parece realizar horas extraordinarias.

El *giro cingulado* constituye el centro del cerebro. Le ayuda a cambiar la atención y pasar de un pensamiento o conducta a otro. Cuando se encuentra activado en exceso, nos quedamos estancados en ciertas conductas, pensamientos o ideas. El giro cingulado también forma parte del sistema cerebral que indica el peligro de que algo horrible sucederá si usted no ejecuta sus compulsiones.

Imagine que todas estas partes de su cerebro le “vociferan” cuando los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo se encuentran en su peor momento:

- El tálamo envía mensajes de otras partes de su cuerpo, haciendo que se encuentre hiperconsciente de todo lo que sucede a su alrededor.
- El núcleo caudado abre la puerta y permite la entrada de pensamientos intrusos.
- El córtex orbital mezcla los pensamientos y las emociones, después le dice: “¡Algo no va bien aquí! ¡Refúgiate!”
- El giro cingulado le dice que ejecute las compulsiones para aliviar la ansiedad que el resto del cerebro ha cargado sobre usted.

- Mientras tanto, sus hendiduras sinápticas gritan: “¡Envía algo de serotonina! ¡Se nos acaba aquí!”.

En estos momentos debe de estar pensando, “¡No es sorprendente que tenga problemas!”. Ojalá que se percate de que usted no es el culpable del trastorno obsesivo compulsivo. ¡Es su cerebro! Por supuesto hemos simplificado en gran medida este proceso. Los expertos ni siquiera están seguros con exactitud de qué partes del cerebro son responsables. Como hemos dicho, el puzzle todavía se está armando colectivamente.

La investigación ha descubierto que ciertas enfermedades autoinmunes, tal como el corea de Sydenham, la fiebre reumática, las infecciones pediátricas por estreptococos y el lupus, también pueden provocar algunos casos de trastorno obsesivo compulsivo. En algunos estudios se ha demostrado el vínculo del trastorno obsesivo compulsivo con la encefalitis de Economo, las lesiones hipotalámicas, los traumatismos craneales, los tumores cerebrales y la epilepsia. Sin embargo, la mayoría de los casos de trastorno obsesivo compulsivo tienen lugar sin tales explicaciones causales (Jenike 1998; Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b).

Los estudios han encontrado que la terapia de conducta pueden ocasionar cambios positivos en la función cerebral. La medicación ayuda a corregir el desequilibrio en la serotonina (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997a). Juntas, ambas estrategias de tratamiento pueden ayudarle a deshacerse del dominio de esta enfermedad. ¿Qué significa todo esto para las personas que se enfrentan al trastorno obsesivo compulsivo?

Aunque muchos procesos siguen sin explicarse, cada vez es mayor la evidencia de que la causa real del trastorno obsesivo compulsivo se sitúa en problemas con los circuitos, estructuras y neuroquímica cerebrales. Los padres, cónyuges y otros familiares no son los culpables de su trastorno obsesivo compulsivo. Las personas que lo sufren pueden ayudar a sus cerebros a funcionar mejor mediante la terapia cognitivo conductual y la medicación.

La esperanza es real.

Partes de este capítulo fueron adaptadas de un curso de educación continua impartido a enfermeras (trastorno obsesivo compulsivo) impartido por Cherlene Pedrick. Fue publicado en 1997 por el Centro Nacional de Educación Continua S.A. y se emplea aquí con permiso.

¿Qué puede hacerse?

3

Hagamos lo que tememos y, ciertamente, dicho miedo muere.

–Ralph Waldo Emerson

En el pasado el trastorno obsesivo compulsivo se consideraba una enfermedad psiquiátrica incurable e intratable. Sin embargo durante los pasados quince años ha tenido lugar un inmenso progreso en el tratamiento efectivo del trastorno obsesivo compulsivo. Una considerable evidencia clínica y científica demuestra que la *terapia cognitivo-conductual* (TCC) combinada con el uso de medicación constituye un tratamiento efectivo. Gracias a tal evolución muchas personas que padecían un trastorno obsesivo compulsivo disfrutaban ahora vidas más felices y saludables.

Lo “cognitivo” en la terapia cognitiva conductual (TCC) se refiere a los métodos y técnicas específicos que ayudan a cambiar las *creencias* erróneas que prevalecen en el trastorno obsesivo compulsivo. Lo “conductual” se refiere a los métodos específicos para modificar la conducta –las acciones– tal como los rituales compulsivos del trastorno obsesivo compulsivo. La técnica cognitivo-conductual considerada más efectiva en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo es la denominada *exposición y prevención del ritual* (EPR). También se le conoce como *exposición y prevención de respuesta*. El programa autodirigido que se presenta en este volumen emplea técnicas de la terapia cognitivo-conductual, incluyendo la exposición y prevención del ritual.

Este capítulo definirá además la terapia cognitivo-conductual. También elaboraremos un resumen sobre el empleo actual de la medicación

en el trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, es vital que se remita a su médico o farmacéutico para solicitar información sobre la medicación más conveniente en su caso para el trastorno obsesivo compulsivo.

También manejaremos la cuestión de los denominados “tratamientos alternativos”. El interés por éstos nunca ha sido mayor en todo el mundo e incluye los métodos homeopáticos, la acupuntura, el biofeedback y los suplementos vitamínicos por nombrar sólo unos pocos. Aunque estos métodos pueden ser útiles en el tratamiento de muchos trastornos, todavía ha de demostrarse su utilidad en el trastorno obsesivo compulsivo. Los individuos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo son con frecuencia recelosos ante las aproximaciones médicas tradicionales. A pesar de todo, es importante asegurarse de que cualquier tratamiento que usted considere se encuentre respaldado por investigaciones legítimas y demuestre que funciona mejor que un placebo. ¡Un tratamiento inadecuado puede ser dañino!

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Los medicamentos más efectivos para tratar el trastorno obsesivo compulsivo pertenecen a la familia de los fármacos conocidos como antidepresivos. Los cinco medicamentos más efectivos son la fluvoxamina (Dumirox), la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Besitran), la paroxetina (Seroxat) y la clomipramina (Anafranil). El citalopram (Prisdal), la ventafaxina (Vandral), el nafazodone (Dutonin) y otros antidepresivos pueden ser eficaces pero se necesitan más estudios.

El anafranil es la medicación más antigua para el trastorno obsesivo compulsivo y pertenece a una familia de fármacos anteriores denominados antidepresivos tricíclicos. Fue empleado en todo el mundo desde 1970 y su uso fue aprobado en los Estados Unidos en 1990. Fue considerada la primera droga verdaderamente decisiva en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Ejerce un poderoso efecto sobre la serotonina pero también sobre la dopamina y otros neurotransmisores cerebrales. En la actualidad se han desarrollado fármacos nuevos que presentan un efecto específico sobre la serotonina.

Estos nuevos fármacos son denominados *Inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina* (SSRI), fármacos “selectivos” en su acción sobre la serotonina. Se incluyen al Luvox, Prozac, Zoloft y Paxil. A continuación se presenta una breve visión de conjunto del modo en el que estos medicamentos ayudan a los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

El anafranil y los SSRI no se encuentran vinculados químicamente, pero ambos parecen trabajar haciendo que se encuentre disponible más serotonina en el cerebro. Revisemos la información del capítulo 2 sobre el papel de la serotonina. Este elemento es uno de los *neurotransmisores* (mensajeros químicos) que las células nerviosas del cerebro emplean para comunicarse entre sí. Estos neurotransmisores se encuentran activos cuando se hallan en el minúsculo espacio situado entre dos células nerviosas denominado *hendidura sináptica*. Para que una neurona se comunique con otra, estas sustancias químicas cerebrales o neurotransmisores deben liberarse a la hendidura sináptica. Cuando se completa esta comunicación o transmisión entre las células, las sustancias químicas son recogidas por la neurona transmisora en un proceso denominado *recaptación*. El anafranil y los SSRI ralentizan la recaptación de la serotonina, logrando, por lo tanto, que ésta se encuentre más disponible para la neurona receptora y prolongando, de ese modo, su efecto en el cerebro.

El incremento en la cantidad de serotonina disponible parece producir cambios en ciertas estructuras de las terminaciones nerviosas denominadas *receptores*. Imagínese a los receptores como una “cerradura” y a la serotonina como una llave “química”. Para que exista una transmisión adecuada de los impulsos nerviosos de una célula a otra, debe encajar perfectamente la llave química y la cerradura receptora. Se cree que los receptores específicos de la serotonina pueden ser anormales en los sujetos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo.

Algunos SSRI no suministran la llave adecuada y entonces debe probarse con otros diferentes. Los SSRI también pueden afectar a otros elementos químicos cerebrales importantes para un “encaje perfecto” único para cada individuo y no para otro. Esta es la razón por la cual alguien puede responder positivamente a una cierta medicación y no

a otra. Usted podría necesitar probar con dos o más SSRI antes de encontrar aquella que funcione en usted. Si ninguno de los SSRI mejora suficientemente los síntomas, pueden emplearse otras medicaciones en combinación con aquellos para estimular su efecto.

Pueden combinarse dos o más medicamentos para lograr mejores resultados. A veces se mezclan otras medicaciones con los SSRI. Excede de los propósitos de este libro discutir este tema. Su médico debería estar informado sobre la combinación segura de medicamentos que podrían ayudarle con su trastorno obsesivo compulsivo.

Dosis

Se necesitan habitualmente dosis elevadas de medicación para aliviar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, más altas que las que se emplean por lo general en una depresión. Con todo, algunas personas son muy sensibles incluso a las dosis mínimas. Puede ser efectivo empezar con la dosis más baja posible, incluso partiendo las pastillas por la mitad, e incrementar gradualmente la dosis. El Prozac se presenta en un formato líquido que posibilita empezar con una dosis muy baja (1-2 mg/día).

Observe que un pequeño grupo de personas en quienes no se han reducido los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo informan, por razones aún no comprendidas científicamente, de resultados positivos con dosis extremadamente bajas! Sin embargo, este resultado es muy atípico y es mejor que se aconseje, a quienes empleen la medicación por primera vez, que traten finalmente de tomar la dosis más alta que toleren.

Los medicamentos pueden requerir de dos semanas para que empiecen a actuar. Durante las primeras semanas se pueden experimentar los efectos colaterales sin que exista una disminución de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Incluso los médicos podrían tener la tentación de abandonar tal medicación demasiado pronto, ya que habitualmente se necesita entre cuatro y seis semanas para que los individuos con depresión mejoren. No abandone la medicación sin consultar con su médico. Cuando se suspende el consumo

de estos medicamentos se necesita, con frecuencia, que tal proceso se efectúe de modo gradual.

Enfrentándose a los efectos colaterales

Todos los medicamentos provocan efectos secundarios y los que se emplean en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo no son una excepción. Para algunos pueden ser bastante severos. Si los efectos colaterales son insoportables en un determinado medicamento, puede tolerar otra medicación más adecuada. Con frecuencia, los efectos colaterales disminuyen o desaparecen una vez que se consume la medicación durante un determinado período. Por tanto concédase un tiempo. Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo temen y evitan de modo innecesario la medicación debido a sus posibles efectos secundarios. O no le conceden al fármaco el tiempo necesario para que sus organismos se adapten a éste. Con todo, la mayoría de los pacientes que mejoran y persisten en la medicación informan que los beneficios compensan, con mucho, los efectos secundarios.

Asegúrese de notificar a su médico cualquier efecto secundario molesto que experimente. Él le hará saber si aquél es peligroso o si se necesita ajustar la medicación. Dividir la dosis, cambiar el momento del día en el que se toma la medicación o ajustarla, alivia con frecuencia los efectos colaterales. Sin embargo, estos cambios no deben realizarse sin consultar a su médico. Si usted necesitara dejar de tomar el fármaco, tal proceso probablemente debiera hacerse reduciendo, progresiva y lentamente, la dosis de la medicación. Una suspensión abrupta, especialmente en el caso del Anafranil, puede causar náusea, vómitos, hipertermia, dolores de cabeza, problemas de sueño y malestar.

No permita que los efectos secundarios le impidan medicarse para tratar su trastorno obsesivo compulsivo. Pueden enfrentarse la mayoría de los efectos colaterales. Si fueran graves, su médico puede reducir la dosis o cambiar la medicación. Coméntele cualquiera de los síntomas que usted crea que puede estar causado por los fármacos.

El manejo de los efectos secundarios habituales

Problemas de sueño

Los medicamentos empleados para tratar el trastorno obsesivo compulsivo puede provocar que algunas personas presenten dificultades para dormir. Si esto sucediera, pregúntele a su médico si puede cambiar el momento del día en el que toma el fármaco. Por lo general, es mejor que los medicamentos “activadores” se consuman por la mañana y los sedantes por la noche. Sin embargo, cada cual reacciona de un modo particular a los fármacos. Una medicación que produce somnolencia en unos a otros les puede despertar por completo.

Intranquilidad

Algunas personas se sienten inquietas o “tensas” con los medicamentos que tratan el trastorno obsesivo compulsivo. Aprenda algunas técnicas de relajación y practíquelas a diario. Si la tensión y el nerviosismo fueran severos, su médico podría considerar la prescripción, de modo temporal, de otro medicamento con el fin de ayudarle a relajarse.

Fluctuaciones de peso

Prepárese para sufrir cambios en su apetito. Muchas personas suben de peso con los SSRI, mientras que otras adelgazan. Ajuste su dieta y ejercicios antes de que comience a tomar medicamentos que pudieran provocar un aumento de peso. Si usted lo anticipa y toma precauciones, es menos probable que suba de peso. Los SSRI pueden provocar a veces un descenso del apetito. Comuníquese con su médico si experimenta una pérdida involuntaria de 5 libras de peso.

Cherry Pedrick subió unas 30 libras de peso durante los primeros dos años de consumo de los SSRI. La dieta y el ejercicio le están ayudando a perder el sobrepeso. ¿Se debió exclusivamente a la medicación? Probablemente no. Parecía relacionarse también con una depresión. “Cuando me encontraba realmente deprimida perdí peso. Cuando empecé a sentirme mejor, comí más. También comí cuando me sen-

tía nerviosa y ansiosa. Como muchos otros que tomaban SSRI, anhelaba los carbohidratos, en especial los dulces. Sin embargo, para mí, esto constituía en parte una excusa. Necesitaba retomar el control de mi dieta. Cuando lo logré bajé la mayor parte del peso que gané”.

Boca seca

Este un efecto secundario frecuente y molesto de algunos fármacos que tratan el trastorno obsesivo compulsivo. Está causado por una reducción de la saliva. Tomar líquidos alivia la sequedad. Chupar caramelos sólidos también puede servir. Pruebe con caramelos sin azúcar que eviten la caries dental. La saliva ayuda a combatir la placa dental y fortalece los dientes. Su reducción puede conducir a problemas dentales. Si la sequedad bucal fuese algo más que ligeramente molesta, su médico puede recomendar una saliva artificial para humedecer su boca.

Nausea

Tomar la medicación con una pequeña cantidad de comida. Descanse un poco tras tomar el fármaco, pero no eche una siesta ya que ello puede provocar un reflujo gastro-esofágico.

Reflujo gastro-esofágico

Si el reflujo gastro-esofágico se convirtiera en un problema no duerma la siesta durante las dos horas posteriores a la comida o a la toma de la medicación. El reflujo gastro-esofágico nocturno puede aliviarse añadiendo una almohada extra bajo su cabeza. Si persistiera solicite a su médico medicación para remediarlo.

Estreñimiento

Existen muchas medidas que pueden emplearse para ayudar a combatir el estreñimiento. Siga una dieta rica en fibra, frutas, verduras y líquidos. Entre las comidas ricas en fibra se incluyen las verduras y frutas crudas, así como todos los cereales. El ejercicio también es positivo. Si esto no mejorara su estreñimiento, solicite al médico que le recomiende un suplemento de fibra o laxantes.

Diarrea

Si usted sufriera diarrea, consuma alimentos pobres en fibra, como por ejemplo el plátano y evite las comidas ricas en fibra. Aplique glicerina fuera del recto tras los movimientos intestinales si fuera necesario. Beba mucha agua para evitar la deshidratación. Informe a su médico si persistieran la diarrea, la debilidad, el vértigo y la escasez de orina. Éstas son señales de deshidratación. Pregúntele a su médico si puede tomar medicamentos para combatir la diarrea.

Vértigo

La diarrea con deshidratación, una hipotensión arterial, taquicardia o, simplemente, los efectos no sintomáticos de la medicación pueden conducir al vértigo. Informe a su médico para asegurarse de que el vértigo no constituye algo sobre lo que haya que preocuparse. Compruebe que está bebiendo el suficiente líquido. Tome precauciones para evitar caídas o accidentes: levántese lentamente y espere unos segundos antes de empezar a trabajar. No conduzca cuando es probable que sienta vértigo o somnolencia.

Disfunción sexual

El Anafranil y los SSRI provocan a menudo efectos secundarios en la sexualidad de los hombres y las mujeres. Entre ellos se incluye una disminución del impulso sexual, una demora en la capacidad para llegar al orgasmo y una incapacidad completa para lograr una erección o un orgasmo. Algunas personas mostrarán un mayor interés en la actividad sexual. Discuta estos efectos secundarios con su médico si los estuviera padeciendo.

Algunas personas han sido capaces de reducir los efectos secundarios sexuales y de disfrutar la actividad sexual los fines de semana suspendiendo la medicación los viernes y sábados. Esto no es tan efectivo con el Prozac porque su efecto es más duradero. No ajuste su medicación sin la aprobación y supervisión de su médico. Coménteles a su médico cualquier problema que padezca con la función sexual. Él no

se sorprenderá porque esto es muy habitual en muchos medicamentos. Puede llegar a prescribir una medicación que contrarreste la disfunción sexual.

Precauciones referentes a la medicación

La medicina que usted toma para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo constituye una parte importante de su plan de tratamiento. Seguir algunas sencillas precauciones sobre la medicación conseguirá que ésta sea más efectiva y segura. Pídale a su médico y farmacéutico que le suministre información sobre la medicación. Emplee este listado para acordarse qué debe preguntarle a su médico:

Qué preguntarle al médico

- ¿Cómo funciona la medicina?
- ¿Cuánto tiempo tardan en aparecer sus efectos?
- ¿Cuál es la dosis y con qué frecuencia debo tomarla?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de la medicación?
- ¿Cuál de tales efectos secundarios es peligroso? ¿Cuál debería informarse de modo inmediato?
- ¿Qué puedo hacer para reducir la severidad de los efectos secundarios?
- ¿Existe alguna restricción en la dieta cuando se consume esta medicación?
- ¿Posee información impresa sobre este medicamento?

Pregúntele también a su farmacéutico. Muchas farmacias suministran información por escrito junto con cada prescripción. Tómese su tiempo para leerla, incluso aunque su médico y farmacéutico le haya explicado la medicación.

- ¿Necesitaré realizarme alguna prueba antes de tomar la medicación o mientras la consumo?

Aunque los médicos están obligados a suministrar información, usted también necesita darles información y ayudarles a establecer las

decisiones farmacéuticas correctas. Notifique a su médico en el caso de que usted:

- Padezca alguna alergia conocida.
- Consuma cualquier otra medicación, incluso fármacos no prescritos.
- Se encuentre embarazada, este tratando de embarazarse o dé pecho al bebé.
- Padezca cualquier otro problema médico o psiquiátrico.
- Experimente ataques epilépticos o murmullos cardíacos.

El médico prescribe una medicación, pero es la única que está tomando. Puede adoptar las siguientes precauciones adicionales para asegurarse un tratamiento óptimo:

- Asegúrese de que el médico que le prescribe la medicación es un psiquiatra o tiene mucha experiencia en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos.
- Pídale al doctor que le escriba el nombre de la medicación, la dosis y la frecuencia con la que debe tomarla. Cuando consiga la receta, compárela con lo que el médico le redactó.
- Realícese un examen médico completo antes de empezar a tomar el fármaco para asegurarse de que ninguna circunstancia médica personal afecta la elección del medicamento efectuada por el doctor.
- Aprenda todo lo que pueda sobre la medicación.
- Informe a su doctor de cualquier efecto secundario o síntoma nuevo. Si usted no está seguro de que se relacionen con su medicación, telefóneee a su médico.
- Entérese de a quién debe llamar en caso de que su médico no se encuentre localizable.
- Efectúe cualquier prueba que le recomiende su doctor antes de iniciar el consumo de la medicación y mientras la toma, como por ejemplo, análisis de sangre y electrocardiogramas.
- Coméntele a todos sus médicos los fármacos que toma.
- Consiga toda la medicación en la misma farmacia. Disponer de un farmacéutico que conozca todos los medicamentos que usted consume le ayudará a evitar interacciones accidentales entre ellos.

- Conozca la apariencia de la medicación. A veces usted puede conseguir la misma medicina elaborada por otra empresa diferente. Si las tabletas o cápsulas presentan un aspecto diferente al que acostumbra consulte con su farmacéutico.
- No modifique la dosis del fármaco que está tomando sin consultar con su médico.
- No deje de tomar, ni modifique la dosis de cualquier otro medicamento sin consultar con su médico.
- Consulte con su doctor antes de consumir cualquier otro fármaco, incluyendo medicamentos que se adquieren sin receta.
- Consulte con su médico qué debería hacer en el caso de que olvide consumir su medicación.
- Permita que un familiar o amigo sepa qué medicamentos está tomando. Escriba una lista de modo que pueda mostrarlo a los médicos y personal de urgencias cuando sea necesario.
- Si la medicación le provoca somnolencia o mareos, regule su actividad. Hasta que se encuentre seguro de cuál es su reacción, no conduzca ni maneje máquinas.
- Mantenga la medicación fuera del alcance de los niños y animales domésticos, incluyendo a aquellos niños que pudieran visitarle de modo ocasional.
- Guarde sus medicinas en un lugar fresco y seco. La humedad de los cuartos de baño puede disminuir la efectividad de algunos medicamentos.
- Asegúrese de que dispone de la suficiente medicación para las vacaciones y días festivos. Disponga siempre de remanente con unos días de antelación porque, en ocasiones, el farmacéutico debe telefonar al médico para solicitar permiso para reponer la medicación.
- Mantenga los medicamentos en su envase original y con etiquetas legibles.
- Desarrolle un sistema que le ayude a recordar cuándo debe tomar su medicación. Los contenedores diarios de medicación que venden en las farmacias pueden ser de gran ayuda. Hay un hueco para cada día de la semana. Rellene el contenedor al inicio de la semana y, de un solo vistazo, podrá averiguar si ha tomado su medica-

ción. Es fácil olvidar las actividades rutinarias que efectúe a diario. Si usted consume muchos fármacos, puede conseguir un contenedor con varios cuencos para cada día.

- Lea la etiqueta antes de tomar cualquier fármaco –incluso los que consume a diario. Es fácil etiquetar erróneamente un frasco, sobre todo en la oscuridad.

Alcohol y medicamentos

El alcohol debería consumirse con mucha precaución cuando se toman medicamentos para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Puede interferir con las acciones del medicamento. Combinar el alcohol con los fármacos empleados en el trastorno obsesivo compulsivo puede desencadenar una conducta agresiva. También se sabe que el alcohol empeora la depresión. Puede potenciar su efecto en los sujetos que toman medicamentos destinados al trastorno obsesivo compulsivo –una bebida tiene el mismo efecto que dos. Si usted consumiera habitualmente alcohol, cerciórese y hable con su médico al respecto. Tenga en cuenta que cualquier otro fármaco puede interferir con las propiedades de la medicación para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo.

Algunas partes de la sección anterior fueron adaptadas de “Taking Medications Safely” de Cherry Pedrick, R. N., *Mature Years*, Fall. 1999.

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Seguir un tratamiento de terapia cognitiva-conductual (TCC) constituye un elemento importante para recuperarse de un trastorno obsesivo compulsivo. Una investigación llevada a cabo por el Dr. Lewis, de la UCLA, demostró que la terapia de conducta genera cambios positivos en la actividad cerebral similares a los producidos por un tratamiento farmacológico adecuado (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b).

La terapia cognitivo-conductual ayuda al enfermo suministrando las herramientas necesarias para manejar sus obsesiones y compulsio-

nes. La práctica continuada y el empleo de las técnicas y habilidades aprendidas en la terapia cognitivo-conductual ayuda a que los síntomas sean manejables. Un tratamiento conductual exitoso requiere motivación y una práctica diaria. Inicialmente puede parecer bastante desafiante, incluso espeluznante, pero lograr un alivio de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo lo convierte en algo valioso. Cuando la medicación y la terapia se llevan a cabo simultáneamente, ambos tratamientos se complementan entre sí. La medicación altera el nivel de serotonina, mientras que la terapia de conducta ayuda a modificar el comportamiento enseñando al paciente las habilidades para resistir las compulsiones y obsesiones. La medicación puede reducir el nivel de ansiedad, facilitando así que se implementen los principios de la terapia cognitivo-conductual.

Exposición y prevención del ritual (EPR)

Conforman las principales técnicas para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. El fin de la exposición es reducir la ansiedad y el malestar asociados con las obsesiones a través de un proceso denominado *habitación*. La habituación es un proceso natural mediante el cual nuestro sistema nervioso “se acostumbra a” o “se aburre con” los estímulos a través del contacto repetido y prolongado. Esto se realiza empleando una exposición de larga duración frente a la ansiedad de la vida real y ante las situaciones que evocan los rituales. Esto se denomina exposición “in vivo” o “de la vida real”.

Por ejemplo, a la persona se le puede pedir incluso que toque o que contacte, de algún otro modo, con algún objeto temido, tal como algún cubo de basura vacío o algún otro objeto “contaminado”, sin reducir la ansiedad a través del lavado de manos. Mediante una práctica reiterada, el paciente se percata de que no aparecen las desastrosas consecuencias y que disminuye la grave ansiedad asociada en un inicio con tal situación. En esto consiste el proceso de habituación.

Es mejor que la exposición se efectúe en etapas, “en pasos muy pequeños” que conduzcan a la meta final de una habituación completa al objeto o situación temidos. Por ejemplo, la exposición a un cubo

de basura “contaminado” puede iniciarse logrando que el paciente toque una esquina “segura” del cubo con tan solo una uña. Con el tiempo, la exposición progresa de tocar el cubo con una uña a hacerlo con un dedo y esperando tanto tiempo como sea necesario para que acontezca la habituación. Después se emplean varios dedos, luego la palma de la mano, luego el dorso. Con cada paso se confronta el miedo, la ansiedad que surge, después se permite que la habituación aparezca de un modo gradual y natural.

En ocasiones, es imposible, o muy poco práctico, recrear la situación temida. Un ejemplo de ello es el temor a enfermarse o perder al ser amado. En tales casos se emplea la exposición encubierta (en imágenes). La exposición encubierta implica una visualización prolongada y repetida de la imagen o situación temida durante tanto tiempo como sea necesario para que se presente la habituación. Cuando se combina con la exposición “en vivo”, la exposición encubierta constituye una técnica útil para superar la “estructura de temor” del trastorno obsesivo compulsivo. En el programa autodirigido se le enseñará detalladamente el modo de idear e implementar la exposición (tanto en vivo como en imágenes) para que le ayude con su problema del trastorno obsesivo compulsivo.

Prevención del ritual

El propósito de la prevención del ritual es disminuir la frecuencia de este último. Se instruye a la persona con trastorno obsesivo compulsivo para que enfrente el estímulo temido, para que experimente la urgencia de efectuar el ritual y después bloquee simultáneamente las compulsiones, como por ejemplo el lavado de manos o la comprobación excesiva. En primer lugar, puede instruirse a la persona para que demore la compulsión, trabajando de un modo gradual hasta resistirse totalmente a ésta. Finalmente, la meta de la prevención del ritual es el cese total de toda compulsión. Esto suena amenazador, incluso imposible, para aquellas personas con trastorno obsesivo compulsivo que estén pensando en intentar ingresar en una terapia cognitivo-conductual. Pero con un esfuerzo regular y con el apoyo sólido de un

“entrenador”, tal como un terapeuta o un familiar, el ritual de prevención es una de las herramientas más poderosas para liberarse del trastorno obsesivo compulsivo.

Cambios cognitivos

El componente cognitivo de la terapia cognitivo-conductual implica la modificación de los pensamientos y creencias distorsionados. Existe muy poca evidencia empírica controlada de que la terapia cognitiva por sí sola constituya un tratamiento efectivo para el trastorno obsesivo compulsivo sin emplearse el componente conductual. La mayoría de las personas con trastorno obsesivo compulsivo ya han dedicado una inmensa cantidad de tiempo al intento de corregir sus cogniciones disfuncionales. Por lo general son conscientes de que su pensamiento es obsesivo y anormal (Pedrick, 1997). La terapia cognitiva es útil si se combina con la exposición y la prevención del ritual.

En la terapia cognitiva, se anima a la persona a que identifique los pensamientos y actitudes distorsionados y los sustituya por otros más saludables. La siguiente lista muestra los principales errores cognitivos de las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo y muestra ejemplos de ello:

- **Pensamiento en “blanco o negro” o pensamiento dicotómico**

Ejemplos: “Si no estoy totalmente seguro, entonces corro un peligro enorme y abrumador”. “Si no lo hago perfectamente, entonces lo haré horrible”.

- **Pensamiento mágico**

Por ejemplo: “Si tengo un pensamiento malo u horrible, ciertamente eso hará que ocurra algo malo u horrible”.

- **Exageración del riesgo y el peligro**

Por ejemplo: “Si me arriesgara, incluso mínimamente, probablemente ocurriría algo terrible”.

- **Perfeccionismo**

Ejemplo: “Cualquier cosa que haga será intolerable a menos que esté perfecta”.

- **Moralidad excesivamente rígida**

Por ejemplo: “Iré con certeza al infierno (o seré castigado con severidad) incluso por el más leve error, equivocación o desliz”.

- **Responsabilidad excesiva por los demás**

Por ejemplo: “Siempre debo, en toda ocasión, guardarme de cometer un error que pueda posiblemente, incluso remotamente, dañar a una persona inocente”.

- **Fusión Pensamiento/Acción (similar al pensamiento mágico)**

Por ejemplo: Si tuviese algún pensamiento negativo, o incluso terrible, referente a dañar a alguien, se siente igual que si realmente lo hubiera hecho”.

- **Exageración de la importancia del pensamiento**

Por ejemplo: “Si creo que ocurre algún evento terrible, la probabilidad de que realmente acontezca es muy alta”.

- **El error de la exclusividad**

Por ejemplo: “Si fuese a ocurrir algo negativo, es mucho más probable que me ocurra a mí o a alguien que ame/aprecie que a los demás”.

- **La “estrategia de la nobleza” (también conocida como el complejo de mártir o cordero sacrificado)**

Por ejemplo: “¡Qué noble y maravilloso soy! Sufriré gustosamente y sacrificaré mi vida llevando a cabo rituales interminables (lavarse, contar, comprobar, etc.) durante todo el día a modo de precio mínimo a pagar para proteger a aquellos que amo del peligro y el daño. Y como ningún conocido íntimo ha muerto o sufrido, debo de estar haciéndolo bien”.

- **Pensamiento de “Qué pasaría si...”**

Por ejemplo: El día de mañana, ¿qué ocurriría si...

–lo hiciera mal?

–cometiese un error?

–contrajera el SIDA?

–provoco un daño a alguien?

- **No tolerar la incertidumbre**

Por ejemplo: “No puedo relajarme hasta que esté cien por cien

seguro de todo y sepa que todo irá bien. Es insoportable no estar seguro de *algo* (mi futuro, mi salud, la salud de los seres amados)”.

En el programa autodirigido, la reestructuración cognitiva (véase el capítulo 8) confronta directamente estos patrones disfuncionales de pensamiento. La terapia cognitiva puede concentrarse en aquello que, para la persona con trastorno obsesivo compulsivo, convierte a las consecuencias de los eventos temidos en algo tan inaceptable.

Existen algunas limitaciones en la terapia cognitiva. Funciona mejor si la persona es capaz, a nivel intelectual, de entender el pensamiento abstracto. Desafortunadamente, con frecuencia la ansiedad y la depresión interfieren con la capacidad de la persona para concentrarse en sus creencias erróneas con la fuerza suficiente como para cambiarlas de un modo efectivo.

PSICOTERAPIA

El trastorno obsesivo compulsivo parece ser resistente al tratamiento de la psicoterapia tradicional o a la mera “terapia verbal”. Se llegó a considerar que esta alteración era el resultado de experiencias vitales, tales como actitudes acerca de la limpieza que fueron aprendidas durante la infancia. Aumenta cada vez más la evidencia de que la base del trastorno es biológica. Sin embargo, la psicoterapia de apoyo puede ser útil en conjunción con la terapia cognitivo-conductual y la medicación (Pedrick, 1997).

La mayoría de los terapeutas competentes de cualquier escuela terapéutica reconoce la necesidad de un abordaje multimodal en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. La psicoterapia puede ser útil para fortalecer los mecanismos de afrontamiento que se emplean con las tensiones vitales –los estresores que pueden exacerbar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. La psicoterapia, al centrarse en el perfeccionismo obsesivo, en la indecisión, la duda, y la posposición, puede ser muy útil para fomentar la conformidad con la medicación y la terapia de conducta.

NEUROCIRUGÍA

La medicación y la terapia cognitivo-conductual son tratamientos alternativos para las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. La mayoría de los sujetos logrará al menos alguna mejora a partir de ellos, pero algunas personas no lograrán una mejora adecuada. Los pacientes severamente resistentes al tratamiento son tratados en ocasiones con neurocirugía. Estas operaciones se llevan a cabo en tan sólo unos pocos centros esparcidos por el mundo.

La cingulotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en el trastorno obsesivo compulsivo. Otras alternativas incluyen la capsulotomía anterior, la tractotomía subcaudada y la leucotomía límbica. La mayoría de estas operaciones emplean un dispositivo denominado “marco esterotáctico” para provocar lesiones quirúrgicas muy pequeñas en lugares estratégicos.

Las posibles complicaciones de estas operaciones pueden incluir infecciones, hemorragias, crisis epilépticas, aumento de peso y hemiplejía (parálisis parcial). Normalmente las crisis se controlan mediante la medicación anticonvulsiva. La neurocirugía no siempre mejora los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Los cirujanos provocan a veces pequeñas lesiones la primera vez, dejando la puerta abierta a la generación de lesiones más extensas en una segunda operación.

También es importante percatarse de que los tratamientos que no funcionaron antes de la operación podrían hacerlo tras ésta. La terapia cognitivo-conductual constituye una parte importante de los cuidados postoperatorios. También podría requerirse la medicación. Es probable que la mejoría sintomática sea progresiva en vez de inmediata, necesi-tándose varias semanas o meses para que se manifieste plenamente.

¿Quién necesita neurocirugía?

¿Quién requiere de neurocirugía para el tratamiento de su trastorno obsesivo compulsivo? La mayoría de los centros exigen que los pacientes agoten todas las alternativas de tratamiento antes de acometer la neurocirugía. Esto incluye un ensayo intensivo con la terapia cogniti-

vo-conductual e intentos adecuados con la mayoría de los medicamentos disponibles (al menos 10 semanas con cada uno y en las dosis más altas que se toleren). La enfermedad debe afectar severamente al funcionamiento psicosocial y provocar un sufrimiento considerable. La mayoría de los centros exigen que el paciente haya seguido un tratamiento intensivo durante un mínimo de 5 años (Jenike, 1998).

TRATAMIENTOS NO CONTRASTADOS

¿Por qué probar los denominados tratamientos alternativos para el trastorno obsesivo compulsivo cuando existen tantos estudios que apoyan la eficacia de las terapias farmacológicas, conductuales y cognitivas? Podemos pensar en algunas razones. Primero, algunas personas plantean una objeción filosófica básica al empleo de las drogas sintéticas, prefiriendo los tratamientos “naturales”. A pesar de su patente efectividad, muchos pacientes evitan la terapia conductual porque la consideran simplemente “demasiado difícil”. En un principio puede ser espeluznante. Otros buscan alternativas porque, a pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, al menos un 25% de todos los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo no se benefician demasiado de dichos tratamientos “eficaces”. Es tentador ceder a la promesa de cualquier alternativa que ofrezca la esperanza del alivio de un síntoma.

Finalmente, algunas personas pueden probar métodos no contrastados porque adolecen de educación con respecto a qué tratamiento es funcional y son proclives a sufrir una explotación por parte de individuos poco profesionales o simplemente poco éticos. Relativamente muy pocos psicoterapeutas se encuentran lo suficientemente formados en terapia de conducta. Dicho tratamiento es una tarea tan dura para el clínico que, con frecuencia, requiere que éste deje los estrechos confines de su despacho para trabajar con los pacientes en un entorno natural.

Es fundamental buscar un clínico entrenado en terapia de conducta o que, al menos, se encuentre deseoso por estudiar y aprender. Este

libro puede ayudar al terapeuta que no se encuentre especializado en el trastorno obsesivo compulsivo. Aquél puede actuar como su entrenador o consejero cuando usted trabaje en el programa para resolver su trastorno obsesivo compulsivo.

Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo pasan muchos años buscando una cura mágica, una causa y se culpan por sus trastornos. Si usted cree que padece un trastorno obsesivo compulsivo, deje de autoculparse o de culpar a sus seres amados y asuma el control de su enfermedad y su vida. El programa autodirigido constituye un primer paso poderoso. Con el próximo capítulo, se embarcará en un tremendo viaje, quizás el más difícil que haya emprendido nunca. Con todo, le ofrece la promesa de la mayor recompensa que puede lograr: el alivio de la carga de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

Algunas partes de este capítulo fueron adaptadas de un curso de formación continuo impartido a enfermeras, *El trastorno obsesivo compulsivo*, por Cherlene Pedrick, RN. Fue publicado en 1997 por el Centro nacional de educación continua S. A., y ha sido empleado aquí con su permiso.

SEGUNDA PARTE

Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo compulsivo: el programa autodirigido

4

Existen riesgos y costos en un programa de acción, pero distan mucho de aquéllos que se derivan a largo plazo de la cómoda pasividad.

–John F. Kennedy

Este capítulo presenta el programa autodirigido en el trastorno obsesivo compulsivo. Aproximadamente unos veinte años de investigación han demostrado que los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo mejoran mediante una intervención aplicada sistemáticamente denominada exposición y prevención del ritual o EPR: exposición a las situaciones, pensamientos o imágenes temidos, más la prevención del ritual o bloqueo voluntario de las conductas compulsivas. Parece simple, ¿verdad? Realmente, lo que está a punto de emprender implica un gran esfuerzo, un alto grado de compromiso y valor. Valor porque las imágenes, impulsos y temores parecen muy reales y vívidos. Los impulsos compulsivos y los rituales son tan poderosos y persistentes que la perspectiva del cambio puede parecerle verdaderamente terrible. Si no fuera el caso, ¿es que usted no sufre un trastorno obsesivo compulsivo!

POR QUÉ FUNCIONA LA EPR

La exposición y la prevención del ritual se basan, en parte, en el principio, bien establecido por la investigación científica, de que el temor se supera atreviéndose a enfrentar los propios objetos o situaciones que provocan la ansiedad, temor y evitación. La *exposición* se

basa en dos procesos de aprendizaje importantes y relacionados entre sí: la habituación y la extinción.

Habituación

La habituación es la tendencia natural de nuestro sistema nervioso a “insensibilizarse” mediante el contacto repetido y prolongado con un estímulo nuevo. También ha sido etiquetado como “el remedio del aburrimiento del sistema nervioso” (Ciarrocchi, 1995). Todos, sin excepción, experimentamos el proceso de la habituación en nuestras vidas diarias. Un ejemplo sería el estremecimiento súbito de frío que sentimos cuando nos introducimos en una piscina con el agua a baja temperatura. Nuestras terminaciones nerviosas envían un mensaje a nuestros cerebros, “¡Chico, esto sí que está frío!”. Pero si aguantamos y no salimos inmediatamente de la piscina, en unos segundos la sensación de frío desaparece gradualmente y el agua empieza a sentirse casi caliente. ¿Qué es lo que sucede? Ciertamente el agua no se calienta. En vez de ello nuestros sistemas nerviosos “se vuelven insensibles” a la sensación de frío y nos habituamos al agua fría.

El mismo proceso también puede subrayarse en las situaciones que tememos y que implican a personas (por ejemplo vagabundos), lugares (aviones) y, en el caso del trastorno obsesivo compulsivo, incluso a nuestros pensamientos. A través de una confrontación frecuente y prolongada de las situaciones que tememos e imaginamos, el sistema nervioso del ser humano se “insensibilizará” automáticamente a las respuestas de temor hasta convertirlas en elementos más manejables.

Un ejemplo sencillo del modo en el que el funcionamiento de la habituación ayuda a superar el temor se puede percibir en el miedo, o fobia, al agua. El sujeto temeroso es conducido, en primera instancia, a una escasa distancia del borde de una piscina hasta que su temor alcance niveles molestos y después se espera. Durante los siguientes minutos, su temor original da paso a la insensibilización cuando irrumpe la habituación del sistema nervioso. Cuando ya se encuentre en calma, la persona se acerca entonces a unos escasos centímetros de la piscina. Nuevamente, el temor aumenta hasta niveles molestos y,

otra vez, la persona espera hasta habituarse al miedo y éste descienda hasta niveles manejables. Se repite el proceso mediante “pasitos”. De modo gradual, primero se introduce un pie en el agua, después el otro. Luego ambos pies, las piernas hasta los tobillos, y posteriormente hasta las rodillas. Después se sumergen ambas piernas al completo. Gradualmente, se introduce todo el cuerpo en el agua con muy poco temor acompañando al proceso. Aunque se considere algo muy sencillo, el proceso de superar los temores del trastorno obsesivo compulsivo acontece de un modo muy similar, en especial cuando va acompañado por el bloqueo de los rituales compulsivos o *prevención del ritual*.

Extinción

Otro principio básico del aprendizaje que suministra la base de la intervención denominada extinción y prevención del ritual se denomina *extinción*. Toda conducta –entendida como tal tanto la que puede verse, tal como comer, conducir camino del trabajo, como la que no se percibe, como el pensamiento y el sentimiento– *se halla gobernada por sus consecuencias*.

Las consecuencias moldean nuestra conducta. Son positivas –tal como la alabanza, los abrazos, el pago de la nómina, los sabores deliciosos, los olores, los sentimientos y la atención de alguien importante para nosotros– o negativas –como el castigo, la crítica, la vergüenza, los tickets de estacionamientos, las multas y la cárcel. Otro término que designa a la consecuencia positiva es *reforzador*.

Los reforzadores funcionan al provocar sentimientos de placer y satisfacción o bien reduciendo o evitando algunos sentimientos o experiencias desagradables tal como el hambre, el dolor o la tensión. Conductas como comer, beber alcohol o ver televisión como vía de escape se consideran reforzadores cuando reducen el malestar o una sensación desagradable. Los reforzadores influyen en toda nuestra conducta, ya sea incrementando la sensación de placer y comodidad o bien reduciendo el malestar, la incertidumbre, el dolor o la tensión.

La *extinción* es lo que acontece cuando un reforzador ya no produce sentimientos de placer o no reduce la tensión o el malestar. Piense en

muchas de las conductas en las que usted se implica y que son reforzadas o premiadas: trabajar duro por una paga o una prima, comprar flores para lograr la sonrisa o el abrazo del ser amado, jugar a su deporte favorito para divertirse o relajarse. Ahora, piense en lo que ocurriría si estas mismas conductas, sea cual sea la razón, ya no le producen el reforzamiento que anhela: su sueldo es reducido a pesar del duro trabajo, su ser amado ya no le sonrío ni abraza cuando le lleva flores o su deporte favorito ya no le divierte o relaja. Por lo general, lo que se puede esperar que suceda es que estas conductas lleguen a *extinguirse*, usted deja de ejecutarlas con el mismo rigor o finalmente ya no las lleva a cabo.

Si la conducta es gobernada por sus consecuencias, entonces no es complicado percatarse del modo en el que los rituales compulsivos –como por ejemplo lavarse, comprobar y ordenar– fortalecen o refuerzan los temores y preocupaciones obsesivas. Los rituales compulsivos refuerzan las obsesiones y preocupaciones al reducir, al menos temporalmente, la tensión, la preocupación y la ansiedad producida por los pensamientos y sentimientos obsesivos. Al bloquearse las compulsiones, a través de la técnica de la exposición y la prevención del ritual, se reducen las preocupaciones obsesivas mediante la *extinción*. Bloqueando las conductas que refuerzan los temores y “dejándolos pasar” disminuyen, finalmente, las preocupaciones de naturaleza obsesiva.

EXPOSICIÓN “IN VIVO”

Se emplea el término “in vivo” para designar a una confrontación prolongada en situaciones (u objetos, pensamientos o imágenes) de la vida real que evocan ansiedad. A continuación se presentan algunos ejemplos de exposiciones “in vivo” para diferentes tipos de problemas en el trastorno obsesivo compulsivo:

Lavadores

- Tocar un objeto, persona o lugar “contaminados”. No lavarse.



Comprobadores

- Apagar las luces, fogones y aparatos eléctricos. Hacerlo una sola vez.
- Conducir lentamente el coche por una zona donde juegan niños de corta edad. No darse la vuelta para comprobar, a pesar de experimentar la fuerte sensación de que se ha atropellado a un niño.

Obsesivos “puros”

- Pensar a propósito en temas estresantes. Grabar las ideas en un cassette o escribirlas una y otra vez. No evitar ni contrarrestar estos pensamientos.

Ordenadores compulsivos

- Dejar los objetos de la casa de un modo “imperfecto”, ligeramente desordenados, descentrados, torcidos. Sin ponerlos en orden, sin distribuir o corregir nada.

Las exposiciones “in vivo” efectivas implican los siguientes elementos básicos:

- La exposición debe volver a representar, a propósito y de un modo voluntario, la misma situación (o situaciones) que provoca el miedo, temor, duda y la evitación.
- La exposición debe ser prolongada, durando lo suficiente como para que la emoción de ansiedad se reduzca a través de la habituación. Esto podría implicar un período de tiempo que va desde unos minutos a varias horas, antes de que la ansiedad alcance niveles tolerables.
- La exposición cambia el modo en el que usted evalúa o interpreta el peligro y el daño en situaciones específicas.

Recuerde la analogía presentada anteriormente sobre la acción de adentrarse en una piscina con agua fría. Su cerebro y su sistema nervioso central se adaptan (o habitúan) de un modo natural a las sensaciones desagradables en unos minutos, sin que usted deba hacer algo

al respecto. El agua de la piscina no cambia, lo que sí se modifica es *la interpretación de su cerebro*. Realizando una exposición efectiva, usted mismo le ofrece a su cerebro la oportunidad de *reinterpretar* o *reevaluar* los mensajes del trastorno obsesivo compulsivo:

“Es extremadamente peligroso hacer (tocar, pensar) esto” se convierte en un “No sucederá nada terrible si toco esto –puedo probar”.

“Debo hacer esto muchas veces” se transforma en un “Puedo hacerlo una vez y eso está bien”.

“Debo ser un demonio para pensar algo tan terrible” se convierte en un “Es sólo uno de los pensamientos absurdos del trastorno obsesivo compulsivo”.

“Debo dar la vuelta para asegurarme de que nadie resultó herido” se convierte en un “Si me doy la vuelta simplemente voy a lograr empeorar mi trastorno obsesivo compulsivo”.

Tenga presente que algunos temores implican catástrofes que pueden ocurrir en un futuro lejano, tal como enfermarse o morir. Tales miedos o bien son demasiado complejos para confrontarse “in vivo” o, simplemente, casi imposibles de volver a representarse. Por ejemplo, considere los temores típicos del trastorno obsesivo compulsivo de causar la muerte de alguien o de ir a la cárcel por hacer algo ilegal o inmoral. En estas situaciones, se empleará la exposición *en imágenes (encubierta)* además de la exposición in vivo. Se pide a las personas con trastorno obsesivo compulsivo que “imaginen” o piensen, de un modo vívido, en situaciones que temen durante períodos prolongados de tiempo. Véase el capítulo 7 para obtener más datos.

PREVENCIÓN DEL RITUAL

Para que la exposición sea efectiva es necesario eliminar, bloquear o contener todas las conductas que neutralizan o alivian los sentimientos de ansiedad e incomodidad ocasionados por las obsesiones. La *prevención de ritual* se refiere al bloqueo, supervisado y autocontrolado, de los rituales compulsivos que disminuyen o anulan la ansiedad y la

incomodidad. Planteado de un modo sencillo, la prevención del ritual implica que usted evite ejecutar su ritual acostumbrado. Una vez bloqueado éste, su cerebro dispone entonces de una nueva oportunidad para suministrar la natural habituación (recuerde el ejemplo de la piscina) ante las situaciones que generan miedo. De este modo, estas interpretaciones y evaluaciones actuales de las situaciones, de una naturaleza más realista y adaptativa, pueden reemplazar a sus cogniciones antiguas y temerosas.

Cuando se bloquean los rituales, usted permite que se presente la ansiedad. Pueden tener lugar nuevas adaptaciones. Al igual que en el caso de la exposición, la prevención efectiva del ritual debe prolongarse lo suficiente como para que empiecen a romperse asociaciones adquiridas previamente entre los estímulos que generan la ansiedad y los rituales. Por ejemplo, considere la asociación entre el pomo “contaminado” de una puerta y la urgencia de lavarse inmediatamente las manos con el fin de sentirse “seguro”. Realizar una prevención de ritual implica su disposición a tolerar inicialmente altos niveles de malestar ante los poderosos impulsos de aliviar su tensión y temor mediante el empleo “probado y exacto” del ritual.

Ejemplos de la prevención del ritual

- No lavarse durante todo un día o después de tocar algo “contaminado”.

Nota: La palabra “contaminada” tal y como se emplea en este libro significa sucio, peligroso o algo a evitarse sólo para una persona con trastorno obsesivo compulsivo, pero que la amplia mayoría de la gente no consideraría peligroso en modo alguno.

- No recibir ninguna confirmación de seguridad. Hacer que el “otro significativo” decline amablemente, pero con firmeza, sus peticiones de seguridad con respecto a las obsesiones. Con frecuencia se busca tranquilidad en las obsesiones referentes a la contaminación, la seguridad de los demás, o con respecto a que no se ha hecho algo inmoral o ilegal. Se le animará a que conviva con la

incertidumbre y la duda hasta que “el sentimiento corrosivo” disminuya por sí mismo.

- No volverse para comprobar si se ha atropellado a alguien mientras se conducía, a pesar de las sensaciones que así lo indican. Permita que su temor crezca hasta niveles molestos, después espere y no actúe su necesidad de comprobación. La ansiedad decrecerá hasta niveles manejables.
- Posponer una nueva comprobación de la cerradura (después de haberlo hecho ya en una ocasión) durante un período de tiempo predeterminado y acordado previamente –alrededor de unos 30 minutos.

La prevención del ritual es una de las herramientas claves que usted aprenderá a manejar en el programa autodirigido. Tomará la poderosa decisión de modificar sus patrones de rituales de un modo importante –demorándolos, acortándolos, ralentizándolos o eliminándolos por completo. De este modo elegirá sentir la ansiedad, la duda, el temor y el miedo que ha estado evitando. Si al efectuar la prevención del ritual no se siente incómodo en algún grado, probablemente no esté bloqueando lo suficiente como para que eso afecte a su trastorno obsesivo compulsivo. La decisión de “sentir el malestar”, de simplemente “estar junto a él” o de “permitirle estar”, sin actuar sobre ello ni controlarlo, merece la pena con miras a liberarse de las garras del trastorno obsesivo compulsivo.

Preparándose para el cambio

Alan fue tratado exitosamente empleando la exposición y la prevención del ritual tras padecer, durante 40 años, un trastorno obsesivo compulsivo. Al inicio de la terapia describió vívidamente la perspectiva de confrontar sus temores y rituales: “Es como pedir que dé el salto de ángel, desde lo alto de un edificio de cinco pisos, a un balde lleno de agua”. Toda persona con trastorno obsesivo compulsivo se siente de un modo similar al inicio de la terapia. A continuación se presentan algunos temores y preocupaciones comunes que describen los enfer-



mos y que evitan que asuman el riesgo del cambio. Efectúe una señal en aquellas preocupaciones que se apliquen a su caso. Observe que usted puede sufrir temores y preocupaciones adicionales. Si fuera el caso, escríbalos en el espacio que se facilita.

- “Si no efectúo mis rituales, ¿qué haré entonces para sentirme seguro?” __
- “Si confronto mi temor a la suciedad, gérmenes, SIDA, etc. ¿cómo puede garantizármese que no sucederá la catástrofe que anticipo (enfermar, perder a un ser amado, dañar a mis hijos)?” __
- “Como no hay cura para el trastorno obsesivo compulsivo ¿para qué preocuparse?” __
- “Parece demasiado fácil. Sé que fracasaré. He fallado en todo lo demás” __
- “Ya he asistido a terapia de conducta y no me sirvió” __
- “Me gustaría tomar esa medicina... esto es demasiado duro” __
- “Mis rituales son necesarios para protegerme de los peligros que temo” __
- “Soy demasiado viejo para intentar algo diferente” __
- “Temo que enloquezca (enferme, dañe a otros, etc.) si se me impide realizar mis rituales” __
- En la infancia sufrí malos tratos (fui desatendido, abandonado, padecí enfermedades, no tuve hermanos, fui huérfano, etc.). Nunca me restableceré a menos que hable mucho sobre los problemas reales de mi infancia” __
- “Mis pensamientos son tan negativos que tengo la ‘semilla del diablo’ en mi interior. No merezco mejorar” __
- “Si mejoro o me siento más feliz, después me ocurrirá seguramente algo negativo. No quiero arriesgarme” __
- Otro _____
- Otro _____
- Otro _____

La característica común de estos temores y preocupaciones es que cada uno de ellos puede emplearse como justificación para no confrontar el problema del trastorno obsesivo compulsivo. Observemos algunos modos de enfrentarse a ellos:

- *“Si no efectúo mis rituales, ¿qué haré entonces para sentirme seguro?”*

Su necesidad de sentirse totalmente seguro forma parte de su problema del trastorno obsesivo compulsivo. Al arriesgarse y afrontar su malestar mediante la no ejecución de los rituales, encara otros posibles modos de manejar el distress. Usted progresa cuando asume el “riesgo” de reprimir o eliminar los rituales de su vida.

- *“Si confronto mi temor a la suciedad, gérmenes, SIDA, etc. ¿cómo puede garantizármese que no sucederá la catástrofe que anticipo (enfermar, perder a un ser amado, dañar a mis hijos)?*

No se le puede garantizar una vida sin riesgo, dolor, pérdida, daño, error o enfermedades. El problema es que su cerebro ha efectuado una conexión errónea entre sus rituales y los sentimientos de seguridad y comodidad, con independencia de su duración. La exposición y la prevención del ritual pueden ayudarle a romper el dominio de los rituales en su vida diaria.

- *“Como no hay cura para el trastorno obsesivo compulsivo ¿para qué preocuparse?”*

Este es el pensamiento dicotómico (todo o nada) típico de las personas con trastorno obsesivo compulsivo. Incluso el más modesto de los progresos puede establecer una importante diferencia en la calidad de su vida –y la de su familia.

- *“Parece demasiado fácil. Sé que fracasaré. He fallado en todo lo demás”*

No existe el fracaso. El único fracaso no es intentar tener éxito con el programa autodirigido.

- *“Ya he asistido a terapia de conducta y no me sirvió”*

Con frecuencia lo que una persona describe como una experiencia con “terapia de conducta” no era sino una variante de la “modificación



de conducta”, la hipnosis, el entrenamiento en relajación, la desensibilización sistemática, la visualización creativa o cualquier otra cantidad de técnicas, teniendo todas ellas poca o ninguna efectividad con el trastorno obsesivo compulsivo.

- *“Me gustaría tomar esa medicina... esto es demasiado duro”*

La exposición y la prevención del ritual son duras. Y ciertamente, la medicina es un importante componente en el tratamiento global del trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, una mejoría exclusiva efectuada mediante la medicación se encuentra, por lo general, limitada. Además, hay algunos enfermos que simplemente no se benefician de los medicamentos o que sufren efectos colaterales intolerables. Para lograr una recuperación óptima del trastorno obsesivo compulsivo, debería considerarse el programa autodirigido como un elemento importante en el régimen del tratamiento global. Existe evidencia empírica (O’Sullivan, Noshirvani y Marks, 1991) que demuestra que las personas que han adquirido las habilidades y herramientas que ofrece el programa autodirigido padecen menos problemas y recaen en menor medida en el caso de que decidieran, con independencia de la razón (por ejemplo: embarazo, efectos secundarios), suspender el consumo de medicinas.

- *“Mis rituales son necesarios para protegerme de los peligros que temo”*

El grado en el que crea *realmente* que sus rituales (lavado de manos, comprobación, repetición) son necesarios *frente a* la perspectiva de que son estúpidos y carecen de sentido, pero siente que, de todos modos, debe llevarlos a cabo— predice el nivel probable de progreso en el programa autodirigido. Estas cogniciones se denominan “ideas sobrevaloradas”. Si usted las experimentara, necesitan modificarse primero antes de progresar en el programa autodirigido. Acuda al capítulo 8 para obtener ayuda en el cambio de las “ideas sobrevaloradas” así como de otras “ideas disfuncionales”.

- *“Soy demasiado viejo para intentar algo diferente”*

Las buenas noticias son que la terapia para el trastorno obsesivo compulsivo funciona con independencia de la edad a la que lo inicie.

Sin el tratamiento, los síntomas tienden a empeorar con los años; sin embargo, no existe un grupo de edad al que el programa autodirigido no pueda ayudar.

- *“Temo que enloquezca (enferme, dañe a otros, etc.) si se me impide realizar mis rituales”*

En doce años de trabajo diario con pacientes que sufrían trastorno obsesivo compulsivo, nunca nadie ha enloquecido, enfermado o se ha psicotizado debido a la exposición y la prevención del ritual. La ansiedad experimentada puede ser molesta, ¡pero nunca peligrosa!

- *En la infancia sufrí malos tratos (fui desatendido, abandonado, padecí enfermedades, no tuve hermanos, fui huérfano, etc.). Nunca me restableceré bien a menos que hable mucho sobre los problemas reales de mi infancia”*

Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo han sufrido durante su infancia. Muchos sujetos que no padecen un trastorno obsesivo compulsivo también sufrieron durante su infancia. La mayoría de los individuos con trastorno obsesivo compulsivo tienen padres adorables y preocupados que se desempeñan lo mejor que pueden, posiblemente enfrentándose al trastorno obsesivo compulsivo en ellos mismos o en otros familiares. Estos padres tienen la desventaja añadida de saber muy poco, si es que conocieran algo, sobre el trastorno. Culpar a sus padres por su patología sólo sirve para mantener el problema al ceñirse en el papel de “víctima”. Esto le imposibilita combatir la enfermedad.

Ahora que hemos abordado muchos de los temores del inicio del tratamiento, pueden existir todavía algunos otros que no hayamos tratado aquí. Escriba algunos otros temores que pueda sufrir en las líneas que siguen a continuación. Revise lo que usted haya escrito a diario durante un período de varios días hasta que o bien lo trate constructivamente, o simplemente ya no le moleste en absoluto. Recuerde, el problema importante no es el temor, sino mantener su libertad y sus decisiones frente a éste. Esta es la razón para la cual se diseña el programa autodirigido.

PREPARANDO EL CAMBIO

- Disponga un período de tiempo, de entre cuatro y ocho semanas, durante el cual convertirá el programa autodirigido en la máxima prioridad de su vida.
- Prepárese para dedicar un mínimo de dos o tres horas cada día –todos– para la exposición y prevención del ritual.
- Comente a los familiares más cercanos en qué se está embarcando y, si pudiera, consiga que le respalden sólidamente. Pida a los miembros de la familia que lean el capítulo 16.
- Identifique, en su entorno, a una persona de apoyo que estuviera deseosa de “entrenarle” en llevar a cabo el programa autodirigido. Puede ser un amigo íntimo, un familiar o un terapeuta. Es vital que dicha persona esté informada sobre el trastorno obsesivo compulsivo, sea aceptante y no enjuicie. Este individuo también debería mostrar un interés sincero en ayudar.
- No es necesario que demore el consumo de medicamentos mientras lleve a cabo el programa autodirigido. La medicación potencia la efectividad del programa. Igualmente, éste refuerza la efectividad de la medicación. Alerta a cualquier profesional de la salud mental al que acuda sobre el hecho de que usted está iniciando un programa para reducir los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

AYUDANDO A SU FAMILIA A PREPARARSE PARA EL CAMBIO

Convivir con alguien que padezca un trastorno obsesivo compulsivo es frecuentemente doloroso, desconcertante y frustrante. Controlar satisfactoriamente los síntomas de esta alteración requiere el apoyo y la cooperación de aquellos familiares cuyas vidas han sido afectadas a

diario por la persona que padece la enfermedad. El trastorno desafía la paciencia y la compasión de los más familiares más benévolo. Aunque la mayoría de los familiares desean solo lo mejor para la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo, desarrollan, a lo largo de los años, una profunda ira y resentimiento hacia el enfermo. Los sentimientos negativos que no reconocidos ni manejados efectivamente pueden ser destructivos para su proceso de recuperación. Para una discusión más detallada de estas cuestiones y sobre cómo tratarlas, acuda al capítulo 16.

Una implicación informada y compasiva es fundamental para el proceso de recuperación. Los familiares deberían educarse a sí mismos en la medida de lo posible y tienen que entender cómo funciona la exposición y la prevención del ritual, y por qué. También deben comprender y confrontar su propio papel a la hora de perpetuar o “permitir” el problema del trastorno obsesivo compulsivo. Por ejemplo, un modo por el que los familiares perpetúan esta patología es efectuando ellos mismos los rituales para que el enfermo “se quede tranquilo”. La madre que innecesariamente lava varias veces a la semana toda la ropa de la familia para mantener a su hijo adecuadamente libre de “contaminación” contribuye, involuntariamente, a empeorar su trastorno obsesivo compulsivo. Tales conductas “facilitadoras” deben finalmente cesar, pero *sólo* en cooperación con la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo.

Los familiares pueden ayudar a la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo colaborando con la ardua tarea de la exposición y la prevención del ritual. Aunque no proponemos que los familiares funcionen a modo de “terapeutas de conducta inexpertos”, a menudo pueden ser muy útiles para orientar, entrenar y apoyar los esfuerzos de la persona para superar su alteración.

Cómo ser un gran entrenador. Pautas para los familiares

1. Percátese de que las personas con trastorno obsesivo compulsivo no pueden controlar los poderosos impulsos que experimentan. Se



- trata de un desequilibrio químico que rige sus conductas y pensamientos. No *eligen* padecer una enfermedad del mismo modo que no se elige sufrir diabetes o un desarreglo del tiroides.
2. Los familiares nunca deben forzar o imponer sus deseos sobre el enfermo. La decisión de implicarse en (y llevar a cabo) el programa autodirigido debe ser únicamente de la persona que padece la patología.
 3. No critique ni regañe al enfermo si éste no cumple sus expectativas. Hable sobre sus sentimientos, pero no descargue su frustración sobre ella.
 4. El familiar cooperador debería animar, guiar, observar, ayudar y apoyar.
 5. Haga todo lo posible para mantener una actitud acrítica. Nunca *juzgue* a la persona con trastorno obsesivo compulsivo en función de su progreso (o ausencia de éste) en el programa autodirigido.
 6. Espere recaídas y reincidencias. El progreso consiste a menudo “en dos pasos adelante y uno para atrás”. Limite su tendencia al desaliento y el pesimismo. Permanezca en una actitud positiva, siga trabajando en ello ¡y el trastorno obsesivo compulsivo mejorará!
 7. Emplee la alabanza para premiar el progreso, con independencia de lo mínimo y aparentemente inconsecuente que sea. Recuerde, reducir la comprobación de cincuenta veces a cuarenta puede no parecerle un gran logro pero, para la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo, constituye un gran paso.
 8. Deje de culparse por el problema del trastorno obsesivo compulsivo en su hijo o pareja. Usted no lo causó. La etiología del trastorno obsesivo compulsivo no se relaciona tanto con el ambiente y sí con la genética y la vulnerabilidad biológica. Deje de sentirse culpable –usted no causó la enfermedad. La culpa sólo le restará la energía que necesita para afrontar con efectividad la enfermedad.
 9. Dé por sentado que los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo carecerán de sentido. Son inconsistentes. El Dr. Hyman recibió una vez a un paciente al que le aterrorizaban los gérmenes. Vivía conti-

nuamente horrorizado con la posibilidad de que alguien le echara saliva encima. Pero le encantaba que, al regresar a casa, su perro le lamiera alegremente la cara. Así es la naturaleza del trastorno obsesivo compulsivo. Carece de sentido.

10. Percátense de que los síntomas presentan un significado *simbólico* escaso o ausente. Es inútil interpretar los síntomas como elementos que ejercen un impacto mayor del que tienen. Los síntomas no significan nada diferente a “es simplemente un trastorno obsesivo compulsivo”.

Preparación para el reto / autoevaluación

5

Con cada experiencia en la que se detenga verdaderamente a mirar cara a cara al temor ganará fuerza, valor y confianza. Usted será capaz de decirse: “He vivido esta terrible experiencia, puedo afrontar lo próximo que se presente”. Debe hacer aquello que usted considere imposible.

–Eleanor Roosevelt

Hasta ahora usted conoce qué es el trastorno obsesivo compulsivo y tiene una idea general sobre lo que implica recuperarse de tal patología. Ahora se encuentra preparado para empezar con el programa autodirigido. Para que tenga éxito es importante, antes de iniciar dicho programa, que consulte con un profesional de la salud mental. Éste profesional debería al menos encontrarse mínimamente familiarizado con el diagnóstico y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Un psiquiatra o psicólogo necesita confirmar que, de hecho, usted padece un trastorno obsesivo compulsivo como diagnóstico principal. Usted probablemente no debería acometer el programa autodirigido si alguna de las siguientes circunstancias se aplicara en su caso:

- Si una depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia graves provocan más problemas en su vida actual que un trastorno obsesivo compulsivo. Si en el momento presente estas condiciones no se encuentran bajo control interferirán con su habilidad para beneficiarse del programa autodirigido. Una vez que tales circunstancias se estabilicen mediante un manejo farmacológico, usted puede entonces beneficiarse del programa. Es especialmente importante

que consulte con un profesional de la salud mental competente antes de iniciar el programa si algunas de las circunstancias mencionadas constituyen para usted el problema principal en este momento.

- Si usted se encuentra en mitad de un período de estrés, cambio o transición vitales, tal como la muerte o enfermedad grave de algún familiar, un cambio laboral o una mudanza. La tensión de estos cambios vitales interferirá con su progreso en el programa autodirigido. Una vez que se estabilice, se encontrará en mejor disposición de beneficiarse del programa. Por supuesto, no existe algo semejante a una vida sin estrés, por lo tanto tampoco permita que la tensión de la vida diaria demore que usted emprenda el programa autodirigido.
- Si sus familiares más inmediatos no apoyan sus intentos para ayudarse. Incluso la mayor parte de las familias bienintencionadas pueden sabotear a veces sus esfuerzos. Si tal fuera el caso, busque consejería familiar con un profesional de la salud mental familiar antes de iniciar el programa. Reúnase con tantos familiares deseosos de ayudarlo como le sea posible. Es importante que las personas importantes de su familia se encuentren de su lado.

La guía y el apoyo de un profesional de la salud mental experimentado puede constituir excelentes fuentes de apoyo para usted mientras trabaja con este programa en la resolución del problema. Si su terapeuta no concuerda con su deseo de iniciar en este momento el programa autodirigido, asegúrese de reflexionar cuidadosamente sobre las razones. Si usted se halla, con todo, inseguro sobre qué hacer, consulte con otro profesional cualificado de la salud mental para obtener una segunda opinión.

LA EVALUACIÓN DE SU TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

En las siguientes páginas, diseñará su propio programa autodirigido. El primer paso es efectuar una evaluación completa de su trastorno obsesivo compulsivo. Esto es vital, ya que el tipo o tipos de sínto-



mas obsesivos compulsivos que padezca –ordenar, lavar o comprobar, por ejemplo– determinará el diseño específico de su programa. Vuelva a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo enumerados en el capítulo 2, después escríbalos en el espacio suministrado (bajo el epígrafe “síntomas”) en la sección apropiada. Indique si cada síntoma es algo pasado o actual, marcando una señal en el cuadrado adecuado. Después, empleando las pautas de debajo, indique en cada problema el grado de intensidad de cada síntoma marcando 1, 2 o 3 en las líneas inferiores (“Grado de alteración”). Necesita rellenar el grado de alteración sólo en el caso de *los síntomas actuales*.

Pasado = el síntoma le afectaba en el pasado

Actual = el síntoma le afecta en el presente

Grado de alteración (en los síntomas actuales)

1 = síntoma leve, una ligero malestar o problema

2 = síntoma moderado, causa algo de ansiedad y alteración en la vida diaria

3 = síntoma severo, genera mucha ansiedad y una gran alteración en la vida cotidiana

Obsesiones

Recuerde que las obsesiones hacen referencia a pensamientos, ideas e impulsos no deseados que se introducen en su mente. Una obsesión por lo general es poco realista y genera un gran nivel de ansiedad. Posee una cualidad persistente que no cesa. Finalmente, por lo general gira en torno al intento de evitar que algo peligroso le ocurra a usted o a los demás.

Obsesiones de contaminación (Un temor o disgusto, y/o preocupación excesivas con respecto a la evitación de la suciedad, gérmenes, contaminantes de cualquier tipo).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Obsesiones de acumular, ahorrar y recolectar (Son la adquisición –y la incapacidad para deshacerse– de posesiones aparentemente inútiles o de un valor muy limitado).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Obsesiones de orden (Una excesiva preocupación por la simetría, la exactitud o el orden).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Obsesiones religiosas, escrupulosidad (Un temor, preocupación o inquietud excesivos ante la posibilidad de violar leyes y normas morales o religiosas, tal como el temor a ser castigado por mantener pensamientos obscenos).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Obsesiones somáticas (Implican preocupación por la apariencia de determinadas partes del cuerpo, o la posibilidad de padecer una enfermedad o un mal incurable).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Obsesiones de agresividad (Suponen mantener pensamientos excesivos sobre la posibilidad de causarse un daño a sí mismo o a los demás).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Obsesiones sexuales (Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales frecuentes de una naturaleza involuntaria, inquietante e intrusa).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Miscelánea de obsesiones (Obsesiones que no encajan en ninguna de las descripciones).

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Compulsiones

Conciba las compulsiones como “las cosas que hace” para aliviarse, por un tiempo, de una obsesión. Otro modo de considerarlas es como



algo que “neutraliza” el malestar de una obsesión. Habitualmente consisten en acciones físicas, tal como el lavado de manos y la comprobación reiterada. Pero también pueden ser “cosas que hace” en su cabeza, en sus pensamientos. Existen tres claves principales para entender las compulsiones en el trastorno obsesivo compulsivo. Primero, cuando las ejecuta, poseen el efecto de disminuir o decrecer la ansiedad causada por la obsesión, pero sólo momentáneamente. Segundo, si nos las lleva a cabo se sentirá extremadamente ansioso. Finalmente, tiende a actuarlas repetidamente, una y otra vez.

Pasado = el síntoma le afectaba en el pasado.

Actual = el síntoma le afecta en el presente.

Grado de alteración (en los síntomas actuales):

1 = síntoma leve, una ligero malestar o problema.

2 = síntoma moderado, causa algo de ansiedad y alteración en la vida diaria.

3 = síntoma severo, genera mucha ansiedad y una gran alteración en la vida cotidiana.

Compulsiones de limpieza y lavado

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Compulsiones de comprobación

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Compulsiones de acumular, ahorrar y recolectar

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Compulsiones de repetir, contar y ordenar

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
---------	--------	--------	---------------------

Miscelánea de compulsiones

Síntoma	Pasado	Actual	Grado de alteración
----------------	---------------	---------------	----------------------------

Síntomas de evitación

Ahora realice un listado de todas las situaciones, personas, lugares o cosas que usted evita debido a su trastorno obsesivo compulsivo. Esto también puede incluir pensamientos terribles o inquietantes de una naturaleza recurrente que usted evite. Indique el grado en el que evita cada situación en una escala del 0 al 100:

0 = Nunca lo evito.

50 = Lo evito la mitad de las veces.

75 = Lo evito la mayoría de las ocasiones.

100 = Evito por completo, cueste lo que cueste, esta situación.

Situaciones, personas, lugares, objetos o pensamientos evitados	Grado de evitación (de 0 a 100)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____



ELIJA LOS SÍNTOMAS A TRATAR

Probablemente habrá observado que padece varios síntomas graves al mismo tiempo. Esto es habitual entre las personas que sufren un trastorno obsesivo compulsivo. Usted podría preguntarse *¿Cómo voy siquiera a mejorar con tantos síntomas? ¡No tengo esperanza!* Puede parecer abrumador pensar en mejorar cada uno de los síntomas.

El programa autodirigido será más llevadero si usted escoge uno o dos síntomas que en la actualidad le causen una mayor alteración en su funcionamiento diario en el trabajo, el hogar y en sus relaciones interpersonales. Convierta estos síntomas en los blancos de sus esfuerzos iniciales del programa. Una vez que consiga controlarlos, será más factible que aborde satisfactoriamente otros síntomas que le estén causando dificultades. Al igual que la mayoría de los desafíos de la vida, el éxito llama al éxito. Cuando se libre de sus peores síntomas, confiará en poderlo conseguir también en otras áreas. Sea paciente y trabaje uno o dos síntomas cada vez.

Ahora se encuentra preparado para dar el siguiente paso. Escriba todas las obsesiones y compulsiones que señaló en el grado de alteración con un 3. Realice un listado según el orden de severidad, empezando por el síntoma que altere su vida la mayoría de las veces con un grado de 1. Tome nota, también, de sus síntomas de evitación. Estas principales obsesiones, compulsiones y conductas de evitación conformarán los síntomas blanco iniciales dentro de su programa autodirigido.

Síntomas blanco

Ejemplo:

Obsesiones (situaciones, pensamientos, imágenes o impulsos que provocan malestar):

1. "Debo evitar que la gente que amo se enferme o muera".
2. "Debo evitar el daño y el peligro proveniente de los gérmenes".
3. "Debo evitar que mi casa se encienda".
4. "No debo provocar un daño mediante violencia a mis seres amados".

Compulsiones (acciones externas o internas que neutralizan el malestar):

1. Lavarse las manos cien veces al día-
2. Ducharse siguiendo largos rituales preestablecidos-
3. Comprobar el fogón, la cafetera y otros electrodomésticos veinte veces diarias-
4. Repetir mentalmente una oración seis veces en grupos de tres-

Sus síntomas blanco

Obsesiones (situaciones, pensamientos, imágenes o impulsos que provocan malestar)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Compulsiones (acciones externas o internas que neutralizan el malestar)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____



Sus conductas de evitación a tratar

Elija los cinco síntomas de evitación más habituales que interfieren con su vida del modo recién descrito anteriormente. Los síntomas obsesivos-compulsivos conducen con frecuencia a la evitación de numerosas situaciones que implican personas, lugares, objetos e incluso pensamientos. Con base al formulario rellenado anteriormente, piense en sus conductas de evitación y elija aquellas que son las que generan un mayor malestar en su vida.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Como se mencionó con anterioridad, muchas personas presentan síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en más de un área. Por ejemplo, muchos sujetos con temor a la contaminación manifiestan también compulsiones de comprobación. Usted puede presentar la obsesión de contraer el SIDA, lavarse las manos cincuenta veces diarias, sufrir pensamientos intrusos sobre la posibilidad de dañar a los demás *y* también sentirse impelido a comprobar las cerraduras, el gas de la cocina y los electrodomésticos varias veces al día. Si tal fuera el caso, pregúntese a sí mismo: “¿Qué síntoma, si pudiera librarme de él, establecería una mayor mejoría en mi calidad de vida?”. Éste sería el primero en abordar. Sitúe en la lista a este síntoma como el número 1, después clasifique los siguientes síntomas según el orden del impacto negativo en su vida. Finalmente, aquellos más negativos serán tratados en los siguientes capítulos.

Su estrategia de intervención

6

*No tema dar el gran paso si ello fuera lo indicado.
No puede cruzar un abismo con dos pequeños saltos.*

–David Lloyd George

Ahora que usted ha realizado una evaluación minuciosa de sus síntomas obsesivos compulsivos, se encuentra preparado para diseñar su “mapa de carreteras” destinado a efectuar el trabajo de exposición y prevención del ritual. Dicho mapa de carreteras es denominado “lista de ansiedad/exposición”. Consiste simplemente en un listado de situaciones que usted teme y evita, ordenados según el nivel de temor que generen. Al igual que un mapa de carreteras, su lista de ansiedad/exposición le muestra dónde empezar, en qué lugar terminar y el camino que media entre ambos puntos. La unidad de medida empleada para transmitir y describir la ansiedad generada en varias situaciones que provocan temor se denomina escala de “unidad subjetiva de ansiedad” o USA.

La escala de USAs es un sistema de autoevaluación diseñado para medir el grado de ansiedad que experimenta la persona. Fue inventada en los años setenta por el Dr. Edward Wolpe, un profesor de psiquiatría de la Facultad de medicina de la Universidad de Temple. La escala de USAs le será útil cuando diseñe su propia lista de ansiedad/exposición. Es una escala de cien puntos, donde 100 equivale a la situación que más ansiedad generó en su vida. Cero equivale a una ansiedad neutra o una ausencia absoluta de ansiedad. Un nivel 50 en la escala de USAs equivale a una ansiedad ni muy elevada ni muy baja. Indica simplemente una ansiedad media.

Céntrese ahora en algunas situaciones de su vida que le provocaron la mayor ansiedad y temor que haya experimentado nunca. O piense en una situación muy espeluznante con la cual nunca espera tener que enfrentarse. Si se encuentra con que no desea pensar demasiado, eso es normal. Las situaciones que favorecen estas fuertes emociones de ansiedad puntuarán con 100 en la escala de USAs.

Ahora piense en una situación que le provocó un nivel moderado de ansiedad, ni excesivo ni insignificante. Un ejemplo podría ser cuando su hijo va a la escuela por primera vez. O tener que presentarse a un examen para el cual no se encuentra bien preparado pero, con todo, se trata sólo de un examen. Situaciones como esas tienden a provocar sentimientos moderados de ansiedad alrededor de 50 en la escala de USAs.

Piense ahora en una situación neutra o placentera, por ejemplo, ir al mercado, tomar un baño caliente o leer una revista. Estas situaciones equivaldrían a 0 en la escala de USAs. Recuerde, cada persona es diferente en cuanto a las situaciones específicas que consideran como mínimas, medias o altas en la mencionada escala.

CONSEJOS PARA ESCRIBIR SU LISTA PERSONAL DE ANSIEDAD/EXPOSICIÓN

Ahora que está familiarizado con el empleo de los USAs, se encuentra preparado para crear su/s lista/s empleando las siguientes pautas:

- Su lista debería incluir entre 10 y 15 situaciones específicas que desencadenan diferentes niveles de temor y ansiedad. Para algunos, el modo más sencillo de empezar es con la lista de los elementos de evitación a tratar que compiló cuando trabajaba en el capítulo 5.
- Las situaciones o *disparadores* de su lista deberían diferir entre sí al menos unos 5-10 puntos.
- Inicie su lista de Ansiedad/Exposición con situaciones o disparadores que provocan unos 20-40 USAs (una ansiedad entre baja y



- mínima). Después efectúe una lista de situaciones que desencadenan niveles de USAs cada vez más elevados.
- En cada situación o disparador, valore el nivel de USAs con base a lo que usted cree que sentiría si se enfrentara con la situación temida y *es incapaz o evita llevar a cabo la compulsión que emplea habitualmente en esa situación*. De este modo, podría representarse adecuadamente su verdadero nivel de USAs para esa situación o disparador particular. Por ejemplo, para la compulsión de comprobar si el gas se encuentra apagado, valore su nivel de USAs con base al modo en que se sentiría si, por alguna razón, no pudiera comprobarlo más de una vez. Para los que se lavan una y otra vez, valore su nivel de USAs según el modo en el que se sentiría si se le impidiera, por poner un ejemplo, lavarse las manos después de tocar el pomo de una puerta de un baño público. Este es su verdadero nivel de USAs en esa compulsión.
 - El último ítem de su lista debería ser la situación que desencadena su niveles máximos de ansiedad y temor.
 - A partir de su lista maestra, puede elaborar una o más “mini-listas” que aborden una situación, disparador o conducta de evitación. Puede clasificar los disparadores sólo con base a su grado de proximidad con la situación u objeto temido. Pueden encontrarse ejemplos de mini-listas en el texto que viene a continuación.

La lista de ansiedad y exposición de Mary

Observemos las listas de ansiedad/exposición de Mary. Ella sufre un trastorno obsesivo compulsivo que se inició después de que su hijo mayor contrajera hace cinco años un virus que amenazó su vida. Presenta un temor obsesivo y evitación de la sangre, enfermedad, suciedad y gérmenes. Esto ha dado lugar a rituales gravemente incapacitantes de lavado de manos y duchas. Se lava las manos unas 50 veces diarias, su ritual de ducha dura entre una hora y hora y media, además evita pasar cerca de lugares determinados de su ciudad porque los considera “contaminados”.

Entre los disparadores específicos para Mary se incluían las manchas y objetos de color rojo (roja es el color de la sangre), los vagabun-

dos (quienes creía que era más probable que tuvieran llagas y portaran enfermedades) y los hospitales (¡lugares con mucha sangre!). Mary mantenía áreas específicas de “seguridad y limpieza” en su casa que se encontraban limitadas para los demás miembros de la familia, en especial su marido, quien trabajaba para una empresa de repartos a los hospitales locales. Por tanto, le consideraba “contaminado” y se incluía como un ítem de su lista. A continuación se presenta la lista inicial de ansiedad/exposición de Mary:

Listas de Mary de ansiedad/exposición en el temor de contagiarse de una “enfermedad” y nivel de USAs (0-100)

- Tocar una mancha roja en un libro –20
- Pasar/ir en coche cerca de un vagabundo en la calle –30
- Ser visitado por alguien que fue a ver a otra persona hospitalizada –35
- Tocar y usar un teléfono público –40
- Comprar comestibles a un vendedor del mercado con “mal aspecto” –50
- Estacionar el coche junto a la casa de un vecino recientemente fallecido –55
- Sacar el correo del buzón tocado por un cartero “de apariencia sospechosa” –60
- Tocar manchas rojas en un ascensor público –75
- Que el marido se siente en un área “limpia” del salón sin haberse duchado –80
- Alguien entrando a su dormitorio sin ducharse previamente –100

El trastorno obsesivo compulsivo de Mary incluye la evitación de varias situaciones “peligrosas” que implican a hospitales y vagabundos. Por tanto, generó mini-listas independientes que abordaban esas situaciones en concreto. Los ítems de cada lista diferían en sus niveles de USAs en base a su proximidad al objeto o situación temidos: las personas sospechosas de padecer SIDA y todo lo que pudieran tocar; los hospitales y los vagabundos con aspecto enfermizo con “gérmenes”.

Mini-lista de Mary de ansiedad/exposición para los disparadores hospitalarios y nivel de USAs (0-100)

- Entrar un hospital conocido por tratar a pacientes con SIDA, esperar un minuto, después salir –40

- Entrar en el hospital, quedarse en la sala de espera –55
- Sentarse en una silla de la sala de espera del hospital –60
- Tocar una silla en la sala de espera del hospital –70
- Estar en una sala de pacientes en el hospital –80
- Sentarse en una silla en una habitación del hospital –90
- Tocar una silla en una habitación del hospital –95
- Sentarse en una silla en su propia casa tras regresar del hospital –100

Mini-lista de Mary de ansiedad/exposición para el temor a los vagabundos y nivel de USAs (0-100)

- Conducir, con las ventanillas cerradas, por un área en la que se concentran los vagabundos –40
- Conducir, con las ventanillas bajadas una pulgada, por un área en la que se concentran los vagabundos –45
- Conducir, con las ventanillas bajadas por completo, por un área en la que se concentran los vagabundos –50
- Caminar a 25 pies de un área donde se concentra los “sin hogar” –60
- Caminar a 10 pies de un área donde se concentra los “sin hogar” –60
- Permanecer directamente en el área donde se congregan los vagabundos –70
- Tocar directamente el suelo donde se congregan los vagabundos –80
- Darle en la mano a un vagabundo 25 céntimos de dólar, asegurándose de tocar su piel –90
- Tocar el suelo en el que se reúnen los vagabundos y tocar después el interior de su propio coche –100

Listas de ansiedad y exposición para los comprobadores compulsivos: el caso de Melody

A continuación se presentan algunas sencillas listas de ansiedad/exposición de Melody, a quien se mencionó en el capítulo 1. Presentaba amplios rituales de comprobación que implicaban a los interruptores de la luz, cerraduras y electrodomésticos. Un importante componente de su obsesión lo constituye el temor a ser la responsable

de causar un incendio en la casa o facilitar un robo, lo cual se intensifica cuanto más tiempo prevé permanecer fuera de la casa.

Mini-lista de Melody de ansiedad/exposición para los electrodomésticos y nivel de USAs (0-100)

- Cerrar una sola vez la puerta del refrigerador e irse sin comprobarlo –50
- Apagar el fogón e irse sin comprobarlo –60
- Apagar la cafetera eléctrica, dejarla enchufada por la noche –65
- Dejar los pequeños electrodomésticos de la cocina encendidos, salir de casa, volver en una hora –70
- Dejar los pequeños electrodomésticos de la cocina encendidos, salir de casa, volver en tres horas –75
- Dejar los pequeños electrodomésticos de la cocina encendidos, salir de casa, volver en seis horas –80
- Dejar los pequeños electrodomésticos de la cocina encendidos, salir de casa, volver al día siguiente –85
- Comprobar las cerraduras sólo una vez antes de irse a dormir –95
- Dejar los pequeños electrodomésticos encendidos durante la noche –100

Melody redactó la siguiente mini-lista con relación a su compulsión de comprobar las puertas:

Mini-lista de Melody de ansiedad/exposición para la comprobación de puertas y nivel de USAs (0-100)

- Cerrar la puerta principal una vez, comprobarla dos veces y marcharse –65
- Cerrar la puerta principal una vez, comprobarla una vez y marcharse –70
- Cerrar la puerta principal una vez, marcharse sin comprobar, permanecer fuera durante una hora –75
- Cerrar la puerta principal una vez, marcharse sin comprobar, permanecer fuera durante dos horas –80
- Cerrar la puerta principal una vez, marcharse sin comprobar, permanecer fuera durante cuatro horas –85
- Cerrar la puerta principal una vez, marcharse sin comprobar, permanecer fuera durante ocho horas –95
- Cerrar la puerta principal una vez, marcharse sin comprobar, pernoctar fuera –100



La mini-lista de Melody muestra el modo en el que se incrementan sus USAs en la medida que permanece más tiempo fuera de casa. Este hecho será muy útil más adelante, cuando se diseñen los ejercicios de exposición para superar su compulsión a comprobar reiteradamente.

Listas de ansiedad y exposición para el orden y la simetría: el caso de Ben

Ben, que padece un trastorno obsesivo compulsivo desde niño, requiere que los elementos de la despensa de su cocina, tal como las latas de comida se encuentren alineadas como soldados de juguete, perfectamente espaciadas con las etiquetas en el frente. Su ropa se encuentra colgada pulcramente en los armarios y organizada con precisión quirúrgica. Las borlas de las mantas deben yacer en una rectitud perfecta. Los muebles y adornos deben colocarse formando ángulos rectos perfectos con las paredes. Los elementos de la mantelería son doblados y apilados con un equilibrio perfecto. El más ligero desorden, alteración o incorrecta ubicación de cualquier objeto le provoca una ansiedad muy intensa. Aquí se presenta un ejemplo de lista de ansiedad/exposición para Ben:

Lista de ansiedad/exposición de Ben para el orden y la simetría y nivel de USAs (0-100)

- Mezclar la ropa, de modo que los colores no se encuentren alineados –65
- Colocar cojines ligeramente “fuera de su lugar” –70
- Mover las latas de comida del desván, de modo que no se encuentren alineadas “perfectamente” –75
- Colocar las sillas del comedor en una posición “no perfectamente ordenada”, movidas una pulgada –80
- Colocar las sillas del comedor en una posición “no perfectamente ordenada”, movidas dos pulgadas –85
- Colocar cojines moderadamente “fuera de su lugar” –90
- Colocar cojines extremadamente “fuera de su lugar” –95
- Colocar las sillas del comedor en una posición “no perfectamente ordenada”, movidas tres pulgadas –100

Observe que, en general, se incrementa el nivel de USAs de Ben cuanto más lejos se ubiquen los objetos de su posición “perfecta”. En la misma línea de los casos recién discutidos, Ben podría generar mini-listas para áreas específicas; por ejemplo, un listado para el comedor, otro para los objetos desordenados de la cocina, etc. Como en el caso de Melody, estas listas serán muy valiosas para elaborar ejercicios de exposición destinados a superar su compulsión por el orden y la simetría.

La lista de ansiedad y exposición para la lentitud obsesiva: el caso de Jack

Jack presenta una lentitud obsesiva mientras se viste y se ducha. Tales tareas le llevan unas dos o tres horas porque piensa que debe ejecutar ciertos rituales antes de que cada prenda se sienta “bien”. Sus rituales incluyen la repetición (por ejemplo, atarse los cordones tres veces), contar (esto es, hasta llegar a un “buen” número) y estirarse las prendas hasta que se sientan “bien”. Jack, al igual que Mary, toma duchas rituales y excesivamente largas pero existe una diferencia. Mientras que Mary se ducha excesivamente debido a sus temores obsesivos a la “contaminación” de los gérmenes y el virus del SIDA, las parsimoniosas duchas de Jack son tan lentas simplemente porque deben “hacerse bien”. Por ejemplo, las partes del cuerpo deben lavarse en el orden “adecuado” y un cierto número de veces. La contaminación no le preocupa. Aquí se expone la lista de ansiedad / exposición de Jack.

Lista de ansiedad/exposición de Jack para la lentitud obsesiva y el nivel de USAs (0-100)

Colocar la ropa sobre la cama de modo “imperfecto” –50

Ponerse primero el zapato izquierdo (en vez del derecho) –55

Atarse los cordones sólo una vez –60

Atarse los cordones sólo una vez sin llevar a cabo el ritual de darles unos golpecitos cuando termina –70

Colocarse la camisa ligeramente “fuera” de los pantalones, sin estirarla –sin darle unos toques –75



Colocar los pies descalzos en los pantalones tocando el interior de la pata, el modo “incorrecto” –80

Subirse la cremallera del pantalón solamente una vez (en vez de una “buena cantidad” de veces) –90

Salir del dormitorio pisando primero con el pie “equivocado” –95

Salir del dormitorio sin contar hasta “8” tres veces (“errando” voluntariamente) –100

Aquí se presenta una sencilla mini-lista para las interminables duchas de Jack:

Mini-lista de Jack para la ansiedad/exposición para las duchas prolongadas y el nivel de USAs (0-100)

Mientras se ducha, lavarse una parte del cuerpo saltándose el orden “correcto” –55

Mientras se ducha, lavarse dos zonas del cuerpo saltándose el orden “correcto” –65

Mientras se ducha, lavarse tres áreas del cuerpo saltándose el orden “correcto” –75

Mientras se ducha, lavarse todas las partes del cuerpo saltándose el orden “correcto” –85

Lavarse las partes del cuerpo un número “erróneo” de veces, acelerar la ducha –95

Lavarse solamente una vez las áreas del cuerpo, acelerando la ducha –100

De nuevo, observe cómo Jack puntuaba más alto en la escala de USAs si no completaba su conducta ritual del modo “correcto”. Observe que estas listas de ansiedad/exposición suministran un anteproyecto para efectuar su propio trabajo de exposición y prevención del ritual.

Ahora, y empleando estos listados como guía, redacte su propia lista de ansiedad/exposición para alguno de sus síntomas a tratar (véase el capítulo 5). Recuerde, puede elaborar varias mini-listas que cubran diferentes temores tal como “lista del cuarto de baño”, “lista del SIDA” o lista de la “llave del agua”.

Lista de ansiedad/exposición para _____	Nivel de USAs (0-100)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____

PASO A PASO DE LA EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DEL RITUAL (EPR)

Ahora que usted ya ha elaborado una lista de ansiedad/exposición para sus síntomas desencadenantes, se encuentra preparado para introducirse en el corazón de la terapia de conducta –la exposición y la prevención del ritual (EPR). La *exposición* consiste en emplear las situaciones de su listado para crear oportunidades para cambiar el modo en el que reacciona habitualmente a estas situaciones generadoras de ansiedad.

El empleo de su listado de ansiedad/exposición

Paso a paso, confrontará las situaciones personales que le generan ansiedad. Las enfrentará de un modo completamente distinto al que solía emplear –por ejemplo, duchándose, lavándose o limpiando en exceso. Sentará las bases para recuperarse del trastorno obsesivo compulsivo. Aquí se detalla el proceso paso a paso:

Paso 1. Elija una mini-lista y empiece con los ítems que provocan al menos un grado moderado de ansiedad (alrededor de 50-60 USAs)

Observe que es sumamente importante que el ítem que escoja para su exposición le provoque, al menos, un nivel moderado de temor. Si usted *no* siente ningún temor o ansiedad cuando efectúa la exposición, prosiga con la siguiente situación o evento desencadenante de su listado. Con esto se pretende suministrarle una experiencia de primera mano sobre la habituación. Ésta, como recordará por el capítulo 3, conforma una respuesta natural de su sistema nervioso frente a un estímulo *prolongado* –con el tiempo, disminuye el nivel de temor y la activación nerviosa. Sin embargo, usted puede beneficiarse de la habituación solamente si favorece y confronta un nivel adecuado de malestar. Usted ya ha escuchado muchas veces aquello de “Sin esfuerzo no se consigue nada”. ¡Ésta es la clave para efectuar la EPR! Como es muy gratificante ver su progreso diario, emplee el formulario de la práctica diaria de exposición que se encuentra al final del capítulo, con el fin de no perder de vista su mejoría.

En nuestro ejemplo, una de las mini-listas de Mary implicaba la idea de “contaminación por parte de un vagabundo”. El ítem que menos ansiedad le generaba era “Conducir, con las ventanillas cerradas, por un área en la que se concentran los vagabundos”. Mary llevaba a cabo esta exposición conduciendo por el área contaminada. Su nivel inicial de USAs era moderado, alrededor de 45-50. Permitía que emergieran sus sentimientos de ansiedad.

Paso 2. Permitir que aumente el malestar, dejarle estar ¡y no evitarlo!

Empiece a sentir cómo crece el nivel de USAs cuando se encuentra en una situación desencadenante. ¡Resista con este sentimiento y no lo evite ni lo bloquee! Si su nivel de USAs se incrementa mucho eso está bien. Cuanto más se incremente mejor. *¡Es mejor un exceso de USAs que un déficit!* Trate de no temer su malestar. Aunque puede sentirse a morir, nadie ha fallecido ni enloquecido debido a la exposición. En un breve período de tiempo –o quizás más– se percatará de que su nivel de USAs empieza a decrecer. Esto es una señal de que está presentán-

dose la habituación. Esto puede tardar unos minutos u horas. ¡Manténgase firme –aguante, no importa el tiempo que pase!

¡Clave para liberarse!

Si se encuentra excesivamente incómodo al empezar, incluso con un ítem de su lista que genere poca ansiedad, haga que su exposición sea un poco más sencilla. Por ejemplo, si usted teme tocar un objeto “contaminado” con su mano, inicie el proceso tocándolo con la uña o con el extremo de ésta. En los temores de comprobación, si marcharse sin comprobar un grifo es demasiado angustioso, permítase una breve comprobación para empezar. En los rituales de orden, si mover un objeto a un pie de distancia de su lugar “correcto” es abrumador, empiece desplazándolo sólo una pulgada. *¡Lo importante no es dónde empieza, sino que parta de algún lugar!*

Errores en la exposición: modos típicos de bloquear o evitar la exposición

Si su nivel de USAs no se incrementa lo suficiente, busque los medios mediante los cuales puede estar bloqueando la ansiedad durante la exposición. Algunas formas habituales que emplean los sujetos para bloquear sus sentimientos son las siguientes:

- Calmarse, llegando a “insensibilizarse” voluntariamente ante la experiencia. Es importante permanecer alerta y en contacto con el temor a lo largo de todo el proceso.
- Confiar en una “señal de seguridad” tal como un cónyuge, terapeuta o amigo que le tranquilicen en exceso mientras practica la exposición. Aunque un amigo o asistente puede erigirse en una fuente de motivación, cuide que su presencia no sirva para neutralizar sus temores. Por ejemplo, el amigo/asistente que, mientras le ayuda a salir de casa sin comprobar las cerraduras y el gas, le recuerda una y otra vez que “usted se encuentra totalmente seguro y no ha ocurrido nada malo”. O un amigo que le muestra textos



médicos sobre la imposibilidad de contagiarse de SIDA sin un contacto directo. La confianza en este tipo de alivio puede convertirse incluso en otra compulsión y en un elemento autoderrotista. Si usted se encuentra con que esta confianza excesiva en su amigo/asistente le hace sentirse cómodo cuando efectúa la exposición, trate eventualmente de practicar ésta por sí solo, de modo que pueda lograr el máximo de los beneficios.

- Efectuar ritos encubiertos tal como contar, rezar, etc., con el fin de neutralizar la ansiedad o el malestar de la exposición.
- Disociarse de la experiencia pensando, por ejemplo: “No soy yo quién lo está haciendo sino otro”. Ésta es una forma de pensamiento “mágico” al que pueden recurrir las personas con trastorno obsesivo compulsivo para manejar su malestar durante las exposiciones.

En las líneas inferiores, efectúe un listado de los medios que estará tentado a emplear para bloquear o evitar la exposición:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Paso 3. Practique la prevención del ritual mientras efectúa la exposición

Como explicábamos en el capítulo 3, la exposición sólo funciona cuando es ejecutada, mano a mano, junto con la *prevención del ritual*. Ésta consiste en el bloqueo voluntario de los rituales compulsivos y es una de las claves de su progreso con el programa autodirigido. Efectuar la prevención del ritual es semejante a abstenerse a rascarse una irritación cutánea, sabiendo que si lo hace sólo aumentará dicho picor. Si se abstuviera exitosamente de rascarse, la irritación tendría la oportunidad de desaparecer por sí misma.

Normas generales para la prevención del ritual

- Usted podría estar de acuerdo en permitir que un familiar o amigo le ayude a modo de asistente. Instruya a dicha persona sobre la necesidad de impedirle violar las normas, que le debería instar con calma, pero firmemente, a que siga las normas.
- Si usted experimenta la necesidad de llevar a cabo el ritual y piensa que no lo va a resistir, hable antes con su persona de apoyo. Pídale que permanezca con usted hasta que tal impulso disminuya hasta un nivel manejable.
- Como norma general, nadie que padezca un trastorno obsesivo compulsivo debería ser restringido físicamente antes de actuar el ritual. Con todo, existen algunas situaciones en las que tal restricción podría ser apropiada. Por ejemplo:

Los rituales que amenacen la integridad física de la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo.

Cuando usted haya acordado, *antes* de iniciar el programa auto-dirigido, un plan específico en el que la persona de apoyo (cónyuge, amigo, familiar) le restrinja físicamente.

Enfrentando sus temores de llevar a cabo el ritual

Los individuos que padecen el trastorno obsesivo compulsivo temen no llevar a cabo sus rituales por varias razones. Entre los miedos habituales se encuentran morir, dañar a los demás, fracasar a la hora de evitar un daño a una tercera persona, enloquecer, provocar que se enferme alguien de quien cuidan, sentirse culpable por algo malo que suceda, ir a la cárcel o perder el trabajo.

En el siguiente formulario, elabore un listado de las consecuencias que usted teme que podrían acontecer si no llevara a cabo los rituales. Indique, empleando la escala de USAs, su grado de temor. Después evalúe, en una escala de 0 a 100 y, teniendo en cuenta las siguientes pautas, la probabilidad de que ocurra realmente la consecuencia temida:

Consecuencias temidas ante la no ejecución del ritual

Evalúe su grado de certidumbre (tercera columna) empleando la siguiente escala de 100 puntos:



0% = No es probable en absoluto, sé que es completamente estúpido y no dudo de ello.

25% = No creo en que realmente suceda, pero no deseo correr ningún riesgo.

50% = De algún modo creo que realmente sucederá, pero no deseo correr ningún riesgo.

75% = Creo firmemente en que realmente sucederá, pero no deseo correr ningún riesgo.

100% = Estoy plenamente convencido de que esto sucederá, no dudo en absoluto y no deseo correr ningún riesgo.

Consecuencia(s) temida(s)	Nivel de USAs (0-100)	Grado de certidumbre (0-100%)
1. Ejemplo: "Yo mismo o alguien que quiero se enfermará y morirá"	100	50%
2. _____	___	___
3. _____	___	___
4. _____	___	___
5. _____	___	___
6. _____	___	___
7. _____	___	___
8. _____	___	___

Paso 4. Repita la tarea de exposición una y otra vez hasta que su tasa de USAs baje a 20 o menos. Después pase al siguiente ítem de su lista

Como se expuso en el capítulo 3, el proceso de habituación exige un contacto extensivo y prolongado con las situaciones, lugares y objetos que provocan la ansiedad. En general, la habituación acontece cuando

se encuentra en contacto con la situación que genera la ansiedad y su nivel de USAs desciende aproximadamente a 20.

La exposición y el ritual de prevención de Mary

En nuestro ejemplo, Mary repitió su primera exposición (conducir junto a un vagabundo con las ventanillas cerradas) una y otra vez, percatándose en cada ocasión del cambio en su nivel de USAs. Tras un tiempo, esta situación que en su momento generó tanto temor, se convierte simplemente en aburrida. Tasó su nivel de USAs durante esta exposición en 20 o menos.

Después estuvo preparada para pasar al siguiente ítem de su listado de ansiedad/exposición (conducir cerca de un vagabundo con los cristales bajados una pulgada). Inicialmente, esta exposición incrementó su nivel de USAs hasta 60-70. A pesar de lo ilógico que parecía, incluso para ella misma, el trastorno obsesivo compulsivo de Mary le generaba el temor de que el “aire contaminado” que envolvía al vagabundo podría contaminar el interior de su coche. A pesar de dicho miedo, repitió su exposición reiteradamente hasta que se habituó a ello y se sintió poco angustiada (cuando era el caso).

Después pasó gradualmente a los siguientes ítems de su listado y repitió los pasos 1-4 con cada uno de ellos. Cuando Mary se encontraba preparada para confrontar su situación más temida (tocar el suelo en el que se congregaban los vagabundos y después el interior de su propio coche), llegó a angustiarse mucho. Entre sus pensamientos de miedo se incluían:

- “Nunca estaré ‘limpia’ de nuevo”.
- “Toda mi casa se contaminará” (si iba del coche a su hogar).
- “Todo se contaminará”.

A pesar de sus temores, perseveraba con la exposición, repitiendo la tarea de tocar ligeramente todos los objetos de su coche, dentro y fuera. Cuando Mary completó su lista del “vagabundo”, empezó con la del “hospital”. Pasó ligeramente la esquina de un pañuelo de papel por la parte trasera de las sillas de la sala de espera del hospital (las cuales



pensaba que se hallaban contaminadas con el virus del SIDA). Se llevó el pañuelo a casa y rozó con él muchos objetos del hogar, incluyendo las instalaciones del baño, los muebles del dormitorio e incluso el lavabo.

Mary practicó las exposiciones diariamente, durante algunas horas. Tras una semana, fue capaz de tocar prácticamente todos los objetos del hogar con su pañuelo y sentir muy poco temor. Su meta era “eludir la evitación”. Cualquier idea de querer proteger un objeto de la “contaminación” era contrapuesta tocando el objeto con el pañuelo. A medida que ganaba confianza en que nada “terrible” le iba a suceder a ella o a sus seres amados, disminuyeron sus temores obsesivos.

APLICANDO LA EPR EN ALGUNOS PROBLEMAS HABITUALES EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

Ahora que está parcialmente familiarizado con los principios básicos de la EPR, aprenderá algunos detalles más sobre el modo de aplicarlos a algunos de los síntomas más comunes del trastorno obsesivo compulsivo, incluyendo los suyos propios.

Lavado compulsivo

Método del “camino rápido” empleando el bloqueo total del agua

Este método, aunque en un principio parece ser el más amenazador, si se sigue rigurosamente logra resultados rápidos en el caso de los “lavadores” compulsivos en un período de tres semanas.

- Durante un período mínimo de tres semanas, excepto en el caso de los procedimientos de la lista inferior, debe limitar drásticamente, o bloquear, el empleo del agua para su cuerpo: lavado de manos limitado, no enjuagarse en exceso, no emplear toallas húmedas o prehumectadas y no nadar. La ducha durará 7 minutos para los hombres (10 para las mujeres) cada tres días (esto incluye el lavado del cabello). Emplee un temporizador para limitar sus duchas. El lava-

do ritual o repetitivo de ciertas áreas corporales –tal como los genitales y el cabello– debería restringirse en la medida de lo posible.

- Es pertinente el empleo de gel y otros artículos de aseo (sales de baño, desodorante, etc.), excepto cuando su uso reduzca la “contaminación”. No emplee bactericidas, jabones u otros elementos de aseo.
- El afeitado se efectuará con maquinilla eléctrica, nunca con agua. Ésta podrá beberse o emplearse para el lavado de los dientes. Ha de prestarse atención a que el agua no se derrame por sus manos o la cara.
- Restrinja su lavado de manos a los siguientes momentos: antes de las comidas; tras el uso del sanitario y después de manejar objetos grasosos o visiblemente sucios. No exceda los 6 lavabos diarios ni pase más de 30 segundos en cada ocasión. Pueden elaborarse consideraciones especiales en aquellos casos en los que la persona desempeña un trabajo en el que es necesario lavarse las manos más a menudo, tal como las enfermeras y otros profesionales sanitarios, y en aquellos sujetos que, por razones médicas, necesitan acudir al baño con más frecuencia que la media. Una vez que haya progresado, podrá empezar a lavarse las manos con normalidad.
- Las personas con rituales de aseo exagerados, por ejemplo aquellos que emplean lejía y otros detergentes innecesariamente fuertes para la limpieza corporal, deberían retirar por completo de su casa dichos elementos. Cualquier limpieza del hogar debería efectuarse con productos de limpieza sencillos y no tan agresivos (véase la discusión sobre la limpieza normal en la página 135).

Para los limpiadores compulsivos, la meta del programa de prevención del ritual es “volver a calibrar” la relación del cerebro con el agua y la función de la limpieza y del lavabo. En la limpieza y el lavabo impulsados por el trastorno obsesivo compulsivo, el agua, el jabón y los detergentes se emplean, de modo erróneo, como herramientas de regulación de la ansiedad para eliminar la “contaminación”. En contraposición, la meta de la limpieza y el lavabo normal es simplemente lograr la sensación de “fresco y limpio”.



Método gradual para los lavadores compulsivos: “demora de ritual”

Si el método rápido de prevención del ritual descrito anteriormente le parece abrumador, trate de seguir este procedimiento empleando la demora del ritual. Se efectúa mejor en tres fases, las cuales se llevan a cabo a su propio ritmo.

Durante la fase uno, la cual puede durar unos días o una semana, trabajará para llegar a sentirse más cómodo con la idea de demorar su lavado, a la vez que se acorta la duración de éste.

En la fase dos, se le permitirá un breve lavado *sólo* cuando su nivel de USAs haya disminuido. Continuará hasta reducir la duración y el número lavados diarios.

Durante la fase tres, usted se expondrá a situaciones que cada vez le generen más ansiedad y reducirá el lavado a *niveles normales*. Esto significa que usted se *lavará* solamente en las situaciones prescritas como “normales”. Para ayudarle a decidir qué es “normal”, hemos incluido instrucciones (véase la página 135).

Aunque usted pudiera no progresar tan rápida y profundamente como indica el “método rápido”, algunas personas consideran que este procedimiento es más fácil de manejar. Cualquiera otro puede ser extremadamente efectivo y servirle en su meta de deshacerse del trastorno obsesivo compulsivo.

Primera semana: fase I

1. Elija, de su lista de situaciones de ansiedad/exposición, un objeto o situación “contaminado” que desencadene habitualmente un lavado de manos y/o ducha u otras conductas neutralizantes (empleamos el término “neutralizante” para designar un “descenso de ansiedad” o una “disminución del malestar”). Después escoja un período de tiempo en el que se va a abstener de lavarse, lo cual generará un nivel de ansiedad de aproximadamente 50-60 USAs. Puede ser un minuto, cinco, diez, veinte o más. Eso depende de usted.
2. Toque el objeto hasta que se sienta lo suficientemente “contaminado” (50-60 USAs). Empleando un cronómetro, temporizador o cualquier otro método, espere durante el período de tiempo elegi-

do sin lavarse, ducharse y sin neutralizarlo. Experimente la ansiedad sin bloquearla.

3. Para el final de su período de tiempo predeterminado (cinco, diez, veinte minutos, etc.), lávese, dúchese y neutralícelo tal y como haría normalmente. Pero esta vez, reduzca la duración de su lavado en un cincuenta por ciento. Trabaje, en cada ocasión, en reducir su período de lavado en segundos, minutos u horas, dependiendo del nivel de su línea base en lo que respecta al lavabo (antes de que iniciara el programa autodirigido). Si usted normalmente se ducha durante una hora, redúzcalo a media. Si usted se lava las manos durante tres minutos, acórtelo a un minuto y medio. Si neutralizara su ansiedad de algún otro modo, reduzca el período de tiempo que emplea a la mitad. Repita esta exposición tres veces diarias o en tantas ocasiones como pueda, hasta que capte la idea de demorar el lavado.

Usando de nuevo a Mary como ejemplo, aquí se expone su gráfica mostrando su programa de demora del ritual para la fase I, de una semana de duración. El nivel (inicial) de la línea base de rituales de Mary implicaba lavarse sus manos una media de 50 veces por día y ducharse durante una hora u hora y media. Durante la fase I, su exposición consistía en sentarse en su coche, en la zona “contaminada” del aparcamiento durante cinco minutos antes de permitirse lavarse sus manos o ducharse. Mary repitió la situación de exposición al menos tres veces diarias, en días consecutivos hasta que su nivel de USAs se redujo hasta 20. Al tercer día, añadió otro ítem –tocar sus llaves “contaminadas” (las cuales habían tocado a su vez el coche “contaminado”). Trabajó simultáneamente en dos exposiciones, permitiéndose experimentar tanto malestar como le era posible.

Mary fijó la meta, en la *fase I*, de reducir los rituales (el número total/duración de los lavados de manos y la duración de las duchas) a un 50 por ciento. Inicialmente, eso era lo que consideraba que podría manejar. Sin embargo, hacia el final de la semana, ¡se percató de que podría disminuir aún más el número y duración de los lavados de manos y duchas! Registró el número de veces que se lavaba las manos



a diario empleando el formulario de trabajo (en la página 138). Se empleó un temporizador para restringir la duración de sus duchas.

Observe que para otros desencadenantes de ansiedad, tal como tocar el buzón “contaminado” de la fase II, la demora del ritual puede acortarse un día o dos si fuera necesario, dependiendo del grado de USAs. Cuanto más ansiosa estaba Mary, menos tiempo lo lograba demorar, al menos en un inicio. Durante la fase I, es importante seguir incrementando el período de demora y, en la medida de lo posible, con cada día sucesivo de exposición.

Gráfica de la demora del ritual en Mary: fase I

Fase I	Objeto(s) tocado(s)	USAs iniciales	Demora del ritual	Duración de la ducha (% reducido de la línea base)	Nº total de lavado de manos (%)
Día 1	Aparcar, sentarse en Un lugar “contaminado” del Parking	85	5 minutos	60 minutos (33%)	45 lavados (10%)
Día 2	Aparcar en un lugar - “contaminado”	70	10 minutos	60 minutos (33%)	40 lavados (20%)
Día 3	Aparcar en un lugar “contaminado”	40	20 minutos	60 minutos (33%)	30 Lavados (40%)
Día 4	Aparcar en un lugar - “contaminado”	20	30 minutos	60 minutos (33%)	25 Lavados (50%)
Día 5	Tocar llaves “contaminadas”	90	30 minutos	60 minutos (33%)	25 lavados (50%)
Día 6	Tocar llaves “contaminadas”	75	45 minutos	45 minutos (50%)	25 lavados (50%)
Día 7	Tocar llaves “contaminadas”	65	60 minutos	45 minutos (50%)	10 lavados (80%)

Segunda semana: fase II

Durante la segunda semana “se graduará” en la fase dos. Ahora comprende la decisión de tocar objetos y permanecer en lugares que

usted considera contaminados y demorar después sus rituales durante varios minutos o más. Ha reducido, con esperanza, el número y duración del lavado de manos y las duchas. No se preocupe si por ahora no lo ha minimizado en exceso: lo conseguirá.

Ahora añadirá un nuevo componente a las prácticas: demore la ejecución de los rituales *tanto como necesite hasta que su nivel de USAs descienda a menos de 20*. Esto exige más tiempo, más fuerza de voluntad y la habilidad para resistir ciertas emociones negativas durante períodos de tiempo más largos. Todavía se le permite lavarse, pero sólo una vez que haya descendido su nivel de USAs lo suficiente como para que su cerebro capte este mensaje, “Si tan sólo espero, el malestar descenderá por sí mismo”. El tiempo juega a su favor. Sea paciente y espere: ¡el malestar disminuirá!”

Durante la fase II, usted todavía dispone de la “muleta” de saber que pronto se lavará las manos. Pero eso solamente se presenta una vez que llega a habituarse a la situación que genera la ansiedad. En ese punto, ya sea varios minutos u horas, un lavado no parece algo de una importancia vital. Repita las exposiciones varias veces al día hasta que se las haya arreglado para reducir significativamente su nivel inicial de USAs.

Introduzca cada día, y en la medida que controle las situaciones que causaban en inicio su ansiedad, nuevos ítems de su listado de ansiedad/exposición mientras prosigue con la reducción de sus rituales. El siguiente diagrama constituye un ejemplo de la fase II de Mary referida a su temor al SIDA y los gérmenes:

Gráfica de la demora del ritual en Mary: fase II

Fase II	Objeto(s) tocado(s)	USAs iniciales	Demora del ritual	Duración de la ducha (% reducido de la línea base)	Nº total de lavado de manos(%)
Día 8	Tocar una carta “sucia”	95	45 minutos	45 minutos (50%)	10 lavados (80%)
Día 9	Tocar una carta “sucia”	60	20 minutos	30 minutos (66%)	10 lavados (20%)
Día 10	Tocar una carta “sucia”	20	5 minutos	30 minutos (66%)	10 lavados (80%)



Día 11	Tocar manchas rojas	100	30 minutos	30 minutos (33%)	10 lavados (80%)
Día 12	Tocar manchas rojas	75	15 minutos	30 minutos (66%)	10 lavados (80%)
Día 13	Tocar manchas rojas	50	5 minutos	30 minutos (66%)	10 lavados (80%)
Día 14	Tocar manchas rojas	20	1 minuto	30 minutos (66%)	10 lavados (80%)

Percátense de que durante esta fase, el período de tiempo que le conlleva a Mary bajar su nivel de USAs a 20 o menos fue considerablemente más corto. Al mismo tiempo, Mary disminuyó significativamente su número de lavados y duchas (66% y 80% por debajo de la línea base respectivamente). Con frecuencia, ella elegía no lavarse en absoluto sus manos cuando empezaba a parecerle innecesario.

Tercera semana: fase III

A estas alturas, debería darse cuenta de que aunque ciertas situaciones todavía le provocan ansiedad y temor, tiene capacidad para tolerar el malestar hasta que las emociones pasen por sí solas sin llevar a cabo ritual alguno. Esto significa que usted pasará muchas horas sin contacto alguno con el agua y dedicando cada vez menos tiempo al lavado y las duchas.

Durante la fase III, el énfasis se sitúa en la exposición a las situaciones que provocan los temores principales, aquellos del rango de 90-100 USAs, con la meta de reducir el lavado a niveles normales. Compruebe las normas del lavado normal de la página 135. Observará que, en este punto, un lavado normal puede dejarle con la sensación de que no está “demasiado limpio”. Esto es lo esperado y probablemente persistirá durante algún tiempo hasta que su cerebro se adapte a este sentimiento nuevo y “normal”. Recuerde, deshacerse del trastorno obsesivo compulsivo significa reemplazar la “limpieza obsesiva compulsiva” por la “limpieza normal” o el “suficientemente limpio”, por tanto sea paciente.

Durante la fase III, Mary se expuso a las situaciones de su lista de ansiedad/exposición que le provocaban su principal temor: la gente

de fuera que se sentaba en su casa y “contaminaba” su sala de estar y los muebles del dormitorio. Varias veces al día, y durante períodos prolongados de tiempo, hizo que su esposo (que trabajaba en torno a lugares e individuos “contaminados”) se sentara en tales áreas vistiendo su ropa “sucia”. Permanecía allí tanto tiempo como ella necesitaba para reducir su nivel de ansiedad por debajo de los 20 USAs o a niveles manejables. Al mismo tiempo, ella limitó sus duchas a una sola sesión, de 10 minutos diarios, y al final de la semana, se lavaba las manos sólo en las ocasiones que ello era pertinente (véanse las normas para el lavado de manos normal de la página 135).

Gráfica de la demora del ritual de Mary: fase III

Fase III	Objeto(s) tocado(s)	USAs iniciales	Demora del ritual	Duración de la ducha (% reducido de la línea base)	Nº total de lavado de manos (%)
Día 15	“Contaminar” el salón con “gérmenes”	95	45 minutos	20 minutos (78%)	15 lavados (70%)
Día 16	“Contaminar” el salón con “gérmenes”	80	20 minutos	20 minutos (78%)	15 lavados (70%)
Día 17	“Contaminar” el salón con “gérmenes”	40	10 minutos	20 minutos (78%)	15 lavados (70%)
Día 18	“Contaminar” el salón con “gérmenes”	20	5 minutos	15 minutos (85%)	10 lavados (80%)
Día 19	“Contaminar” el dormitorio con “gérmenes”	100	15 minutos	15 minutos (85%)	10 lavados (80%)
Día 20	“Contaminar” el dormitorio con “gérmenes”	50	5 minutos	10 minutos (90%)	5 lavados (90%)
Día 21	“Contaminar” el dormitorio con “gérmenes”	20	0 minutos	10 minutos (90%)	5 lavados (90%)

Ahora, haga copias del gráfico inferior para planificar su estrategia de tres semanas referida a la demora del ritual.



Gráfico de demora del ritual: lavadores compulsivos

Fase __	Objeto(s) tocado(s)	USAs iniciales	Demora del ritual	Duración de la ducha (% reducido de línea base)	Nº total de lavado de la manos (%)
Día__					
Día__					
Día__					
Día__					
Día__					
Día__					

Reglas para un lavado “normal”

En lo referente a la exposición y ritual de prevención, el lavado normal consiste en lo siguiente:

1. Un lavado de manos (menos de 30 segundos) justo antes de las comidas y otro después de éstas (menos de 30 segundos).
2. Un lavado de manos (menos de 30 segundos) tras acudir al baño.
3. Un lavado de manos (menos de 30 segundos) tras cambiar un pañal, vaciar el baño de los gatos, sacar la basura o hacer la colada.
4. Un lavado de manos (menos de 30 segundos) tras manipular objetos con grasa o *visiblemente* sucios.
5. Una ducha diaria, de siete minutos para los hombres y de 10 a 12 para las mujeres.
6. Durante la ducha no puede llevarse a cabo ningún ritual en absoluto.
7. Tras actividades vigorosas, tal como hacer deporte, entrenamientos o jardinería, es correcto un breve lavado de manos y una ducha rápida (empleando las pautas anteriores).
8. En general, aparte de las normas descritas anteriormente, el lavado de manos debería efectuarse *sólo* si existieran signos *visibles* de suciedad en las manos. Nunca en caso contrario.

9. ¡Sea consciente de que el trastorno obsesivo compulsivo es tramposo! Puede crear la sensación corporal de estar sucio incluso cuando no sea el caso. Sea tan honesto consigo mismo como sea posible con relación a la presencia de suciedad. *En caso de duda no se lave.*
10. Para lavarse las manos emplee únicamente un jabón sencillo tal como Ivory, Dial u otra marca comercial. No utilice ningún jabón bactericida ni nada semejante.
11. Deben efectuarse algunas consideraciones especiales con aquellas personas cuyo trabajo exige lavarse las manos más a menudo, tal como las enfermeras u otros profesionales sanitarios y con quienes, debido a razones médicas, deben acudir al baño con más frecuencia que el resto.
12. Naturalmente, cuando la persona esté enferma, debería guardarse siempre una higiene adecuada.

Procedimientos adicionales para los lavadores compulsivos

- Al igual que en el ejemplo de Mary, es una buena idea crear una “prenda contaminada” (podría ser cualquier pequeño trozo de tela o un pañuelo) que usted empleará con el fin de efectuar exposiciones ante los objetos temidos tal como los pomos de las puertas o los retretes. El procedimiento es tocar ligeramente el objeto temido con el borde de dicha prenda y después tocar los objetos de su coche y su hogar con los que convive a diario. Basta tan sólo con “contaminar” el lado más minúsculo de la prenda para sentir que ésta se encuentra totalmente “contaminada”. Mientras efectúa la exposición con su prenda, puede percatarse de que tras un tiempo, (que va desde unos minutos a unas pocas horas) la prenda ya no se siente “contaminada” (esto significa que usted se ha habituado a ella). Por tanto, es necesario “recargar” la prenda volviendo a tocar el objeto original “contaminado”. Después estará preparado para reanudar sus exposiciones.
- En el caso de que cometa un desliz y se lave cuando se supone que no es el momento, “recontamínesse” con su “prenda contaminada”



inmediatamente después. Después continúe con la prevención y los ejercicios de prevención del ritual.

- Con frecuencia, las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo vinculado con el tema de la contaminación, no distinguen entre algo “desagradable” y algo “peligroso”. Se preocupan excesivamente por el contacto de un objeto simplemente porque constituye algo desagradable. Si se sigue adelante y se toca un objeto “desagradable”, el miedo asociado con éste se reducirá finalmente a niveles manejables.

Reducción de los rituales de lavado con el método de la autoobservación

Si usted simplemente siente demasiado temor ante la perspectiva de efectuar cualquier tipo de exposición, haga la prueba con este útil método para reducir los rituales de lavado:

1. Fotocopie el siguiente gráfico y sitúelo en algún lugar sobre el lavabo. Empléelo para seguir la pista del número de veces que se lava a diario sus manos. Tenga cerca un lápiz o un bolígrafo para su empleo inmediato.
2. Cada vez que se lave las manos anótelo de inmediato en la gráfica. Incluya también los baños y las duchas. Anótelo incluso aunque el lavado se encuentre justificado (antes de las comidas, tras entrar al baño). Si usted trata de justificar si necesita registrarse o no el lavado, se pondrá excusas continuamente, de modo que anote *cada vez* que se lave las manos. Sin excepción alguna.
3. Para desacostumbrarse del jabón y el agua, podría empezar a sustituirlos *de modo temporal* por toallitas sin alcohol para niños, tal como los paños Diaperene. Son mucho más suaves y evitan el rozamiento con la toalla, el cual irrita las manos.
4. Marque también el uso de una toallita húmeda como si fuese un lavado, empleando la letra código “T”. La primera meta es lograr el menor número de marcas como sea posible. La segunda es conseguir la menor cantidad posible de códigos “J” que designarán al

“jabón y agua”. ¡No haga trampas! El trastorno obsesivo compulsivo sabe cuando usted está mintiendo, ¡y se alimenta de ello!

5. Tras la comida, emplee servilletas secas en vez de lavarse las manos.
6. Programe las actividades que ensuciarán ambas manos, después láveselas al final de la última actividad, en vez de hacerlo cada vez que finaliza una.

Formato de registro del lavado diario

J- Lavado de manos con jabón y agua.

D- Ducha.

T- Lavado de manos con toallitas húmedas.

B- Baño.

L- Lavado de manos –otra situación.

Fecha	Evento del lavado	Nº total de lavados diarios
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comprobadores compulsivos

Cuando se efectúa la exposición y la prevención del ritual en el caso de la comprobación, se trabaja con el objetivo de que la gente efectúe una sola verificación en aquellas circunstancias en las que así lo harían la mayoría de las personas. Por ejemplo, las cerraduras, los grifos, los electrodomésticos, deberían comprobarse sólo una vez después de que se usan. Trabajar para abstenerse de comprobar los ítems en aquellas situaciones en las que, por lo habitual, no son revisadas, por ejemplo, comprobar repetidamente un cheque que ha rellenado para realizar un pago con el fin de asegurarse de que escribió la cantidad adecuada.



La prevención estricta del ritual de comprobación es un proceso muy desafiante. Trate de emplear las siguientes técnicas para intensificar sus esfuerzos a la hora de afrontar los poderosos impulsos de comprobación:

- En vez de comprobar reiteradamente la cerradura una y otra vez, hágalo sólo en una ocasión; después planee verificarla cada cinco minutos durante una hora. Esta “hipercorrección” convierte a la comprobación en algo más engorroso y así podría inhibirla.
- Emplee la posposición como un elemento de su prevención del ritual. En otras palabras, efectúe un “pacto” consigo mismo de comprobarlo más adelante. Con frecuencia, para cuando llega este “más adelante”, la necesidad de comprobación habrá pasado ya.
- ¡La necesidad de ejecutar el rito durante la prevención de éste es muy poderosa! Se asemeja a un potente imán que trata de atraerle hacia el área que no ha comprobado. Entréñese para “resistir al imán” distrayendo su mente de la necesidad. Céntrese en otra actividad. Realice alguna tarea, efectúe una llamada de teléfono o realice alguna actividad física, tal como caminar o algún ejercicio vigoroso.
- Debido a que la comprobación implica a menudo temores e imágenes de eventos futuros catastróficos, emplee la exposición en imágenes junto con la exposición y la prevención del ritual (véase el capítulo 7).
- Combata la necesidad de realizar una comprobación mediante el empleo de técnicas de autodiálogo, tal y como se detallan en la sección “Corrección de creencias erróneas” del capítulo 8.

Orden y simetría

Estas compulsiones implican una actitud de intolerancia con aquellos objetos domésticos que no se encuentran perfectamente ordenados y colocados, o que se hallan en una posición ligeramente asimétrica. La exposición y la prevención del ritual consisten en una habituación gradual una situación “errónea” e imperfecta de los objetos efectuada a

propósito. La prevención del ritual implica el manejo del impulso compulsivo de devolver estos objetos a sus ubicaciones “perfectas” previas.

Proceda con la exposición a los ítems de su(s) listado(s) de ansiedad/exposición que generen el menor nivel de ansiedad de USAs y progrese gradualmente. Tras desplazar voluntariamente un objeto de su ubicación “perfecta”, mantenga la prevención del ritual sin volver a ordenar nada. Permita que su malestar aumente y continúe bloqueando el impulso hasta que descienda a niveles manejables.

Si usted no pudiera tolerar siquiera más leve la prevención de ritual, emplee la técnica de la “demora del ritual” esbozada en la página 129 pero aplicada a su problema de orden. Por ejemplo, trate de “desordenar” cada día (durante una semana) uno o varios objetos de la casa, tal como la sobrecama o tire las almohadas al suelo. Después trate de demorar la acción de ordenar durante un período de tiempo predeterminado que incremente su nivel de USAs hasta al menos 50 o 60. Quince minutos, media hora o más es adecuado. De nuevo, eso depende de usted.

Repita este proceso dos o tres veces diarias durante algunas jornadas hasta que haya empezado a habituarse. Después incremente el “período de espera” a dos horas. Tras un tiempo, cuando se haya habituado, aumente dicho período de espera aún más, hasta que usted sea capaz de “desordenar” y no poner en orden algo durante todo un día al completo y lo tolere con muy poco malestar. No se preocupe, a su familia no le importará que la casa no esté “perfecta”. ¡Probablemente apreciarán sus esfuerzos por ayudarse!

Observe que los miembros de la familia a veces creen servir de ayuda “desordenando” a propósito objetos que la persona con trastorno obsesivo compulsivo normalmente mantiene ordenados y simétricos. A menos que el mencionado “desorden” sea solicitado por el enfermo, será de poca ayuda y probablemente provoque la enemistad de dicha persona y empeore las cosas.

Muchos individuos con la compulsión de ordenar y disponer simétricamente las cosas temen que si se “curan” de su problema pasarán a ser personas desordenadas, desorganizadas y descuidadas. Nada de eso sucederá. Más bien, cuando se libere de esta tiránica forma del



trastorno obsesivo compulsivo, desarrollarán una relación mucho más saludable y flexible con el entorno en el que vive.

Lentitud vinculada con la obsesión

Esta característica común del trastorno obsesivo compulsivo implica dedicar un tiempo exagerado a tareas diarias básicas tal como vestirse, bañarse y peinarse. La lentitud obsesiva es un subproducto del perfeccionismo patológico y de la intolerancia a no hacer algo “como Dios manda”. Habitualmente la persona llega a encontrarse tan absor-ta en la actividad del ritual que “confunde los árboles con el bosque”, en otras palabras: la meta de realizar la tarea y pasar a la siguiente se convierte en algo secundario frente a la cuestión de hacerlo “perfectamente”.

La lentitud empeora a menudo por el deseo de “intentarlo con más ganas”. Cuanta más presión se ponga para terminar antes, mayor tiende a ser la lentitud. Cuando se trabaje con la lentitud, la exposición y la prevención del ritual deberían enfocarse en la confrontación del sentimiento de “hacerlo mal”.

Las personas con una lentitud vinculada con el trastorno obsesivo compulsivo pueden beneficiarse de procedimientos que exigen observar y anotar la cantidad de tiempo que implica realizar varias tareas. Por ejemplo, decidir primero un objetivo con respecto al tiempo necesario para completar varias actividades de la vida diaria, tal como vestirse o ducharse. Después establecer la meta de disminuir, entre dos y cinco minutos diarios, el tiempo para completar la tarea. Emplee un sencillo cronómetro o un temporizador con alarma, o disponga de un amigo o familiar que actúe como “asistente”, para regular la finaliza-ción de la tarea. Registre la tarea diariamente, empleando el formato que se presenta como modelo en esta página.

Formato de registro de la actividad de Jack.

Actividad blanco: Ducha.

Línea base: dos horas.

Meta de tiempo: 15 minutos o reducirlo un 25% por día/semana.

Fecha	Hora inicio	Hora de fin	Tiempo total
13/3/99	8:30	10:30	2 horas
14/3/99	8:25	10:15	1 hora 50 minutos
15/3/99	8:30	10:35	2 horas 5 minutos
16/3/99			
17/3/99			
18/3/99			
19/3/99			
20/3/99			
21/3/99			

Su formato de registro de la actividad

Actividad blanco:

Línea base:

Meta de tiempo: ___ o reducirlo un ___ por día/semana

Fecha	Hora inicio	Hora de fin	Tiempo total
--------------	--------------------	--------------------	---------------------

¡Claves para liberarse!

1. Para liberarse de cualquier forma de trastorno obsesivo compulsivo, es necesario forzar sus limitaciones de algún modo. Usted debe ir hasta “extremos razonables” cuando efectúe la exposición y la prevención del ritual. Esto quiere decir que ha de desear correr algunos riesgos razonables para implicarse en actividades (tales como tocar un objeto que se cree “contaminado”) que bajo las “nor-



mas del trastorno obsesivo compulsivo” pueden parecer inseguras o incluso un poco arriesgadas. El trastorno obsesivo compulsivo alimenta el temor del riesgo y demanda una seguridad y control perfectos en la vida cotidiana. Liberarse requiere aceptar los posibles riesgos y, por lo tanto, los refuerzos de la vida diaria. ¡Concédase una oportunidad para cambiar!

2. Recuerde que es correcto y normal sentir miedo en varias ocasiones mientras se efectúa la exposición y la prevención del ritual. No se alarme si sus temores y preocupaciones se incrementan temporalmente. Es sólo una señal del progreso que usted está realizando. Disminuirán con la exposición continuada y la prevención del ritual.
3. ¡Enfúrcese con el trastorno obsesivo compulsivo! La ira puede constituir un gran motivador para que prosiga enfrentando sus temores.
4. Observe que si evalúa su grado de creencia en la consecuencia temida, derivada de no efectuar el ritual, en un 70% o más, la investigación en el área del trastorno obsesivo compulsivo predice que puede que usted no tenga éxito en efectuar la exposición y la prevención del ritual (Steketee, 1993). En este caso, se sugiere que, por ahora, pase por alto tanto este capítulo y vaya al capítulo 8. Éste, trata sobre la modificación de la fuerza de su creencia en estas consecuencias temidas. Si usted es capaz de modificar sus creencias lo suficiente como para efectuar con rigor los ejercicios de la exposición y la prevención del ritual.
5. Emplee el principio conductual del aprendizaje del “modelado” para reunir el coraje necesario para efectuar las exposiciones que parecen más perturbadoras. Pregúntese si “una persona razonable, *sin* un trastorno obsesivo compulsivo, evitaría escrupulosamente tocar este objeto simplemente porque es *desagradable*”. Si su respuesta es “No” entonces, para liberarse, debería considerar la posibilidad de tocar el objeto. Después pregúntese si una persona razonable *sin* un trastorno obsesivo compulsivo consideraría peligroso el contacto con un objeto. (Peligroso = con una alta probabilidad de

causar un daño *inmediato* a uno mismo o a los demás). Si la respuesta es “No” entonces debería considerar la posibilidad de tocar el objeto y efectuar la exposición.

6. Si exponerse a las situaciones temidas/evitadas le parece espeluznante, establezca una distinción entre “posiblemente dañino/peligroso” y “probablemente dañino/peligroso”. De acuerdo al American Heritage Dictionary, “posible” significa “que puede suceder, existir, o ser cierto sin contradecir hechos, leyes o circunstancias probadas”. “Probable” significa simplemente “más posibilidad (estadística)”.

Percátese de que muchas más cosas tienen la posibilidad de ir mal de las que estadísticamente lo hacen (probables). Por ejemplo, caminando un día de lluvia por una calle de Florida puede que “posiblemente” le caiga un rayo encima a uno. Pero “probablemente” no suceda. Del mismo modo, tocar el pomo de una puerta y no lavarse, o no comprobar la cerradura, puede ser “potencialmente peligroso” aunque, en realidad, “probablemente sea inocuo”. Salir de casa y comprobar las cerraduras simplemente pudiera parecer “posiblemente peligroso” pero en realidad es “potencialmente inocuo”. Cuando el trastorno obsesivo compulsivo es severo, se presenta una distinción mínima (si es que ésta existiera) entre “posiblemente dañino/peligroso” y “probablemente dañino/peligroso”. Parecen ser lo mismo. En la medida que confronte cada vez más situaciones que provocan ansiedad, es útil preguntarse: “Aunque (esta situación) sea *posiblemente* dañina/peligrosa, ¿es probablemente dañina/peligrosa”?

7. Sea cuidadoso al “evitar la evitación”. Percátese de que cualquier exposición que evite efectuar persistirá como temor y finalmente mermará su progreso. ¡Sea riguroso consigo mismo!
8. Convierta la exposición y la prevención del ritual en algo cotidiano en su vida. En la medida que progrese, encontrará nuevas oportunidades para practicar excediendo sus limitaciones previas.

Formulario de la práctica de la exposición diaria

Tarea de exposición: _____

Prevención del ritual: _____

Nivel de USAs inicial (antes de iniciar la EPR): _____

Nivel de USAs (tras la EPR): _____

Objetivo de duración (minutos/horas) para la exposición: _____

Frecuencia de exposiciones: _____ veces diarias

Día/Fecha	Duración de tiempo		USAs (0-100)		Comentarios
	Inicio	Fin	Inicio	Fin	

La exposición en imágenes

7

Sólo superamos un sufrimiento experimentándolo plenamente.

–Marcel Proust

La exposición y la prevención del ritual (EPR) constituyen el núcleo del programa autodirigido. Puede potenciarse y aumentarse su eficacia mediante técnicas adicionales. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo sufren por la presencia de poderosas imágenes que tratan sobre posibles peligros presentes y futuros. Éstas surgen con frecuencia en situaciones relativamente carentes de peligro, con todo casi siempre son intensas y amenazadoras. Esta imaginación sobre futuros eventos desastrosos fomenta la preocupación obsesiva y los rituales compulsivos.

La meta de la realización de la EPR es liberarse de preocupaciones innecesarias sobre posibles peligros y desastres. La EPR *in vivo* implica confrontar las situaciones que se temen en la vida real, de modo que se aprenda que es muy improbable que ocurra aquello que teme. Sin embargo, existen situaciones que son imposibles o simplemente nada prácticas para recrearse en la vida real con miras a la exposición y la prevención del ritual. Por ejemplo, Mary necesitaba ir más allá de la EPR *in vivo*.

La experiencia de Mary

Se encontró con el caso de Mary en los anteriores capítulos. Su mayor temor era contagiarse del virus del SIDA y transmitirlo después

a las personas que cuidaba. Detentaba en un conocimiento adecuado del modo en el que se transmitía realmente el virus del SIDA. Pero no podía librarse de la sensación de que cualquier actividad diaria, tal como usar un baño público, lavarse las manos o encontrarse en el trayecto de una tos o un estornudo errante, podría ponerle en peligro.

Mary se lavaba las manos al menos cien veces diarias y se daba duchas de una hora de duración. Su temor a enfermarse de SIDA implicaba imágenes de una incapacidad cada vez mayor para encargarse de su familia. Pensaba en que era muy estresante no vivir de acuerdo a sus responsabilidades como esposa y madre. También experimentaba imágenes en las que era la responsable de la enfermedad de los demás, con la concomitante vergüenza derivada de decepcionar a su familia cercana y lejana.

La exposición y la prevención del ritual para tales situaciones temidas tal como el empleo de baños públicos y el lavado de manos fue muy útil, pero también se demostró que era necesario efectuar la EPR para contrarrestar las temidas imágenes de futuros desastres que implicaban contraer el virus del SIDA. Esta es la razón de la utilidad de la *exposición en imágenes*.

PRACTICANDO LA EXPOSICIÓN EN IMÁGENES

La *exposición en imágenes* posibilitará que experimente pensamientos desagradables y generadores de ansiedad y que los mantenga brevemente en su mente sin sentir un malestar excesivo. Puede ayudarle a reducir la ansiedad cuando experimente un pensamiento negativo y a aprender a aceptar tales cogniciones como lo que son: simples pensamientos. Con el tiempo, es probable que los pensamientos generadores de ansiedad pierdan intensidad.

Otros ejemplos de imágenes que generan temor sobre un futuro daño y peligro incluyen el de ser considerado responsable de un crimen, ser rechazado por los demás, ir a la cárcel, perder a un ser amado y volverse loco. La meta de la exposición in vivo es suministrar oportunidades reales para llegar a habituarse a situaciones temidas, pero el

objetivo de la exposición en imágenes es proveer de oportunidades para llegar a *habituarse a los propios pensamientos*.

Paso 1

Escriba, en tres o cinco minutos, una narración en primera persona, en tiempo verbal presente (“Yo soy...”), describiendo la situación temida que surgiría si usted no comprobara o ejecutase un ritual o conducta compulsivos. Incluya todos los desencadenantes del temor que fueran relevantes así como las situaciones evitadas. Escríbalo como si estuviese describiendo la escena de una película, paso a paso. Hágalo del modo más vívido posible. Incluso puede ampliar la escena y sus desencadenantes del miedo hasta llegar al absurdo.

Al igual que la exposición in vivo, su exposición en imágenes debería crear un nivel de USAs (unidades subjetivas de ansiedad) inicialmente alto. Cuanto mayor sea el nivel de USAs que pueda tolerar en su narración, mejor será el efecto general. Sin embargo, algunas imágenes (por ejemplo la muerte de un ser amado) pueden parecer demasiado espeluznantes para incluirla en la redacción, especialmente en un inicio. En este caso, describa una situación que genere niveles medios de temor 60/75 USAs. Cuando se haya habituado a esa situación, elabore otra narración con imágenes más amenazadoras –en el rango de 80-90 USAs.

Paso 2

Grabe en una cinta una narración que dure entre 3 y 5 minutos y escúchela una y otra vez durante un mínimo de 45 minutos diarios. Sería mejor emplear un cassette que rebobine solo; así no tendrá que detener la cinta y reiniciarla. La narración se escuchará de modo continuo. Un cassette normal de 60 minutos funciona bien, pero necesitará rebobinar cada vez que termine la historia.

Es útil registrar su nivel de USAs tras escuchar la historia empleando el formulario de registro de la exposición en imágenes (EI) que sigue a continuación. Su objetivo es oír la narración reiteradamente

hasta que su nivel de USAs descienda a 20 o menos. Esto indica que es probable que haya ocurrido la habituación. Ésta exige a menudo unos 45 minutos pero, como cada individuo que padece trastorno obsesivo compulsivo es diferente, puede ser menos tiempo o quizás más. Cuando las imágenes de esta narración ya no evoquen un malestar excesivo, escriba otras historias empleando más situaciones que generen temor hasta que sus terribles imágenes hayan sido neutralizadas.

Formulario de registro de la exposición en imágenes (EI)

Evalúe su nivel de USAs (0-100) en cada sesión de EI tras cada repetición de la narración. Usted puede fotocopiar este formulario para su empleo diario. Necesitará un formulario para cada sesión.

Fecha: _____ **Tiempo total de EI** _____

USAs	USAs	USAs
1. _____	7. _____	13. _____
2. _____	8. _____	14. _____
3. _____	9. _____	15. _____
4. _____	10. _____	16. _____
5. _____	11. _____	17. _____
6. _____	12. _____	18. _____

Media del nivel de USAs en esta sesión (total de USAs / número de veces que escuche el cassette): _____

La experiencia de Mary con la exposición en imágenes

Debido a que Mary consideró las imágenes de la muerte de su familia cercana demasiado espeluznantes como para empezar con ellas, su narración inicial grabada para la exposición en imágenes consistió en visualizaciones amenazadoras que trataban de generar una ansiedad moderada (alrededor de 75 USAs). Se imaginaba causando una enfermedad a alguien que conocía muy bien y que después aquél sufría una larga y dolorosa agonía y muerte causada por el SIDA. Eligió a una vecina que era madre soltera. Su narración describe una situación



(siendo consciente de que ésta es extremadamente improbable e incluso ridícula) en la que su “negligencia” provoca que su vecina se “contagie”. Implica que debe cargarse con la total responsabilidad por la enfermedad y muerte de su vecina, y con las imágenes y expectativas de un futuro ridículo ante su propia familia, los parientes y la comunidad. Mary escuchaba la narración de tres minutos durante una hora y media todos los días durante la primera semana, evocando fuertes sentimientos de pesar y terror.

Narración del temor de Mary

Me encuentro sentada en la mesa de la cocina y suena el timbre de la puerta. Es mi vecina que viene a pedirme prestado algo de azúcar. Le doy un vaso de azúcar pero, como mis manos están húmedas porque estaba cocinando, el vaso se resbala. Cae al suelo, estallando en cientos de pedazos. Algunas de las afiladas porciones cortan la piel de mi vecina, pinchándole y haciéndole sangrar. Agarro un pañuelo para humedecerlo en agua y lavarle los cortes y mientras miro a otra parte, la vecina camina hacia la silla “contaminada” de mi marido y se sienta en ella para atender los cortes de su pierna.

Al percatarme de lo que ha sucedido ¡me quedo paralizada del horror! ¡Sus heridas abiertas seguramente harán que contraiga el SIDA! Curo los cortes de mi vecina y finalmente se va. Medio año después, tras visitar su apartamento, ella me revela aterrorizada que acaba de ser diagnosticada de SIDA y que la causa fue lo que sucedió hace unos seis meses, en mi apartamento. Me encuentro totalmente devastada. ¡He causado esta desgracia y ahora mi vecina va a morir por ello! ¡Soy tan descuidada e irresponsable...!

Durante los siguientes meses percibo el deterioro en la salud de mi vecina. Cada vez está más delgada y débil. Sé que acude todas las semanas al médico para obtener el tratamiento para la enfermedad. ¡Tiene cuatro niños pequeños que se verán huérfanos debido a mi negligencia! Durante las siguientes semanas se enferma más y más. Se vuelve incapaz de cuidarse de sí misma. No puedo dejar de ver la mirada de esos pobres niños. Mi familia rehuye de mí por mi conducta tan irresponsable. No puedo soportar el dolor de vivir con este error el resto de mis días.

En un inicio, Mary se resistía a escuchar la grabación, estaba incluso aterrizada. Era como si el hecho de simplemente escuchar estos pensamientos enunciados en voz alta causarían, de algún modo, que acontecieran mágicamente esos terribles hechos. Tras oír la historia unas treinta veces, se distraía de las terribles imágenes insensibilizándose o pensando en eventos inocuos que simplemente surgían en su cabeza. Cada vez que su mente vagaba, se esforzaba para centrarse en las imágenes del casete.

Durante la segunda semana, Mary informó que la escucha del casete estaba volviéndose cada vez menos perturbadora. Indicó que era capaz de recitar de memoria la narración, como un guión de película que hubiera memorizado. Para cuando terminó la segunda semana, Mary manifestó que su nivel general de USAs se encontraba alrededor de 30-40, aburriéndose con ello. Las imágenes que experimentaba tenían un impacto mucho menor que al inicio. Entonces ideó otra narración, empleando esta vez imágenes de sí misma enfermándose con el virus del SIDA por el contacto con un vagabundo. Se mostró poco dispuesta a infundir en la narración imágenes dolorosas tal como no encontrarse con sus hijos cuando éstos crecieran y otras donde era despreciada por su familia.

Tras escuchar reiteradamente la cinta, la temible imaginación, aunque perturbadora, comenzó a perder su dolorosa carga e intensidad. Se convirtió en algo que difícilmente podría “suceder”. Con ulteriores repeticiones, su “cerebro lógico” logró superar más las imágenes irracionales del trastorno obsesivo compulsivo. Tras otra semana de exposiciones diarias ante estas imágenes, fue capaz de tolerarlas con una incomodidad mucho menor.

La experiencia de Melody con la exposición en imágenes

¿Recuerda el caso de Melody en el capítulo 1? Era la mujer que necesitaba comprobar la puerta, la cocina, las ventanas y los electrodomésticos, ocupando cada vez más todo su tiempo. Le abrumaba el temor de que pudiera dañar a alguien. Fue diagnosticada con un trastorno obsesivo compulsivo y sus síntomas mejoraron con la medicación. Diez



años después, como exitosa abogada de 33 años de edad, todavía se encontraba enfrentándose al trastorno obsesivo compulsivo.

Los síntomas de Melody incluían la comprobación compulsiva del automóvil por la noche. Ella temía que su coche no funcionara por la mañana debido a un pinchazo en la rueda, una fuga u otro fallo mecánico. Se despertaba todas las noches y dedicaba entre una y dos horas a comprobar las fugas y los pinchazos de su coche. La lluvia, el aguanieve, la nieve no eran impedimento para llevar a cabo su ritual nocturno.

¿Qué temía que ocurriera por la mañana si descubría que su coche no funcionaba? Describía sentimientos de horror al pensar que llegaba tarde al trabajo, que era despedida del mismo y echaba a perder su carrera. Su temor final era defraudar a sus padres. Aquí presentamos su narración de la exposición en imágenes:

Es el primer día en mi nuevo empleo como abogada para una prestigiosa firma. Me estoy preparando para acudir al trabajo. Salgo del apartamento, bajo las escaleras y miro mi coche. Súbitamente me quedo conmocionada y horrorizada con lo que veo. Una rueda está completamente pinchada.

¡Me pregunto cómo demonios voy a ir al trabajo! Puedo sentir el sudor que surge por todos mis poros... Camino alrededor del coche y ¡me espanto al ver que hay un charco de aceite bajo el motor!... Abro el capó y me impresiono al ver que hay aceite desparramado por todo el compartimento del motor –en las piezas, el sistema eléctrico, por todo el radiador y los cables– todo está revestido con una sustancia viscosa y grasienta.

Me metí en el coche para arrancarlo, pero es imposible... Miro al asiento de al lado y mi corazón late todavía más fuerte cuando veo una mancha de aceite en el suelo del lado del copiloto... Me siento desesperada e indefensa... Subo la escaleras para telefonar a un taller y que me ayuden, pero me informan que están atendiendo muchas llamadas y que no podrán venir a revisar el coche durante varias horas, si es que llegaran a poder... Telefono a otro taller y me cuentan la misma historia... Llamo a otro y otro más... Todos están muy ocupados y no pueden ayudarme ahora.

El sudor empapa mi cuerpo ahora, mi corazón late tan acelerado que creo que voy a sufrir un ataque... Llamo a mi jefe para informarle de que no voy a llegar al trabajo hasta dentro de unas horas si es que llego hoy... Me responde

con un tono frío, crítico y severo: “Si este es el modo en el que te desempeñas como profesional, ¡entonces quizás no merezcas realmente trabajar en la abogacía! ¿Cómo puede ser un buen abogado alguien tan irresponsable y descuidado?”. Le rogué que tuviera en cuenta que había sucedido algo totalmente imprevisto, algo que no estaba en mis manos, ¡pero sin resultado alguno! Mi jefe replicó que, por su parte, debería buscarme otro trabajo, ¡pero que probablemente ninguna firma de la ciudad contrataría a alguien tan irresponsable y descuidado en sus responsabilidades profesionales como yo!

Me sentí rechazada, desesperanzada, desanimada y furiosa... ¿Cómo diablos iba a encontrar otro trabajo en esta ciudad? Quizás no lo logre nunca... ¡Alguien tan descuidado e irresponsable no merece trabajar con personas que tienen problemas!... Se divulgará que soy una irresponsable y tras diez entrevistas de trabajo, nadie me contratará para ningún empleo... Y ningún hombre querrá estar con alguien tan irresponsable... Finalmente me convertiré en una carga para mis padres y la sociedad. Terminaré sin hogar alguno –viviendo en la calle.

Melody grabó esta ocurrente narración en un casete y la escuchó una y otra vez durante una hora todos los días. Ella fue capaz de describir vívidamente las imágenes de su narración. Su nivel de USAs tras su escucha inicial era de 85. Las imágenes provocaban una ansiedad muy intensa, incluso lágrimas, ante la sola idea de ser reprendida por su jefe y encontrarse sin empleo. Tras una semana de escuchas reiteradas, su nivel de USAs descendió al rango de 60-80.

Pero, a mitad de la segunda semana, informó que la historia tan repetitiva se había vuelto monótona, incluso aburrida. Su nivel de USAs se redujo a 20-30. En esta ocasión, tras las reiteradas escuchas, se encontró más capacitada para acceder a su mente “racional” y, de este modo, logró tranquilizarse con la idea de que su desempeño laboral había sido juzgado por su jefe como excelente.

Aunque el pensamiento de un perjuicio catastrófico para su carrera todavía le seguía molestando, la idea de ser despedida de su trabajo en este momento por un potencial retraso se convirtió en absurda, en una posibilidad muy remota. Un beneficio adicional de la escucha del casete fue una mayor conciencia de su excesivo perfeccionismo y del modo

en el que éste impregnaba su vida. El ejercicio reforzó su habilidad para bloquear sus rituales nocturnos de verificación del automóvil. Tras cinco semanas escuchando el casete, nunca más se levantó por la noche a comprobar el coche.

La experiencia de Robert

Robert, un vendedor de 32 años, presentaba desde hacía 6 meses un trastorno obsesivo compulsivo. Sus síntomas implicaban una preocupación e inquietud obsesivas por la posibilidad de atropellar a alguien cuando estuviera conduciendo. Vivía en una pesadilla de culpa, miedo y terror cada vez que se encontraba al volante. Un simple bache en la carretera, un ruido inesperado, una sombra o el fulgor de una luz le generaban palpitaciones cardíacas; frenaba con un chirrido de ruedas y volvía al lugar para asegurarse de que no había ocurrido accidente alguno. Para aliviar sus sentimientos de pánico y terror, Robert debía regresar al lugar en el que pensaba que podría haber sucedido el accidente.

Tan pronto como se aseguraba al respecto, su ansiedad descendía pero sólo por unos instantes. Se repetían los fuertes sentimientos de duda, exigiendo de nuevo otro viraje en redondo para volver al lugar del “accidente”. Conducir cerca de colegios, niños y ciclistas era especialmente atormentador para sus nervios. Los baches y las bandas de frenado se sentían como si fueran cuerpos sin vida que yacían tumbados en la carretera, disparando su compulsión de buscar señales de que hubiera atropellado a alguien.

Al efectuar la exposición en imágenes, Robert describió la peor de sus pesadillas –que era responsable de un accidente de tráfico que terminaba con él en la cárcel. Se incluyen imágenes de culpa, vergüenza y pérdida de libertad:

Estoy fuera con una pareja de amigos... estamos desahogándonos viendo un partido de fútbol en un pub. Tomo una cerveza, después algo de picar y, cuando termina el juego, conduzco de vuelta a casa. Paro en la gasolinera que se encuentra a media milla de casa para repostar. Entro, pago, vuelvo al coche.

Cuando salgo del parking y me meto en la carretera principal siento de repente un fuerte golpe... una sacudida en el coche...me hago a un lado, detengo el auto y salgo para ver qué ha ocurrido.

Es casi seguro que me encuentre con el cuerpo de un niño tirado en el suelo y ensangrentado. Mi corazón empieza a palpar, mi estómago se revuelve cuando veo esta horripilante escena. El chico parece tener unos 7 años y se encuentra inconsciente. Hay sangre por doquier. Veo las manchas de sangre en el parachoques. ¡Atropellé a este pobre inocente niño! Levanto la vista y veo un coche de la policía con la sirena puesta, después aparecen varias ambulancias alrededor del lugar. Mi sufrimiento es insoportable. ¡La vida de este inocente niño pende ahora de un hilo por culpa de mi conducta temeraria y descuidada! ¡Si hubiera sido más cauto o si hubiera sido más responsable nada de esto hubiera sucedido!

Se traslada al niño al hospital más cercano. Sus padres, terriblemente turbados y en estado de shock, entran en la sala de urgencias. Me miran con desprecio. Me preguntan por qué lo hice. Me quedo mudo. Siento como mi mundo está llegando también a su fin. Tras unas horas se me notifica que el niño ha muerto. El más enfermizo de los sentimientos me invade. Vomito. El dolor y el remordimiento son abrumadores.

Tras algunos días, la oficina del sheriff me notifica que voy a ser acusado de homicidio sin premeditación y conducción temeraria. Si se me condena, me enfrento a una sentencia de prisión y varios años de libertad condicional. En vez de discutir los cargos, acepto la culpa. En una breve aparición ante el tribunal, se me sentencia a 10 años de cárcel. Soy escoltado fuera de la sala y se me lleva a una prisión del condado. Allí, afronto los siguientes diez años de mi vida entre una serie de criminales que han ejercido todo tipo de violencia sobre las personas. La sensación de confinamiento, de pérdida de libertad, de que mi vida se escurre es demasiado dolorosa de soportar.

Robert grabó esta narración en el casete y la escuchó durante 45 minutos diarios a lo largo de 10 días. Su nivel inicial de USAs era de 95. Aunque se sintió extremadamente incómodo en un principio, una vez que repitió la escucha se encontró con que su nivel de USAs había descendido a 50 en la segunda semana. Además, combinó la exposición en imágenes con la práctica, empleando la exposición in vivo y la

prevención del ritual (véase el capítulo 6 para obtener más información al respecto). En resumen, con el uso combinado de la exposición en vivo y en imágenes, Robert fue capaz de mantener bajo control sus síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

CUANDO NO FUNCIONA LA EXPOSICIÓN EN IMÁGENES

Aquí son pertinentes unas palabras de advertencia. Hay algunas personas que no deberían intentar la técnica de la exposición en imágenes sin la supervisión de un terapeuta cualificado. Entre ellas se incluyen a individuos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo severo y que, a la vez, mantengan la férrea creencia de que sus pensamientos obsesivos son reales y tienen sentido (esto se denomina también “ideas sobrevaloradas”), junto con una historia de psicosis o un trastorno límite de la personalidad.

A continuación se presenta un listado con los problemas habituales que pueden surgir mientras se efectúa la exposición en imágenes así como sus posibles soluciones.

- **Si usted no puede tolerar los niveles de ansiedad de su exposición en imágenes:**

Abrevie su narración, reduzca la ansiedad que genera. Consiga que su exposición en imágenes genere unos 50-60 USAs y no 90-100. Si usted pudiera convertir la historia en algo realmente absurdo, incluso ridículo, le quitará fuerza al argumento. Sin embargo, algunas imágenes (por ejemplo la muerte de un ser amado) pueden parecer excesivamente horripilantes para ser incluidas en una narración, especialmente en un principio. En este caso, describa una situación que genere niveles medios de temor –60-70 USAs. Cuando se haya habituado a dicha situación, redacte otra narración con imágenes más espeluznantes –en el rango de los 80-90 USAs.

- **Si su exposición en imágenes no genera demasiada ansiedad:**

Su narración puede ser demasiado genérica. Hágala más vívida e incluya imágenes específicas y alteradoras de situaciones que usted tema. Por ejemplo, si usted teme enfermarse en un futuro,

describa una imagen específica donde se encuentre en un hospital enganchado al suero y a la máquina de oxígeno, o donde se le deja solo e incapacitado siquiera para llamar a la enfermera y etc. Usted podría estar bloqueando todo el impacto emocional de la experiencia mientras escucha. También pudiera estar distrayéndose, pensando en otras cosas durante la reproducción del casete. Intente introducirse en las palabras, sentimientos e imágenes tanto como le sea posible.

- **Si el solo hecho de imaginar la escena temida no basta para provocar ansiedad:**

Algunas personas carecen de habilidad y padecen dificultades para imaginar escenas de un modo vívido. Simplemente deben experimentar “el asunto real” para activar un nivel apropiado de ansiedad. Si tal fuera su caso, podría beneficiarse de la exposición in vivo y de la prevención del ritual.

Desafiando sus creencias erróneas

8

Cuando recuerdo todas esas preocupaciones me viene a la memoria la historia de aquel anciano que, en su lecho de muerte, afirmó que había padecido muchos problemas a lo largo de su vida, la mayoría de los cuales nunca habían ocurrido.

–Sir Winston Churchill

Aunque la estructura y el funcionamiento del cerebro han constituido un importante punto de atención para los científicos que estudian el trastorno obsesivo compulsivo, también se ha desarrollado un considerable interés en el papel desempeñado por los patrones de pensamiento en las personas con trastorno obsesivo compulsivo. Los científicos (Salkovskis 1985; Freeston, Rheaume y La Doucher, 1996) han concluido que las creencias erróneas sobre los riesgos y el daño juegan un papel importante en el temor y la ansiedad que sufren las personas con trastorno obsesivo compulsivo.

Imagínese que usted camina junto con algunos amigos a través de un denso bosque. Hace un hermoso día y usted disfruta de las vistas y de los sonidos que le rodean. Se encuentra relajado y en calma escuchando los cantos de los pájaros y los sonidos de la vida salvaje. Súbitamente, su amigo le dice que cree que acaba de ver una serpiente venenosa.

Ahora, la imagen de una serpiente reptando en la hierba y atacándole de repente depara que su cuerpo se prepare para el peligro. Usted se pone nervioso, temeroso y ansioso. Su corazón palpita, sus músculos se tensan y su caminar se acelera mientras piensa en cuál es el

modo más rápido de abandonar el bosque. Los ligeros movimientos de los arbustos y el crujir de los árboles –que hace unos momentos usted ignoraba o se complacía en escuchar– le provocan miedo ahora. No se relajará hasta que salga del bosque y se encuentre seguro.

Cuando finalmente salga ileso del bosque, suspirará con alivio. Aunque en realidad nunca vio la serpiente, eso no le importó a su cerebro. Reaccionó angustiosamente sólo en base a su *evaluación* de la situación –¡su *creencia* en la presencia del reptil! No importa en realidad que hubiera o no una serpiente cerca. Tal es el poder de una creencia para generar emociones y reacciones corporales poderosas.

Las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo presentan creencias muy sólidas sobre la probabilidad de que una determinada situación sea peligrosa para los demás o para sí mismos. Con frecuencia dicha cognición no se sostiene en los hechos. Esto le convierte en errónea. Aquí se muestran algunas creencias falsas típicas, y ejemplos de ellas, en personas con trastorno obsesivo compulsivo.

Estimación exagerada del riesgo, daño y peligro

- “Debo proteger a mi persona (a los otros/a mis seres amados) incluso aunque sólo exista una remota posibilidad de que suceda algo malo. La posibilidad mínima de uno entre un millón de que suceda algo malo equivale exactamente a la inmensa posibilidad de un 99,999% de que ocurra algo negativo”.

Pensamiento en blanco-negro o todo-nada

- “Si no me encuentro totalmente seguro, entonces me hallo en un peligro grande y abrumador”.
- “Si no lo hago perfectamente, entonces lo habré hecho horriblemente”.
- “Si no protejo totalmente del daño a los demás seré castigado severamente”.
- “Si no comprendo perfectamente todo lo que leo es como si no hubiera entendido nada”.



Control excesivo y perfeccionismo

- “Debo mantener un control absoluto sobre mis pensamientos y acciones, así como sobre todas las circunstancias que acontecen en mi vida. A menos que lo haga perfectamente será intolerable”.
- “Puede que acechen perjuicios y peligros graves para mi persona, mis seres queridos u otros inocentes si no les protejo perfectamente”.
- “Si algo no parece o se siente ‘perfectamente’ entonces es intolerable”.

Duda persistente

“Quizás yo...”

- no fui lo suficientemente cuidadoso y por tanto suceda algo malo
 - dañé / molesté / injurié / defraudé a alguien
 - robé / plagié / hice algo impropio / inmoral / malo
- “incluso aunque carezca de sentido y no concuerde con los hechos”.

Pensamiento de “bola de cristal” o del tipo “qué hubiera pasado si...”

“¿Qué sucederá si yo...”

- lo hago mal?”
- contraigo el SIDA?”
- soy responsable del daño a un tercero?”

Pensamiento mágico

- “Los pensamientos son muy poderosos. Con simplemente pensar en algo malo y horrible eso hará que algo horrible suceda”.

Pensamiento supersticioso

- “Ejecutando mi ritual (lavado de manos, golpear algo, repetir, tocar, girar, etc.) puedo protegerme de las cosas negativas que me pudieran suceder a mí y protejo a aquellos a quienes amo”.
- “Hay números buenos y números malos. Los malos provocan eventos negativos y los buenos causan efectos positivos o pueden evitar que sucedan cosas malas”.

Fusión pensamiento/acción (similar al pensamiento mágico)

- “Si mantuviera un solo pensamiento malo u horrible sobre el hecho de dañar a alguien, eso se siente como si realmente lo hubiera llevado a cabo”.
- “Si pensara en algún suceso negativo, soy implícitamente responsable si éste ocurriera”.

Sobrevalorar los pensamientos

- “Si albergara un pensamiento negativo, eso significaría que soy malo, peligroso o estoy loco”.
- “Mis pensamientos constituyen un verdadero indicador de quien soy y de cómo actuaré. Si albergara un solo pensamiento negativo eso significaría que soy malo, peligroso o estoy loco”.
- “Se me juzga tanto por mis pensamientos como por lo que hago realmente”.

No tolerar la incertidumbre

- “Debo estar 100% seguro de todo e igualmente convencido de que todo ira ‘bien’. Es horrible tener la más mínima incertidumbre sobre *cualquier cosa* (mi futuro, mi salud / la salud de mis seres amados)”.

Catastrofización

- “Una llaga abierta en mi brazo significa que *definitivamente* contraí el SIDA”.
- “Si discuto con mi madre... eso significa que *definitivamente* soy una persona violenta”.

Responsabilidad excesiva

- “Quizás he provocado que suceda algo malo. Mi error al no evitarlo debe significar que ciertamente soy una persona despreciable”.
- “Siempre, en todo momento, debo guardarme de la posibilidad de cometer un error que quizás pueda –incluso remotamente– dañar a alguien inocente”.



Causas y efectos extraordinarios

- “Los objetos tienen la habilidad de desafiar a las fuerzas de la naturaleza... por ejemplo, las cocinas pueden encenderse espontáneamente, las neveras pueden abrirse, las cerraduras abrirse, todo sin la intervención humana. Los gérmenes y los virus pueden saltar grandes distancias, incluso a través de las calles de la ciudad, y contaminarme a mí y a los demás”.

Sesgo pesimista

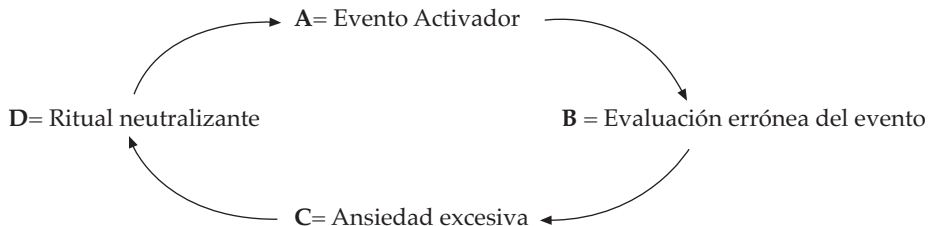
- “Si va a suceder algo negativo, es mucho más probable que me suceda a mí (o a alguien a quien amo o del que cuido) que a los demás. La única razón de ello es porque soy yo”.

Intolerancia a la ansiedad

- “No puedo soportar sentir angustia ni siquiera durante un breve período de tiempo... haré cualquier cosa para sentirme bien ahora mismo”.

EL ABCD DE LAS CREENCIAS ERRÓNEAS

El papel de las creencias erróneas en el mantenimiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo puede comprenderse empleando el método “ABC” de la terapia cognitiva utilizado por Ellis (1962) y Beck, Emery y Greenberg (1985). La ansiedad, el trastorno emocional y las conductas compulsivas derivadas del trastorno obsesivo compulsivo tienen lugar según la siguiente secuencia:



A: Evento activador

Un evento tal como tocar el pomo de una puerta, comprobar que la cocina esté apagada, pisar una grieta o que acontezca un pensamiento embarazoso o terrible.

B: Evaluación poco realista o disfuncional del evento

Tras el evento activador tiene lugar, *en un microsegundo que no llega a ser consciente*, la evaluación o interpretación errónea de éste. Esta interpretación o evaluación implica una sensación irreal de un daño, perjuicio, peligro o catástrofe inminentes que pueden derivarse del evento activador. Eso le provoca al paciente una ansiedad extrema. Eche un vistazo a las páginas anteriores para identificar los tipos específicos de creencias erróneas. Después lea a continuación los ejemplos de eventos/situaciones que activan habitualmente las creencias erróneas y las evaluaciones distorsionadas concomitantes en los sujetos que experimentan un trastorno obsesivo compulsivo.

Creencias erróneas comunes

A: Evento activador (situación o evento que activa la ansiedad)

La puerta no suena “bien” cuando la cierro por vigésima vez.

B: Evaluación errónea (pensamientos irracionales automáticos)

“Es peligroso salir de casa a menos que la puerta cierre perfectamente. Quizás tendría la culpa si robaran”.

Creencia(s) errónea(s) (elija del listado anterior)



Control excesivo y perfeccionismo.

Estimación excesiva del riesgo, del daño y del peligro.

Duda persistente.

A: Tocar el pomo de una puerta de un baño público sin utilizar papel higiénico.

B: “Seguro que me contagio de alguna enfermedad horrible y muero por ello”.

Creencias erróneas

Intolerancia ante la incertidumbre.

Estimación excesiva del riesgo, del daño y del peligro.

Duda persistente.

A: Ver la silueta de un niño desnudo a través de una mampara de baño

B: “¿Y si me gustara lo que vi? Quizás sea un pedófilo”. “Mi pensamiento negativo es un signo de que me posee el diablo”.

Creencias erróneas

Pensamiento mágico. Fusión pensamiento/acción. Pensamiento del tipo “Y si...”. Importancia exagerada de los pensamientos.

A: Ver los cojines del sofá de la sala sin guardar un orden perfectamente simétrico.

B: “Si los cojines no se encuentran perfectamente colocados algo malo me sucederá a mí y a mis hijos”.

Creencias erróneas

Pensamiento supersticioso. Control excesivo y perfeccionismo.

A: Mirarse al espejo asegurándose de que cada cabello se encuentra perfectamente uniforme.

B: “Debo seguir cortándomelo más y más (durante horas) hasta que parezca perfecto. Si mi cabello no está perfecto la gente se reirá de mí”.

Creencias erróneas

Control excesivo y perfeccionismo. Duda persistente.

A: Ver la peladura de un plátano en la acera del otro lado, la cual se encuentra repleta de gente.

B: “Seré culpado por negligencia y castigado a menos que retire la peladura y evite que los demás resbalen y se rompan el cuello”.

Creencias erróneas

Hiperresponsabilidad. Control excesivo y perfeccionismo.

A: Apagar el interruptor de la luz.

B: “Debo hacerlo en tandas de cinco o le sucederá algo malo a mis padres”.

Creencias erróneas

Pensamiento supersticioso. Control excesivo y perfeccionismo.

A: Cerrar las tapas de los botes de comida con una fuerza extrema.

B: “Debo asegurarme de que la tapa no se ‘abra’ y arruine todo”.

Creencias erróneas

Causas y efectos extraordinarios. Pensamiento del tipo “Y si...”.
Duda persistente.

C: Ansiedad excesiva

La evaluación errónea desencadena niveles de ansiedad elevados. A su vez, la emoción de ansiedad es evaluada de un modo distorsionado como intolerable, inaceptable y peligrosa. A una persona que padece un trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad le hace perder el control. Se presenta la fuerte necesidad de aliviar ésta siempre que sea posible.

D: Ritual neutralizante

Una acción compulsiva o conjunto de acciones tal como un lavado excesivo, la comprobación y la acción de ordenar pone a la ansiedad bajo control durante un tiempo, hasta que surge el siguiente evento activador.



LA CORRECCIÓN DE LAS CREENCIAS ERRÓNEAS

Reestructuración cognitiva es el tecnicismo que designa al proceso de debatir directamente las creencias erróneas que subyacen a las conductas del trastorno obsesivo compulsivo. Dicho proceso no hace que usted cese de pensar de modo disfuncional. Más bien le alienta a que se convierta en un observador más capacitado de sus propios pensamientos, produciendo lo que el Dr. Jeffrey Schwartz (1996) denomina un “observador imparcial”.

Aprender a debatir sus creencias automáticas convierte la secuencia de las obsesiones y los rituales en un proceso menos habitual y automático. Confrontar el sistema de creencias automáticas es semejante a echar porquerías al “engranaje perfectamente engrasado” de su pensamiento obsesivo compulsivo. De este modo, obtendrá un mayor control sobre el impacto que ejercen sus pensamientos sobre sí mismo y su conducta.

Paso 1. Anote sus evaluaciones erróneas y sus creencias disfuncionales

Es importante conocer exactamente qué situaciones/eventos activen una evaluación específica y determinar cuál es la verdadera creencia. Escriba la situación o evento activador en la primera columna en el esquema de la “evaluación de sus propias creencias erróneas”. Anote la evaluación errónea en la segunda columna; y después en la tercera, empleando sus propias palabras, anote cuál es su creencia errónea.

En lo referente a las creencias erróneas más habituales, el listado de la página 160 y siguientes menciona las evaluaciones distorsionadas más habituales en las personas con trastorno obsesivo compulsivo. Por tanto, empleando la mencionada tabla, escriba sus propias creencias irracionales. A menudo existe más de una creencia operando en cada pensamiento obsesivo. Este ejercicio le ayudará a ver las diferentes evaluaciones irracionales que usted efectúa como reacción a un evento activador.

Evaluación de sus propias creencias erróneas

A: Evento activador (situación o evento que activa la ansiedad)	B: Evaluación errónea (pensamiento irracional automático)	Creencias erróneas (Elíjalas de la lista de las páginas 164-166)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Paso 2. Confronte sus evaluaciones erróneas con un “autodiálogo” realista

Ahora empiece a confrontar las evaluaciones erróneas de su “cerebro obsesivo compulsivo” aplicando evaluaciones más realistas a las situaciones que activan la ansiedad. Observe que muchas personas confunden esto con el denominado “pensamiento positivo”. Sin embargo la meta no es convertirse en un “pensador positivo” sino en un “pensador realista”. Pensar de modo realista implica que identifique sus pensamientos con base en el trastorno obsesivo compulsivo y los etiquete como tales. Así podrá identificar a los verdaderos factores vinculados con la situación que activan la ansiedad y los rituales.

Las imágenes e ideas del trastorno obsesivo compulsivo pueden ser muy sólidas y casi siempre se basan en sentimientos negativos referentes a un futuro daño o peligro. La tabla del autodiálogo de afrontamiento que viene a continuación suministra ejemplos para confrontar sus evaluaciones erróneas con estrategias de autodiálogo diseñadas para ayudarle a enfrentar su problema.

Autodiálogo de afrontamiento

Creencia errónea

Exageración del riesgo, daño y peligro.



Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Debo protegerme (o a los demás/seres queridos) incluso aunque sólo exista una posibilidad muy remota de que ocurra algo malo”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Debo aprender a arriesgarme si quiero mejorar”.

“¿Qué haría una persona prudente (alguien que no padezca un trastorno obsesivo compulsivo)?”.

Creencia errónea

Control excesivo y perfeccionismo.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Debo mantener un control absoluto sobre mis pensamientos y acciones, así como sobre todas mis circunstancias vitales. Es intolerable a menos que lo haga perfectamente”.

“Si algo no parece o se siente como ‘lo correcto’, entonces es intolerable”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Esto es agotador... Duro, pero creo que me arriesgaré a ser imperfecto para darme una oportunidad”.

“Temo el cambio, pero es sólo mi cerebro obsesivo compulsivo que juega conmigo”.

“Para darme una oportunidad, trataré de desempeñarme de un modo perfectamente imperfecto”.

Creencia errónea

Catastrofización. Pensamiento en blanco/negro o todo/nada.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“A menos que esté seguro de que todo se encuentre seguro, sé que mis seres amados o yo mismo nos encontramos en un grave peligro”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“¿Cuál es y dónde está la evidencia del daño? No hay ninguna prueba de que vaya a suceder inevitablemente algo negativo”.

Creencia errónea

Duda persistente.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Quizás dañé / molesté a / herí a / me reí de / robé a / plagié a, etc. alguien”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Es sólo mi cerebro obsesivo compulsivo jugando”. “Sé diferenciar las cosas de un modo lógico”.

“No voy a creer en esos absurdos mensajes”.

Creencia errónea

Pensamiento mágico. Fusión pensamiento / acción. Ideas sobrevaloradas.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“El simple hecho de mantener un pensamiento negativo hará que suceda algo malo”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Es sólo una idea. No soy lo que pienso. Es sólo un pensamiento del trastorno obsesivo compulsivo y, por tanto, no significa nada. Sólo las acciones pueden dañar y no los pensamientos”.

Creencia errónea

Pensamiento supersticioso.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Realizando mi ritual puedo protegerme de los eventos negativos que me puedan suceder y proteger a mis personas amadas”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Esos rituales son tan agotadores... Debo arriesgarme a que incluso sin llevarlos a cabo, no va a sucederme nada a mí y a mis seres queridos. Mis rituales no sirven más que para atormentarme a mí y a quienes me rodean”.

Creencia errónea

Intolerancia ante la incertidumbre.



Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Es intolerable la más ligera incertidumbre sobre cualquier cosa (mi futuro, mi salud y la de mis seres queridos)”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Puedo permanecer en calma ante la incertidumbre. Ya que no puedo controlarlo todo ¿por qué voy a intentarlo? Al tratar de controlarlo todo sólo empeoro mi trastorno obsesivo compulsivo”.

“Al no actuar según mi necesidad de certeza absoluta, el impulso de actuar el ritual disminuirá tras un tiempo”.

Creencia errónea

Responsabilidad excesiva.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Quizás provoque que suceda algo negativo y, si no logro evitarlo, eso significará que soy una persona muy negativa”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Sólo soy un ser humano... mis responsabilidades terminan donde empiezan las de los demás”. “Puedo ser un ‘buen ciudadano’ sin tener que convertirme en el ángel de la guarda de todos los demás”.

Creencia errónea

Sesgo pesimista.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“Si va a suceder algo negativo, es mucho más probable que me suceda a mí o que a alguien a quien quiera que a los demás”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“La probabilidad de que me suceda algo negativo a mí o a mis seres queridos no es mayor que la que tienen los demás. ¡No soy tan especial!”.

Creencia errónea

Pensamiento del tipo “y si...” o de bola de cristal.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“¿Qué pasaría si... lo hago mal/cometo un error/contraigo el SIDA/le daño a alguien?”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“La tortura a la que me someto al preocuparme sobre el futuro es ciertamente peor que cualquier cosa que podría suceder. Me enfrentaré a ello cuando acontezca”. Vivir mi vida en términos del ‘y si...’ sólo consume mi tiempo”. “¿Cuáles son las verdaderas probabilidades de enfermarse de cáncer, contraer SIDA o dañar a alguien? Son mucho menores que lo que cree mi cerebro obsesivo compulsivo”.

Creencia errónea

Intolerancia ante la ansiedad.

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional)

“No puedo soportar sentirme ansioso ni siquiera durante un período de tiempo mínimo... Haré cualquier cosa para sentirme mejor, ahora mismo”.

Contraataque con evaluaciones realistas (autodiálogo de afrontamiento)

“Puedo manejar el malestar... No tengo por qué efectuar ahora ritual alguno. Mi nivel de ansiedad disminuirá si espero hasta el final”.

Ahora que usted posee algunas nociones sobre el modo en el que podría luchar con sus creencias erróneas del trastorno obsesivo compulsivo, inténtelo por sí mismo empleando las réplicas que anotó en su tabla de evaluación de las creencias erróneas de la página 168. Efectúe algunas fotocopias del formulario de debate de las cogniciones erróneas para los diferentes eventos activadores situado debajo y complételo siguiendo las siguientes instrucciones:

1. Escriba un evento activador que le genere ansiedad de un modo regular su. Elija un evento para empezar y después pase a otros.
2. Evalúe el nivel de ansiedad empleando la escala de USAs (0-100).
3. Describa su evaluación poco realista de la situación que genera ansiedad y malestar.
4. Empleando una porcentaje de la escala de USAs (0-100%), evalúe el grado en el que usted cree que su evaluación describe de un modo



- apropiado la situación (por ejemplo, que al contar hasta 8 en seis ocasiones mantendrá a sus seres queridos a salvo del daño).
5. Después decida qué creencias disfuncionales o error de pensamiento está empleando al efectuar su evaluación. Puede encontrarse implicada más de una creencia errónea y, si no está seguro, eso también es correcto.
 6. A continuación redacte una evaluación realista empleando el “autodiálogo de confrontación” que aplicaría en esta situación para “discutir” con su trastorno obsesivo compulsivo. Debería escribir las palabras exactas que propone su “cerebro lógico”. Para guiarse, emplee la columna de las “evaluaciones realistas” del cuadro del autodiálogo de confrontación.
 7. Use una tasa de porcentaje, indique el grado en el que cree verdaderamente en esta evaluación realista *justamente ahora*.
 8. Repita este ejercicio para tantos eventos activadores diferentes como pueda.

Formulario de debate de sus cogniviones erróneas

Evento activador _____

Nivel de malestar (nivel de USAs: 0-100%) _____

Evaluación distorsionada (pensamiento automático irracional): _____

¿Cuál es su grado de creencia en la veracidad de esta evaluación (0-100%)? _____

¿Qué “creencia(s) errónea(s)” opera(n) aquí (elija de la lista anterior)? _____

Evaluación realista o autodiálogo de confrontación: _____

¿En qué grado cree que esta evaluación es cierta (0-100%)? _____

CONFRONTACIONES ADICIONALES PARA LAS CREENCIAS ERRÓNEAS

En la sección anterior, confrontaba sus creencias disfuncionales modificando el autodiálogo cuando se presentaba el pensamiento obsesivo. Esto exige una práctica consistente. Otro modo de confrontar las creencias erróneas del trastorno obsesivo compulsivo es mediante el uso de los “experimentos conductuales”. Estos ejercicios suministran una oportunidad para que usted debata sus predicciones de un

daño potencial y de un peligro catastrófico. Al comprobar las creencias erróneas en el mundo real, debilitará aún más el control de éstas sobre su pensamiento.

Fusión pensamiento/acción e ideas sobrevaloradas

Los siguientes ejercicios se emplearán para verificar la predicción de las creencias erróneas referente a que los pensamientos pueden generar eventos negativos y que aquellos equivalen a las acciones (Freston, Rheaume y LaDoucheur, 1996).

Pensar y ganar

Adquiera el lunes un billete de lotería y piense, cada media hora y todos los días, en que gana el premio mayor. Cree mentalmente una imagen, tan vívida como pueda, en la que usted gana el premio. Observe el resultado en el momento en el que anuncian el premio mayor. Después cuestiónese hasta qué grado el pensamiento repetitivo influye en el resultado de la lotería, pregúntese cual fue el efecto de su pensamiento en lo que realmente sucedió.

Pensar y estropearse

Elija un pequeño electrodoméstico (como una tostadora) que sepa que se encuentra en buen estado. Durante cada día de la semana escriba en un trozo de papel: “La tostadora se va a estropear”. Escríbalo cien veces e imagínese la en cada instante. Tras una semana, examine el resultado. ¿Sus pensamientos afectaron el funcionamiento de la tostadora?

Pensar en matar a un pez de colores

Compre un pez de colores y una pecera en una tienda de animales local. Instálela en casa y suminístrele al pez los cuidados adecuados. Durante 15 minutos, y dos veces al día, imagínese vívidamente la muerte del pez. Primero imagine que empieza a boquear. Después imagínese al pez muerto y flotando sobre la superficie del agua en vez



de nadando en la pecera. Repita esto a diario durante una semana. Observe el efecto sobre el pez. De acuerdo a su creencia, el pez de colores debería morir simplemente porque pensar en algo negativo ¡hace que ocurra! ¿Puede alterar su rígida creencia?

Aunque estos “experimentos” pueden parecerle bastante ridículos, tanto a los que padecen un trastorno obsesivo compulsivo como a los que no lo sufren, al comprobar su predicción de que los pensamientos generarán un daño, usted podrá empezar a confrontar sus creencias erróneas acerca del poder “mágico” de sus pensamientos.

Responsabilidad excesiva del daño a los demás

Al igual que una persona con un trastorno obsesivo compulsivo, usted a menudo no logra considerar los numerosos factores que pueden contribuir a un evento negativo, tal como perder su trabajo o la enfermedad de un ser querido. Incluso aunque carezca claramente de sentido, tiende a asumir toda la carga y responsabilidad de prever los eventos negativos sobre sus espaldas. La “técnica de la gráfica de quesos” pretende ayudarle a atribuir la responsabilidad de los eventos negativos de un modo más adecuado y apropiado.

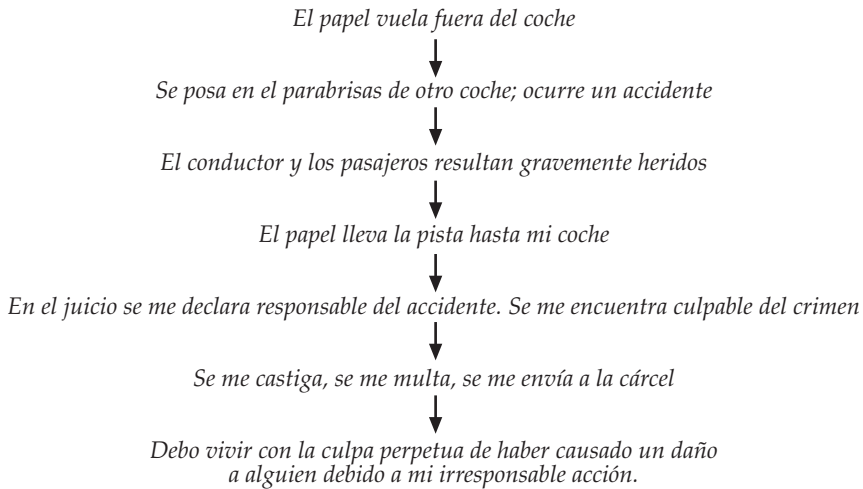
Técnica de la gráfica de quesos

Para demostrar la técnica de la gráfica de quesos, considere la situación de Michael. Experimenta una preocupación obsesiva con la posibilidad de dañar a los demás por alguna negligencia personal. Comprueba constantemente que no ha dañado a nadie al actuar irresponsablemente; por ejemplo, derramando agua en el suelo y provocando que alguien se cayera y se lastimara. Habitualmente mantiene las ventanillas del coche subidas por el temor a que algo del interior de su coche salga volando y provoque un accidente.

Su actual obsesión es que un trozo de papel que salió volando por la ventana de su coche y obstruyó la visión de otro conductor, provocando un accidente. (Había bajado unos momentos las ventanillas para que entrara aire fresco). El aire aventó una subcarpeta del asiento del

copiloto y un trozo de papel salió volando al exterior. Éste no era importante, pero llevaba su nombre y dirección anotados.

Ahora se preocupa constantemente por ese pedazo de papel y por el accidente que *podiera* haber ocurrido. A pesar de la falta total de evidencia de que haya ocurrido algún contratiempo, el pensamiento obsesivo denuncia sus acciones como la causa básica de una desafortunada cadena de eventos. Él ignora todos los demás posibles factores que pudieran provocar un accidente de tráfico, aparte de su “irresponsabilidad”. Empleando la técnica de la flecha descendente, observemos la secuencia de pensamientos que compone la obsesión de Michael:



Ahora, teniendo en mente el caso de Michael, efectúe el siguiente ejercicio para aprender a asignar los porcentajes de los posibles eventos con el fin de trabajar sobre sus supuestos erróneos de culpa y responsabilidad.

1. Describa detalladamente la preocupación obsesiva por su responsabilidad de la seguridad de los demás y a la posibilidad de que sufran daño. Describa un escenario en el que alguien resulta herido debido a su negligencia. Escriba en este espacio de abajo:



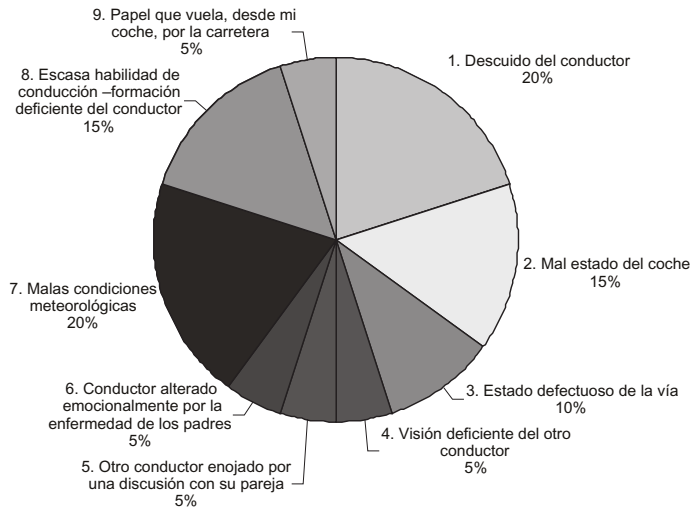
-
-
-
2. Después trate de identificar cada uno de los factores concebibles que pudieran haber contribuido al accidente, además de su contribución personal.

En cada accidente, existen una serie de factores que podrían haber influido en el origen. Por ejemplo, en el caso de Michael, entre algunas de las posibles circunstancias que podrían contribuir a un accidente de circulación (además de su negligencia) se incluyen el estado mental del otro conductor (posibles facultades mermadas, adormecimiento o consumo de alcohol), las condiciones de la vía circulatoria (resbaladizo), el coche (neumáticos o frenos en mal estado), el tiempo atmosférico (oscuridad, lluvia, viento), etc.

A continuación se presenta una lista que muestra el porcentaje imaginado de las otras contribuciones causales a un *posible* accidente de coche además del trozo de papel de Michael volando por la carretera (se hace que todos los diferentes factores sumen el 100%):

Posible causa de accidente	Probabilidad de contribución al accidente (0-100%)
1. Descuido del conductor	20%
2. Mal estado del coche	15%
3. Estado defectuoso de la vía	10%
4. Visión deficiente del otro conductor	5%
5. Otro conductor enojado por una discusión con su pareja	5%
6. Conductor alterado emocionalmente por la enfermedad de los padres	5%
7. Malas condiciones meteorológicas	20%
8. Escasa habilidad de conducción –formación deficiente del conductor	15%
9. Papel que vuela, desde mi coche, por la carretera	5%
TOTAL	100%

Reflejado a modo de gráfica de quesos, todos los factores en competencia presentarían un aspecto similar a éste:



Ahora piense en su preocupación obsesiva referida a que usted podría dañar a alguien y efectúe un listado de los posibles factores que podrían dar lugar a las consecuencias que usted teme. Para cada causa, elabore una estimación del porcentaje de su contribución al accidente imaginado. No existen respuestas correctas ni incorrectas. No se preocupe si la suma no es el 100%, una aproximación está bien.

Possible cause of accident	Probability of contribution to the accident (0-100%)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
TOTAL	100%



Ahora plantéese las siguientes preguntas:

1. Basándose únicamente en la gráfica anterior, si usted tuviese conocimiento de que ha sucedido un accidente y supiera más sobre sus detalles, ¿cuál sería la *posible* causa del accidente?
2. ¿En qué basa su decisión?
3. ¿Su conclusión se basa en sus sentimientos sobre lo que podría haber sucedido o en los “hechos”?
4. ¿Qué más podría haber causado el accidente/contratiempo?
5. ¿Está seguro de su decisión?
6. Si no está seguro, ¿qué grado de malestar siente por ello?
7. ¿Con qué grado de certidumbre valora su responsabilidad en el accidente/contratiempo (0-100%)?
8. Si usted estima su responsabilidad en más de un 50%, ¿esto es consistente con los hechos del accidente/contratiempo a la luz de los demás factores que podrían causarlo posiblemente?

Ahora, tras completar este ejercicio, usted podría tener una idea más clara de que, en *cualquier* accidente/contratiempo, es posible que los factores causantes múltiples puedan ser, además de su propia contribución. Asignar la responsabilidad por algo negativo no es sencillo. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo efectúan la asignación de un modo tan patentemente simple que desafía a las leyes de la lógica y a los hechos. En ausencia de una certidumbre total, asumen automáticamente: “¡Es culpa mía! ¡Voy a ser castigado por ello!”

Técnica del abogado de la defensa

La técnica del abogado de la defensa es un ejercicio de role-playing muy útil que puede emplearse junto con la técnica de la gráfica de quesos. Puede practicarla con la ayuda de una persona de apoyo o con su terapeuta. En este role-playing usted va a actuar como si fuese su propio abogado de la defensa. Su tarea es argumentar vigorosamente su inocencia en el tribunal donde se le juzga por causar algún grave contratiempo/accidente o por no ser lo suficientemente cauto al proteger a los demás.

Es una buena idea empezar con la técnica de la gráfica de quesos, como la que efectuó anteriormente, familiarizándose así con todas las posibles causas del crimen/contratiempo. Ese listado constituirá la base de su “defensa”.

En el otro lado tenemos al “fiscal” (el trastorno obsesivo compulsivo), quien argumentará que usted es culpable del crimen/contratiempo y que debería ser condenado a un castigo severo y seguro –tal como la cárcel/o enviársele al “infierno viviente” de la culpa o etc. Usted, erigido en su propio abogado de la defensa, debe razonar contundentemente que en modo alguno puede ser considerado como culpable porque no puede probarse su culpa: existen muchas explicaciones alternativas en el crimen/accidente. ¡Lo causaron algunos factores diferentes a su negligencia! Como su propio abogado de la defensa, debe defender firmemente su inocencia y luchar por ella.

Aquí presentamos la muestra de un diálogo de la técnica del abogado de la defensa empleando el caso de Michael como ejemplo:

Fiscal: *Michael, ¿permitió que un trozo de papel volara por la ventana de su coche y fuera a parar al exterior mientras conducía cerca de la confluencia de la calle principal con la calle 25?*

Abogado de la defensa (usted): Sí, conducía por esa zona, mi ventanilla estaba abierta y el trozo de papel voló accidentalmente al exterior.

Fiscal: *¿Me está diciendo que no se dio la vuelta para recuperar el papel en la calle?*

Abogado de la defensa: ¡No!... Tenía prisa y andaba sin tiempo para volverme. Además, ¿qué daño puede provocar un trozo de papel?

Fiscal: *¿Se percata del terrible daño que provocó con ese trozo de papel? ¡Una familia se encuentra devastada debido a su irresponsabilidad e imprudencia!*

Abogado de la defensa: Siento lo que han sufrido, ¿pero por qué debería cargar con la culpa? ¡Usted no puede demostrar nada! ¡El conductor podría estar bebido o ser poco hábil! El papel puede que no tenga nada que ver en el accidente.



Fiscal: *Un trozo de papel con su nombre y dirección se encontró a diez pies de la escena del accidente. ¡Aquí tiene su prueba!*

Abogado de la defensa: ¡Eso no es ninguna prueba! ¿Qué pasa con el coche? ¿Podría tener alguna avería mecánica que causara el accidente!

Fiscal: *¡El coche se encontraba en perfecto estado antes del accidente!*

Abogado de la defensa: ¿Qué evidencia tiene?

Fiscal: *Disponemos de los registros de los arreglos del taller de coches efectuados tres semanas antes del accidente.*

Abogado de la defensa: ¡Eso no significa que el coche fuera seguro ese día! ¿Qué sucede con las condiciones atmosféricas? Llovía y las carreteras resbaladizas pueden tener mucho que ver con el accidente, ¡y no mi trozo de papel!

Fiscal: *Había un trozo de papel atrapado en el limpiaparabrisas que obviamente asustó al conductor, quien perdió el control del coche. ¡Debería avergonzarse de sí mismo!*

Abogado de la defensa: ¿Midió los niveles de alcohol en la sangre del conductor? ¿Ha considerado la posibilidad de que pudiera estar bebido y que, debido a su estado, no pudiera controlar el coche...?

Observe que su trastorno obsesivo compulsivo es a veces insinuante y provoca que se sienta ansioso y dude de su posición. Eso es normal –siga manteniendo con fuerza sus argumentos. El role-playing habrá finalizado cuando sienta que ha defendido con éxito su inocencia o incluso que ha controlado la acusación. Después intente este ejercicio con otra preocupación excesiva. Vivir la experiencia de “discutir” activamente con sus preocupaciones y temores obsesivos puede servirle para que éstos pierdan fuerza sobre usted.

Cambiando el pensamiento del tipo “¿y si...?”

Las preocupaciones obsesivas implican la mayoría de las veces una visión catastrófica del futuro y sentimientos persistentes de duda. Estos pensamientos casi siempre empiezan con un “¿y si...?” Por ejem-

plo, “¿Y si contraigo el SIDA?” o “¿Y si no apagué el gas?” o “¿Y si atropellé a alguien?”

Un modo muy útil de confrontar el fenómeno del “¿y si...?” es ir un paso más allá de esta pregunta y cuestionarse: “¿Entonces qué?!” Después dar otro paso más y preguntarse qué haría razonablemente si ocurriese la situación que verdaderamente teme. El tercer paso es inquirirse “¿Cuál sería una consecuencia positiva en el caso de que sucediera la situación temida?” Finalmente pregúntese qué podría ser capaz de hacer en estos momentos para prepararse en el caso de que sucediera la situación temida. Se presenta ahora el modo en el que debiera hacerse este ejercicio en el caso de Michael:

¿Y si un trozo de papel saliera volando por la ventana y provocara un accidente? ¿Entonces qué?

Entonces aceptaría las consecuencias, posiblemente pagar una multa o ir a la cárcel. *¿Entonces qué?*

Entonces todavía tendría mi vida y tres comidas diarias. Mi familia me visitaría allí. Podría recuperar mi hábito de la lectura y escribir mientras un libro.

¿Qué es lo peor que podría suceder? Quedarme sin material de lectura.

¿Cuál es la consecuencia positiva del temor ‘y si’? Podría volverme más sabio debido al conocimiento que adquiriría en la cárcel, mejorar mis habilidades para escribir cartas y aprender la virtud de la paciencia.

¿Cómo puedo prepararme ahora para esa posibilidad? Redactando una exhaustiva lista de lectura, comprando instrumentos para la escritura.

Si esto le parece un ejercicio absurdo, ¡ciertamente lo es! Pero entonces, muchos de los temores obsesivos de las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo lo son. Ahora realice este ejercicio con sus propios temores y preocupaciones obsesivos:

¿Y si? _____; *Entonces qué!*

Entonces _____; *Entonces qué!*

Entonces _____

¿Qué es lo peor que podría suceder?

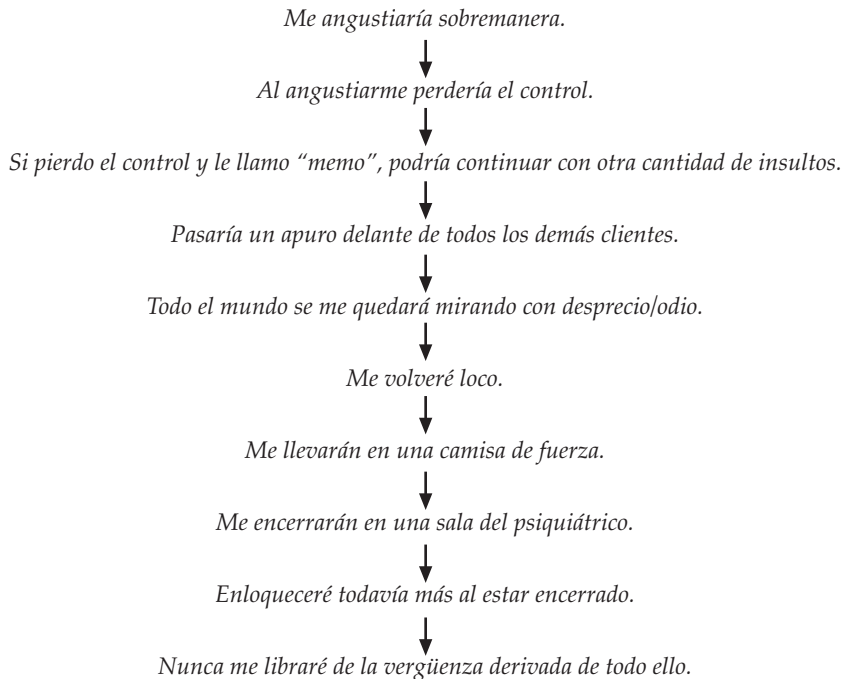


¿Cuál es la consecuencia positiva del temor 'y si'?

¿Cómo puedo prepararme ahora para esa posibilidad?

¿Qué sucedería si pierdo el control?

“Qué sucedería si pierdo el control” es una variación del tema del pensamiento del “y si” que implica una preocupación obsesiva con la idea de que la ansiedad, el temor, la ira y la agresión son emociones peligrosas y deberían evitarse a toda costa. Robert, un vendedor que padece un trastorno obsesivo compulsivo, evitaba las situaciones sociales por temor a enfadarse y perder el control en lugares públicos. Su secuencia habitual de temor se expresa tal como sigue:



El pensamiento de tipo “¿y si?” combinado con la noción de que el enfado es peligroso da lugar al aislamiento y a una evitación extrema de cualquier situación social en la que pudieran desencadenarse el enojo o la ansiedad.

Una estrategia útil es idear una exposición en imágenes donde se emplee una situación como la anterior. El capítulo 7 describe los pasos para llevar a cabo una exposición en imágenes. Al confrontar de forma encubierta y reiterada la situación temida, la imaginación del peligro pierde gradualmente su potencia.

Otra estrategia es idear un “experimento” para enfadarse o “perder el control”. Intente las siguientes situaciones prácticas a modo de “mini-experimentos”:

1. Empleando un casete, grabe durante cinco minutos un *role-playing* de una situación que le genere ira de un modo habitual o potencial. Puede tratarse de una situación actual de su vida o de alguna otra que habitualmente le moleste, tal como percatarse de que un vendedor trata de estafarle. Permítase discutir vigorosamente con su pareja de *role-playing* (vendedor). Deje que el diálogo se calde cada vez más. Permita que las palabras sean cada vez más fuertes en la medida que aumenta su mal genio. Incluso puede empezar a gritar. Golpee un cojín... ¡exprese el enojo!
2. Ahora rebobine el casete y escuche el *role-playing*. Si usted considera que puede grabarlo con más dramatismo, hágalo. Escuche de nuevo el resultado. Observe su nivel de ansiedad mientras escucha. ¿Se incrementa? Si fuera el caso, escuche una y otra vez hasta que su ansiedad descienda un nivel de USAs menor que 20.
3. Si su nivel de ansiedad no se incrementa, trate de practicar su *role-playing* de la “discusión” en público y con una pareja. Podría ser en un restaurante, un parque, unos almacenes, en cualquier lugar en el que tema desconcertarse y perder el control. Practique su “discusión” durante 5 minutos. Observe su nivel de USAs. Realice el *role-playing* en diferentes lugares públicos que evoquen ansiedad hasta que se “habitúe” a la preocupación y se encuentre razonablemente cómodo manteniendo la “discusión”.



¿Y SI NO CAMBIAN MIS CREENCIAS?

En las personas con trastorno obsesivo compulsivo, puede ser complejo modificar las preocupaciones y creencias obsesivas. En la medida en que se autocomplementan el poderoso ciclo de los temores obsesivos y los rituales compulsivos, se convierte en algo extremadamente complicado cambiar las creencias sobre lo que es pernicioso y peligroso y lo que no. Si sus creencias parecen extremadamente resistentes al cambio, intente modificarlas empleando los siguientes abordajes:

- Realice un duro trabajo extra para cambiar lo que *hace* en la actualidad frente a las creencias obsesivas. En otras palabras, una clave para modificar las creencias obsesivas inalterables es realizar *exactamente lo contrario* de lo que sus creencias obsesivas le conminan a hacer. Por ejemplo, el mejor modo de cambiar la creencia disfuncional que postula que debe evitar sentarse en un mobiliario “contaminado” y tocar objetos “contaminados” para estar a salvo del contagio del SIDA es hacer lo contrario: arriesgarse, enfrentar sus miedos y sentarse en el asiento y tocar los objetos temidos (véase el capítulo 6). ¡Hágalo! ¡Incluso aunque su cerebro obsesivo compulsivo esté enviando mensajes acerca de una enfermedad y muerte inminentes! Al actuar de modo consistente y directo frente a lo que le impelen a hacer sus creencias disfuncionales, estas cogniciones tan rígidas cambiarán gradualmente.
- Aunque puede parecer terrorífico, trabaje para dejar de estar bajo el control absoluto de sus preocupaciones. Un abordaje muy útil para librarse del control de un temor o preocupación obsesivos es gritarse a sí mismo: “¡Aquí mando yo y no voy a hacer esto nunca más!” y después irse sin realizar el ritual.
- Reconozca que aunque las creencias erróneas del trastorno obsesivo compulsivo causan su sufrimiento, usted podría, sin percatarse de ello, estar aferrándose a sus creencias erróneas y ser renuente a modificarlas. Esto se debe a que, para algunas personas con trastorno obsesivo compulsivo, tales creencias aportan un modo de sentirse seguros y en control ante un mundo que parece, con fre-

cuencia, aterrador e imprevisible. Pregúntese si el precio que está pagando por dicha sensación de control y seguridad justifica el impacto de estas creencias disfuncionales en su vida.

- Considere la posibilidad de tomar medicación para el trastorno obsesivo compulsivo. Un fármaco adecuado puede ayudarle a reducir significativamente sus pensamientos obsesivos. Cuando la medicación es efectiva, es más sencillo lograr un cambio en sus pensamientos, rituales y creencias.

TERCERA PARTE

Liberándose de las obsesiones puras

9

Desear olvidar algo es pensar sobre ello.

–Proverbio galo

Las formas más típicas de trastorno obsesivo compulsivo presentan pensamientos, sentimientos o impulsos obsesivos combinados con rituales compulsivos, tal como lavarse las manos o efectuar comprobaciones. Sin embargo, existe una modalidad del trastorno obsesivo compulsivo que implica principalmente cogniciones: pensamientos e imágenes intrusos y horribles donde se causa daño a los demás o se les pone en peligro. Estos pensamientos se experimentan como parte de la propia mente (no como algo que proviene del exterior) y provocan un gran distress, temor y vergüenza. Como la gente con este tipo de trastorno obsesivo compulsivo se siente especialmente sola y asustada, tienden a mantener en secreto sus pensamientos.

Denominamos a este tipo de trastorno obsesivo compulsivo como *obsesiones puras* u “O.-puras”. En cierta época se pensaba en el ámbito de los científicos conductuales que las personas con obsesiones puras carecían de compulsiones o rituales. Sin embargo, estudios recientes revelan que aunque algunas personas carecen de compulsiones abiertas, muchos otros presentan, de hecho, rituales mentales (Steketee 1993; Freeston y LaDoucheur, 1997). Estos pensamientos contrarrestan y neutralizan el malestar de sus pensamientos involuntarios e intrusos. Para nuestros fines, consideraremos como obsesiones puras tanto al trastorno obsesivo compulsivo con únicamente pensamientos obsesi-

vos como al que va acompañado de pensamientos obsesivos junto con rituales mentales. A continuación se presentan algunos ejemplos de obsesiones puras:

Paula, de 25 años, estaba jugando con sus queridos gatos mientras fumaba un cigarrillo. Inesperadamente, irrumpió en su mente el pensamiento de quemar al gato con el cigarrillo. El pensamiento le horrorizó, generando enormes sentimientos de culpa. Se preguntó una y otra vez “Cómo podía albergar tales ideas... Quizás realmente no quiero a mis gatos. ¡Debo de ser una persona horrible para pensar en hacer eso!” Desde entonces cuidar a sus gatos le crispaba los nervios porque pensaba que corrían peligro con ella. Evitaba tocar a los animales excepto cuando era absolutamente necesario.

Anthony, un estudiante de empresariales de 23 años, mientras estaba sentado en el aula, experimentaba el pensamiento intruso de que abría la boca para preguntar algo, perdía el control y vomitaba ante toda la clase. Normalmente no era tímido, siempre había participado activamente en las clases desde niño. Sin embargo, el pensamiento intruso era tan amenazador para él que ahora evitaba plantear preguntas en clase y temía ser cuestionado por sus profesores.

Steve es un profesor muy devoto, de 49 años de edad, que experimentaba pensamientos intrusos e inquietantes con relación a las imágenes de Jesús y la Virgen María. Con frecuencia sus pensamientos implicaban encuentros sexuales con ellos. Las imágenes eran embarazosas y humillantes. Se sentía extremadamente culpable, en especial desde que tendían a incrementarse cuando se encontraba en la iglesia. Al sentirse indigno, evitó entrar en misa.

Robert, un médico de 33 años, se había casado hace un año y su esposa dio a luz a su primera niña. Una noche, mientras contemplaba cómo su bebé dormía tranquilamente, le asaltó a su mente la imagen de tocar los genitales de su hija. Al sentirse culpable, desconcertado y asustado, evitó cualquier contacto físico con la niña. Su esposa empezó a preguntarse por qué se negaba a cambiarle los pañales o a tenerla en brazos



LA NATURALEZA DE LAS OBSESIONES PURAS

Aquí se presentan algunas observaciones genéricas con respecto a las obsesiones puras:

- **Las personas con obsesiones puras experimentan una reacción anormal ante procesos de pensamiento esencialmente normales**

Los estudios de investigación efectuados sobre adultos normales (que carecen de síntomas de un trastorno obsesivo compulsivo), revelan que todo el mundo experimenta pensamientos involuntarios e intrusos en alguna ocasión (Steketee, 1998). La diferencia es que las personas con obsesiones puras parecen detentar una hipersensibilidad extrema a estos pensamientos “raros” que ocurren de un modo normal. El ciclo obsesivo-compulsivo se deriva del esfuerzo por aliviar la culpa y el malestar que se generan por experimentar tales pensamientos. Esto da lugar a intentos por evitar, suprimir o escapar de los pensamientos intrusos. Esto amplía e intensifica los pensamientos, empeorándolos cada vez más. La persona queda atrapada en un circuito obsesivo-compulsivo interminable.

- **Las personas con obsesiones puras es muy improbable que lleven a cabo los horribles actos e impulsos que aparecen en su mente**

Con independencia de si el pensamiento implica imágenes violentas o de carácter sexual, *las personas con obsesiones puras no corren el peligro de actuar tales terribles pensamientos*. La gente que ejecuta tales pensamientos puede experimentar lo que se denomina un “trastorno anti-social de la personalidad”. Son personas que carecen de consciencia. Al contrario que los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo, tienden a no preocuparse en exceso por sus pensamientos negativos. Su falta de consciencia hace que sus acciones no les parezcan demasiado trastornadoras. Por otro lado, los sujetos con obsesiones puras tienden a estar excesivamente orientados a las normas y a preocuparse por hacer las cosas “bien”. Igualmente, temen y evitan (de un modo obsesivo) hacer cosas “malas”. Tienden a ser perfeccionistas que aplican de un modo patentemente rígido, reglas implacables a todo aquello que

piensan, hacen y dicen. Las personas con obsesiones puras sufren bastante más, al preocuparse y temer por sus propios pensamientos de hacer cosas negativas o cometer crímenes, que aquellos con personalidad antisocial.

- **Los rituales lo empeoran**

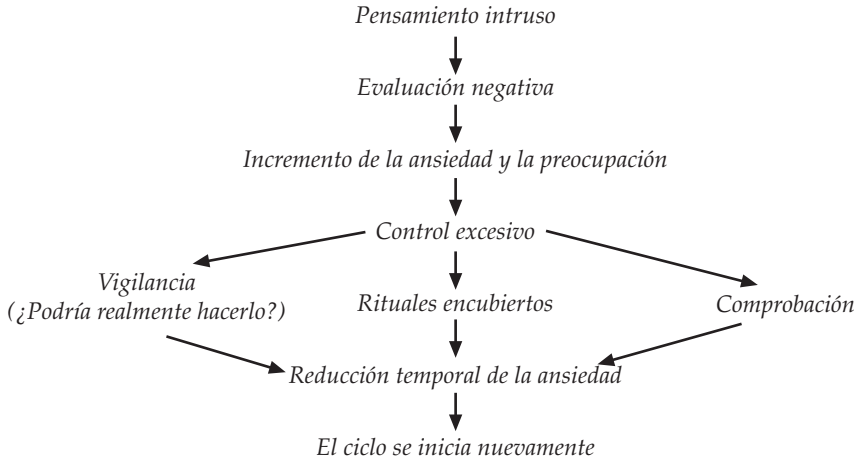
Para controlar la ansiedad y el malestar producido por pensamientos tan terribles, las personas con obsesiones puras a menudo llevan a cabo sutiles estrategias de neutralización que pasan inadvertidas para los demás. Un ejemplo de ello es repetir, reiteradamente y en silencio, una oración o una afirmación tal como: “Realmente no quiero que pase esto”. Se trata de pensamientos compulsivos que pretenden deshacer mágicamente el pensamiento negativo.

- **Los pensamientos intrusos no significan nada**

Los pensamientos intrusos no nos transmiten nada sobre el carácter de una persona, sus verdaderos deseos o intenciones. Todo lo que comunican es que la persona que experimenta esos pensamientos padece una enfermedad denominada trastorno obsesivo compulsivo. Los intentos por encontrar “significados ocultos” o alguna “causa esencial” de los pensamientos –por ejemplo una negligencia o un maltrato infantil– son en su mayor parte vanos y tan sólo empeoran las cosas.

ANATOMÍA DE UNA OBSESIÓN PURA: UNA VISIÓN PANORÁMICA

La obsesión pura empieza con un pensamiento molesto que es valorado de un modo muy negativo. En la mente de la persona, los pensamientos se experimentan de un modo tan real como las acciones. Entonces se efectúan intentos por evitar o suprimir el pensamiento. Esto conduce a varias “estrategias de control” con miras a reducir la ansiedad, incluyendo rituales mentales. Se disminuye la ansiedad, pero sólo provisionalmente. Después empieza nuevamente el ciclo.



Examinemos ahora con detalle el modo en el que se desarrolla una obsesión pura.

Pensamiento intruso. Evaluación negativa

Aparece en la mente un pensamiento, imagen o impulso que es trastornador, humillante, embarazoso o incluso horripilante. La mayoría de las veces es de contenido sexual o agresivo y genera culpa, vergüenza y desconcierto. Debido a que el trastorno obsesivo compulsivo es la “enfermedad de la duda”, puede provocar que usted dude de ciertos aspectos personales que se sitúan en el núcleo del tipo de persona que cree ser.

Por ejemplo, si a usted le encantan los niños, es probable que su trastorno obsesivo compulsivo genere un pensamiento intruso del tipo: “¿Y si dañara a mis hijos...?”. El pensamiento puede incluir una imagen mental o un impulso férreo que empuje a ejecutar algo embarazoso o humillante. Si usted es especialmente religioso o moral, sus pensamientos intrusos del trastorno obsesivo compulsivo pueden implicar temas religiosos “blasfemos” con un fuerte contenido sexual o agresivo. Si usted es pacífico, es probable que sus temas del trastor-

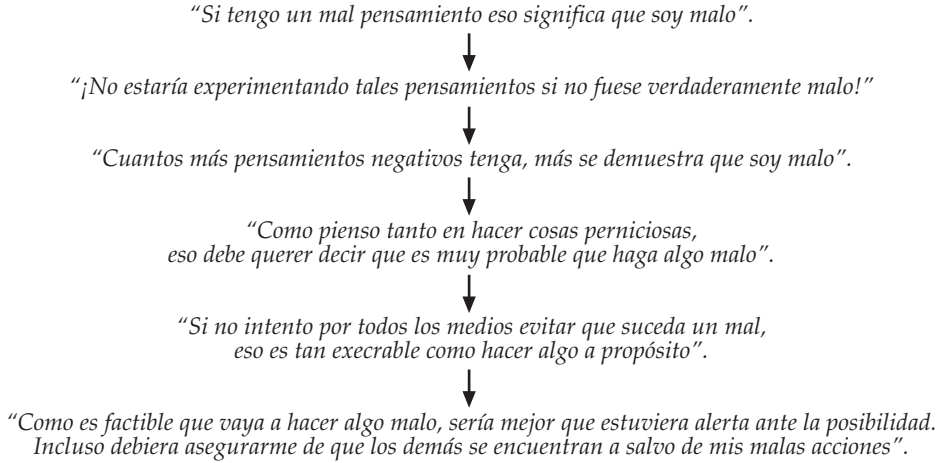
no obsesivo compulsivo sean de naturaleza hostil y agresiva. Si usted se enorgulleciera de ser una persona extremadamente responsable, posiblemente los pensamientos e impulsos intrusos traten sobre el hecho de cometer actos irresponsables, tal como prender fuego a una casa o empujar a un peatón ante los coches que pasan. Si usted se encuentra seguro de su orientación heterosexual, el trastorno obsesivo compulsivo puede llenar su mente de imágenes sobre actividades homosexuales. Sobra decir que puede ser bastante desesperante.

El contenido de los pensamientos refleja con frecuencia las inquietudes normales que todos experimentan a lo largo de la vida. En el caso de que una cuestión particular del autodesarrollo sea evidente, el contenido de los pensamientos puede reflejar la ansiedad normal sobre tales momentos del ciclo vital. Por ejemplo, los pre-adolescentes que son cada vez más conscientes de su autonomía e independencia es probable que experimenten pensamientos intrusos e involuntarios con respecto a la realización de actos violentos o inmorales para con sus padres. Los adultos jóvenes que ansían establecerse con una pareja pueden experimentar pensamientos intrusos con respecto a su sexualidad. Un recién casado, abrumado por la perspectiva y la responsabilidad de la paternidad, puede presentar pensamientos intrusos en los que daña a niños. El trastorno obsesivo compulsivo parece atacar a las dudas y temores personales que la gente presenta normalmente a medida que pasan por las habituales etapas del ciclo vital.

Evaluación negativa (Fusión pensamiento / acción).

Incremento de la ansiedad y la preocupación

Tal como se mencionó en el capítulo 8, muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo padecen el error cognitivo denominado “fusión pensamiento / acción” en el cual los pensamientos se experimentan y sienten como si fuesen acciones. Igualmente, muchos sujetos con obsesiones puras viven sus pensamientos intrusos como la prueba de que pueden llevar a cabo ese terrible acto en el que están pensando. La lógica del trastorno obsesivo compulsivo sigue un proceso similar a éste:



Incremento de la ansiedad y la preocupación. Control excesivo

Tras etiquetar sus pensamientos como potencialmente peligrosos, los sujetos con obsesiones puras tratan de evitar, suprimir o neutralizar la ansiedad que experimentan debida a sus pensamientos empleando las siguientes estrategias.

- **Vigilancia**

Tras experimentar una serie de pensamientos intrusos, la mente se pone “en alerta”. A modo de centinela en una atalaya o de “poli” de ronda, la mente llega a preocuparse en gran medida con el hecho de “atrapar el mal pensamiento”. El efecto es que las cogniciones llegan a convertirse en algo más patentemente importante. La mente “rumia” sobre la próxima ocurrencia de los pensamientos y se dedica cada vez más energía a prevenirlos y evitarlos. Los intentos por suprimir o detener los pensamientos son progresivamente más elaborados.

El efecto de la supresión del pensamiento no es probable que ocurra cuando se le imparte a alguien la siguiente instrucción: “¡No piense, bajo ninguna circunstancia, en elefantes rosas!”. Inténtelo, no piense en

elefantes rosas durante los siguientes cinco minutos. ¿Cuántas veces apareció el pensamiento de los elefantes rosas en su mente? Como puede ver, los intentos por suprimir los pensamientos sólo sirven para incrementar su ocurrencia (Steketee, 1993; Wegner, 1989).

- **Rituales encubiertos**

Puede desarrollarse un pensamiento encubierto u oculto para “des-hacer” o neutralizar éste, tal como:

Orar en silencio: “Perdóname Dios por tener ese pensamiento”.

Rimas o frases anuladoras: “Realmente no quiero hacer eso”.

Compensar el pensamiento con una idea o imagen “correcta”.

Contar en silencio, empleando números “buenos”.

- **Comprobación**

Muchos pacientes desarrollan estrategias de “comprobación” para calmar sus pensamientos intrusos. Tales tácticas consisten en conductas persistentes, repetitivas y a veces extrañas. Por ejemplo, Paula, la mujer que experimentaba el pensamiento intruso de dañar a sus gatos (a los cuales adoraba) se “comprueba” al tener en mano un cuchillo cerca del cuello del gato durante varios minutos para asegurarse de que *verdaderamente* no desea dañar a sus queridos gatos. Sólo cuando se siente tranquila al respecto puede dejar el cuchillo.

Un hombre casado heterosexual con el pensamiento intruso de: “Soy gay”, contempla a propósito fotografías de hombres desnudos para “comprobar” si le excitan. Sólo logrará relajarse cuando se asegura de que eso no ocurre.

La comprobación es considerada una estrategia de neutralización que genera tan sólo un alivio momentáneo de la ansiedad del pensamiento. Sin embargo, sólo sirve para mantener a la persona aprisionada dentro de un interminable ciclo obsesivo compulsivo.



CUATRO PASOS PARA LIBERARSE DE LAS OBSESIONES PURAS

“Cuando permito que mis pensamientos sean, ellos me dejan ser a mí”.

–Persona con trastorno obsesivo compulsivo en remisión

Paso 1. Escríbalos

Escribir sus pensamientos obsesivos será probablemente embarazoso, incluso atormentador para sus nervios, ¡pero hágalo! En la hoja de trabajo de los pensamientos intrusos que viene a continuación, evalúe el grado de malestar empleando la escala de USAs que va de 1 a 100. (¿Recuerda las unidades subjetivas de la escala de ansiedad del capítulo 6?) Después observe qué sucedió justo antes de que aconteciera el pensamiento. A eso se le denomina *evento desencadenante*. Algunos ejemplos de eventos activadores podrían ser sujetar a un niño en brazos, ponerse furioso con su hermano o entrar en una iglesia. Sin embargo, con frecuencia *no* existe un evento disparador que precede al pensamiento intruso.

Piense ahora en estrategias de neutralización que podría emplear para reducir la ansiedad derivada de sus pensamientos. Entre éstas se incluyen estrategias de comprobación o rituales compulsivos que ya pudiera estar utilizando, tal como contrarrestar un pensamiento negativo con otro pensamiento, frase u oración positivos.

Hoja de trabajo de los pensamientos intrusos

Pensamiento intruso	USAs (0-100)	Evento activador (¿Qué sucedió justo antes del pensamiento?)	Estrategias de neutra- lización (Comprobación, rituales para tranquilizarse)
1. _____	_____	_____	1. _____
2. _____	_____	_____	2. _____
3. _____	_____	_____	3. _____
4. _____	_____	_____	4. _____
5. _____	_____	_____	5. _____
6. _____	_____	_____	6. _____

7. _____ 7. _____
8. _____ 8. _____

Paso 2. Recuérdesse:

“!Yo no soy mis pensamientos obsesivos compulsivos!”

Trate de creer que el pensamiento del trastorno obsesivo compulsivo carece de sentido y que no implica nada con respecto a lo que usted puede o no llevar a cabo. ¿En qué grado cree realmente que ejecutará el pensamiento? Realice un listado de sus pensamientos intrusos en la hoja de trabajo de valoración de los pensamientos intrusos. Evalúe sus creencias empleando esta escala de valoración de 8 puntos:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

0= Ninguna probabilidad.

4= Posibilidad bastante fuerte.

8= Es extremadamente posible que actúe según mis pensamientos intrusos.

Hoja de trabajo de valoración de los pensamientos intrusos

Pensamiento intruso	Probabilidad de llevar a cabo el pensamiento
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____

La mayoría de las personas que padecen obsesiones puras valorarán, en un inicio, sus creencias entre 4 y 8. Esto indica la presencia de



una fusión pensamiento/acción y la tendencia a dudar, lo cual son sellos auténticos del trastorno obsesivo compulsivo. Recuerde, la fusión pensamiento/acción es la idea de que por el simple hecho de pensar en algo negativo hará que eso ocurra.

Paso 3. Acepte la presencia del pensamiento y resístase al impulso de poner en marcha estrategias de evitación/neutralización

Aceptar la presencia del pensamiento exige que permita que éste permanezca allí sin juzgarse en absoluto. El juicio es definido en el diccionario Webster como: “la capacidad para formarse una opinión mediante la diferenciación y evaluación; la formación de una opinión tras una consideración o deliberación”. Como seres humanos, nos sentimos impelidos a dotar de significado a nuestra experiencia, a realizar juicios. Abstenerse de todo juicio con respecto a sus pensamientos intrusos exige esfuerzo pero potencia su habilidad para convertirse en un observador objetivo de sus propios sin llegar a bloquearse en exceso por ellos.

Paso 4. Confronte su pensamiento: realice ejercicios de exposición para habituarse a la presencia del pensamiento

Los pensamientos intrusos se experimentan con frecuencia junto con emociones de preocupación y miedo. Pueden presentarse todas las respuestas fisiológicas clásicas, incluyendo taquicardia, sudor en las palmas de las manos y sequedad bucal. El proceso de “desensibilizar” su cerebro de los pensamientos implica exponerse deliberadamente ante los pensamientos negativos hasta que el cerebro tenga la oportunidad de “habituarse”, es decir: de experimentar el pensamiento desligado de todo malestar.

Para demostrar el modo en el que funciona esto, diga su nombre o el de alguien a quien aprecie mucho –o un nombre vinculado a un apego o reacción, tal como el de su hijo, pareja, padre o jefe. Ahora preste atención a su “sentimiento” interno como respuesta a dicho nombre. Después repita el nombre nuevamente una y otra vez. Siga este proceso de reiteración un mínimo de 50 veces.

Observe el modo en el que cambia su reacción al nombre después de la repetición número cincuenta. Preste atención al “sentimiento” interno que se genera como respuesta al nombre en estos momentos. Observe cómo el nombre ya no ejerce el mismo impacto emocional. ¡Incluso probablemente le suene a una mera sucesión de sílabas carente de significado! Este es el modo de funcionamiento ahora familiar proceso de habituación. Debido a la constante repetición, su sistema nervioso se ha “aburrido” del “significado”, en un principio original, que se hallaba vinculado a ese nombre. Este es el modo en el que funciona: al repetir un pensamiento temido, pierde su poder e impacto sobre usted.

EJERCICIOS DE HABITUACIÓN AL PENSAMIENTO

La meta de los siguientes ejercicios es ayudarle a experimentar un pensamiento incómodo sin sentir un excesivo malestar.

Ejercicio 1. Exposición escrita

1. Consiga un bloc y divida la hoja en dos columnas. En el lado izquierdo, escriba el pensamiento. En la columna derecha anote su nivel de USAs (0-100).
2. Resístase a evitar o distraer la ansiedad, así como a elaborar ritos para eliminarla de la consciencia.
3. Regrese a la columna izquierda, pase a la siguiente línea y escriba de nuevo el mismo pensamiento. Evalúe su nivel de USAs de nuevo en la columna derecha.
4. Repita los pasos 1-3 hasta que su nivel de USAs baje a 20-30. Podría tener que escribir el pensamiento unas 50 veces o más antes de que su nivel de USAs empiece a descender. Cuando esto suceda, prosiga con el siguiente pensamiento y repita los pasos 1-3.

Ejercicio 2. Exposición grabada

1. Empleando un casete, grabe los pensamientos repitiéndolos, una y otra vez, aproximadamente 30 veces.



2. Rebobine el casete y escuche reiteradamente el pensamiento repetido. Sea consciente de su tendencia a evitar escucharlo o a distraerse en la tarea.
3. Observe su nivel de USAs tras cada escucha. Anótelos. Rebobine y escuche de nuevo.
4. Repita los pasos 1-3 hasta que su nivel de USAs se reduzca a 20-30.

La meta de ambos ejercicios es ayudarlo a empezar a coexistir con sus aterradores pensamientos sintiendo un malestar menor. ¡Nunca nadie falleció o perdió el control simplemente por la presencia de un pensamiento! *Es la interpretación del significado del pensamiento el que determina el modo en el que se comportan las personas.* Aunque es poco realista esperar que sus pensamientos intrusos se marchen mágicamente, experimentará un importante alivio una vez que haya comprendido que un pensamiento ¡es sólo un pensamiento! ¡Nada más que eso!

Recuerde la siguiente frase tan raída: “¡Resista lo que resista, persiste!” Esto significa que el trastorno obsesivo compulsivo se nutre de sus persistentes esfuerzos por evitar, suprimir o crear un sentido excesivo fuera de sus pensamientos intrusos. *Cuando deje de intentar, de un modo tan obstinado, controlar la actividad de su mente, disminuye el trastorno obsesivo compulsivo.*

Ejercicio 3. Estrategias de auto diálogo

El Dr. Scharz, en su libro *Brain Lock* (1996), discute el concepto del “observador imparcial”, que consiste en la capacidad que poseen todos los seres humanos para observar sus propios pensamientos, sentimientos y conductas. También puede ser un observador imparcial de sus propios pensamientos. Trate de prestar atención a su conversación interna con el trastorno obsesivo compulsivo. Permita la presencia de los pensamientos intrusos, pero no les confiera el control. ¡Adopte una *aproximación activa* a los pensamientos intrusos! Reemplace su auto diálogo negativo con afirmaciones más positivas. Por ejemplo:

Cuando se sorprenda diciendo:

“Estos pensamientos negativos significan que soy malo”.

Responda a su cerebro:

“Sólo se trata de mi química cerebral hiperactiva”.

Cuando se sorprenda diciendo:

“Quizás lleve acabo esos pensamientos negativos”.

Responda a su cerebro:

“No soy yo. Es sólo mi trastorno obsesivo compulsivo”. (Agradecimientos al Dr. Jeff Schwartz).

Cuando se sorprenda diciendo:

Estos pensamientos negativos deben querer decir que soy malo”.

Responda a su cerebro:

“Es sólo un pensamiento del trastorno obsesivo compulsivo y no significa absolutamente nada”.

Cuando se sorprenda diciendo:

“Quizás esta vez no se trate del trastorno obsesivo compulsivo”.

Responda a su cerebro:

“Esto constituye incluso más evidencia a favor de que se trata el trastorno obsesivo compulsivo”.

Al aprender algunas estrategias de auto diálogo (véanse los ejercicios adicionales del capítulo 8), dispondrá de varias herramientas valiosas para “replicar” a los pensamientos intrusos. Al reinterpretar sus significados, se vuelven menos trastornadores.

Ejercicio 4. Exposición intensiva a la grabación para la fusión pensamiento/acción

Esta exposición es muy útil para aquellos que sobrestiman la probabilidad de que pueden dañar a los demás. Como esta exposición puede ser altamente estresante, se aconseja que se realice en presencia de un profesional cualificado de la salud mental. Un casete portátil, tal como un walkman con cascos, es lo más útil para este ejercicio.

1. Prepare el ejercicio de exposición grabado tal como se indica en el ejercicio 2.



2. Póngase los cascos y escuche la cinta en presencia de una persona que sea el objetivo o blanco del daño o peligro temido, su pareja o padre. Si es un niño, póngale incluso sobre su regazo.
3. Escuche la cinta en presencia de la persona referida. Permita que su ansiedad se incremente. Resístase a evitarla, suprimirla o a efectuar rituales. Permanezca en la situación de exposición durante desde un mínimo de 45 minutos hasta 90 como máximo. Su objetivo es reducir su nivel de USAs por debajo de 20 a través de la habituación al pensamiento temido. Emplee el formulario de la práctica diaria de exposición de la página 145 del capítulo 6 para registrar su progreso diario. Use este ejercicio para cerciorarse más sobre el limitado poder que detentan sus pensamientos para causar daño.

ENFRENTÁNDOSE A LOS RITUALES ENCUBIERTOS

Pero ¿y qué sucede con los *rituales encubiertos o de pensamiento*? Se trata de compulsiones mentales llevadas a cabo de un modo interno y que incluyen oraciones repetidas, frases, palabras, contar números, recordar el pasado y equilibrar pensamientos (uno positivo frente a otro negativo). Consisten en patrones de pensamiento repetitivos que se efectúan a modo de respuesta directa ante un pensamiento obsesivo. Su propósito es neutralizar el malestar de los pensamientos obsesivos. Además de los ejercicios mencionados en este capítulo, emplee las técnicas de prevención del ritual del capítulo 6 para reducir sus rituales encubiertos. Enfrentese a éstos del mismo modo que lo haría con cualquier otra conducta o ritual compulsivo. Entre algunas de las técnicas útiles se incluyen las siguientes:

- **Demora del ritual:** posponga la ejecución del ritual encubierto. Hágalo durante unos minutos, horas o días.
- **Detención del pensamiento:** Imagínese una gran señal roja de stop mientras grita de modo subvocal “STOP” tan fuerte como sea posible *antes* de la ejecución del ritual mental. Esto tiene el efecto de crear un cortocircuito” en el uso automático del ritual, lo cual ali-

via el malestar del pensamiento intruso. (Esto *no* pretende “detener” los pensamientos intrusos. Si se empleara para tal fin, la técnica de la detención del pensamiento sólo los incrementaría. Su uso tan sólo se destina como herramienta que evita que lleve a cabo sus rituales compulsivos mentales).

Usted puede encontrarse confuso con respecto a la diferencia existente entre *pensamientos obsesivos* y *compulsión mental*. Para discernir la diferencia, plantéese las siguientes preguntas:

- ¿Este pensamiento le provoca ansiedad? Si la respuesta es “sí”, se trata de un *pensamiento obsesivo*. La estrategia general de auto-ayuda es confrontar, invitar, alentar y enfrentar el malestar de dicho pensamiento.
- ¿Este pensamiento alivia la ansiedad? Si la respuesta es “sí”, se trata de una *compulsión mental*. La estrategia general de auto-ayuda es bloquear, reducir o cambiar este pensamiento de cualquier modo posible. Un modo de alterar la cualidad “automática” de una compulsión es progresar en la dirección correcta.

Durante años, se creía con certeza que las obsesiones puras eran mucho más difíciles de tratar que las compulsiones abiertas. Desde nuestro punto de vista e información, hemos descubierto que esto no es necesariamente cierto. Creemos que empleando las técnicas descritas anteriormente, combinadas en muchos casos con la medicación adecuada, puede librarse de las obsesiones puras. Y la recompensa es grande: aliviarse de la frustración de enfrentarse con el constante “ruido” que inunda su mente.

¿Se irán definitivamente, y por completo, sus obsesiones puras? Probablemente no. Tienden a reaparecer en los momentos en los que la vida se vuelve estresante. Pero, en resumen, puede aprender a vivir de un modo más cómodo con sus irritantes pensamientos. Pueden convertirse en un mero y ocasional ruido de fondo cuando aprenda a disfrutar nuevamente de la vida.

Escrupulosidad: cuando el trastorno obsesivo compulsivo se torna religioso

10

A largo plazo, evitar el peligro no es más seguro que exponerse a él. Los temerosos son apresados con tanta frecuencia como los temerarios.

–Helen Keller

¿QUÉ ES LA ESCRUPULOSIDAD?

El diccionario Webster define el escrúpulo como:

1. a) Un cuidado extremo para hacer la cosa justa, propia, o correcta en su más mínimo detalle; muy puntilloso. b) Mostrar un cuidado, precisión o puntilliosidad extremos. 2. Extremadamente concienzudo. 3. Lleno de escrúpulos, dubitativo o desasosegado, referido especialmente al modo constante y obsesivo en el que se decide qué es o no adecuado.

Durante los anteriores veinte años, la escrupulosidad ha llegado a contemplarse como un trastorno obsesivo compulsivo vinculado al tema religioso. Alude a la circunstancia de “ver un pecado donde no lo hay” (Ciarrocchi, 1998). La escrupulosidad tiene una larga historia. Los textos de algunas de las principales figuras de la iglesia católica romana y protestante muestran a individuos que se enfrentaron a los escrúpulos, el precedente histórico de lo que hoy en día denominamos “escrupulosidad”. Por ejemplo, el escritor John Bunyan, autor de *Pilgrim’s Progress*, el pastor protestante Martin Luther y San Ignacio de Loyola, fundador de la orden jesuita, estuvieron todos ellos atormentados por pensamientos, imágenes e impulsos inaceptables que se ase-

mejaban de un modo fantástico a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, tal y como éstos son descritos hoy en día (Ciarrocchi, 1998; Seuss y Halpern, 1989).

¿Cómo se experimenta la escrupulosidad?

Las personas con obsesiones y compulsiones religiosas son gobernadas por código de conducta religiosa, moral o ética patentemente estricto y rígido. Más que suscribirse a las leyes y preceptos religiosos empleándolos a modo de orientación para vivir una existencia más rica, pacífica y espiritualmente plena, las personas con escrupulosidad se convierten en víctimas de sus propias creencias. Su conducta escrupulosa les roba su paz mental. Viven en un estado de alerta implacable y torturador, siempre atentos a la posibilidad de cometer algún acto inmoral o blasfemo y ser castigados duramente por ello.

Se presentan a continuación algunos ejemplos de escrupulosidad:

- Acudir repetidamente a confesarse para solicitar perdón por pecados y transgresiones por las que ya ha sido perdonado.
- Preocuparse en exceso por tener un pensamiento sexual mientras se mira a la pareja de otra persona, temiendo violar el mandamiento de “No desearás a la mujer del prójimo”.
- Recitar reiteradamente el padrenuestro hasta que cada palabra sea pronunciada “perfectamente”, sin experimentar ni tan siquiera la más mínima distracción. Debe repetirse la oración si se rompe la concentración y surge la distracción, o si no se pronuncian perfectamente todas las palabras.
- Comprobar constantemente el suelo para asegurar que no se ha pisado algún objeto que recuerde la señal de la cruz, profanándose así un importante símbolo.
- Evitar meticulosamente tragarse la saliva con el fin de observar el requerimiento de abstenerse de comer o beber durante la celebración judía del Yom Kippur.



DIFERENCIACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS FUERTES Y LA ESCRUPULOSIDAD

El psiquiatra David Greenberg (1984) describió cinco principios esenciales para distinguir las creencias y prácticas religiosas normales de las escurpulosas.

1. Las prácticas exceden los requerimientos de las leyes y costumbres religiosas cuando los miembros son “más papistas que el papa”. Por ejemplo, si un ritual exige abstenerse de comer o beber, la persona escurpulosa puede considerar el hecho de tragar saliva como algo pecaminoso.
2. Las creencias o prácticas que muestran una atención patentemente estrecha, un enfoque trivial o una atención excesiva a la oración, a “decirla bien” o “perfectamente”, en vez de considerarla un modo de desarrollar una relación con Dios.
3. Las creencias religiosas saludables no interfieren con la práctica normal de la religión. Por el contrario, la escurpulosidad del trastorno obsesivo compulsivo interfiere frecuentemente con su práctica, por ejemplo, cuando una persona con pensamientos blasfemos evita por completo ir a la iglesia.
4. La persona con escurpulosidad dedica un tiempo y energía excesivos a aspectos insignificantes y triviales referentes a la práctica religiosa, ignorando con frecuencia aspectos más importantes de la vida espiritual, tal como la caridad con los menos afortunados.
5. La preocupación excesiva por repetir los rituales religiosos hasta que sean “perfectos”. La oración y la confesión reiterativas e innecesarias, que se observan en la escurpulosidad, recuerdan a los síntomas habituales del trastorno obsesivo compulsivo, tal como comprobar, repetir y exigir noticias tranquilizadoras. Al igual que las típicas conductas del trastorno obsesivo compulsivo, las conductas decididamente escurpulosas son repetitivas, persistentes e involuntarias.

¿Mantener fuertes creencias religiosas incrementa la probabilidad de padecer la escurpulosidad del trastorno obsesivo compulsivo?

Nuestro modelo básico, que considera dicha disfunción como una alteración neuroconductual, mantiene que debe existir una predisposición biológica para que se padezca un trastorno obsesivo compulsivo. Unas creencias religiosas férreas no son la causa del trastorno obsesivo compulsivo. Tan sólo constituyen el caldo de cultivo de la enfermedad en la persona que se encuentre predispuesta biológicamente a ello. Recuerde que el trastorno obsesivo compulsivo es la “enfermedad de la duda”. Como tal ataca, socava y causa estragos en los mismos cimientos de la persona que es usted y de quien cree ser. Si el individuo no albergara creencias religiosas, el trastorno obsesivo compulsivo seguramente adoptaría otra forma, tal como por ejemplo los temores a contaminarse o las compulsiones de comprobación. La escrupulosidad del trastorno obsesivo compulsivo se apropia de las creencias y preceptos bienintencionados y los exagera hasta destruirlos. Los verdaderos aspectos morales y espirituales del carácter del individuo llegan a fusionarse con la enfermedad hasta que aquellos se distorsionan y corrompen.

HIPERMORALIDAD E HIPERRESPONSABILIDAD

La hipermoralidad e hiperresponsabilidad conforman las principales características conductuales de las personas con escrupulosidad obsesiva-compulsiva. La *hipermoralidad* implica una preocupación excesiva por hacer algo moralmente malo, censurable y/o condenable. Estos individuos fijan unas normas excesivas, rígidas y estrechas hasta lo imposible en las áreas de su vida afectadas por el trastorno obsesivo compulsivo.

Aquí se exponen algunos ejemplos de hipermoralidad:

- Comprobar concienzudamente los tickets de compra para asegurarse que no existió algún error en su favor, por el temor a que ello equivalga a robarse la mercancía.
- Revisar mentalmente, y de modo reiterado, las conversaciones que mantuvo con los demás para asegurar que no se dijo inadvertidamente alguna mentira.



Las personas *hiperresponsables* presentan una sensación muy poco realista de responsabilidad en determinadas áreas de su vida. Estos sujetos adoptan responsabilidades que pertenecen objetivamente a otros o se hacen cargo de responsabilidades que exceden cualquier control razonable. Aquí se presentan algunos ejemplos de hiperresponsabilidad:

- Comprobar constantemente el suelo en busca de objetos cortantes que quizás pudieran pisar otras personas, dañándose por ello.
- Comprobar cada elemento de la basura con el fin de asegurarse que los desechos a reciclar se encuentran separados, llevándolos después, individualmente y a mano, al contenedor del reciclado para comprobarse que no se pierden, contribuyendo en tal caso a la contaminación.
- Llevar a casa muchos animales extraviados para “protegerlos” hasta el punto de poner en peligro su salud y la de su familia.

La hiperresponsabilidad/escurpulosidad del trastorno obsesivo compulsivo no debe confundirse con el hecho de ser virtuoso o extremadamente compasivo con relación al bienestar de los demás. Aunque ciertamente no adolecen de compasión hacia los demás, estos sujetos se ven empujados a ciertos extremos de preocupación y ansiedad debido principalmente al temor a una posible condena. Por ejemplo, temen ir al infierno, provocar la ira de Dios o convivir con sentimientos crónicos de culpa derivados de su fracaso al no proteger a los demás de algún daño o riesgo. Les queda poco tiempo o energía para preocuparse por el bienestar de los demás debido a que viven en un constante temor por su propio destino.

EL PROGRAMA AUTODIRIGIDO PARA LA ESCRUPULOSIDAD

Paso 1. Encuentre un consejero espiritual/religioso

Probablemente se sentirá renuente a efectuar algunos de los ejercicios de prevención del ritual, así como la exposición del programa

autodirigido, que se proponen en este capítulo al considerar que son equivocados a un nivel moral, ético o espiritual. O puede temer que al cambiar su conducta se dañen su identidad y sus creencias religiosas. Para enfrentarse a tales cuestiones, elija a una persona prudente y de confianza que actúe a modo de consejero moral, ético y/o espiritual, así como de guía en todos los cambios que experimentará mientras lleva a cabo el programa autodirigido. Este individuo debería tener unas creencias religiosas similares a las suyas y también entender los fundamentos de la escrupulosidad en el trastorno obsesivo compulsivo. Puede elegir a un consejero, un pastor, un rabino u otro asesor espiritual. O puede tratarse de su pareja, su padre, un familiar o un amigo íntimo. Durante el tiempo necesario necesitará seguir a su consejero del mismo modo que una “oveja lo hace con su pastor”.

Si usted lleva a cabo el programa autodirigido con un terapeuta, pregúntele si puede traer a su consejero a las sesiones con el fin de ayudar al clínico en el tratamiento. Un terapeuta de conducta experimentado y con un buen conocimiento del trastorno obsesivo compulsivo recibirá bien dicha colaboración. Discuta cada tarea de exposición y cuestiónese si “llevarla a cabo es algo moralmente aceptable para usted”. Modifique las tareas hasta que encuentre aquellas que son moral, ética y espiritualmente aceptables para usted y su consejero.

Acuerde en realizar un intento sincero por completar su programa personal autodirigido. Modele su conducta tras el ejemplo de su consejero. No olvide que habrá ocasiones en las que dudará de los consejos de su asesor. Sin embargo, con el tiempo el trastorno obsesivo compulsivo se debilitará y emergerá su verdadera identidad moral y espiritual. Confíe en su consejero para que le oriente mientras tanto.

Escriba ahora los nombres de aquellas personas que considera que podrían servirle como consejero para estos ejercicios y comprométase a elegir a uno de ellos tan pronto como sea posible.

Paso 2. Efectúe un registro diario de sus obsesiones y compulsiones

La persona escrupulosa consume un tiempo, esfuerzo y energía excesivos defendiéndose contra aquellos pensamientos, imágenes o



impulsos considerados peligrosos, inaceptables, ofensivos, repulsivos o repugnantes. Esas son las obsesiones y provocan una ansiedad y vergüenza muy intensas. Durante una semana, mantenga un registro actualizado de sus obsesiones empleando el formato del registro diario de escrupulosidad que viene a continuación. Haga una copia para llevarla encima. Después registre la fecha y describa cada una de las situaciones que desencadene las preocupaciones o temores obsesivos. Evalúe el grado de distress que le provocan tales pensamientos en una escala de USAs que va de 0 a 100. Después anote las conductas compulsivas, incluyendo los pensamientos, imágenes o conductas repetitivos que emplea para reducir la ansiedad que generan sus cogniciones. Tras el formato del registro diario de escrupulosidad puede encontrar un ejemplo del modo en el que puede utilizarse éste.

Formato del registro diario de escrupulosidad

Fecha	Situación que desencadena el malestar	Nivel de malestar (0-100)	Obsesión: pensamiento/s imagen/es o impulso/s que incrementan la ansiedad	Compulsión: pensamientos, imágenes o conductas excesivas que reducen la ansiedad
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Formato del registro diario de escrupulosidad (ejemplo)

Fecha: 21/9/00

Situación que desencadena el malestar: Pensar en una persona atractiva que no es mi cónyuge.

Nivel de malestar (0-100): 95

Obsesión: pensamiento/s, imagen/es o impulso/s que incrementan la ansiedad: Tengo un pensamiento impuro y el Señor me castigará.

Compulsión: pensamientos, imágenes o conductas excesivos que reducen la ansiedad:

Rezar durante 75 minutos hasta sentirse “bien”.

Fecha: 21/9/02

Situación que desencadena el malestar: Mirar los genitales de mi bebé.

Nivel de malestar (0-100): 85

Obsesión: pensamiento/s, imagen/es o impulso/s que incrementan la ansiedad: Quizás esté disfrutando de ello y me condenen al infierno

Compulsión: pensamientos, imágenes o conductas excesivos que reducen la ansiedad: Evitar tocar al bebé o entrar en su habitación.

Fecha: 22/7/02

Situación que desencadena el malestar: Ir a pasear

Nivel de malestar (0-100): 90

Obsesión: pensamiento/s, imagen/es o impulso/s que incrementan la ansiedad: Nunca debo pisar a ningún ser vivo. Eso quebrantaría los mandamientos del Señor.

Compulsión: pensamientos, imágenes o conductas excesivos que reducen la ansiedad: Mantener fijamente la vista en el suelo, mirando todo lo que voy pisando.

Fecha: 23/9/02

Situación que desencadena el malestar: Sentarme en la iglesia, mirar la imagen de Jesús.

Nivel de malestar (0-100): 75

Obsesión: pensamiento/s, imagen/es o impulso/s que incrementan la ansiedad: Siento que grito obscenidades ante la imagen de Jesús.

Compulsión: pensamientos, imágenes o conductas excesivos que reducen la ansiedad: Acudo tres veces a confesarme esta semana para revelar mis pensamientos blasfemos.



Paso 3. Elaborar un listado de las obsesiones a tratar

Empleando su formato de observación, elabore un listado de sus obsesiones y ordénelo en función del grado de estrés que le provoquen. Aquí se presenta una lista, a modo de ejemplo, de los pensamientos obsesivos a tratar.

Pensamientos obsesivos a tratar (ejemplo)

<i>Pensamientos (imágenes o impulsos) obsesivos</i>	<i>Nivel de USAs (0-100)</i>
1. Tengo un pensamiento impuro y el Señor me castigará.	(70)
2. Quizás esté disfrutando de ello y me condenen al infierno.	(80)
3. Nunca debo pisar a ningún ser vivo. Eso quebrantaría los mandamientos del Señor.	(60)
4. Siento que grito obscenidades ante la imagen de Jesús.	(90)
5. Quizás dije una mentira sin percatarme de ello. Eso ciertamente significaría que soy una mala persona.	(95)
6. Quizás no comprenda este pasaje en particular de la Biblia y no vaya al cielo después de todo.	(100)

<i>Pensamientos (imágenes o impulsos) obsesivos</i>	<i>Nivel de USAs (0-100)</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Paso 4. Elabore un listado de compulsiones a tratar

De nuevo, y empleando su formato del registro, elabore un listado de sus conductas compulsivas ordenadas según la cantidad de estrés que sentiría si *no* llevase a cabo sus compulsiones. Si la compulsión es una conducta de evitación (tal como no acudir a la iglesia), hágalo notar. Incluya en su evaluación el tiempo (en horas) estimado (¡tampoco tiene por qué ser exacto!) que le llevan sus compulsiones de media durante cada día (si no fueran practicadas a diario, estime su media semanal).

Lista de compulsiones a tratar (ejemplo)

<i>Conductas compulsivas (incluyendo pensamientos, acciones –también la evitación– que neutralicen o contengan la ansiedad</i>	<i>Nivel de USAs si usted NO ejecuta la compulsión (0-100)</i>	<i>Cantidad media de tiempo al día (o a la semana si fuese aplicable)</i>
1. Rezar durante largos periodos, hasta que se sienta “bien”.	100	La mayor parte del tiempo
2. Evitar tocar al bebé o entrar en su habitación.	90	Unas cuatro veces por semana
3. Mantener la vista fija en el suelo, mirando todo aquello que pisa.	85	90 minutos/ día todos los días
4. Acudir al cura con frecuencia para confesarse por los pensamientos blasfemos.	95	Siempre que se sale
5. Repetir “Perdóname Señor” 24 veces.	100	4 horas al día
6. Leer reiteradamente los mismos textos bíblicos hasta que se comprendan “perfectamente”.	95	2 horas al día
7. Mantener la respiración cuando camino cerca de una carnicería no autorizada por la ley judía, de modo que no inhale el olor de esa comida.	80	Evitado a diario.



Listado de compulsiones a tratar

Conductas compulsivas (incluyendo Pensamientos, acciones –también La evitación– que neutralicen o Contengan la ansiedad	Nivel de USAs si usted NO ejecuta la compulsión (0-100)	Cantidad media de tiempo al día (o a la semana si fuese aplicable)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

Paso 5. Idee una estrategia de exposición y prevención del ritual

Ahora ideará una estrategia para efectuar la exposición y la prevención del ritual basándose en su listado de obsesiones y compulsiones a tratar. Su estrategia será en primer lugar encargarse de aquellos ítems de sus listados que generen un menor nivel de distress. Cuando los domine, pasará gradualmente a tratar aquellos ítems más complicados.

Recuerde, la exposición y la prevención del ritual funcionan mejor cuando se hallan presentes los siguientes elementos:

1. La exposición debe prolongarse y repetirse –entre una hora y media y tres al día– durante un período de entre cuatro a siete días o más. Debido a que no se ha concluido el tiempo definitivo que se requiere para dicho proceso, debe permanecer en la situación provocadora de ansiedad el tiempo suficiente como para promover la *habituación*, o lo que Joseph Ciarrocchi (1998) denomina el *remedio del sistema nervioso aburrido*.

2. La exposición debe ser aceptable para usted y no ha de oponerse a sus creencias religiosas esenciales. Esta es la parte tramposa. Recuerde que las conductas del trastorno obsesivo compulsivo son excesivas, involuntarias, persistentes y no se basan en los verdaderos requerimientos de la práctica religiosa o espiritual. Es importante diferenciar las conductas personales derivadas del trastorno obsesivo compulsivo de aquellas que constituyen una expresión adecuada de la verdadera creencia religiosa o espiritual. Emplee la autoridad y la asesoría de su consejero/terapeuta para efectuar tal clasificación y armarse de valor para dar el valiente paso de confrontar sus ideas y conductas escrupulosas basadas en el trastorno obsesivo compulsivo.
3. Para aquellas obsesiones referentes a situaciones temidas que sean complicadas de replicar (por ejemplo el miedo a ir al infierno), emplee la exposición en imágenes. Este método puede encontrarse en el capítulo 7. Recuerde que la meta de la exposición en imágenes es ser capaz de mantener pensamientos incómodos o amenazadores mientras se siente un menor malestar.
4. Cuando se exponga a las situaciones que provocan la ansiedad, trabaje para reducir gradualmente sus rituales compulsivos, partiendo de una base “día-a-día” o “semana-a-semana”. Revise el capítulo 6 referente al modo de efectuar la prevención del ritual y lea los ejemplos que se plantean en la siguientes tablas.
5. Si usted se siente inseguro o en peligro cuando bloquee un ritual, la regla general es “*haz lo contrario*” a lo que le encomiende cualquier idea escrupulosa de su cerebro obsesivo compulsivo. Hace 400 años, San Ignacio de Loyola, el fundador de la orden jesuita, aconsejó lo mismo a sus seguidores escrupulosos (Ciarrocchi, 1995).
6. Efectúe copias del formulario de planificación de la exposición y prevención del ritual a la escrupulosidad y utilícelo para planificar su estrategia al respecto sobre una base “día-a día” o “semana-a-semana”.



Formulario de planificación de la exposición y prevención del ritual a la escurpulosidad.

Pensamiento/s, imagen/es o impulso/s obsesivos a tratar:

Estrategia de exposición y prevención del ritual (EPR):

USAs antes de iniciarse la EPR:

Cantidad de tiempo (en minutos/en horas) por exposición:

Frecuencia (días, semanas):

Nivel de USAs a alcanzar:

Conductas de evitación a extinguir:

Instrucciones adicionales:

Exposición y prevención del ritual plan diario (semanal)

Día (semana) 1:

Día (semana) 2:

Día (semana) 3:

Día (semana) 4:

Plan de exposición en imágenes

Día (semana) 1:

Día (semana) 2:

Día (semana) 3:

Día (semana) 4:

Formulario de planificación de la exposición y prevención del ritual a la escurpulosidad (Ejemplo 1)

Pensamiento/s, imagen/es o impulso/s obsesivos a tratar: “No pisar nunca un ser vivo o seré castigado”.

Estrategia de exposición y prevención del ritual (EPR): “Comprobar, volver a verificar y recordar los pasos mientras camino en la calle”.

USAs antes de iniciarse la EPR: 95

Cantidad de tiempo (en minutos/en horas) por exposición: 30 minutos

Frecuencia (días, semanas): 3 veces al día.

Nivel de USAs a alcanzar: 20

Conductas de evitación a extinguir: No puede dejarse de caminar por la calle.

Instrucciones adicionales: “¡Discutir las exposiciones con el consejero antes de llevarlas a cabo!”

Exposición y prevención del ritual plan diario (semanal)

Día (semana) 1: Caminar 30 pasos (o entre 30 y 60 segundos) sin mirar al suelo ni realizare comprobación alguna.

Día (semana) 2: Caminar 60 pasos (entre 1 y 2 minutos) sin mirar al suelo. Repetir cinco veces al día.

Día (semana) 3: Caminar 120 pasos (entre 2 y 4 minutos) sin mirar al suelo. Repetir cinco veces al día.

Día (semana) 4: Caminar 160 pasos (entre 3 y 6 minutos) sin mirar al suelo. Repetir cinco veces al día.

Plan de exposición en imágenes

Día (semana) 1: Efectuar la exposición en imágenes con la visión de pisar accidentalmente una hormiga. Mantenga la imagen presente hasta que su nivel de USAs baje a menos de 20. Repítalo a diario.

Día (semana) 2: Efectuar la exposición en imágenes con la visión de pisar accidentalmente una rana o una serpiente, matándola. Mantenga la imagen presente hasta que su nivel de USAs baje a menos de 20. Repítalo a diario.

Día (semana) 3: Efectuar la exposición en imágenes con la visión de pisar accidentalmente una rana o serpiente, matándola, y yendo a juicio por “crueldad a los animales”. Se le encuentra culpable y se le condena. Mantenga la imagen presente hasta que su nivel de USAs baje a menos de 20. Repítalo a diario.

Día (semana) 4: No es aplicable en este ejemplo.

Formulario de planificación de la exposición y prevención del ritual a la escrupulosidad (Ejemplo 2)

Pensamiento/s, imagen/es o impulso/s obsesivos a tratar: Impulso/pensamiento intruso de gritar obscenidades ante la imagen de Jesús.

Compulsión/es a tratar: Acudir reiteradamente a confesarse; repetir el padrenuestro cuatro veces.



Estrategia de exposición y prevención del ritual (EPR): Exponerse a los terribles pensamientos para incrementar la cantidad de tiempo hasta que se presente la habituación. Reducir las confesiones y los métodos para tranquilizarse.

USAs antes de iniciarse la EPR: 90

Cantidad de tiempo (en minutos/en horas) por exposición: 45-90 minutos al día.

Frecuencia (días, semanas): una vez al día.

Nivel de USAs a alcanzar por sesión: 0-20

Conductas de evitación a extinguir: Debo acudir regularmente a misa.

Instrucciones adicionales: ¡Discutir las exposiciones con el consejero antes de llevarlas a cabo! Discutir con el consejero las pautas para el uso adecuado de la confesión y la oración.

Exposición y prevención del ritual plan diario (semanal)

Día (semana) 1: Reducir las confesiones a dos por semana y los padrenuestros a dos diarios.

Día (semana) 2: Reducir las confesiones a una por semana y los padrenuestros a uno diario.

Día (semana) 3: Cesar toda confesión obsesiva.

Día (semana) 4: Cesar toda confesión obsesiva.

Plan de exposición en imágenes

Día (semana) 1: Mantener, durante un minuto, el pensamiento de que grita obscenidades ante la figura de Jesús. Repetir cada 10 minutos durante una hora.

Día (semana) 2: Mantener, durante dos minutos, el pensamiento de que grita obscenidades ante la figura de Jesús. Repetir cada 7 minutos durante una hora y media.

Día (semana) 3: Mantener, durante cuatro minutos, el pensamiento de que grita obscenidades ante la figura de Jesús. Repetir cada 5 minutos durante una hora y media.

Día (semana) 4: Mantener, durante ocho minutos, el pensamiento de que grita obscenidades ante la figura de Jesús. Repetir cada 5 minutos durante una hora y media.

CLAVES PARA LIBRARSE DE LA ESCRUPULOSIDAD

1. Usted no planea ejecutar sus pensamientos negativos, tan sólo pensar sobre ellos. Discuta con su consejero la relación existente entre los pensamientos y las acciones. Progresará mucho más una vez que acepte que *los pensamientos no equivalen a las acciones*.
2. Si padeciera dificultades para resistir un ritual, inténtelo posponiéndolo, demorándolo o modificándolo. Si suele llevar a cabo el ritual de un modo muy rápido, trate de efectuarlo muy despacio. Si recita para sí mismo una frase del tipo “Jesús me ama”, cántese-la o modifíquela de algún otro modo, quite por ejemplo alguna palabra.
3. Reúna, a diario, valor para ponerse en aquellas mismas situaciones que desencadenan los síntomas, *evite la evitación*.
4. Comunique a su consejero, amigos y familiares que le tranquilicen *una sola vez* cuando esté haciendo lo correcto. Replantear una pregunta o pedir a una segunda persona que le proporcione otra respuesta tranquilizadora no es útil. Piense en las preguntas antes de efectuarlas. Sea honesto consigo mismo: *¡No pregunte si ya conoce la respuesta!*
5. Cuando quiera evitar una situación o actividad, *afróntela a pesar de todo*. Si experimenta el impulso de hacer algo con el fin de aliviar su ansiedad, *no lo haga*. Consulte con su asesor si no está seguro de cómo debería actuar. Pregúntese qué haría una persona razonable y prudente.
6. Cuando no esté realizando los ejercicios de la exposición y la prevención del ritual, ocúpese con las actividades del momento. Observe aquello que le rodea y preste atención a las conversaciones su alrededor. Observe los detalles. Permita que los pensamientos negativos pasen por su mente como si los vislumbrara desde la distancia. Ignorar los pensamientos obsesivos los debilita mientras que luchar contra ellos los fortalecen, provocando que crezcan y se multipliquen.



7. Cuando efectúe la exposición y la prevención del ritual, espere o incluso invite a la ansiedad. No espere encontrarse bien mientras efectúa las técnicas. ¡No lo estará! Empezará a sentirse bien, incluso magníficamente, una vez que alcance logros pequeños y graduales, liberándose de las obsesiones, eliminándose los rituales y reclamando su verdadero Yo espiritual.
8. Si considera una cierta exposición demasiado amenazadora, descompóngala en pasos más pequeños que sean más fáciles de manejar y dominar.
9. Libérese de su necesidad de certeza. La creencia religiosa requiere fe. Si usted tuviera una certidumbre total en su vida, no necesitaría en absoluto la fe.
10. Deje a un lado los rituales religiosos extremos o desfasados y desarrolle un fe más personal. Las normas y creencias de la gente con escurpulosidad obsesiva compulsiva supera, con frecuencia, a las que mantienen los miembros más devotos de su propia religión.
11. Encuentre modos de reemplazar los rituales religiosos con prácticas espirituales sinceras. Dedique mejor calidad de tiempo a su hijos, realice trabajo voluntario, pase tiempo con una persona que se encuentre sola o ayude, por ejemplo, a un vecino.

Hiperresponsabilidad: el trastorno obsesivo compulsivo del “atropella y huye”

11

*Creo que cualquiera puede vencer el miedo haciendo aquello que teme,
con tal de que siga realizándolo hasta que obtenga
un historial de experiencias exitosas que le respalden.*

–Eleanor Roosevelt

Una de las variantes más paralizantes del trastorno obsesivo compulsivo implica una preocupación obsesiva por la posibilidad de ser hallado responsable de atropellar, herir o matar a alguien mientras se conducía un coche. La variante del “atropella y huye” fue denominada así, y muy adecuadamente, por un paciente que lo sufrió durante mucho tiempo. Los sujetos que padecen esta forma del trastorno obsesivo compulsivo viven en una pesadilla de culpa, preocupación y terror cada vez que conducen.

Un simple bache en la carretera, un ruido o una sombra inesperados, un destello de luz pueden desencadenar palpitaciones cardíacas, retroceden, con un chirrido de neumáticos, al lugar en el que se cree que ha ocurrido el crimen/accidente. Cuando se tranquilizan al ver que no hubo accidente alguno, la ansiedad disminuye, aunque por poco tiempo. Los sentimientos intensos de duda y temor reinciden, imponiendo otro viraje en redondo hacia el lugar de “crimen”. El patrón puede repetirse muchas veces hasta que la persona se sienta “bien” y prosiga su marcha. Sin embargo, los sentimientos de duda y ansiedad pueden persistir durante horas o incluso días.

Conducir cerca de escuelas, niños y ciclistas puede ser especialmente horripilante. Los baches y los topes de velocidad pueden sentirse como si fueran cuerpos que están tirados en la carretera, desencade-

nando la compulsión de comprobar si existen señales de daños. Las conductas de comprobación pueden llegar a extremos tales como mirar habitualmente los informes de accidentes de la policía local publicados en los periódicos, ver los noticieros de la televisión buscando específicamente información sobre accidentes locales y perseguir a las ambulancias hasta el lugar del accidente. Algunas personas que padecen el trastorno obsesivo compulsivo del “atropella y huye” comprueban repetidamente la carrocería de su vehículo en busca de manchas de sangre o abolladuras.

Algunos sujetos pueden en realidad ponerse en peligro al salir de sus coches, en medio del tráfico, para comprobar los bajos del coche en busca de señales de peatones heridos. Se desconoce cuánta gente padece la variante del “atropella y huye” pero, por la experiencia anecdótica de los profesionales de la salud mental que tratan el trastorno obsesivo compulsivo, aparece como síntoma en alguna ocasión en hasta un 20% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Parece afectar igualmente a hombres y mujeres.

Los pacientes del “atropella y huye” padecen un tipo particular de vergüenza y humillación referidos a su problema. Al igual que la mayoría de las personas con trastorno obsesivo compulsivo, son conscientes de lo irracional de su conducta y de que ésta carece de sentido –pero no pueden controlarla. Muchos, para conducir, recurren a llevar un “testigo” adecuado en el coche y otros evitan hacerlo por completo.

PROGRAMA AUTODIRIGIDO PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DEL “ATROPELLA Y HUYE”

Paso 1. Evalúe el problema del “atropella y huye”

Describa el problema en detalle respondiendo a estas preguntas:

¿Con qué frecuencia se siente ansioso mientras conduce? (¿Todo el tiempo? ¿Rara vez? ¿Sólo se siente ansioso por otras cosas? ¿Cuándo conduce solo?).



¿Qué lugares y situaciones vinculadas con la conducción le provocan la mayor ansiedad y más miedo?

¿Cuáles son los disparadores específicos de la ansiedad? (¿Baches?, ¿Peatones pasando cerca? ¿Niños caminando cerca? ¿Sirenas de emergencia?).

En general, ¿qué nivel de ansiedad experimenta cuando conduce? (Indique su nivel de USAs mientras conduce).

¿Qué otros factores afectan al nivel de ansiedad que experimenta? (Por ejemplo la fatiga, el alcohol o un “testigo”).

¿En qué grado evita conducir? (¿Todo el tiempo?, ¿algunas veces?, ¿rara vez? o ¿nunca?).

¿Existen algunas circunstancias en las cuales evita conducir? ¿Lugares o situaciones que evite?

¿Qué hace para aliviar la ansiedad cuando ésta se presenta? (Estrategias de neutralización: virajes, solicitar que se le tranquilice, comprobar señales de sangre o abolladuras en el coche, verificar la información sobre accidentes o telefonar al departamento de policía, entre otras).

Durante los siguientes siete días, utilice el siguiente formulario para registrar las situaciones reales vinculadas con la conducción. Anote las situaciones específicas que generan la ansiedad, su nivel de USAs cuando conduce, los pensamientos que desencadenan la ansiedad y la preocupación, así como las conductas y rituales compulsivos que emplea para neutralizar la ansiedad (como la comprobación). Abajo encontrará un formulario de registro diario del “atropella y huye”, seguido por un ejemplo sobre el modo de completarlo.

Formulario de registro diario del “atropella y huye”

Fecha	Situación de la conducción que desencadena el pensamiento obsesivo	Malestar Nivel de USAs (0-100)	Pensamiento obsesivo (o imagen que desencadena la ansiedad)	Compulsión: (conductas excesivas y reiteradas que reducen neutralizan la ansiedad)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Formulario de registro diario del “atropella y huye” (Ejemplo)

Fecha	Situación de la conducción que desencadena el pensamiento obsesivo	Malestar Nivel de USAs (0-100)	Pensamiento obsesivo (o imagen que desencadena la ansiedad)	Compulsión: (conductas excesivas y reiteradas que reducen neutralizan la ansiedad)
3/2/99	Pasar conduciendo junto a un ciclista.	95	<i>Quizás le atropellé.</i>	Comprobar por el retrovisor. Volver al lugar para comprobar si hubo un accidente.
3/2/99	Cambiar de carriles.	75	<i>Quizás forcé a alguien a salir de la carretera, provocando un accidente.</i>	Volver al lugar para comprobar si hubo un accidente. Preguntar al pasajero para tranquilizarme (“¿Atropellé a alguien?”).



4/2/99	Pasar sobre un bache.	90	<i>Quizás haya pasado por encima de alguien.</i>	Virar en redondo, volver al lugar del bache y comprobar señales de un accidente, daño o lesiones.
4/2/99	Salir del aparcamiento.	85	<i>Quizás atropelle a un niño por detrás.</i>	Salir del coche, comprobar, para cerciorarme, que no hay nadie debajo del coche.
4/2/99	Escuchar la sirena de la policía, ver a un coche policía yendo a toda velocidad al lugar del accidente.	100	<i>Quizás provoqué un accidente.</i>	Comprobar los informes de la policía sobre accidentes en los lugares por los que conduje.
5/2/99	Girar la cabeza mientras se conduce.	75	<i>Quizás no vi lo que había enfrente y atropellé a alguien.</i>	Comprobar por el retrovisor para asegurarse que no causé el accidente.
6/2/99	Estacionar y salir del coche.	80	<i>Quizás atropellé a alguien, mejor me aseguro.</i>	Comprobar por todo el coche, buscando señales de abolladuras o sangre.
7/2/99	Conducir junto a una escuela con niños caminando.	95	<i>Es probable que provoque un accidente y lesione a un niño.</i>	Salirse de la ruta para evitar conducir cerca de la escuela.

Paso 2. Elaborar una lista de exposición/ansiedad

Una vez que haya recopilado un registro de las situaciones que le alteran cuando conduce, emplee su formulario para conferirles un orden, de las más estresantes a las menos. Remítase al ejemplo.

Situación que desencadena la ansiedad Nivel USAs (0-100)

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Lista de exposición/ansiedad (ejemplo)

Situación que desencadena la ansiedad Nivel USAs (0-100)

1. Escuchar la sirena de la policía, ver a un coche policía yendo a toda velocidad al lugar del accidente	100
2. Conducir junto a una escuela con niños caminando	95
3. Pasar conduciendo junto a un ciclista	95
4. Pasar sobre un bache	90
5. Salir del aparcamiento	85
6. Estacionar y salir del coche	80
7. Girar la cabeza mientras se conduce	75
8. Cambiar de carriles	75

Paso 3. Efectúe la exposición y la prevención del ritual en las situaciones de su lista de exposición/ansiedad

Recuerde, la clave para superar la ansiedad vinculada con la conducción es la exposición a las situaciones que le provocan temor, combinado con el bloqueo de las conductas empleadas habitualmente para neutralizar la ansiedad, tal como realizar virajes, comprobar el coche y



leer las noticias sobre accidentes. Empiece ahora con la situación menos estresante de su listado, practique reiteradamente tal circunstancia de la conducción sin llevar a cabo ningún ritual o compulsión que neutralice la ansiedad. Practique la situación un mínimo de 10 veces al día durante una semana. O bien hasta que pueda reconducir la situación a un nivel máximo de 20 USAs. Abajo encontrará ejemplos de la exposición o de la prevención del ritual con situaciones del listado de ejemplo de exposición/ansiedad.

Formulario de planificación de la exposición y prevención “Atropella y huye”.

(Ejemplo 1)

Situación de conducción a tratar: Pasar por encima de un bache.

Pensamiento obsesivo a tratar: “Probablemente se trataba de alguien a quién le pasé por encima”.

Compulsión a tratar: Virar en redondo para regresar al lugar del accidente.

Estrategia de exposición y prevención del ritual (EPR): Conducir repetidamente por encima de superficies desiguales, demorar los virajes durante unas pocas semanas o limitarse a un viraje por accidente. En la tercera semana cesar todos los virajes.

USAs antes de iniciarse la EPR: 95

Cantidad de tiempo (en minutos/en horas) por exposición: De una a dos horas.

Frecuencia (días, semanas): Tantas veces como sea posible durante cuatro-cinco semanas.

Nivel de USAs a alcanzar: 20 o menos.

Conductas de evitación a extinguir: No evitar la conducción cuando el tráfico esté denso.

Instrucciones adicionales: Descolocar todos los retrovisores mientras se realiza la práctica.

Plan diario de exposición y prevención del ritual

Día 1-3: Conducir sobre un tope de velocidad de un área urbana a 25 millas por hora. No virar durante 15 minutos.

Día 4-6: Conducir sobre dos topes de velocidad de un área urbana. No virar durante una hora.

Día 7-10: Conducir sobre tres o más topes de velocidad de un área urbana. No virar durante 15 minutos.

Día 11-14: Conducir sobre todos los topes de velocidad de un área urbana –no virar.

Formulario de planificación de la exposición y prevención –“Atropella y huye”.

(Ejemplo 2)

Situación de conducción a tratar: Conducir cerca de una escuela con niños caminando alrededor.

Pensamiento obsesivo a tratar: “He atropellado a un niño y seré castigado por ello”.

Compulsión a tratar: Comprobar todos los alrededores del coche para asegurarme de que no atropellé a nadie.

Estrategia de exposición y prevención del ritual (EPR): Exponerse a situaciones de conducción junto a áreas frecuentadas por niños. Estacionar, salir del coche e irse sin comprobar nada. Demorar la comprobación durante la primera semana o limitarse a una única comprobación. En la segunda semana abstenerse de toda comprobación del coche.

USAs antes de iniciarse la EPR: 95

Cantidad de tiempo (en minutos/en horas) por exposición: De una a dos horas.

Frecuencia (días, semanas): Tantas veces como sea posible durante dos-tres semanas.

Nivel de USAs a alcanzar: 20 o menos.

Conductas de evitación a extinguir: No evitar la conducción junto a las escuelas.

Instrucciones adicionales: Resistirse al impulso de preguntar a los demás para tranquilizarse (“¿Atropellé a alguien?”).

Plan diario de exposición y prevención del ritual

Día 1-3: Conducir junto a una escuela cuando los niños no se encuentren en el exterior. Estacionar, salir del coche, irse, no comprobar el coche durante 15 minutos.



Día 4-7: Conducir junto a una escuela cuando los niños no se encuentren en el exterior. Estacionar, salir del coche, irse, no comprobar el coche durante 30 minutos.

Día 7-10: Conducir junto a una escuela cuando los niños se encuentren en el exterior. Estacionar, salir del coche, irse, no comprobar el coche durante 30 minutos.

Día 11-14: Conducir junto a una escuela cuando los niños se encuentren en el exterior. Estacionar, salir del coche, irse, no comprobar el coche durante 60 minutos.

Formulario de planificación de la exposición y prevención “Atropella y huye”.

Pensamiento obsesivo a tratar:

Compulsión a tratar:

Estrategia de exposición y prevención del ritual (EPR):

USAs antes de iniciarse la EPR:

Cantidad de tiempo (en minutos/en horas) por exposición:

Frecuencia (días, semanas):

Nivel de USAs a alcanzar:

Conductas de evitación a extinguir:

Instrucciones adicionales:

Plan de exposición y prevención del ritual

Día 1-3:

Día 4-7:

Día 7-10:

Día 11-14:

Estrategias de autodiálogo para confrontar los pensamientos obsesivos y los impulsos de comprobación.

Pensamiento provocador de la ansiedad: No puedo tolerar no comprobar.

Auto diálogo alternativo: *Puedo resistir la atracción y no comprobar. Si tan sólo espero, el impulso desaparecerá.*

Pensamiento provocador de la ansiedad: Quizás atropellé o arrollé a alguien. Seguramente iré a la cárcel.

Auto diálogo alternativo: *Se trata tan sólo de mi cerebro obsesivo compulsivo mandándome mensajes falsos. Son como los fantasmas y los duendes parecen reales pero no lo son.*

Pensamiento provocador de la ansiedad: Más tarde tendré que darme por vencido y comprobarlo.

Auto diálogo alternativo: *Si lo compruebo eso sólo empeorará mi trastorno obsesivo compulsivo. En vez de hacer una verificación puedo hacer ahora algo diferente.*

Claves para liberarse

1. Cuando inicie la exposición y la prevención del ritual, anticipe que sus impulsos (como comprobar y virarse en redondo) de efectuar conductas neutralizantes serán muy fuertes en un inicio. Probablemente se sentirá peor antes de que empiece a mejorar. Con la repetición los impulsos se debilitarán cada vez más. *La persistencia y la resistencia son la clave.*
2. Es útil hacer uso de apoyos para simular la sensación real de golpear o pasar por encima de un obstáculo grande. Emplee sacos de 25 libras de arena o una sustancia similar para simular que se conduce sobre baches. Ir con los neumáticos desinflados o pasar sobre tabloncillos también es valioso. Para simular que se golpea un cuerpo, emplee un maniquí almohadado de algún almacén o una alfombra pesada enrollada. Haga que un amigo o ayudante mueva el maniquí o la alfombra en el coche mientras se mueve para simular la sensación de que el coche golpea un objeto pesado.
3. Asegúrese de repetir todos los ejercicios de exposición muchas veces cada día, con tanta frecuencia como sea preciso para reducir los USAs a menos de 20.
4. Si el impulso de neutralizar la ansiedad es demasiado fuerte durante sus exposiciones, acorte la distancia a conducir o haga que la tarea de exposición sea más simple y fácil de lograr. Cuando domine una tarea sencilla, pase a otra algo más complicada.



5. Tenga cuidado con el uso excesivo de (así como una dependencia exagerada en) los espejos retrovisores a modo de “señal de seguridad”.
6. Si usted tiende a neutralizar la ansiedad mediante el empleo de un “testigo”, efectúe a solas las prácticas de exposición siempre que ello sea posible.
7. Grabe un casete motivador con una duración de 5 a 10 minutos y con su propia voz. Acuda al capítulo 8 en busca de más instrucciones sobre cómo hacer esto. Ponga la cinta en su casete mientras conduce para que siga teniendo presente la necesidad de reetiquetar sus pensamientos obsesivos y resistir a sus compulsiones de comprobación.

“Soy ___ y padezco un trastorno obsesivo compulsivo. Vivo con el temor de que seré castigado severa y perpetuamente por un error que cometeré mientras conduzca –el cual le costará a alguien la vida. Este miedo me impide vivir libremente mi existencia. Acepto que, para vivir sin miedo, debo confrontar y oponerme a aquello que temo. Me he comprometido a hacerlo de todo corazón. Ahora, mientras conduzco por la calle, soy consciente de toda la tensión de mi cuerpo. Estoy soltando esta tensión en estos momentos, respirando profundamente, relajando los músculos de las manos, brazos, hombros, cuello y piernas. Tomo aire muy profundamente, lo exhalo lentamente. Tengo el control total del volante del coche.

Debido al trastorno obsesivo compulsivo, soy extremadamente consciente de todo lo que me rodea, de cada ruido, de cada persona que pasa cerca mientras conduzco. Esta consciencia es excesiva y provoca tensión. Cuando un temor obsesivo asalte mi cerebro, ¡puedo reetiquetar la idea de que es sólo un pensamiento obsesivo! El pensamiento es sólo resultado de mi estropeada química cerebral ¡y nada más! Proviene del cerebro obsesivo compulsivo, no del lógico. Desde un punto de vista lógico siento que nada malo ha sucedido. Sabiendo que esto es un pensamiento obsesivo puedo reaccionar a él de un modo diferente. Puedo burlar el mensaje del trastorno obsesivo compulsivo cuando lo trato como simplemente como una falsa indicación, mi cerebro obsesivo compulsivo que envía ‘fantasmas y duendes’. ¡De este modo no les confiero poder alguno sobre mí!

Si permito que el trastorno obsesivo compulsivo me engañe y reacciono a sus imágenes y mensajes como si fuesen reales mi trastorno gana y se agrava cada vez más. Si me entrego a este monstruo, sólo estaré alimentándole, agrandándole, fortaleciéndole, dándole un mayor control. Gano yo cuando resisto valientemente la atracción magnética del afán compulsivo. Y aunque exista un gran malestar al no ceder al impulso compulsivo, si espero y lo resisto, el impulso finalmente disminuirá por sí solo. ¡Estoy deseoso de librar la batalla de mi vida y salir victorioso contra el monstruo! Odio tanto el trastorno obsesivo compulsivo y mi compromiso de recuperarme es tan fuerte que deseo arriesgarme a todo, poner todo en juego y no comprobar. Anhele arriesgarme y creer que no se trata más que del trastorno obsesivo compulsivo y que no necesito comprobar nada. Tengo la elección de no entregarme. Estoy fortaleciéndome y envalentonándome para empezar a hacerme responsable de mi trastorno obsesivo compulsivo”.

El papel de la hiperresponsabilidad

El trastorno obsesivo compulsivo con la variante del “atropella y huye” tiene un importante componente en la hiperresponsabilidad. Como tal, es muy similar a otros tipos de hiperresponsabilidad obsesiva compulsiva, como por ejemplo la escurpulosidad y las compulsiones de comprobación que implican prevenir un daño y peligro para los demás. En el núcleo de la hiperresponsabilidad obsesiva compulsiva se encuentra el sentimiento de que una oscura nube se halla siempre sobre uno. Es la sensación de que, a menos que uno se encuentre constantemente “en guardia”, de un momento a otro ocurrirá un desastre y la vida se tornará, inevitablemente, en un horrible espectáculo de culpa y justo castigo.

Como conducir constituye una actividad que le coloca en una máquina de sobra conocida por causar dolor y muerte, es un caldo de cultivo perfecto para la hiperresponsabilidad obsesiva-compulsiva. Progresar con el “atropella y huye”, así como con todos los tipos de hiperresponsabilidad obsesiva compulsiva, requiere aceptar los riesgos inherentes a vivir plenamente la vida. La acción de tomar las riendas de la propia existencia puede ser estrangulada por el miedo y por



la necesidad de controlar en exceso eventos sobre los que se posee un escaso control. Tan sólo abandonando la necesidad de control podemos verdaderamente lograr éste.

La acumulación obsesiva compulsiva

12

Con perseverancia, el caracol alcanzó el arca.

–Charles Haddon Spurgeon

La acumulación obsesiva constituye un síntoma ampliamente reconocido del trastorno obsesivo compulsivo. Se define como la adquisición (y la incapacidad para deshacerse) de posesiones que parecen ser inservibles o de un valor limitado (Fross y Gross, 1993). Aunque todos estamos familiarizados con alguien que consideramos un “rata” o un ahorrador crónico, las personas con acumulación obsesiva compulsiva se distinguen por la disparatada cantidad de objetos acaparados y por su fuerte apego emocional a objetos que la mayoría de los individuos considerarían como claramente inservibles. Los objetos que se acumulan pueden ser prácticamente de cualquier tipo, pero incluyen con frecuencia elementos tales como periódicos, ropa, restos de comida, libros, papeles, propaganda y aparatos antiguos. Una persona con acumulación obsesiva compulsiva describe adecuadamente su apartamento como “algo que se encuentra entre un recipiente de basura y una maleta” (Griest y Jefferson, 1995).

Las personas con acumulación obsesiva compulsiva parecen sobrevalorar la importancia de estos objetos y, de ese modo, desarrollan un apego a éstos más que excesivo que impide que se deshagan de ellos. Con frecuencia la lógica es: “¿Y si lo necesito en un futuro? Sería mejor que no lo tirase”. Con pilas de basura amontonadas hasta el techo y muy poco espacio para caminar por el hogar, andar por la abarrotada casa de una persona con este trastorno puede ser desafiante.

Se estima que el rango de las conductas de acumulación va desde un 18% al 31% de todos los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (Damecour y Charron, 1998; Frost y Steketee, 1998) siendo la edad de comienzo más habitual en los primeros años de la segunda década (Greenberg, 1987). No se han observado diferencias de género en los acumuladores. Aunque existen muchas teorías sobre su causa, los psicólogos, han especulado durante años con que la acaparamiento compulsivo evoluciona a partir de un esfuerzo perfeccionista por controlar el ambiente (Salzman, 1973).

Las personas con acumulación obsesiva compulsiva son, con frecuencia, extremadamente resistentes a cambiar su conducta. Tienden a ignorar el impacto que ejerce su conducta sobre sí mismos y los demás, prefiriendo considerar su acaparamiento como algo necesario para sentirse con el control de su vida. Los intentos realizados por los familiares para que se deshagan de posesiones pueden encontrarse con una intensa ira y amenazas de violencia. Es probable que los familiares intenten retirar la basura cuando sea intolerable para ellos o cuando aparezca un riesgo sanitario que provoque una situación de emergencia. Si llegase a ser inevitable mudarse del inmueble, es probable que la acumulación continúe en el nuevo entorno.

Las siguientes cinco características son típicas de las personas con acumulación obsesiva compulsiva (Frost y Steketee, 1998):

Indecisión

Las decisiones más sencillas de la vida cotidiana, tal como qué ponerse por la mañana, qué cenar y dónde irse de vacaciones, son problemáticas para los acaparadores compulsivos. Esta indecisión parece relacionarse con el temor perfeccionista a equivocarse. De ese modo, amontonar objetos inservibles puede constituir un medio para evitar una toma de decisiones erradas o que puedan lamentarse más adelante. Si se guardan todos los objetos, incluso los aparentemente inservibles, nunca puede presentarse una queja o lamento por haberlo perdido o haberse deshecho de él (Frost y Steketee, 1998).

Problemas de categorización

Las personas con acumulación obsesiva compulsiva tienen dificultades para clasificar los objetos en categorías, ya sea para darles un uso o deshacerse de ellos. Un objeto parece tan vital e importante como otro. Una envoltura de plástico tiene tanta importancia como una declaración de la renta reciente. Las decisiones con respecto a si se guarda y/o tira un objeto se convierte en algo excesivamente complicado por la incapacidad para diferenciar entre lo que es verdaderamente valioso y lo que no.

Creencias sobre la memoria

A pesar de la escasa evidencia objetiva de que padezcan problemas de memoria, las personas con acumulación obsesiva compulsiva muestran habitualmente preocupaciones obsesivas sobre la confianza que merece su memoria. Temen que su memoria “defectuosa” impedirá que tengan acceso a todas sus posesiones. Esta falta de confianza en su propia memoria hace que el acaparador sea reticente a tirar las cosas o a mantenerlas fuera de su vista. Temen que si no mantienen los objetos en su campo de visión, se olvidarán de ellos. De ese modo, los objetos inservibles se encuentran por doquier en el interior de la casa y ante su mirada, contribuyendo a un hacinamiento extremo.

Apego excesivo a los objetos

Las personas con acumulación obsesiva compulsiva consideran sus cosas como parte de sí mismos. Vinculan mucho más sentimientos a los objetos que los no-acaparadores y logran un grado extremo de comodidad emocional en sus posesiones (Frost y Gross, 1993). Disfrutar en gran medida con las “cosas” también origina una marcada tendencia a comprar en exceso, esto es: adicción a las compras.

Control de la propiedad

Las personas con acumulación obsesiva compulsiva presentan una necesidad extrema de controlar sus posesiones, de proteger los objetos del daño o de un uso irresponsable. Por lo tanto, la persona con acaparamiento obsesivo compulsivo experimentará una incomodidad extrema o incluso se sentirá personalmente violado si los objetos son tocados o desplazados por cualquier otra persona ajena.

PROGRAMA AUTODIRIGIDO PARA LA ACUMULACIÓN OBSESIVA COMPULSIVA

Para algunas personas, la acumulación constituye el principal síntoma del trastorno obsesivo compulsivo. Aquél es tan grave que interfiere en gran medida con un mantenimiento de normas saludables de vida. Por lo general, el acaparamiento constituye simplemente un síntoma más del trastorno obsesivo compulsivo. De cualquier modo, el programa autodirigido para la acumulación obsesiva compulsiva puede ayudarle a librarse de ésta.

Paso 1. Fije una meta realista que desee alcanzar

En su mayor parte, las personas con acaparamiento obsesivo compulsivo se sentirán abrumadas y por tanto se resisten a lograr la meta de librar sus hogares de todas las “cosas” recopiladas. Si éste es su caso, en vez de pensar en librarse de todas sus posesiones, empiece con metas menores y más realistas: llegar a ser menos indeciso y vivir en un espacio mejor organizado y despejado.

Paso 2. Efectúe una evaluación de su problema de acaparamiento

Responda a las siguientes preguntas para comprender mejor su problema de acaparamiento (agradecimientos para Frost y Steketee, 1998):
¿Qué espacio de la casa se encuentra hacinado? ¿Qué habitaciones?
¿Qué grado de malestar le provoca el problema? ¿Y a sus familiares?

- ¿Con que gravedad describiría su problema de hacinamiento? ¿Muy grave, parcialmente grave, no demasiado grave?
- ¿Qué tipos de objetos guarda?
- ¿Cuáles son las razones para guardar cada tipo de objetos?
- ¿Tiene algún modo de organizar los objetos en su casa? ¿Cómo decide dónde va cada uno de ellos?
- ¿Cómo afecta el problema a la relación con sus familiares?

Paso 3. Ponga una moratoria a toda acumulación

Durante el período de tiempo que trabaje con el programa autodirigido, suspenda temporalmente todo tipo de acumulación salvo los ítems más esenciales de su casa. Esto facilitará que perciba un progreso más rápido y conducirá a un mayor éxito en la medida que logre un mayor control sobre su programa de acaparamiento.

Paso 4. Desarrolle un plan de organización para su hogar

Empleando el esquema de abajo, realice un inventario de todos los ámbitos de su casa, incluyendo la cocina, el comedor, la sala, armarios, baños, garaje, etc. Anote exactamente cómo se utiliza en la actualidad el espacio. Después estime, de un modo aproximado, qué porcentaje del espacio utilizable se encuentra hacinado en este momento. En la cuarta columna indique su meta en el uso funcional del espacio (por ejemplo: recibir a los huéspedes, ver televisión o comer). Indique su objetivo para la cantidad de hacinamiento permitido en cada habitación. Asegúrese de incluir en su plan áreas amplias para el almacenamiento.

Plan de organización

Área de la casa	¿Cómo se usa en la actualidad?	¿Grado de hacinamiento (% del espacio utilizable)	Meta del uso	
			Función	%Hacinamiento
Sala	_____	_____	_____	_____
Cocina	_____	_____	_____	_____
Comedor	_____	_____	_____	_____
Dormitorio principal	_____	_____	_____	_____
Segundo dormitorio	_____	_____	_____	_____

Área de la casa	¿Cómo se usa en la actualidad?	¿Grado de hacinamiento (% del espacio utilizable)	Meta del uso Función	% Hacinamiento
Tercer dormitorio	_____	_____	_____	_____
Cuarto dormitorio	_____	_____	_____	_____
Vestíbulo	_____	_____	_____	_____
Armario de habitación principal	_____	_____	_____	_____
Armario de segunda habitación	_____	_____	_____	_____
Armario de tercera habitación	_____	_____	_____	_____
Armario de vestíbulo	_____	_____	_____	_____
Cuarto de baño	_____	_____	_____	_____

Paso 5. Decida por dónde empezar

Esta decisión sobre por dónde empezar es a menudo la más difícil de tomar. Elija un área que, en caso de encontrarse despejada, suministraría un alto grado de satisfacción. Por ejemplo, podría ser la mesa de la cocina, el vestíbulo o la esquina de la sala. Este es el mejor lugar para empezar. Otro modo es escoger algún tipo de objeto del que disponga muchos en algún pequeño área, tal como libros, ropa o algunos tipos de papeles, y trabaje, en un inicio, sólo en ese tipo de ítems. Como es más sencillo clasificar y almacenar grupos amplios de objetos similares, el trabajo se acelerará y suministrará una satisfacción más rápida.

Paso 6. Establezca unas normas mínimas y sencillas para colocar, almacenar y deshacerse de los objetos y cíñase a ellas

Coloque tres cajas grandes vacías en el área a trabajarse. Etiquete una caja con la leyenda “Almacenar”, en la siguiente ponga “Vender” o “Donar” y en la tercera “Desechar”. Una norma valiosa para eliminar el hacinamiento (Frost y Steketee, 1998) se denomina la norma



OHIO: Manéjelo una sóla vez (en inglés *Only Handle It Once*). Esto significa que una vez que un ítem es tocado o recogido, no puede devolverse a la desordenada acumulación de objetos. *Debe* colocarse en una de las tres cajas.

Como la acción de deshacerse de objetos provoca una ansiedad máxima, empiece por aquellos ítems que causen la menor ansiedad. Empleando la escala de USAs, evalúe su nivel de malestar (en una escala de 0-100) cuando se deshaga de ítems en un área específica. Empiece primero por descartar los ítems que provoquen una puntuación menor en la escala de USAs, digamos por ejemplo entre 0 y 40. Después pase a los ítems que provoquen una mayor ansiedad, en el rango de los 40-80 USAs. Finalmente, deshágase de los objetos que se encuentren en el rango de los 80-100. Si descartar un objeto fuera demasiado estresante, colóquelo en la caja que lleva la leyenda “Almacenar”. Asegúrese de encontrar un lugar en el que guardar dicha caja.

Es útil establecer la siguiente norma para la caja “Desechar”: si en estos momentos carece de un uso específico para ese objeto –tal como exponerlo– o si no prevé un uso específico para dicho objeto durante los siguientes seis meses, deshágase de él. Conserve sólo aquellos a los que adjudique un uso y función diferentes dentro de su casa.

Quizás se sienta especialmente paralizado por el temor a cometer un error. Usted puede sentir que se deshará erróneamente de algo que podría utilizar en un futuro. Pregúntese qué es lo peor que podría suceder si nunca viese nuevamente ese objeto. Lo más probable es que, tras su malestar inicial, ¡se olvide de que se deshizo de él! Es valioso establecer una distinción entre lo que usted “siente” que podría usar y lo que *sabe con certeza* que será utilizado para un propósito diferente durante los siguientes seis meses. Basar su decisión en lo que usted “siente” que “podría” utilizar algún día (el cual casi nunca llega) sólo logrará perpetuar su problema de acaparamiento. Una valiosa alternativa sería basar su decisión exclusivamente en los hechos. Memorice esta afirmación: “*En caso de duda ¡tírelo!*”.

Recuerde, su meta es crear un *espacio vital funcional*, y no un “museo de recuerdos”. Si usted presenta un apego particular a un objeto que ocupa demasiado espacio, o al que no le puede encontrar lugar, consi-

dere la posibilidad de venderlo o donarlo. Regalarlo le reportará la satisfacción de saber que alguien más puede disfrutarlo, ¡tal como lo hizo usted! Si el objeto carece de utilidad para todos menos para usted, recuerde que deshacerse de él no significa borrarlo de la memoria. El recuerdo siempre perdurará. ¡Lo que verdaderamente no necesita es el hacinamiento derivado de ese objeto (y de todos los demás)!

Paso 7. Márquese un ritmo

No se exceda. Esto es una maratón, no un sprint. No se agote. Márquese un ritmo. Pruebe el “sistema 30/30”: identifique primero un pequeño ámbito que le gustaría trabajar –por ejemplo los sofás, la esquina de una habitación o la mesa de la cocina. Programe un temporizador entre los 15 y los 30 minutos y después trabaje sobre su área identificada durante ese período de tiempo. Al finalizar dicho período, haga algo divertido o relajante durante los siguientes 15-30 minutos. Juegue en el ordenador, haga punto, juegue con sus hijos, disfrute de una taza de café o lea el artículo de la revista que había deseado leer.

Después programe el temporizador y siga librando espacio de nuevo durante otros 15-30 minutos. Siga así hasta que el lugar se encuentre despejado. Algunos otros esquemas temporales que funcionan igualmente son 15/15, 5/5, 5/30 y etcétera. Trabaje a diario, pero cada ciertas jornadas tómese uno libre de modo que pueda pensar con ilusión en descansar. Recompéñese cuando supere un gran obstáculo.

Paso 8. Cuando un lugar se encuentre limpio, decida cómo puede utilizarse apropiadamente

¿El lugar se utilizará para trabajar? ¿Para relajarse? ¿Para dormir? ¿Para entretenerse? ¿Para almacenar? ¿Para decorarse? Comience a preparar el área para el uso que se pretende. Si no puede decidirse, posponga su conclusión hasta que tenga una idea clara del modo en el que será utilizado ese espacio. ¡Pero asegúrese de no hacinar nuevamente el área! Establezca la norma de “no apilar” en el espacio particular que a usted le tienta y ¡cíñase a ello!

Claves para liberarse

1. Todas las decisiones referentes a guardar, descartar y organizar los objetos, deben ser efectuadas *tan sólo* por la persona que experimenta el problema de la acumulación. Los familiares pueden servir de más ayuda permitiendo que la persona que vive el problema de acaparamiento tome las decisiones que necesita aprender a adoptar. Decidir por esa persona no será útil.
2. Los familiares deberían implicarse sólo hasta el límite que les indica la persona con el problema de acumulación.
3. Durante cada sesión de “limpieza”, permanezca centrado en un área pequeña. No pase a otro lugar hasta que haya completado el área que había empezado. De este modo, es más probable que perciba los efectos positivos derivados de sus esfuerzos.
4. Ponga música de fondo agradable y relajante mientras hace la limpieza. Eso puede dar la sensación de que el trabajo avanza más deprisa.
5. Una conducta severa de acumulación se encuentra asociada con una serie de trastornos neurológicos y psiquiátricos, además de con el trastorno obsesivo compulsivo (Damecour y Charron, 1998). Si usted no logra progresar con el programa autodirigido, consiga que un neurólogo o psiquiatra cualificado le efectúe una evaluación minuciosa. De ese modo, podrá planificarse la ayuda adecuada para este problema específico de acumulación.

Dos pasos adelante, uno atrás: manteniendo su mejoría y manejando la recaída

13

Una de las cosas que aprendí en el duro camino era que no merece la pena desalentarse. Mantenerse ocupado y adoptar un modo de vida optimista puede restaurar la fe en uno mismo.

–Lucille Ball

Cuando usted trabaje con el programa autodirigido, vivirá días buenos y malos. A medida que pase el tiempo, tendrá cada vez más días positivos. Pero ¿qué sucede con los malos? ¿Y qué sucede con aquellos síntomas persistentes del trastorno obsesivo compulsivo que simplemente parece que no se van, haga lo que haga?

EL PROGRAMA NO FUNCIONA: PROBLEMAS HABITUALES

Presentamos, a continuación, algunas cuestiones a explorar típicas cuando se percate de que no progresa su problema del trastorno obsesivo compulsivo.

Negación: “Quizás no se trate de un trastorno obsesivo compulsivo”

Las personas con trastorno obsesivo compulsivo carecen, con frecuencia, de un sentimiento básico de confianza en los demás y en sus motivaciones. Por lo tanto, usted podría dudar de su médico. ¡No importa que el trastorno obsesivo compulsivo se denomine la *enfermedad de la duda*! ¡Puede incluso conseguir que dude de que sufre un trastorno obsesivo compulsivo! En algunos casos, la negación puede

deberse a ideas sobrevaloradas o a padecer otras patologías adicionales al trastorno obsesivo compulsivo que afecten a su capacidad para considerar su problema de un modo objetivo.

Negación franca o “el complejo de mártir”

Este tipo de negación es una forma de auto-decepción que permite a quienes padecen un trastorno obsesivo compulsivo evitar el cambio racionalizando sus síntomas, ante sí mismos y los demás, con la noción de que “Lo hago por el bien de todos”. Protege a las víctimas del doloroso impacto que su enfermedad ejerce sobre sí mismos y los otros. De un modo secreto, su trastorno obsesivo compulsivo se convierte en una causa de orgullo y aporta sentimientos de unicidad y superioridad. La lógica sigue una pauta semejante a esto:

“¡Qué noble y maravilloso soy! Sacrificaré mi vida con gusto llevando a cabo rituales interminables (lavar, contar, comprobar, etc.) a diario como pequeño precio a pagar para proteger del peligro y el daño a quienes amo. Y como nadie cercano a mí ha muerto o sufrido todavía, ¡debo estar haciéndolo bien!”.

Ideas sobrevaloradas

¿Cree realmente que sus obsesiones son poco razonables? ¿Cree que las compulsiones son necesarias para evitar la mala suerte o la tragedia? Si tal fuera el caso, le ha concedido demasiada importancia a sus obsesiones y compulsiones. Efectúe un listado, en las líneas inferiores, de las creencias sobrevaloradas o erróneas que todavía mantenga y remítase de nuevo al capítulo 8 para confrontarlas.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Ritual de sustitución

El trastorno obsesivo compulsivo puede ser muy sigiloso en su persistencia para volver a re-invasión su vida. A veces los individuos sustituyen un ritual por otro. O lo modifican acelerándolo o ejecutándolo de un modo diferente. Es probable que el nuevo ritual sea menos obvio que el antiguo. En vez de comprobar la cerradura por segunda vez, puede que empuje la puerta, la mueva o la mire muy atentamente mientras cierra. O quizás se evite comprobar la puerta junto a su cónyuge y deje que tan sólo lo haga éste. Capte los nuevos y pequeños rituales antes de que se agraven. En las líneas de abajo, efectúe un listado de los rituales substitutivos que pudiera estar llevando a cabo. Añádalos a su listado de síntomas a confrontar en su programa autodirigido.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Distracción o bloqueo protector

Usted puede distraerse o bloquear el impacto total de la exposición de modo que no experimente ansiedad. Esto es auto-derrotista. Necesita sentir el incremento de la ansiedad y después su descenso, con el fin de que funcione la exposición y la prevención del ritual. Efectúe un listado de los modos con los que pudiera estar distrayéndose de (o bloqueando) la ansiedad durante la exposición y la prevención del ritual.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Evitación

Esté alerta a todas las formas de evitación. ¿Evita “contaminar” sus manos –o las mantiene limpias en todo momento? A esto se refiere

dicho proceso. Trate la evitación cuando efectúe los rituales a través de la exposición y la prevención del ritual. Realice un listado de las situaciones que se evitan en vez de tratarse con la exposición y la prevención del ritual. Por ejemplo, ¿rehusa el empleo de cola o pegamento para no “contaminar” sus manos? ¿O no sale de casa de modo que no deba enfrentarse al proceso de cerrar la puerta?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Minimizar la importancia de los rituales

- “En realidad eso no es un ritual”.
- “Puedo pararlo siempre que quiera”.
- “Simplemente pienso que no necesito dejar de hacerlo”.

Un ritual es un ritual. Una vez que haya abordado sus principales ritos obsesivos compulsivos, vaya tras los más pequeños. Puede sentirse satisfecho con tan sólo una mejora parcial de su trastorno obsesivo compulsivo. Puede haberse deshecho de los principales problemas y ahora se siente preparado para dejar de trabajar en el programa. ¡No lo haga! Esto incrementará la probabilidad de una recaída. Si usted fue capaz de liberarse de los principales síntomas también podrá deshacerse de los secundarios.

Necesita la medicación adecuada para progresar más

Aquellas personas que no estén tomando la medicación indicada para el trastorno obsesivo compulsivo deberían reflexionar seriamente al respecto. Si ya estuviese medicándose, podría necesitar cambiar de fármacos. Discuta con su médico la posibilidad de modificar el tipo, la dosis o la posibilidad de aumentar su actual régimen farmacológico. Remítase al capítulo 17 si desea información sobre el modo de encontrar al médico adecuado que le prescriba la medicina.



Muchas personas que padecen el trastorno obsesivo compulsivo experimentan algunos temores sobre la medicación. Sus miedos pueden deberse a una desaprobación genérica, a una experiencia previa negativa con los efectos secundarios, a un médico en particular o a un simple y antiguo temor del tipo “¿Qué pasaría si...?”

- “¿Qué pasa si la medicina no funciona?” (Si no funciona esa probablemente otra lo haga).
- “¿Qué sucede si debo tomarla durante todo el resto de mi vida?” (No es una mala compensación para un alivio duradero).
- “¿Qué pasa si me hago adicto a la medicina?” (Los fármacos del trastorno obsesivo compulsivo no provocan adicción).
- “¿Qué sucede si tomo la medicina y no trata su causa primaria?” (¡Su desequilibrio químico cerebral constituye la causa primaria!).

¡No se rinda! ¡Inténtelo de nuevo! Emplee el conocimiento que ha obtenido de este libro para localizar a un profesional que le ayude a encontrar la medicación indicada para su caso. ¡Merece la pena!

Problemas familiares

La explosión de conflictos familiares, el distress y las discordias pueden interferir seriamente con su habilidad para mantener el progreso. Irónicamente, los familiares pueden sabotear su mejoría de un modo bastante inconsciente. Recuerde, cuando mejora la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo, la familia que en su día se organizó alrededor de los síntomas de la enfermedad debe reorganizarse de nuevo. Por ejemplo, usted y sus familiares pueden encontrarse a diario con tiempo libre que en su momento se dedicaba a participar en los rituales del trastorno obsesivo compulsivo. ¿Y ahora? Los familiares pueden sentirse innecesarios y resentirse realmente porque usted se está librando del trastorno obsesivo compulsivo.

Deben desarrollar juntos relaciones más fuertes que no dependan de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Repase el capítulo 16 para ayudarse a usted y a su familia a tratar de un modo más efectivo esta disfunción. Si los problemas persistieran, puede querer consi-

derar la posibilidad de recibir terapia de familia por parte de un profesional cualificado de la salud mental familiarizado con el trastorno obsesivo compulsivo. El capítulo 17 puede ayudarle a tomar decisiones referidas a la obtención de ayuda profesional.

Ausencia de apoyo social

Con frecuencia, el desaliento y el aislamiento, derivados del padecimiento del trastorno obsesivo compulsivo, interfieren de modo significativo con el progreso en el programa autodirigido. Por esta razón puede ser muy importante acudir a un grupo de apoyo de personas que experimente un trastorno obsesivo compulsivo. Cuando comparte abiertamente con los demás las luchas y dilemas diarios del trastorno, la aceptación y comprensión que se reciben de un grupo de apoyo pueden establecer una gran diferencia en su recuperación del trastorno obsesivo compulsivo. El capítulo 17 aporta sugerencias sobre el modo de localizar un grupo de apoyo para el trastorno obsesivo compulsivo. Si no existiese uno en su ámbito geográfico, considere la posibilidad de crear uno usted mismo. Las pautas para iniciar un grupo de apoyo pueden obtenerse en la Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad (acúdase a la sección de “Recursos” del final del libro).

Carencia de motivación

Librarse del trastorno obsesivo compulsivo es arduo y exige tiempo. A veces puede encontrarse con que su motivación se debilita. Aquí se presenta una buena indicación: en las líneas en blanco de abajo escriba varios recordatorios sobre el modo en el que cambiaría su vida si no padeciese un trastorno obsesivo compulsivo. Sea muy específico. Después, redacte estos recordatorios en pequeños trozos de papel y péguelos sobre superficies en diferentes lugares de su casa, tal como la puerta del refrigerador o el espejo del baño. Cuando su entusiasmo mengue y le tiene rendirse, lea lo que ha escrito. Le suministrará un empujón para seguir en la lucha.



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Aquí se presenta otra indicación. Componga una narración auto-motivadora de unos 5 a 10 minutos y grábela en un casete. A continuación se encuentran las pautas para elaborar su propio casete auto-motivador. Rellene los espacios en blanco empleando sus síntomas y situación específicos. Después léalo como si fuese una narración completa, empleando muchas expresiones para hacerlo más verídico. Usted podría desear solicitarle a su cónyuge, padre o terapeuta que se lo graben con su propia voz para hacerlo más creíble. O podría querer grabarlo con su propia voz. La elección es suya.

“Hola _____, habla _____. Sufro (sufres) un trastorno obsesivo compulsivo desde hace _____ años (meses). Mi (tu) problema es _____ (lavar, comprobar, repetir, ordenar, pensamientos intrusos, etc.). Dicho problema ha impedido (te impide) vivir la vida con libertad. Ha afectado a mi (tu) vida del siguiente modo:

(efectúe un listado con los diversos modos en que el trastorno obsesivo compulsivo ha afectado a su vida en los ámbitos de la familia, trabajo, metas, esperanzas y sueños). Aunque yo (o tú) ni nadie es responsable del hecho de que yo (tú) padezca (s) un trastorno obsesivo compulsivo, sí soy (eres) responsable de hacer todo lo posible por superarlo. He (has) llegado a un punto en mi (tu) vida en el que no deseo (deseas) tolerar más los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Estoy (estás) comprometido a lograr una existencia en la que el trastorno obsesivo compulsivo no sea sino un inconveniente mínimo e insignificante.

Para lograr esto, debo (debes) cambiar mi (tu) actitud, pasando de la desesperanza y el derrotismo a la esperanza y la posibilidad. Ya no deseo (deseas) ocultarme (ocultarte) en la vergüenza, en una oscura esquina con mi (tu) trastorno obsesivo compulsivo. Soy (eres) una persona íntegra. Tengo (tienes) muchas cualidades maravillosas. Soy (eres) (efectúe un listado con cinco cualidades/potencialidades de su persona):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¡No soy (eres) simplemente mis (tus) síntomas del trastorno obsesivo compulsivo!

A pesar de sentirme (sentirte) solo mucho tiempo por padecer esta enfermedad, ahora me percató (te percatas) de que no estoy (estás) solo. Existen, literalmente, miles de individuos que entienden lo que estoy (estás) pasando. Puedo (puedes) tender la mano a estas personas en busca de ayuda y comprensión. Y con quienes no me (te) entiendan, debo (debes) abandonar mi (tu) ira, cinismo y negativismo. Debo (debes) aprender a ser paciente. Con una información y educación adecuadas, algún día muchos otros verán la luz y entenderán lo que es el trastorno obsesivo compulsivo, una persona en cada momento. Tengo (tienes) que dejar mi (tu) insistencia de que el mundo cambie para mí (ti). Puedo (puedes) promover el cambio cuando empiece (empieces) a cambiar, mi (tu) actitud y mi (tu) trastorno obsesivo compulsivo.

Para librarse del trastorno obsesivo compulsivo, debo (debes) cambiar de actitud, pasando de la desconfianza a la confianza. Aunque me he (te has) decepcionado y desalentado con anterioridad. He (has) de hacer borrón y cuenta nueva. Podría (podrías) necesitar confiar en un médico, experto, grupo, persona o programa que me (te) ayude a confrontar y enfrentar las cosas que temo (temes) y me (te) guíe hacia la luz de la recuperación. Aunque es extremadamente espeluznante, estoy (estás) preparado y deseoso de hacer lo que sea necesario. Estoy (estás) comprometido con esto de todo corazón.

Estoy (estás) comprometido a continuar con la medicación –a tomarla religiosamente y siguiendo únicamente las directrices de mi (tu) médico. Ahora me encuentro (te encuentras) preparado para vivir una vida sana, libre de todo abuso de fármacos, el cual sólo afecta negativamente al delicado desequilibrio de mi (tu) química cerebral.

Estoy (estás) deseoso de confrontar mis (tus) temores a diario empleando los principios de la terapia cognitivo-conductual. Estoy (estás) trabajando



para reconocer las diferencias existentes entre mi cerebro lógico y mi trastorno obsesivo compulsivo. Me percató (te percatas) de que los mensajes irracionales de mi cerebro obsesivo compulsivo son falsos y las compulsiones y los rituales sólo constituyen una pérdida de tiempo. Los pensamientos obsesivos son meros “fantasmas y duendes”, una “mala película de la serie B” –parecen reales por momentos pero no lo son.

Si permito (permites) que la enfermedad me (te) engañe y reacciono (reaccionas) a las imágenes y mensajes como si fueran reales, el trastorno obsesivo compulsivo vencerá y obtendrá cada vez más poder sobre mí (ti). Gano (ganas) cuando resisto (resistes) la atracción magnética de la urgencia compulsiva. Y aunque haya un gran malestar al no entregarse, si espero (esperas) y resisto (resistes) la ansiedad, el impulso finalmente decrecerá por sí solo. ¡Deseo (deseas) librar la batalla de mi (tu) vida para vencer al monstruo! Odio (odias) tanto a este trastorno obsesivo compulsivo y mi compromiso por recuperarme es tan fuerte que deseo (deseas) apostar todo y resistir el impulso de llevar a cabo el ritual. Gano (ganas) a diario fuerza y coraje para empezar a hacerme cargo de mi (tu) enfermedad”.

Enfermedades que complican el trastorno obsesivo compulsivo

La depresión, otros trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención, el síndrome de la Tourette, el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía, los trastornos alimenticios y las adicciones conforman sólo algunas de las alteraciones que pueden dificultar la recuperación en el trastorno obsesivo compulsivo. Véase el capítulo 15 para una discusión de esta cuestión. Cuando se obtenga un diagnóstico médico adecuado de un profesional de la salud mental (el primer paso importante antes de empezar el programa autodirigido), podrán determinarse las restantes condiciones presentes que pueden complicar el proceso de recuperación en el trastorno obsesivo compulsivo. Una vez identificadas éstas, puede diseñarse mejor el programa/tratamiento para sus problemas específicos.

Adicción al alcohol o las drogas

Estas adicciones complican en gran medida el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Existe un gran probabilidad de que usted se esté automedicando para aliviar los síntomas de ansiedad causados por el trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, el alcohol y las drogas ilegales, aparte de provocar interacciones entre sí, efectos secundarios no deseados y reacciones tóxicas, pueden neutralizar los efectos de la medicación terapéutica prescrita. Debido a los riesgos sanitarios derivados de la mezcla de drogas ilegales y alcohol con fármacos recetados para el trastorno obsesivo compulsivo, el primer paso evidente es la desintoxicación y el tratamiento a manos de profesionales de la salud mental especializados en trastornos psiquiátricos de “doble diagnóstico”.

RECAÍDA: ¡SUCEDERÁ!

Espere una recaída, ¡especialmente al mejorar! El trastorno obsesivo compulsivo crece y decrece de un modo natural, anticipe que le suceda a lo largo de su vida. Cuanto antes enfrente la cuestión de la recaída y aprenda algunos modos de afrontarla, mejor será. Las siguientes sugerencias pueden servirle para manejar y sobrevivir a la recaída de los síntomas:

1. Tras varias semanas o meses, puede creer que ya lo ha logrado. ¡Incluso podría considerar que se ha curado! ¡Déjese de tonterías! ¡El trastorno obsesivo compulsivo es sigiloso y persistente! Le sorprenderá con un golpe cuando menos lo sospeche. De hecho, ¡creemos que el progreso sin recaídas no es un verdadero progreso! Manejar satisfactoriamente las recaídas es una habilidad que le ayudará con el trastorno obsesivo compulsivo a lo largo de su vida.
2. La recaída no es sinónimo de fracaso. Es una oportunidad para refinar aún más las habilidades que ha aprendido en el programa autodirigido. Sea honesto consigo mismo. Cuando se equivoque y lleve a cabo un ritual, admítalo y elabore planes para que pueda



resistirse a la compulsión en un futuro. Vuelva a tomar la senda y no se desanime: ¡las personas con trastorno obsesivo compulsivo son muy autocríticas! Si fuera posible, vuelva a exponerse de modo inmediato a la situación temida de nuevo y progrese.

3. Preste atención a los síntomas incipientes antes de que se agraven y se conviertan en evidentes. Cuando se libre de sus principales rituales, puede encontrarse realizando otros más pequeños o menos intrusos. Parecerán conductas inofensivas pero no lo son. Refuerzan su creencia de que necesita los rituales para protegerse de todo daño. Algunos ejemplos de rituales mínimos son tocar la pared cuando pasa por una puerta o comprobar la cocina antes de irse a dormir, incluso aunque no la haya utilizado en todo el día. Puede tratarse de rituales nuevos o de otros antiguos que han pasado desapercibidos porque los eclipsaban ritos más patentes. Efectúe un listado de aquellos “pequeños” síntomas del trastorno obsesivo compulsivo que pudiera necesitar eliminar.
4. Busque un tema común. Puede encontrarse con que existe un temor subyacente que vincula las diferentes obsesiones y compulsiones de su vida. El principal problema de Cherry era el ritual de comprobación, pero también padecía problemas con el lavado, los temores del “atropella y huye” y miedo a haber dicho o hecho algo mal. El temor subyacente era el de hacer o decir algo que dañe a alguien. La exposición tenía la mira puesta en esta obsesión básica que se ocultaba tras sus muchas compulsiones. En las líneas de abajo, efectúe un listado de cualquier tema común que pudiera subyacer bajo sus síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

5. No se compare con los demás, con o sin trastorno obsesivo compulsivo. Su problema es únicamente suyo; ¡por lo tanto, su recuperación será únicamente suya!

6. Es una experiencia muy frecuente y normal que las personas que realizan importantes progresos con su trastorno obsesivo compulsivo pasen por un fase en la que se sienten deprimidos por el tiempo que se perdió debido a la enfermedad. Puede presentarse un período de una tristeza y lamentos profundos pensando en cómo hubiera sido su vida de haberse recuperado antes. ¡Perdónese a usted y los demás por los errores del pasado! Recuerde que sin ninguno de todos esos callejones sin salida, nunca hubiera llegado hasta el punto en el que se encuentra en la actualidad. Forman inevitablemente parte de su recuperación. Emplee su doloroso pasado para salvaguardar y fortalecer aún más la recuperación que ha logrado ahora.
7. El objetivo de este volumen es mejorar su trastorno obsesivo compulsivo y *no* el de lograr una cura perfecta. Sea realista con sus expectativas para recuperarse de su disfunción. La recuperación es un proceso que dura toda una vida, con sus puntos álgidos y sus recaídas.
8. En ocasiones será francamente duro. Cuando esté trabajando de un modo arduo para mantener sus mejoras previas, puede llegar a desalentarse y frustrarse, ¡como si no hubiese logrado nada en absoluto! Es en estas ocasiones cuando no debe perder de vista el verdadero progreso que ha realizado. Incluso en los momentos difíciles, ¡propínese una palmadita en la espalda por lo lejos que ha llegado!
9. Aprecie sus pequeñas victorias contra el trastorno obsesivo compulsivo. Las mejoras diarias mínimas se suman finalmente a las ganancias más grandes.
10. Espere que afloren nuevos síntomas, identifíquelos temprano. También empezará a observar otros que no ha notado con anterioridad.
11. Refuerce su programa autodirigido durante las semanas previas al cese, reducción o cambio de medicación. Sea incluso más estricto de lo normal cuando se resista a ejecutar los rituales. Facilitará mucho más la transición.



CONVIERTA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN ELEMENTO DE SU ESTILO DE VIDA

Convierta el programa autodirigido y la terapia cognitivo-conductual en una parte importante de su estilo de vida. Encuentre modos de integrar la exposición y la prevención del ritual en su vida cotidiana. Resístase, por ejemplo, a comprobar la puerta cada vez que salga de casa. Un estilo de vida saludable le ayudará a ceñirse a su programa.

Ocupe el tiempo libre

Puede encontrarse con una gran cantidad de tiempo que en su momento se encontraba ocupado con los rituales. Este tiempo necesita llenarse con una actividad productiva o los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo se deslizarán en su vida. Efectúe a continuación un listado de las diferentes actividades en las cuales le gustaría participar. Asegúrese de que se traten de actividades que disfrute de un modo relajado y nada obsesivo. Si no es el caso, puede encontrarse evitándolas. Estas actividades pueden incluir hobbies, trabajo de voluntariado, empleo pagado, dibujar, escribir un diario, las posibilidades son infinitas. Establezca planes para ocupar el tiempo que en su momento dedicaba al trastorno obsesivo compulsivo.

Aliméntese bien

Una dieta sana y equilibrada le ayudará a obtener lo máximo del programa autodirigido. Su cuerpo está compuesto por muchas sustancias, incluyendo nutrientes, neurotransmisores, hormonas y enzimas, que deben trabajar en conjunto para que cerebro funcione adecuadamente. No existe la fórmula mágica para hacer que su cerebro funcione a pleno rendimiento salvo ésta: adopte una dieta saludable y equilibrada.

Existen, sin embargo, pocos cambios dietéticos que puedan ayudarle a controlar los síntomas particulares. Evitar el alcohol no sólo le ayudará a reducir la ansiedad, sino que también ejercerá un efecto positivo sobre la depresión debido a que aquél es un depresor del sistema nervioso central. En ocasiones, muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo se sienten ansiosas o excesivamente estimuladas. Muchos de los fármacos empleados para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo pueden provocar, como efectos secundarios, que se sienta ansioso o hiperestimulado. No tomar alimentos con cafeína, tal como el café, demasiada soda y chocolate puede ayudar.

Uno de los cambios más importantes de la dieta que puede efectuar es evitar los carbohidratos refinados, tal como los dulces y los pasteles. Aléjese de todo lo que lleve azúcar. Reemplazar el azúcar refinado por frutas y carbohidratos complejos, tal como la pasta y el pan de trigo. Esto le ayudará equilibrar sus estados de ánimo y a contrarrestar dos efectos secundarios de la medicación contra el trastorno obsesivo compulsivo: el aumento de peso y el ansia por ingerir carbohidratos.

Si usted es de los que experimenta estos efectos secundarios, saber que pueden presentarse y anticiparse a ellos le ayudará a controlar el aumento de peso.

Practique el ejercicio adecuado

No se entusiasme alocadamente. Probablemente no necesite un ejercicio extraordinario para obtener unos resultados positivos. Consúltele con su médico antes de empezar un plan deportivo. El ejercicio regular presenta muchos beneficios. Ayuda a perder peso quemando calorías, incrementa el metabolismo y disminuye el apetito. Además puede reducir la tensión muscular, reforzar la concentración y la memoria, mejora el sueño y reduce la depresión, la ansiedad y el estrés. Ello sin mencionar que cuando empiece a tener mejor aspecto, se sentirá mejor consigo mismo, se incrementarán su confianza y su autoestima y disminuirá su trastorno obsesivo compulsivo.



Reduzca el estrés

Algunas épocas particularmente tensas tal como una mudanza, la enfermedad, el nacimiento y la muerte incluyen períodos de cambio y transición. Incluso la familia política que viene a visitarle a su ciudad puede provocar un estrés considerable. Como su trastorno obsesivo compulsivo tiende a manifestarse más durante los períodos de tensión, el programa autodirigido será entonces mucho más complicado de llevarse a cabo. Anticipe esto y tómese un descanso durante estas ocasiones. Sea muy tolerante consigo mismo cuando la vida interfiera con su programa y simplemente hágalo lo mejor posible.

Establezca planes para reducir el estrés de la vida diaria y encuentre nuevos modos de afrontar éste. Tómese tiempo para relajarse escuchando música, hablando con un amigo o participando en algún hobby. La fatiga excesiva tiende a empeorar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

Dormir y descansar adecuadamente es de una importancia vital. Acuda a su médico si la medicación del trastorno obsesivo compulsivo interfiere con su sueño. Hay muchos libros que le pueden ayudar a aprender ejercicios de relajación, a reducir el estrés, a mejorar su dieta y a desarrollar un programa personal de fitness. Encuentre aquél que se adecue a su estilo de vida y aprenda de ello.

En las líneas de abajo, escriba sus planes para la reducción de stress, la práctica de la relajación, la dieta, el ejercicio y los cambios en su estilo general de vida.

El trastorno obsesivo compulsivo también afecta a los niños

14

Cuando tratas de progresar aparecen obstáculos. Yo los he sufrido; todo lo el mundo los padece. Pero los obstáculos no deben detenerte. Si corres hacia una pared, no la rodees ni te rindas. Imagínate cómo trepar por ella, cómo traspasarla o idea algo al respecto.

–Michael Jordan

Los estudios empíricos han demostrado que entre un tercio y la mitad de los casos de trastorno obsesivo compulsivo identificados en adultos se iniciaron durante la infancia. La patología puede desarrollarse en la infancia, la adolescencia o la juventud temprana (March y Mulle, 1998). Alrededor de un 1% de los niños, esto es aproximadamente unos de 200.000 adolescentes y niños norteamericanos, padecen un trastorno obsesivo compulsivo (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b). En el trastorno obsesivo compulsivo infantil, es más frecuente la historia familiar del padecimiento que en el trastorno iniciado en la edad adulta, lo cual nos conduce a pensar en que los factores genéticos desempeñan más de un papel en su génesis (Geller, 1998).

Pueden pasar meses o años antes de que los padres lleguen a percatarse de que su hijo padece un problema porque los niños ocultan con frecuencia sus obsesiones y sus conductas compulsivas. Tratan de suprimir sus síntomas hasta que se encuentran solos o, al menos, hasta que vuelven del colegio a casa. Los niños experimentan una necesidad muy fuerte de ser aceptados por los demás, de integrarse en su grupo de iguales. Las extrañas conductas y las absurdas compulsiones son embarazosas para los niños, de modo que las ocultan.

Es mejor tratar pronto el trastorno obsesivo compulsivo. Cuanto más tiempo pase sin recibir terapia alguna, más generalizados pueden llegar a ser los síntomas. Invaden cada vez más la vida del niño y convierten la enfermedad en algo todavía más complejo de tratar (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b).

Con una terapia no se asegura que el trastorno obsesivo compulsivo desaparezca al llegar a la edad adulta. Algunos niños pueden padecer síntomas leves cuando llegan a adultos o quizás no experimenten ninguno. Otros logran la remisión; sus síntomas desaparecen pero vuelven después, durante el período adulto. El trastorno obsesivo compulsivo cambia a menudo con el tiempo. Los síntomas experimentados en la etapa adulta pueden ser diferentes a los vividos en la infancia. ¿Por qué en ocasiones desaparecen los síntomas con el tratamiento y reaparecen más adelante? Nadie lo sabe con exactitud, pero las hormonas y el estrés pueden provocar cambios en la estructura biológica que afecten, de ese modo, a la expresión de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b).

NIÑOS Y RITUALES:

¿PODRÍA TRATARSE DE UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?

En algún punto durante el curso del trastorno, los adultos con trastorno obsesivo compulsivo reconocen que sus obsesiones y compulsiones son excesivas o poco razonables. Esta condición diagnóstica no se aplica a los niños. Éstos pueden adolecer de una conciencia cognitiva adecuada para efectuar este juicio (March y Mulle, 1998). Incluso los adultos con trastorno obsesivo compulsivo, cuando se encuentran ansiosos y obsesivos, podrían no percatarse de que están siendo poco razonables.

La mayoría de los niños pasan a través de una serie de etapas evolutivas caracterizadas por las conductas y rituales compulsivos que parecen constituir una respuesta a las necesidades del niño de controlar su ambiente así como controlar los temores y ansiedades infantiles.



Los rituales y conductas compulsivas son más evidentes durante el momento de dormirse. Las palabras y acciones del niño se vuelven más repetitivas. Pueden vestirse y desvestirse varias veces, tocar objetos de un determinado modo, preparar el pijama, o decir “buenas noches” reiteradamente (Pedrick, 1999). El niño puede, por ejemplo, exigir que el padre apague la luz de una determinada manera, que le bese y que pronuncie un “buenas noches” de un modo muy expresivo. Si se trastoca la rutina, puede generarse una pataleta. Si se olvida un pequeño detalle o no se efectúa adecuadamente, le puede solicitar al padre que lo vuelva a realizar.

La Dra. Henrietta Leonard, que estudió la relación entre los rituales y supersticiones evolutivas infantiles y el trastorno obsesivo compulsivo, escribió que entre los cuatro y los ocho años los rituales evolutivos son más intensos (Leonard, 1989). Los niños expresan su creencia de que las niñas tienen “bichitos”, una forma de contaminación imaginaria en la que los chicos deben evitar vehementemente ser tocados por las chicas. Hacia los siete años es habitual coleccionar cosas (la “acumulación” del trastorno obsesivo compulsivo). Cromos, cómics, muñecos y muñecas se encuentran entre los objetos coleccionables más populares. Entre los siete y los once los juegos de los niños se vuelven de una naturaleza muy ritual y vinculados a normas. Si rompe las reglas de un juego es probable que se enfrente a las pataletas de “¡Eso no vale!”. En la adolescencia, los rituales pueden disminuir pero es habitual que persista una preocupación obsesiva por una cierta actividad, música o ídolo deportivo.

Las supersticiones son conductas semejantes a las rituales y son habituales en los niños normales. Son formas de “pensamiento mágico” en los que los niños creen en el poder de sus pensamientos o acciones para controlar los eventos del mundo. Los números de la “suerte” y las rimas ayudan a generar una sensación de control y dominio.

Estos rituales infantiles normales anticipan la evolución, fortalecen la socialización y ayudan a los niños a enfrentarse a la ansiedad por separación. Los rituales de los niños más pequeños les ayudan a desarrollar nuevas habilidades y definen su ambiente. A medida que maduran y evolucionan hacia la etapa adulta, la mayoría de estas con-

ductas de naturaleza ritual desaparecen por sí solas. En contraposición, los rituales de los niños con trastorno obsesivo compulsivo persisten avanzada la etapa adulta. Estos rituales son dolorosos, incapacitantes y generan sentimientos de vergüenza y aislamiento. Los intentos por abandonar estos rituales generan una ansiedad extrema.

Los padres de un niño con trastorno obsesivo compulsivo se encuentran con frecuencia alarmados, confundidos y frustrados por la insistencia y preocupación de sus hijos por los rituales de limpieza, orden o comprobación. Con frecuencia los padres reaccionan de modo extremo, mediante la intimidación o la permisividad pasiva. Si los padres reaccionan con excesos y tratan de interrumpir sus conductas, el niño puede volverse hostil y extremadamente ansioso. Si los padres consintieran los rituales, el niño nunca aprendería a confrontar sus temores. Aparte de la frustración, muchos padres le consienten al hijo y pueden incluso ayudarle con desgana con los rituales, por ejemplo efectuando varias coladas de su ropa ante la insistencia de que está “contaminada”.

La historia de Wanda

El arte es por lo general una de las materias favoritas en los alumnos de tercero. Pero no es el caso de Wanda. El pegamento y el engrudo viscosos, la acuarela, la tiza, la hedionda arcilla. Era una pesadilla. Su única vía de escape era el baño. Suspiraba de alivio, se ponía en pie de un salto y salía rauda hacia la puerta cada vez que la profesora le permitía ir. Corría hacia el baño bajo el vestíbulo. Cincuenta escaleras. Las contaba y sabía exactamente cuántas eran; cincuenta en cada ocasión.

Entonces empezaba el ritual. Siempre consistía en la misma rutina. Tras abrir el grifo del agua caliente, separaba sus dedos y los enjuagaba. Después ponía el jabón en medio de la mano izquierda. Se sentía aliviada cuando se lavaba cada dedo una y otra vez. Veinte veces cada dedo. Tras el lavado, tomaba el papel de manos y secaba el agua cuidadosamente, asegurándose de no tocar el grifo con las manos. Si lo hacía, se lavaba de nuevo. Debía lavarse varias veces y cada vez con más frecuencia.



Las salidas al baño llegaron a ser más asiduas, no sólo durante la clase de arte sino a lo largo de todo el día. Sin aviso alguno, parecían presentarse en su cabeza pensamientos intrusos. En un inicio, lavarse las manos le ayudaba durante unas horas, quizás para todo el día. Pero los pensamientos se volvieron cada vez más continuos. Y el lavado de manos aliviaba su ansiedad durante sólo unos minutos.

La Sra. Chester, profesora de Wanda, llegó a preocuparse por las constantes salidas al baño de la niña y por sus manos enrojecidas y con la piel agrietada. También constituía un problema que parecía soñar despierta. El resto de los niños empezaba a reírse a sus espaldas cuando Wanda no parecía escuchar las instrucciones o no lograba contestar a una pregunta cuando se le cuestionaba. La madre de Wanda estaba preocupada por su conducta. Había tratado, con varias lociones, las manos enrojecidas y agrietadas de Wanda pero sin resultado alguno.

La madre de Wanda le dijo: “¡Las manos sanarían si simplemente dejaras de lavártelas tanto!”. Pero no se percataba de que ella no podía “parar”. Nunca había escuchado nada sobre el trastorno obsesivo compulsivo y asumía que su constante lavado de manos era un hábito que podría abandonar con determinación y fuerza de voluntad. O que quizás perdería esa costumbre con el tiempo. Los niños pasan por etapas. Cuando la Sra. Chester recomendó una evaluación psiquiátrica, la madre llevó de inmediato a Wanda al pediatra. Éste le remitió a un psiquiatra que le diagnosticó un trastorno obsesivo compulsivo.

La historia de Tom

Tom fue en cierta ocasión un estudiante con calificaciones de sobresaliente, ahora sacaba aprobados, suspensos y algún muy deficiente ocasional. Sabía cuáles eran los apuntes, pero rara vez los utilizaba para sus deberes. Cuando lo hacía ya era tarde. Suspendía los exámenes porque no podía terminarlos. No tenía el tiempo suficiente. ¿Era vago? ¿Rebelde? No: padecía un trastorno obsesivo compulsivo.

Tom temía cometer errores. Comprobaba sus deberes repetidamente hasta que pasaba el plazo de entrega. Entonces se percataba de que

no tenía sentido dárselos al maestro. Los exámenes constituían auténticas pesadillas. Respondía a dos preguntas, después verificaba su trabajo, dos preguntas más y una nueva comprobación. Y sus redacciones debían ser perfectas: pulcras, escritas de un modo ordenado sin que ninguna de sus letras o números se tocaran entre sí. Sus textos estaban repletos de borrones, a veces hasta el punto de agujerear el papel.

Tom no comprobaba sólo los papeles. Su preparación para dormirse le exigía, con frecuencia, una hora entera. Primero debía verificar la puerta, después la cocina, los aparatos eléctricos, ventanas, armarios y los bajos de la cama. Sus padres le decían que no debía comprobar esas cosas pero él persistía. Cuando discutía con ellos al respecto, empezaba de nuevo. Así que aprendieron a dejarle solo mientras hacía las verificaciones. Al igual que los padres de Wanda, pensaban que con el tiempo abandonarían este hábito.

Los padres de Tom trataron de hablar con él sobre sus rituales de comprobación. ¿Qué podría pasar si no verificaba las cosas? Sus respuestas eran vagas. Alguien podría resultar herido. No sería capaz de dormirse. La más habitual de las respuestas era: “No sé, tengo que comprobarlo”.

Su madre llevó a Tom al médico, quien lo refirió a un psiquiatra. Tras un examen completo, éste explicó que Tom padecía un desorden neurobiológico denominado trastorno obsesivo compulsivo. Cuando el psiquiatra explicó en qué consistía, la madre de Tom empezó a llorar. “¡Doctor, le he contagiado a Tom el trastorno obsesivo compulsivo! Lo ha aprendido de mí. Yo no compruebo pero me preocupo por las cosas y dispongo todo con un cierto orden. Todo lo que hay en los cajones y los armarios tiene un lugar específico para ser colocado”.

El psiquiatra explicó que no le había contagiado la enfermedad. Ésta no se aprende. Se trata de una disfunción neurobiológica. A veces varias personas de la familia lo padecen porque el trastorno obsesivo compulsivo parece tener una base genética. Una vez que se completó el diagnóstico, Tom y su madre empezaron a trabajar juntos en una terapia cognitivo-conductual.



LA LIMPIEZA, LA COMPROBACIÓN, LA ENUMERACIÓN Y LOS NIÑOS

Las obsesiones que se centran en la contaminación son las que se registran con más frecuencia en los niños (Piacentini y Grave, 1997). Los temores de contaminación, por medio de la suciedad y los gérmenes, conducen a la evitación de los supuestos contaminantes y a un lavado excesivo. Los niños pueden lavarse más frecuentemente, de un modo auto-prescrito o durante períodos de tiempo inusualmente largos.

Una obsesión relacionada con la contaminación produce en ocasiones el efecto contrario. En estos casos, el temor a contaminarse áreas del cuerpo, objetos personales o ambos, lleva a la renuencia o a rehusar por completo a tocar esas partes corporales u objetos. Mire si el calzado está desatado, los dientes sin lavarse, la ropa está sucia y si se encuentra despeinado, especialmente en niños conocidos previamente por ser pulcros y acicalados.

Las compulsiones de comprobación son también habituales en los niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo. Estas compulsiones son precipitadas con frecuencia por el temor al dañarse uno mismo o a los demás, o el niño puede encontrarse preocupado por una duda extrema. Comprobar elementos tales como las puertas, los interruptores de la luz, las ventanas, los enchufes y los electrodomésticos puede llevarle varias horas a diario. El niño también dedica varias horas a tareas escolares que pueden realizarse en una sola hora o sentirse impelidos a comprobar reiteradamente las respuestas de las tareas, hasta el punto de que la comprobación interfiere con la finalización de los deberes.

Algunos niños con trastorno obsesivo compulsivo sufren obsesiones con los números. Pueden tener números “seguros” e “inseguros”, repetir acciones una cierta cantidad de veces o contar, repetitivamente, hasta un cierto número. Los niños también pueden repetir acciones, tal como atravesar una entrada hasta conseguir “sentirse bien” o cruzar de un modo auto-prescrito. Busque preguntas repetitivas, la lectura reiterada de frases y abundantes marcas de borrado en los papeles, derivadas de borrar y escribir palabras o números.

Los rituales de simetría pueden manifestarse por un atado y re-atado de los cordones del calzado o por colocar, de modo constante y reiterado, los objetos hasta que se distribuyan equitativamente. Los objetos deben disponerse de una manera tal que al niño le parezcan simétricos (Pedrick, 1997). Muchos niños con trastorno obsesivo compulsivo sufren dificultades para llevar ciertas prendas de vestir. También es frecuente la hipersensibilidad al tacto, el sabor, el olor y el sonido.

Con frecuencia se percibe en los niños con trastorno obsesivo compulsivo el temor a dañar a los demás, o a herirse personalmente, así como una moralización y religiosidad excesivas. Los niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo presentan a menudo una tendencia hacia el perfeccionismo y la rigidez o terquedad. Es probable que presenten una inteligencia por encima de lo normal, un código moral semejante al de un adulto, más ira y culpa, unas fantasías más activas y que sean más subversivos.

El siguiente listado señala los indicios de un trastorno obsesivo compulsivo en los niños. Tenga presente cuando lo lea que, por definición, los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo deben consumir mucho tiempo, causar un estrés acusado o interferir significativamente con la vida personal. Son señales sencillas que indican que puede existir un problema. Si usted observa estos signos, discútalos con su hijo en un tono en absoluto amenazador. Si se sospecha de la presencia de un trastorno obsesivo compulsivo consúltelo con un psiquiatra especializado en su tratamiento.

Señales de trastorno obsesivo compulsivo en los niños.

- Preocuparse patentemente por la suciedad y los gérmenes.
- Acicalado o lavado de manos frecuentes, a menudo siguiendo un ritual; manos enrojecidas y con la piel agrietada debido al excesivo lavado.
- Idas largas y reiteradas al baño.
- Evitación del patio del recreo y de proyectos artísticos “sucios”, especialmente de todo lo pegajoso.



- Cordones sueltos porque pueden encontrarse “contaminados”.
- Evitar tocar ciertos objetos “sucios”.
- Preocupación excesiva por las secreciones y desechos corporales.
- Insistencia por tener la cosas con un cierto orden.
- Tener que contar o repetir las cosas un cierto número de veces; disponer de números “seguros” y “malos”.
- Repetir rituales, tal como pasar una y otra vez por las puertas de un determinado modo, sentarse o levantarse de las sillas de una cierta manera o tocar objetos una cantidad fija de veces. Esta conducta puede confundirse con el despiste o el aburrimiento.
- Comprobación excesiva de elementos tales como puertas, luces, cerraduras, ventanas y deberes.
- Tomarse un tiempo excesivo para llevar a cabo las tareas. Pueden encontrarse numerosas marcas de borrado en el trabajo escolar.
- Repasar una y otra vez las letras o los números con el bolígrafo o el lapicero.
- Temor excesivo a dañarse uno mismo o a los demás, especialmente a los padres.
- Temor a errar o a haberse equivocado ya.
- Acumulación o coleccionismo excesivos.
- Irse a casa tras la escuela para realizar las tareas, comprobando incansablemente el trabajo realizado.
- Abandonar las actividades y amigos habituales.
- Ansiedad e irritabilidad excesivas si se interrumpen las rutinas habituales.
- Soñar despierto (el niño puede estar dedicado a las obsesiones).
- Falta de atención, incapacidad para concentrarse o enfocarse en algo (confundido a veces con el déficit de atención).
- Alterarse fácilmente, incluso de un modo violento, por detalles nimios y triviales.
- Conductas repetitivas que incluyen retroceder caminando sin rumbo por el vestíbulo, etc.
- Ausencias injustificadas a la escuela.
- Tardanza persistente para llegar a la escuela y las citas.

- Necesidad excesiva y repetitiva de ser tranquilizado con que no ha hecho, pensado o dicho algo reprobable.
- Efectuar frecuentes preguntas cuando ya se le ha dado la respuesta.
- Volver a leer y escribir, borrando repetidamente.

(Adaptado y ampliado de "Ministering to students with obsessive-compulsive disorder", de Cherlene Pedrick, R.N., en *Teachers in Focus*, Febrero de 1999)

AYUDA PARA NIÑOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Los adultos por lo general buscan tratamiento porque el trastorno obsesivo compulsivo está interfiriendo con sus vidas. Los niños no siempre reconocen que padecen un problema. A menudo son llevados al médico cuando exhiben una conducta inaceptable y problemas escolares. Los jóvenes y sus padres necesitan saber que existe esperanza y ayuda para los niños con trastorno obsesivo compulsivo.

Al igual que en el caso de los adultos, el uso combinado de medicación y terapia cognitivo-conductual es considerado, con un gran consenso, como el mejor tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo infantil (March y Mulle, 1998). Discuta sus opciones con el equipo médico de su hijo. Usted podría querer intentar en un primer momento solo la terapia cognitivo-conductual o combinar ésta con la medicación. En los casos graves, probablemente querrá empezar con los fármacos antes de que se inicie la terapia cognitivo-conductual. Ambos elementos combinados constituyen una poderosa herramienta para luchar contra el trastorno obsesivo compulsivo.

Resumamos ahora el tratamiento farmacéutico para los niños. Sin embargo, efectuar una discusión en detalle de éste es algo que se excede los propósitos de este libro. Recuerde, esto consiste tan solo en una revisión.

Medicación

Al igual que en el caso de los adultos, cinco medicamentos componen la primera línea de defensa en la terapia con medicamentos para



los niños con trastorno obsesivo compulsivo: Anafranil, Prozac, Zoloft, Paxil y Luvox. Se necesitan más de 12 semanas de la dosis adecuada para determinar si una medicación en concreto será efectiva. Si no fuera el caso, hay una gran posibilidad de que otra sí lo sea. Es necesario que el niño realice un intento de resistir los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo mientras se prueba la medicación. En este punto es donde la terapia cognitivo-conductual puede resultar útil: entrenando al niño en técnicas de confrontación para las preocupaciones obsesivas y para resistir las compulsiones.

Si no se logra un alivio adecuado del síntoma, pueden sumarse otras medicaciones a uno de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) de la lista anterior. En ocasiones la medicación añadida a los ISRS son la buspirona, clonazepam y neurolépticos. El Anafranil también puede combinarse con uno de los ISRS.

Los efectos conductuales colaterales, incluyendo la irritabilidad, la impulsividad y la hipomanía, son a veces un problema a la hora de consumir la medicación para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Si aconteciesen tales efectos secundarios, puede ajustarse la dosis del medicamento o probarse otra diferente. Regular la dosis en los niños es muy delicado porque cuando se retira una medicación se introduce otra. Un período de ajuste, si se requiere, da lugar en ocasiones a cambios erráticos en la conducta del niño.

Muchos niños tratados con medicación contra el trastorno obsesivo compulsivo padecen alteraciones del sueño. Es importante determinar si se debe a los fármacos o si se vincula con síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Las obsesiones y compulsiones empeoran a menudo durante el momento de acostarse. Los pensamientos intrusos pueden dificultar que el niño se duerma. Puede servir incrementar la medicación y centrar la terapia cognitivo-conductual en estas cuestiones. Por otro lado, la medicación contra el trastorno obsesivo compulsivo puede interferir con el sueño. Puede ser de ayuda el hecho de tomar la dosis más temprano o reducir la dosis de ésta. Ocasionalmente el médico añadirá, de modo transitorio, otra medicación para ayudar al niño a dormirse.

Los niños metabolizan rápidamente los medicamentos, por lo que es especialmente importante darle los fármacos prescritos a intervalos regulares. Esto ayuda a mantener incluso sus niveles en sangre y reduce la posibilidad de una abstinencia.

La adolescencia constituye un período turbulento para cualquiera y los adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo no conforman la excepción. La rebeldía, la conducta histriónica y el inconformismo pueden interferir con el tratamiento de dicha disfunción. La conducta histriónica, la agitación y la hiperactividad pueden ser potenciadas por los medicamentos empleados en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. La terapia cognitivo-conductual puede posibilitar que se reduzcan los efectos secundarios al reducirse las dosis del fármaco.

Terapia cognitivo-conductual

Los niños pueden beneficiarse del programa autodirigido con algunas modificaciones y añadidos que se discutirán en este capítulo. El primer paso hacia la recuperación es reconocer que la lucha contra el trastorno obsesivo compulsivo implica un esfuerzo colectivo. Todos juegan un papel importante: padres, hermanos, otros familiares, terapeutas, médicos y personal escolar. La utilización del programa autodirigido debería constituir un trabajo de equipo.

Aconsejamos firmemente que un psiquiatra, especializado en el trastorno obsesivo compulsivo, efectúe un examen psiquiátrico completo antes de iniciarse el programa auto-dirigido con el niño. Puede encontrarse un especialista mediante los inventarios de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (203-878-5669). Es recomendable que emplee este programa con un terapeuta, pero los padres deben ayudar a sus hijos utilizando únicamente el programa. Es extremadamente importante que los padres participen de forma entusiasta en el proceso. El entusiasmo es contagioso. Ayudará a que sus hijos desarrollen un deseo más fuerte de mejorar.

El siguiente paso es educar al niño y a los padres sobre el trastorno obsesivo compulsivo. Esto estimula la cooperación con la evaluación y el tratamiento. Ir al médico le da miedo al niño, especialmente si sos-



pechara que está loco o que padece una grave enfermedad que carece de remedio. Saber la verdad, que existe esperanza y tratamiento, reduce en gran medida su ansiedad.

Es importante desde un inicio, y de un modo claro y llano, considerar al trastorno obsesivo compulsivo como el problema y *no* al niño. Definir el trastorno obsesivo compulsivo como un problema médico que implica verdaderamente al funcionamiento del cerebro libra al niño y a la familia de toda culpa. Esto posibilita que los padres dirijan su energía hacia donde es pertinente: al tratamiento de la patología.

Explique al niño, en un lenguaje que pueda entender, qué es el trastorno obsesivo compulsivo y la terapia cognitivo-conductual. Represente a la enfermedad como un problema de química cerebral en términos tales como: “fallo del ordenador”, un “circuito cerebral que chirría” o un “hipo cerebral”. Compare, por ejemplo, la terapia de conducta con la alarma de un coche. ¿Recuerdas la primera vez que escuchaste la alarma? Probablemente te preocupaste porque a alguien le estaban robando el coche. Tras comprobar algunos de los coches cuando se apagaron sus alarmas, te percataste, sin duda alguna, de que por lo general se trataban de falsas alarmas. Empezaste a ignorarlas. Ahora cuando escuchas la alarma de un coche, date cuenta de ello, sigues con lo que estabas haciendo. Con la exposición y la prevención del ritual, observamos las obsesiones y tratamos de ignorar la ansiedad. Con la práctica, nos damos cuenta de que son alarmas falsas. Cuando ignoramos la ansiedad y evitamos las compulsiones, la ansiedad desaparece gradualmente.

Claves para ayudar a los niños a liberarse del trastorno obsesivo compulsivo

- Subraye que su hijo *no* es el trastorno obsesivo compulsivo. Los horribles pensamientos y las persistentes preocupaciones no son realmente el niño. Es sólo el trastorno obsesivo compulsivo.
- Explique el trastorno obsesivo compulsivo de un modo comprensible. Compare, por ejemplo, las obsesiones con los hipos. Atacan sin previo aviso y no son fácilmente controlables.

- Trate de entender qué obsesiones y compulsiones son las que está experimentando exactamente su hijo. Con frecuencia los niños y los adolescentes se encuentran horrorizados por sus pensamientos obsesivos y sus conductas compulsivas, pensando que son demonios. Tratan de mantener todo ello en secreto, incluso lo ocultan a sus padres y terapeutas.
- Ayude a su hijo a distinguir entre las obsesiones y las compulsiones porque cada una de ellas se trata de un modo diferente: la exposición se emplea en el caso de las obsesiones y la prevención del ritual para las compulsiones. Tratar de evitar las obsesiones es contraproducente.
- Otorgue un nombre al trastorno obsesivo compulsivo: el Sr. Preocupación, la Sra. limpiadora, el aguado, el pegajoso, los comprobadores y el recuento, son sólo algunas de las sugerencias. O Fred, Sam, Pete, Molly o Jane. Esto ayuda a “externalizar” el trastorno obsesivo compulsivo. Diviértase con su hijo mientras proponen juntos un nombre para el trastorno. Al emplear el nombre cuando se hable de éste se refuerza la idea de que el problema es la enfermedad y *no* el niño. Se convierte en un enemigo en vez de en un mal hábito. Los adolescentes pueden considerar esto demasiado infantil y podrían preferir llamar al trastorno obsesivo compulsivo por su término médico. Eso está bien porque también sirve para externalizar la patología.
- Convierta el trabajo de la exposición en algo divertido y desafiante. La madre, el padre y el niño deberían encontrarse en el mismo equipo, trabajando juntos para luchar contra el oponente: el trastorno obsesivo compulsivo. Profesores, consejeros, médicos y terapeutas también son miembros importantes del equipo.
- Emplee un sistema de refuerzo para animar a su hijo a persistir en el duro trabajo de enfrentarse al trastorno obsesivo compulsivo. Un sistema de vales funciona bien. Al final de cada semana, otorgue premios de acuerdo al número de vales conseguidos. Los premios también pueden ser tiempo para dedicarlo al ordenador, la



televisión y hablar por teléfono, así como excursiones con la familia o los amigos. También pueden emplearse certificados impresos por ordenador para reforzar el logro de ciertos hitos del programa autodirigido. Los refuerzos ayudan al niño a recordarle que el trastorno obsesivo compulsivo es el enemigo y a alentar su orgullo por vencer la enfermedad.

- Los niños manejan mucho mejor la patología cuando comprenden que no es su culpa y que no están solos. Aquí es donde puede ser extremadamente beneficioso un grupo de apoyo para niños que padecen esta enfermedad. Contacte con la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo para obtener información sobre los grupos de apoyo padres/hijo existentes en su zona.
- Observe que seguir el programa autodirigido puede simplemente ser demasiado abrumador para muchos hijos y sus padres. En este caso, el tratamiento profesional es lo indicado.

TRASTORNO NEUROPSIQUIÁTRICO AUTOINMUNE PEDIÁTRICO ASOCIADO CON LOS ESTREPTOCOCOS

El inicio del trastorno obsesivo compulsivo en la infancia ha sido vinculado con los estreptococos grupo A beta hemolíticos, la bacteria que provoca la “garganta de estreptococos”. Se piensa que el cuerpo genera formas de anticuerpos anti-neuronales contra la bacteria. Estos anticuerpos interactúan entonces con el tejido neuronal del ganglio basal en el cerebro. Se cree que esto conduce a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo o que intensifica los ya existentes. En otras palabras, el cuerpo genera anticuerpos que no sólo combaten los estreptococos sino que también atacan el tejido cerebral.

Los niños cuyo trastorno obsesivo compulsivo es el resultado de esta relativamente inusual reacción auto-inmune del cuerpo muestran una mejora significativa o incluso la desaparición de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo cuando la infección con estreptococos es tratada con antibióticos (March y Mulle, 1998).

Es importante obtener un tratamiento inmediato para las infecciones de estreptococos. Un inicio o empeoramiento súbitos de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo acompañados por un malestar en las vías respiratoria superiores justifica una visita al médico para buscar signos de una infección por estreptococos.

EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y DISFUNCIONES RELACIONADAS

Los niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo padecen a menudo uno o varias alteraciones más. El síndrome de la Tourette, tics, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, problemas de aprendizaje, depresión y otros trastornos de ansiedad son percibidos con frecuencia en los niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo. La depresión tiende a empezar una vez establecido el trastorno obsesivo compulsivo. Es posible que aquella se genere como respuesta al trastorno obsesivo compulsivo (Piacentini y Grame, 1997; March y Mulle, 1998).

Cuando los niños padecen una o más patologías, es importante coordinar la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo compulsivo con los tratamientos de las demás alteraciones. Médicos, terapeutas, profesores, consejeros y padres necesitan trabajar con el niño como un equipo para empezar a dominar al trastorno obsesivo compulsivo y sus trastornos relacionados.

Síndrome de la Tourette

El síndrome de la Tourette es un trastorno neurológico, heredado genéticamente, que afecta a unas 200.000 personas en los EEUU (Koplewicz, 1996). Se caracteriza por movimientos corporales y vocalizaciones reiterados e involuntarios. A éstos se les denominan tics. Los síntomas empiezan antes de los 21 años y duran, al menos, un año. Los hombres padecen el síndrome de la Tourette entre 3 y 5 veces más que las mujeres. Lo sufre sólo uno de cada 2.000 niños, pero al menos un 15% de los infantes padecen tics transitorios (Koplewicz, 1996). Se trata



de tics que aparecen y desaparecen. En una minoría de los casos, la vocalización puede incluir frases y palabras socialmente inapropiadas. A este fenómeno se le denomina coprolalia. Estos exabruptos vocales no son ni intencionales ni voluntarios.

Los movimientos involuntarios pueden incluir el parpadeo, aclararse la garganta o sorber por la nariz repetidamente, empujar con los brazos, dar patadas, encogerse de hombros y saltar. Es habitual que los niños y adultos que padecen el síndrome de la Tourette sufran también síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (McDougle y Goodman, 1997).

Lista de chequeo del síndrome de la Tourette

Los tics pueden describirse como impulsos súbitos de efectuar virtualmente algún movimiento o sonido. Éstos pueden incluir:

- Parpadeo.
- Bizquear.
- Chuparse los labios.
- Torcer el cuello.
- Encogerse de hombros.
- Golpear con los brazos.
- Morderse las uñas.
- Pisotones.
- Escupir.
- Toser.
- Silbar.
- Tararear.
- Tartamudear.
- Cambios súbitos en el tono, ritmo o volumen del discurso.
- Frases cortas y con frecuencia carentes de sentido.
- Blasfemar.

Muchos niños con síndrome de la Tourette también padecen algún otro trastorno neuropsiquiátrico, tal como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno obsesivo compulsivo. Cuando un niño padece tanto el síndrome de la Tourette como el trastorno

obsesivo compulsivo, es importante distinguir entre los tics y los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo porque los tratamientos difieren. Con frecuencia es difícil afirmar si un síntoma es un tic o un ritual del trastorno obsesivo compulsivo. La principal diferencia es que el tic es precedido por una sensación física, mientras que en un trastorno obsesivo compulsivo la compulsión es precedida por un pensamiento.

Déficit de atención/Déficit de atención con hiperactividad (DA y DAH)

El déficit de atención con hiperactividad es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente en los niños. Afecta a entre un 3% y un 5% de los niños, Su frecuencia es entre 4 y 9 veces mayor en niños que en niñas (Koplewicz, 1996). El déficit de atención y el déficit de atención con hiperactividad se caracterizan por la falta de atención y la impulsividad: es decir, por la dificultad para mantener la atención centrada en algo y por ser susceptible a un amplio abanico de distracciones. Cuando el déficit de atención va acompañado por la hiperactividad (una inquietud excesiva e incontrolable e incapacidad para sentarse hasta el punto de que ello interfiere en la escuela y el colegio), se emplea el término de “déficit de atención con hiperactividad”.

Para diagnosticarse un déficit de atención y el déficit de atención con hiperactividad, los síntomas deben:

- Encontrarse presentes antes de los siete años.
- Ser crónicos (más de 6 meses de duración).
- Hallarse presente en casa y en el colegio.
- Causar problemas importantes en el niño.
- Estar casi siempre presentes.

Otros trastornos pueden generar la falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Entre éstos se encuentran los trastornos de ansiedad, la depresión y trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico.

Estos deberían tenerse en cuenta cuando los síntomas empiezan después de los siete años (Swedo y Leonard, 1998). La mayoría de los trastornos neuropsiquiátricos pueden provocar problemas en la atención y la concentración similares a los síntomas del déficit de atención.



Los niños que padecen un trastorno obsesivo compulsivo parecen, con frecuencia, desatentos y distraídos cuando en realidad se centran en sus pensamientos obsesivos. Aunque algunos niños con trastorno obsesivo compulsivo también experimentan un déficit de atención con o sin hiperactividad, los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo se confunden con frecuencia con los del déficit de atención con o sin hiperactividad. Los niños con trastorno obsesivo compulsivo que parezcan preocupados por los pensamientos obsesivos y lleven a cabo rituales compulsivos con frecuencia son diagnosticados por error con un déficit de atención con o sin hiperactividad.

La historia de Stevie

Hasta el cuarto año de escuela, Stevie fue un buen estudiante. Pero ese año se volvió cada vez más distraído y parecía soñar despierto la mayor parte del tiempo. Cuando éste no era el caso, se encontraba fuera de su asiento. Su profesor siempre estaba con la misma canción de “¡Siéntate Stevie!”. Rara vez entregaba los deberes porque normalmente los perdía o los olvidaba. Suspendía los exámenes porque nunca los terminaba.

A primera vista, parecía obvio que Stevie padecía un déficit de atención con hiperactividad. Pero una cuidadosa evaluación mostró que padecía un trastorno obsesivo compulsivo. ¿Cuáles son las claves de este diagnóstico?

- Los síntomas de Stevie no empezaron hasta que tuvo 9 años.
- Una evaluación más completa revelaba que cuando Stevie se encontraba “soñando despierto”, en realidad se enfocaba en sus pensamientos obsesivos.
- Stevie dejaba su sitio en clase con frecuencia, pero sus movimientos tenían un fin. Sus pensamientos obsesivos implicaban el temor de que a su madre le iba a pasar algo malo. Se sentía temporalmente aliviado cuando tocaba una puerta, pared o ventana. Lo que parecía un modo de vagar alocadamente era una táctica para ocultar los rituales de toque.

- Los exámenes no se terminaban y las tareas se perdían debido al constante chequeo. Por la noche dedicaba horas a hacer los deberes, comprobando una y otra vez las respuestas. Frustrado, tiraba por lo general sus deberes antes que entregarlos de un modo imperfecto.

En estos momentos, se percata de indudablemente de la importancia de efectuar un diagnóstico adecuado en los niños con trastornos neuropsiquiátricos. La investigación ha revelado qué medicamentos y terapias funcionan mejor en cada uno de los casos. El primer paso es lograr un diagnóstico adecuado. Después es importante el apoyo familiar para todo aquél que se enfrente a un trastorno obsesivo compulsivo, pero especialmente en el caso de los niños. El capítulo 16 le ayudará más en el tema del trabajo familiar colectivo para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo.

AYUDA FAMILIAR PARA LOS NIÑOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

La implicación de la familia es importante para cualquier persona que esté luchando por liberarse del trastorno obsesivo compulsivo. En los niños, dicha implicación es crucial. La familia necesita trabajar colectivamente en su lucha contra el trastorno obsesivo compulsivo. Aquí se exponen algunas de las áreas específicas en la que los padres pueden ayudar a sus hijos cuando se enfrentan a la enfermedad. El resto del presente capítulo discute aquellas áreas y ofrece sugerencias prácticas y concretas para los padres de los niños con trastorno obsesivo compulsivo, con miras a ayudar a sus hijos.

Aceptación y justicia

¡El trastorno obsesivo compulsivo es injusto! No es justo para el niño que lo padece ni para sus hermanos. Éstos últimos pueden sentir que él o ella “sale impune” de sus malas conductas debido a su disfunción. Probablemente estén en lo cierto. De nuevo, la educación le



ayudará a toda la familia a entender la conducta del trastorno obsesivo compulsivo. Ayuda mucho dar un nombre a la enfermedad. En vez de culpar al niño, los hermanos pueden culpar a su patología.

Ayude a la familia a diferenciar entre justicia e igualdad. Todos somos diferentes. Todos tenemos habilidades, necesidades y problemas distintos. El niño que padece un trastorno obsesivo compulsivo simplemente se encuentra con que tiene dicha disfunción por problema. Todos los niños necesitan ser tratados de acuerdo a sus necesidades individuales. Esto puede que no sea equitativo pero es justo.

Emplee ejemplos de la vida diaria para ilustrar esta diferencia entre igualitario y justo. Tommy puede estar en los Boy Scouts. ¿Le compraría también a Sally un uniforme de los Boys Scouts? Naturalmente que no, pero si ella se interesara por el fútbol, le compraría una equipo. Si Sally llevara gafas, ¿haría que Tommy llevase gafas para que Sally se sintiera mejor? ¿Le diría a Sally que no llevara gafas porque Tommy no las tiene? Por supuesto que no, eso no sería justo. Señale que cada uno de nosotros es diferente. No tratamos a nadie por igual. En vez de ello, tenemos en cuenta las necesidades de cada uno.

Ahora redacte una lista de los diferentes intereses y necesidades de cada uno de sus hijos:

¿Les trata de un modo diferente a cada uno? ¿Eso es justo?

Redacte un listado de los diferentes intereses y necesidades de los amigos de sus hijos:

¿Sus hijos participan en juegos distintos con los diferentes amigos?
¿Eso es justo?

Estructura y disciplina

La estructura es muy importante en cualquier familia. Los niños se sienten más seguros cuando saben que pueden depender de una rutina diaria. Los síntomas obsesivos-compulsivos tienden a ser más severos cuando las rutinas se trastocan debido a cambios vitales. Las vacaciones son divertidas, pero pueden traer consigo todo un conjunto nuevo de pensamientos obsesivos y de conductas compulsivas. Un niño con trastorno obsesivo compulsivo se desempeña mejor en un ambiente estructurado y dicho entorno beneficiará también al resto de la familia.

Establezca reglas y expectativas claras. Péguelas en la nevera. Exponga las reglas de un modo positivo. “Harás los deberes antes de ver la televisión”, en vez de “NO habrá televisión hasta que estén hechos los deberes”. “Puedes ver la televisión dos horas al día” en vez de “No habrá televisión más de dos horas al día”.

Realice un listado de sus principales reglas familiares:

Redacte un programa de actividades. No tienen por qué tratarse de las mismas a diario, pero permita que su hijo sepa cuál será el programa de cada día. Trate de que la cena, los deberes y el momento de acostarse sean a la misma hora la mayoría de los días. ¿Qué sucede si las cosas no se someten al programa previsto? Ayude a su hijo a aceptar los cambios. A las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo les disgustan las modificaciones, pero forman parte de la vida. Necesitamos aceptarlo.

¿Cuál es el programa de actividades de su familia?

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Deberes: _____

Hora de acostarse: _____

Otras actividades: _____



El estrés exacerba el trastorno obsesivo compulsivo, especialmente al inicio del tratamiento. Trate de mantener un ambiente carente de tensión. Un entorno estructurado, una actitud positiva y una aceptación incondicional reducirán en gran medida el estrés en casa.

A veces los niños encontrarán menos amenazador ser castigados que enfrentarse al trastorno obsesivo compulsivo. Una mala conducta podría formar parte de una compulsión o podría constituir una conducta de evitación. Naturalmente, un mal comportamiento no tiene por qué relacionarse obligatoriamente con la compulsión. ¿Qué ocurre con la disciplina para la desobediencia que no guarda relación con el trastorno obsesivo compulsivo? ¡Emplee sus vales! Establezca un registro de los vales para todos los niños. Recompense la conducta positiva con un vale. Estas conductas pueden ser diferentes para cada uno de los niños, dependiendo de la edad, el temperamento y la personalidad. Consiga que los niños se impliquen en pequeñas metas y elijan las conductas a reforzarse. Al final de cada semana, canjee los vales por pequeños premios. Acompañe los vales y los premios con alabanzas. Incluso cuando el niño no gane premio alguno, alábele por intentarlo. Reúna a la familia. ¿Qué conductas desea reforzar?

Efectúe un listado de las cosas que podrían emplearse como premios:

Los niños con trastorno obsesivo compulsivo podrían necesitar elementos que le recuerden que su conducta se halla fuera de control. Decida con antelación qué señal va a utilizarse cuando la conducta sea inapropiada. El marido de Cherry hace lo siguiente: cuando se encuentran con otras personas y sabe que ella se está implicando en una conducta compulsiva, él le propina un pequeño codazo. No espere la perfección. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo que se plantean un objetivo quieren lograr éste justamente ahora y de un modo perfecto. Ayude a sus hijos a entender que la perfección no es necesaria.

Los niños con trastorno obsesivo compulsivo se comportan igual de bien que lo harían los niños que no padecen esa disfunción. Necesitan disciplina para las conductas negativas que no puedan controlar. Cuando la medicación y la terapia cognitivo-conductual empiecen a aliviar el problema, las expectativas de los padres podrían incrementarse. Cherry admite que, durante un tiempo, utilizaba el trastorno obsesivo compulsivo para justificar sus conductas inapropiadas. “La gente simplemente debe entender que padezco un trastorno obsesivo compulsivo”. Ésta era su excusa. El terapeuta de su hijo puede ayudarle a decidir qué conductas negativas deben someterse a una disciplina y cuáles no.

El “tiempo fuera” constituye una gran técnica disciplinaria. Elija un lugar para el “tiempo fuera”. El dormitorio no es el mejor de los lugares. Un minuto de “tiempo fuera” por cada año de edad es una buena regla empírica. Por ejemplo, el “tiempo fuera” para un niño de cuatro años es de cuatro minutos. Sea claro sobre qué conductas conducen al “tiempo fuera”. Pero usted podría afirmar que “cuando le doy un ‘tiempo fuera’ a mi hijo, yo también estoy en ‘tiempo fuera’” ¡Es cierto! Planifique actividades que pueda realizar durante su “tiempo fuera”. Por ejemplo, sería un buen momento para ponerse a leer una revista.

Los deberes

Incluso con aquellos niños que no padezcan un trastorno obsesivo compulsivo, la casa puede convertirse en un campo de batalla en el momento de tener que hacer los deberes. Puede ser extremadamente frustrante para muchos de los niños con trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, hay ciertas cosas que puede hacer para ayudar a su hijo a efectuar los deberes.

Para hacerse una idea de a lo que se enfrenta su hijo, trate de completar una página de sus deberes con las obsesiones y compulsiones que éste experimenta. Por ejemplo, escriba de un modo muy pulcro, borrando cuando se cometa un “error”. Los errores pueden consistir en letras que se tocan entre sí o que no son lo suficientemente nítidas.



Cuando se encuentre en mitad de la tarea, tire la hoja y comience de nuevo. O complete una hoja de los deberes mientras se repite una preocupación que puede experimentar su hijo. Repítasela una y otra vez, al menos una vez cada 30 segundos.

Piense sobre cómo debe de ser todo para los niños que se demandan ser perfectos. No sólo deben completar sus deberes, sino que deben hacerse de un modo ideal. Deben lograr la máxima de las calificaciones. Seguramente, podrá percatarse de lo tentador que podría ser evitar hacer los deberes o no hacerlos en absoluto.

Planifique el tiempo dedicado a realizar los deberes. El momento previo o posterior a la cena es bueno para muchas familias. Diseñe actividades tranquilas para antes de los deberes. Con frecuencia es difícil centrarse en los deberes tras jugar en la calle de un modo muy entusiasta. Trate de no permitir que su hijo se implique en alguna actividad que no pueda finalizarse antes de que se hagan los deberes. Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo experimentan dificultades para dejar alguna actividad hasta que ésta se haya finalizado.

Mantenga cada noche un momento para realizar los deberes –incluso cuando no los haya. Si a su hijo no le han encargado tareas, anímele a que lea un libro, escriba una historia, practique con las matemáticas o efectúe algunas actividades de aprendizaje. O distribuya las “tareas de la mamá” o las “tareas del papá”. Los niños aprenderán pronto que son más toscas que los que asigna el profesor. Trate de que haya al menos 30 minutos de tiempo dedicado a las tareas de clase. Ayude a su hijo a desmenuzar sus tareas en otras más pequeñas de modo que parezcan menos abrumadoras. Podrían ayudar el hecho de establecer descansos. Permita que los niños se levanten y se muevan un poco, sin que lleguen implicarse en ninguna actividad.

Los deberes deberían realizarse, siempre que sea posible, en el mismo lugar. Disponga de una buena iluminación y mantenga cerca una buena cantidad de recambios. Surta su sitio con papel, lapiceros, bolígrafos, rotuladores, tijeras, cualquier cosa que se necesite asiduamente para realizar los deberes. Esto reduce la necesidad de salir a buscar las cosas. Permita que su hijo le ayude a elegir un lugar para hacer los deberes. Si no pudieran realizarse en el mismo sitio cada

noche, coloque el material necesario en una caja de modo que pueda moverse de un lugar a otro.

Comuníquese con los profesores. ¿Su hijo está entregando las tareas? Mantenga un registro de la cantidad de tiempo que dedica su hijo a los deberes. Si fuese excesivo, quizás alguno de los profesores reduzca la cantidad de ejercicios para casa hasta que mejore el trastorno obsesivo compulsivo.

Recompense el hecho de que se finalicen los deberes, sin quejas ni pataletas, con alabanzas. Incorpore los refuerzos de las tareas de la escuela en su programa de vales. Al completarse los deberes se conseguirá un buen vale para las recompensas. También se logra otro vale si hace las tareas de la escuela sin quejarse.

Finalmente, nos gustaría realizar una recomendación que *es* desafiante. Apague la televisión y consiga que toda la familia se implique en el período de tiempo destinado a hacer los deberes. La madre y el padre pueden emplear este tiempo para leer o trabajar con las facturas y los papeleos de los trámites. Nada es más alentador que ver a la madre y el padre leyendo libros. Si usted tiene niños en edad preescolar, use este tiempo para leerles un libro o trabajar con números, letras y formas.

Nuestro tiempo de deberes es de ____ a ____

¿Qué harán los miembros de la familia cuando no tengan tareas escolares?

Escuela

El profesor y el consejero de la escuela del niño son los miembros importantes del equipo en la lucha con el trastorno obsesivo compulsivo, pero el personal escolar puede carecer de conocimientos referentes a esta disfunción. Como padre, usted puede ayudar, suministrando información a las escuelas locales.

El folleto *School Personnel: A Critical Link*, de Gail B. Adams y Marcia Torchia R. N., constituye un excelente recurso para el personal esco-



lar sobre la identificación, tratamiento y manejo del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Puede obtenerse a través de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (véase la sección de “Recursos” al final del libro) y constituye un recurso impagable para los profesores.

Teaching the Tiger, de la Dra. Marilyn P. Dornbush y Sheryl K. Pruitt, es un excelente manual para el personal escolar implicado en la enseñanza de niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por déficit de atención y el síndrome de la Tourette (véase la sección de “Recursos”). Muchos de los principios pueden aplicarse a situaciones familiares.

Si en su localidad existiera una filial o grupo de apoyo de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, solicite que algún representante del mismo imparta una presentación del servicio en la escuela de su hijo. Esto le ayudará al personal del colegio a entender mejor la enfermedad y su manejo. Si no hubiera representantes en su localidad, el vídeo *The Touching Tree* (disponible también a través de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo), mejorará su comprensión. Trata de un niño con trastorno obsesivo compulsivo cuyo profesor reconoce que padece un problema y le ayuda a obtener un tratamiento.

Comuníquese con los profesores de sus hijos mediante visitas, llamadas telefónicas y escritos. Infórmeles de los síntomas nuevos, de los cambios en la medicación, de los efectos secundario de éstas, del progreso de la terapia cognitivo-conductual y de las conductas a reforzar en su hijo.

Algunas partes de este capítulo han sido adaptadas de un curso de formación continua impartido a enfermeras, *El trastorno obsesivo compulsivo*, de Cherlene Pedrick, RN. Fue publicado en 1997 por el National Center of Continuing Education S. A., y se emplea aquí con permiso.

El trastorno obsesivo compulsivo y compañía

15

Incluso aunque te encuentres en el camino adecuado, te atropellarán si te sientas precisamente ahí.

–Will Rogers

Otras patologías psiquiátricas recuerdan al trastorno obsesivo compulsivo. Al igual que éste, incluyen pensamientos intrusos y conductas repetitivas. Las denominamos “disfunciones vinculadas con el trastorno obsesivo compulsivo” o “trastornos del espectro obsesivo compulsivo”. Algunas disfunciones presentan síntomas tan similares a los del trastorno obsesivo compulsivo que el diagnóstico puede ser complicado. Entre éstas se encuentran la tricotilomanía, la hipocondría monosintomática, el trastorno dismórfico corporal y algunos trastornos de la alimentación. Otras disfunciones, tal como la depresión, también son detectadas con frecuencia en las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Se les denomina trastornos co-mórbidos debido a que coexisten con el trastorno obsesivo compulsivo.

El tratamiento de los trastornos del espectro obsesivo compulsivo es desafiante. El profesional de la salud mental debe planificar una estrategia terapéutica exhaustiva para cada uno de los trastornos. Con frecuencia debe implicarse en la terapia más de un profesional de la salud mental.

TRICOTILOMANÍA

La tricotilomanía se caracteriza por arrancarse el pelo corporal de un modo crónico y repetitivo. Entre los lugares de donde se tira del pelo

incluyen el cuero cabelludo, cejas, pestañas, axilas, cuerpo y área del pubis. La acción de arrancarse el pelo tiende a acontecer en episodios, exacerbados por el estrés o a veces por la relajación (por ejemplo cuando se lee un libro o se ve televisión). Deben tenerse en cuenta, y descartarse, todas las demás causas de pérdida de vello, incluyendo problemas médicos y dermatológicos, antes de confirmarse un diagnóstico de tricotilomanía. Las personas con tricotilomanía experimentan una sensación creciente de tensión inmediatamente antes de arrancarse el pelo o cuando intentan resistirse a hacerlo. Cuando se arrancan el pelo experimentan una sensación inmediata de placer, gratificación y alivio.

Se consideraba que era un fenómeno raro, con una prevalencia del 0,05% al 0,6 %, pero estudios recientes estiman una tasa de prevalencia de entre un 2% y un 3% de la población (Keuthen, O'Sullivan y Jeffrey, 1998). Al igual que sucede en el caso del trastorno obsesivo compulsivo, las personas que padecen tricotilomanía mantienen muy en secreto sus síntomas. Pueden ocultarlos arrancándose el pelo de aquellas partes del cuerpo que no son fácilmente visibles, o llevando pelucas o estilos de peinado que disimulen las áreas de la cabeza de las que se ha arrancado el pelo.

Los niños con tricotilomanía demuestran una proporción hombre-mujer idéntica. Sin embargo, en los adultos son más las mujeres diagnosticadas con tricotilomanía. El inicio acontece por lo general en la infancia o la adolescencia, aunque puede iniciarse antes del primer año de vida o, como tarde, en la etapa adulta. Parece existir un subgrupo de tricotilomanía cuyo inicio es anterior a los cinco años de edad (Keuthen, O'Sullivan y Jeffrey, 1998).

La tricotilomanía coexiste con frecuencia con otros trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos de la alimentación, el trastorno por déficit de atención, el síndrome de la Tourette y el trastorno dismórfico corporal. Como dato de mucho interés, un estudio observó una tasa significativamente más alta de pacientes que se arrancaban el pelo cuando padecían a la vez un trastorno obsesivo compulsivo y un síndrome de la Tourette, que cuando padecían o bien un trastorno obsesivo compulsivo o bien un síndrome de la Tourette a solas (Keuthen, O'Sullivan y Jeffrey, 1998).



Las complicaciones del tricotilomanía son la alopecia (calvicie), infecciones, cicatrices en los lugares de extracción de cabello, un crecimiento del pelo más lento o nulo y cambios en la textura o color del cabello. Algunas personas se comen el pelo que arrancan y corren el riesgo de sufrir un dolor de estómago, obstrucción gastrointestinal, peritonitis y, en casos extremos, incluso la muerte (Keuthen, O'Sullivan y Jeffrey, 1998). Los repetitivos movimientos de manos y brazos implicados en el proceso de arrancar el pelo pueden provocar el síndrome del túnel carpiano y otros problemas neuromusculares (Keuthen, O'Sullivan y Jeffrey, 1998).

¿Cuál es la causa de la tricotilomanía? Nadie lo sabe con certeza, pero cada vez hay más certeza de que pueden encontrarse implicados el funcionamiento y la estructura cerebrales. Las anomalías encontradas en los cerebros de las personas con tricotilomanía se superponen a las encontradas en el trastorno obsesivo compulsivo y en el síndrome de la Tourette. La Dra. Susan Swedo y sus colegas han propuesto que las infecciones por estreptococos pueden encontrarse implícitas en algunos casos de tricotilomanía de inicio precoz (Keuthen, O'Sullivan y Jeffrey, 1998).

La tricotilomanía puede manejarse de un modo efectivo mediante la medicación y la terapia conductual. La técnica conductual más estudiada y empleada es el entrenamiento en el hábito de competencia (Azrin y Nunn, 1973). Implica varios elementos, incluyendo los siguientes:

- **Entrenamiento en conciencia.** Registre durante una semana todos los impulsos de arrancarse el pelo, dónde y cuándo ocurren, las emociones previas y los sentimientos posteriores.
- **Identificar los precursores de la respuesta.** ¿Qué hace con sus brazos y manos justo antes de empezar a arrancarse el pelo? ¿Se toca o se mesa el cabello? ¿Se toca la cara? ¿Las pestañas?
- **Procedimiento de detección de la respuesta.** Describa y experimente los músculos que emplea cuando se arranca el pelo mediante el siguiente ejercicio: extienda el brazo y sosténgalo así durante

10 segundos. Ténselo un poco. Después comience a cerrar el brazo, moviéndolo lentamente hacia su cabeza. A una cuarta parte del recorrido, *deténgase*, y sosténgalo durante otros 10 segundos. A mitad del trayecto, *deténgalo* y aguante otros 10 segundos. Lo mismo a tres cuartas partes del recorrido hacia la cabeza. Cuando su mano se encuentre sobre su cabeza, *deténgase*, y mantenga el brazo durante 10 segundos (*no toque su cabello*). Repita toda la secuencia hasta que disminuya su impulso de arrancarse el pelo.

- **Entrenamiento en la respuesta de competencia.** Elija una conducta incompatible, una que evite arrancarse el pelo. Debe tratarse de una actividad físicamente discreta, tal como tensar los músculos, apretar los puños, asir o apretar un objeto, por ejemplo su cinturón o una pelota pequeña de espuma. Practique durante tres minutos, a continuación relájese un minuto. Después repítalo cinco veces más.
- **Identificar las situaciones que incitan al hábito.** Por ejemplo: hablar por teléfono, ver televisión, conducir. Estas son situaciones que desencadenan habitualmente el proceso de arrancarse el pelo. Practique las respuestas de competencia en las situaciones que lleven con más facilidad a arrancarse el pelo.
- **Entrenamiento en relajación.** Entrenamiento en ejercicios de relajación muscular y de respiración profunda. Empléelas cuando experimente el impulso de arrancarse el cabello o cuando el estrés sea elevado.
- **Atención positiva (hipercorrección).** Si se arrancara el pelo, practique un cuidado positivo de éste mediante un peinado cuidadoso o retocándose el maquillaje de los ojos. Se pretende que sea una conducta ligeramente aversiva. Si se realiza de un modo consistente, hace que arrancarse el cabello sea menos satisfactorio.
- **Entrenamiento en prevención.** Practique una respuesta de competencia cuando y donde sea probable que acontezca la conducta de arrancarse el cabello.



Otros métodos para manejar la tricotilomanía

Recopilar el cabello es una técnica moderadamente aversiva y requiere que el paciente colecciona todo el pelo que se arranque. La terapia cognitivo-conductual también ha sido empleada para ayudar a contrarrestar los patrones de pensamiento que preceden a la acción de arrancarse el pelo. Los estudios de casos sobre el uso de la hipnosis con la tricotilomanía indican que las técnicas hipnóticas pueden beneficiar a algunos de estos pacientes. (Por favor observe que la hipnosis se ha demostrado de poca utilidad con el trastorno obsesivo compulsivo clásico). El enfoque de las técnicas hipnóticas se sitúa en fortalecer la conciencia del hábito y en reforzar el control conductual de la acción de arrancarse el cabello.

Se está investigando más sobre este trastorno y de un modo esperanzador. Una buena fuente sobre las últimas novedades es el Trochotillomania Learning Center. Su dirección y su página web se encuentra en la sección "Recursos" de este libro. También puede obtenerse información sobre la tricotilomanía en la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Las personas con el trastorno dismórfico corporal se preocupan por algún defecto corporal mínimo o imaginado el cual creen que es llamativo para los demás. Provoca un distress clínicamente significativo o una alteración en el comportamiento. El nombre proviene de la palabra griega *dismorfia*: *dis* significa "anormal" o "separado" y *morpho* significa "forma". Antes de 1987, el trastorno del cuerpo deforme era denominado como "dismorfia", nombre asignado por el psicopatólogo Enrique Morselli en 1891.

La mayoría de las personas que padecen el trastorno dismórfico corporal no son "feos" en absoluto. Por lo general son tímidos, rara vez mantienen el contacto ocular y padecen una baja autoestima. Con frecuencia llegan al extremo de camuflar su fealdad imaginaria llevando gafas de sol, sombreros o ropa voluminosa.

Varios estudios han encontrado que casi el 90% de las obsesiones de los pacientes con el trastorno dismórfico corporal se relacionan con la cara, seguidas por las vinculadas con el pelo, la piel y los ojos (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b). Pero cualquier parte del cuerpo puede convertirse en el centro de la atención. Con frecuencia, las personas con un trastorno dismórfico corporal centrado en la cara y la piel se hurgan y escarban la piel. Algunos mantienen preocupaciones que implican a la simetría corporal. Otros padecen un trastorno dismórfico corporal centrado en los músculos, en el cual a los pacientes les preocupa que su cuerpo sea demasiado pequeño y débil. Por lo general lo contrario es lo cierto: habitualmente, son altos y musculosos. El trastorno dismórfico corporal es, por sustitución, una forma de disfunción en el que la persona se obsesiona con las supuestas imperfecciones de la apariencia de otro individuo.

Las personas que padecen el trastorno dismórfico corporal adolecen, con frecuencia, de insight o de conciencia sobre su problema. Frecuentemente hacen uso de la cirugía estética o de tratamientos dermatológicos para sus aparentes defectos físicos y es altamente improbable que soliciten la ayuda de un profesional de la salud mental hasta que la depresión se convierte en un importante factor de su distress. Con frecuencia existe un alto grado de ideas sobrevaloradas o incluso de delirios. Además de la naturaleza obsesiva del trastorno dismórfico corporal, un estudio encontró que el 90% de los pacientes llevaban a cabo una o más conductas repetitivas y que consumen mucho tiempo (Phillips 1998). Se trata de conductas que pretenden examinar, mejorar u ocultar defectos imaginarios, tal como comprobar el espejo, acicalarse, afeitarse, lavarse, limpiarse el cutis, controlar el peso y compararse con los demás. Las personas con trastorno dismórfico corporal o bien pueden buscar que los demás les tranquilicen o tratan de convencer a aquellos de su propio defecto.

El trastorno dismórfico corporal generalmente empieza en la adolescencia, aunque puede iniciarse en la infancia. Parece presentarse una mayor prevalencia masculina, un extenso estudio informó que el 51% eran hombres. El trastorno obsesivo compulsivo es frecuente las personas que padecen el trastorno dismórfico corporal, presentándose



en el 30% de los pacientes. En un estudio, la depresión se presentaba en un 60% de los casos (Phillips, 1998).

Aunque la mayoría de los pacientes con trastorno dismórfico corporal son renuentes a tomar fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son la medicación indicada para tratar la patología. Una terapia farmacológica exitosa puede dar lugar a una disminución en el tiempo dedicado al efecto imaginario así como a la conducta compulsiva, también reduce el estrés y reduce los síntomas depresivos. Los pacientes logran, a menudo, un mayor insight de su problema del trastorno dismórfico corporal. Al igual que ocurre con el trastorno obsesivo compulsivo, la recaída es habitualmente un problema cuando se interrumpe la medicación.

Los estudios preliminares sugieren que la terapia cognitivo-conductual puede ser valiosa para aquellas personas que padecen el trastorno dismórfico corporal. La exposición y la prevención de respuesta, combinadas con las técnicas cognitivas, fueron efectivas en un 77% de los pacientes de un estudio (Phillips, 1998). Con frecuencia el mayor desafío es lograr que alguien acepte un tratamiento psiquiátrico en vez de una terapia dermatológica, quirúrgica o de otro tipo. Se necesita más investigaciones sobre el trastorno dismórfico corporal. Pero hay esperanzas. Existen tratamientos eficientes disponibles para dicha patología.

DEPRESIÓN

Tal y como se mencionó en el capítulo 2, la depresión se presenta a menudo en el trastorno obsesivo compulsivo. Es el trastorno co-mórbido más habitual. Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo padecen algún grado de síntomas depresivos que van desde los más leves ("la melancolía") a los más severos y amenazadores para la vida. La depresión está caracterizada por una tristeza fuerte y persistente, desesperanza, indefensión, pérdida de interés en las actividades y metas normales, falta de energía, sueño y apetito alterados y pensamientos suicidas frecuentes.

Durante muchos años ha existido una gran controversia sobre si la depresión conforma un trastorno separado e independiente del trastorno obsesivo compulsivo, o de si se trata de un trastorno secundario causado por aquél. En un estudio, el 56,9% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo fueron diagnosticados primero con un trastorno depresivo. Yaryura-Tobias y Neziroglu (1997b) estiman que el 90% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo padecen una depresión secundaria a dicha alteración. Muchos de los mismos medicamentos empleados en la terapia de la depresión también funcionan adecuadamente con el trastorno obsesivo compulsivo. Esto nos conduce a pensar que los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y depresión pueden compartir algunas de las mismas anormalidades cerebrales estructurales y neuroquímicas. Indudablemente, una investigación más profunda revelará más sobre la conexión existente entre el trastorno obsesivo compulsivo y la depresión. Quizás la depresión sea una extensión natural de una enfermedad devastadora como el trastorno obsesivo compulsivo. En efecto, ¡puede ser deprimente padecer un trastorno obsesivo compulsivo!

La presencia de una depresión clínica severa complica el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Los pacientes esta última alteración que estén severamente deprimidos no pueden beneficiarse plenamente del programa autodirigido debido a los síntomas del déficit en el aprendizaje y la memoria típicos de la depresión. El diagnóstico de la depresión es mejor que sea realizado por un profesional cualificado de la salud mental quien podría emplear una serie de herramientas clínicas para evaluar la probabilidad y severidad de la depresión. Se presenta ahora el cuestionario auto-administrado denominado “Escala de autoevaluación de la depresión” elaborado por Zung (1965). Puede ayudarle a determinar si usted debería o no consultar con un profesional de la salud mental debido a una depresión además de por su trastorno obsesivo compulsivo.

Escala de depresión autoaplicada de Zung

Instrucciones: para cada afirmación de la columna izquierda, rodee con un círculo el número de la respuesta que describa el modo en el que se siente actualmente.



1. Me siento triste y deprimido.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
6. Me gusta mirar, hablar y estar con hombres/mujeres atractivos.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
7. Creo que estoy adelgazando.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
8. Estoy estreñado.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
9. Tengo palpitaciones.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
10. Me canso por cualquier cosa.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
11. Mi cabeza esta tan despejada como antes.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
13. Me siento agitado y intranquilo y no puedo estar quieto.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre
15. Me siento más irritable que habitualmente.
1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre

16. Encuentro fácil tomar decisiones.

1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre

17. Me creo útil y necesario para la gente.

1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre

18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.

1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre

19. Creo que sería mejor para los demás que me muriera.

1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre

20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.

1) Nunca 2) A veces 3) La mayor parte del tiempo 4) Siempre

Puntuación

Para las preguntas 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19 puntúese 1 para Nunca, 2 para A veces, 3 para La mayor parte del tiempo y 4 para Siempre. En las preguntas 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 puntúese 4 para Nunca, 3 para A veces, 2 para La mayor parte del tiempo y 1 para Siempre. Después sume su puntuación. Para evaluarse:

$$\text{Puntuación} = (\text{suma del puntaje}) / 80 \times 100$$

Divida su puntuación por 80, después multiplíquela por 100. Este número es su nivel de depresión.

Si su nivel es:

Menos de 50 = dentro del rango de la normalidad.

50-59 = presencia de una depresión entre leve y media.

60-79 = presencia de una depresión entre moderada y acusada.

70 o más = presencia de una depresión entre severa y extrema.

Emplee esta escala para determinar por dónde debería empezar. Si descubre que padece una depresión entre moderada y severa, lleve inmediatamente este registro a su médico y discútalo con él/ella. Hay un tratamiento disponible para la depresión. Salir de esta disfunción puede preparar el terreno para que pueda librarse del trastorno obsesivo compulsivo.

La escala de depresión autoaplicada de Zung se ha reproducido con el permiso de la American Medical Association. Copyright 1985.

CUARTA PARTE

El trastorno obsesivo compulsivo es un asunto de familia

16

Solos poco podemos hacer; juntos mucho.

–Hellen Keller

La familia juega un papel importante en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo y su recuperación. El estrés y las disfunciones familiares, aunque no son una causa del trastorno obsesivo compulsivo, pueden afectar poderosamente al enfermo y a la severidad de sus síntomas (March y Mulle, 1998). De un modo similar, un trastorno obsesivo compulsivo en la familia puede contribuir a la desorganización, la discordia y a graves malos entendidos (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997b).

Lo que se pasa por alto a menudo es que el enemigo es el trastorno obsesivo compulsivo *y no la persona que lo sufre*. Por tanto, luchar contra la enfermedad y manejarla debe ser una tarea de equipo. Este capítulo ayudará a los familiares a entender que se necesita apoyar y animar al enfermo en su camino hacia la curación.

EL APOYO EMPIEZA CON CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA

Afrontar el trastorno obsesivo compulsivo dentro de la unidad familiar se encuentra en gran medida determinado por la capacidad de cada miembro de la familia para enfrentarse al malestar, a la confusión frecuente y a las emociones conflictivas con respecto a la disfunción y al enfermo. El trastorno obsesivo compulsivo puede exigir tanto de los recursos emocionales de la familia que, en ocasiones, sus miembros

pueden abrumarse y exhibir actitudes y conductas destructivas para la persona con trastorno obsesivo compulsivo, tal como el ridículo, la desatención y la hostilidad total.

Otro de los resultados habituales de la tensión que puede surgir dentro de la familia es el reforzamiento inadvertido de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, empleando las siguientes estrategias, las familias pueden reunirse para promover la recuperación y optimizar el bienestar del enfermo.

Comprenda en primer lugar los hechos

Si un miembro de su familia exhibe signos y síntomas de un trastorno obsesivo compulsivo, primero debe aprender tanto como pueda sobre la enfermedad. Gran parte de la ansiedad del trastorno obsesivo compulsivo puede aliviarse adquiriendo una formación eficiente y sólida sobre la patología. Hable francamente con profesionales y expertos confiables. Conviértase en un “experto” en la disfunción que está afectando a su familia. Ahora se encuentra disponible más información de calidad sobre el trastorno obsesivo compulsivo que la que ha existido nunca.

El apéndice contiene una breve introducción al trastorno obsesivo compulsivo y su tratamiento. Éste es un buen punto de inicio para los familiares. Los primeros capítulos de este manual práctico se basan en la información fundamental y le ayudarán a entender lo que experimenta el familiar que está trabajando por sí mismo mediante el programa autodirigido.

Abandone el juego de la culpa

La vergüenza, la culpa y el enojo entre los familiares son impedimentos para un manejo efectivo de la patología dentro de la familia. Observe que durante décadas estuvo de moda buscar la causa del trastorno obsesivo compulsivo en una mala crianza del niño, en un ambiente familiar caótico, etc. ¡Ojalá la conducta humana fuera tan fácil de explicar!



El hecho es que no existe una mínima evidencia de que las primeras interacciones familiares causen directamente un trastorno obsesivo compulsivo (March y Mulle, 1998). Tal y como explicamos en el capítulo 2, la genética y la biología son los probables culpables cuando alguien padece un trastorno obsesivo compulsivo. Una familia afectada por la enfermedad no debería sentir más vergüenza por ello que si alguien de la familia padeciera una diabetes, un trastorno cardíaco o cualquier otra enfermedad crónica.

Saque el trastorno obsesivo compulsivo “fuera del armario”

Con frecuencia los familiares y cuidadores padecen una sensación colectiva de vergüenza por algún caso de trastorno obsesivo compulsivo en la familia. Temen que los demás pueda considerarles con desdén o verles como malos padres, hermanos o hijos. No permita que la ignorancia de los demás dicte sus sentimientos con respecto a algún familiar que padezca un trastorno obsesivo compulsivo. Hable abiertamente sobre ello con la gente que crea que puede entenderle y apoyarle. Encuentre un grupo de apoyo en su comunidad para el trastorno obsesivo compulsivo y empiece a aprender más sobre esa disfunción.

Comparta la información que encontrará en el apéndice con todos sus familiares. Es lo bastante clara y concisa para aquellos que sólo desean conocer lo básico. En alcohólicos anónimos se emplea un viejo aforismo que puede aplicarse aquí: “¡Sólo estás tan enfermo como tus secretos!”

Maneje sus emociones negativas

Una vez que ha logrado comprender en cierto grado el trastorno obsesivo compulsivo, el siguiente paso es manejar sus emociones negativas referentes a la presencia de la disfunción en la familia. Éstas incluyen la ira, el resentimiento y la frustración.

1. **Abandone el enfado.** Trabaje en aceptar los hechos de su familia tal como son, encuentre la fuerza y la esperanza para cambiar lo que sea factible. “Aceptación” no significa no hacer nada. Significa

gastar sus energías para encontrar soluciones efectivas, no malgastar ésta en el enfado y el resentimiento. Estas emociones sólo desperdician su preciada energía y su valioso tiempo. Trabaje para deshacerse del enfado y encontrar el perdón para el sufridor y, lo más importante de todo, ¡de usted! No hizo nada para provocarlo o “merecerlo”. Sólo lo padece.

2. **Controle el sentimiento de que los demás también deberían entenderle.** Nadie está obligado a sentirse como usted o a hacer lo mismo que usted sólo porque así lo desee. Ármese con hechos y con información sólida y traiga esos materiales educativos a su casa. Comparta, de un modo gradual y no amenazador, la información con los familiares interesados.
3. **Espere y acepte la resistencia.** Debido a la falta de comprensión de las enfermedades mentales, muchos familiares albergan sus propias ideas preconcebidas sobre las causas del trastorno obsesivo compulsivo. De este modo, *espere y anticipe la resistencia a, incluso, las fuentes más cualificadas de información.* Puede intentar modificar las actitudes más inamovibles, pero no espere éxitos. Resista concebir a los individuos más antagonistas y sesgados como “equivocados” y, por tanto, “malos”, sino más bien como personas “a educar”. Con tiempo, paciencia y persistencia pueden cambiar hasta las actitudes más rígidas.
4. **Sea un buen oyente.** No sermonee. Los hermanos de un niño con trastorno obsesivo compulsivo presentan con frecuencia problemas más profundos, tal como un enfado inexpresado, culpa o resentimiento que pueden requerir de una orientación profesional. Al hablar de estos sentimientos y aprender más sobre el trastorno obsesivo compulsivo es más probable que eviten estos comentarios y críticas hirientes.



CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS FAMILIARES A LA PERSONA DEL PROGRAMA AUTODIRIGIDO

Una vez que la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo empiece el programa autodirigido, los familiares pueden jugar un papel importante en el progreso y la recuperación del paciente. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo necesitan con frecuencia una persona de apoyo en casa que les ayude con la exposición y las tareas para casa. Sin embargo, antes de que usted adopte el papel de persona de apoyo, sepa lo que se espera de usted. Esto se tratará de un proyecto de larga duración, que requiere a menudo de un tiempo organizado de un modo regular para invertirlo en ayudar en las prácticas de casa. ¿Está preparado para un compromiso tan serio?

Los miembros de la familia y los amigos que no adopten el papel de persona de apoyo también pueden asistir al enfermo. La siguiente sección es pertinente para cualquiera que cuide de una persona con dicha alteración.

Comuníquese con el equipo de cuidados sanitarios y mutuamente

Mantenga una comunicación simple y clara. Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo crecen y decrecen. Tenga eso presente cuando el trastorno obsesivo compulsivo parezca peor de lo normal. Reduzca sus expectativas sobre su duración y anime a cualquier persona de la familia a que exprese sus sentimientos sobre el modo en el que la enfermedad está afectando a la familia. Unidos las cosas van mejor (recuerde las otras ocasiones en las que el trastorno obsesivo compulsivo parecía especialmente pernicioso).

Si la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo es un niño, querrá establecer una comunicación estrecha con el equipo de cuidados médicos. Los adultos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo son diferentes. Pregunte al enfermo cuánto desea que se implique usted. Pregunte también a otros familiares cuál es su opinión. Si el enfermo da su consentimiento, contacte con el personal que trate a su ser amado. Pregúntele qué rol puede desempeñar en el proceso terapéutico.

No participe en los rituales del trastorno obsesivo compulsivo

Una de las maneras negativas a la que se enfrentan los cuidadores y familiares con la desorganización causada por las conductas del trastorno obsesivo compulsivo es participando en dicho trastorno. La participación, también denominada “facilitación”, es el modo que tiene la familia de “estar en paz” ante las insistentes demandas del paciente de aliviar de inmediato sus preocupaciones obsesivas. Con frecuencia, la facilitación es el último recurso de la resistencia mínima para enfrentarse a las compulsiones que se encuentran fuera del control y que son extremadamente desintegradoras para la familia. Sin embargo, el desafortunado y desastroso resultado de la facilitación/participación en los rituales del trastorno obsesivo compulsivo es que los síntomas de la enfermedad son reforzados y fortalecidos si la familia se ve inmersa en ellos.

Modos típicos en que participan los familiares en las conductas del trastorno obsesivo compulsivo

- Haciendo la colada para la persona con trastorno obsesivo compulsivo, quien cataloga la ropa que no se ha puesto todavía, o que apenas ha vestido, como “contaminada” y, de ese modo, se haya en la necesidad constante e innecesaria de lavarla.
- Respondiendo con un “No tienes SIDA ni te enfermarás” cada vez que la persona con trastorno obsesivo compulsivo, que nunca se implica en conductas de riesgo, pregunta repetidamente si podría estar contagiada con el virus.
- Tranquilizando a la persona con trastorno obsesivo compulsivo, que dedica horas a comprobar si las cerraduras están totalmente cerradas y los electrodomésticos apagados del todo, con la idea de que todos los objetos son seguros o que las puertas están cerradas o ayudando con los rituales de comprobación.
- Tranquilizando de continuo al paciente diciéndole que no ha sido atropellado ningún peatón cuando conducía, cuando el enfermo se obsesione con dicha posibilidad.



- Ayudar a la persona con obsesiones de acumulación, quien teme tirar algo “importante”, examinando cada trozo de basura antes de sacarla a la calle.
- Cambiando su ropa en el garaje antes de subir a casa para evitar provocar ansiedad a la persona con trastorno obsesivo compulsivo, quien teme que se “contamine” el hogar con “tóxicos” del exterior.
- Evitando la compra de medicamentos, de determinados productos de limpieza o de pesticidas debido a que la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo piensa que estos productos son peligrosos o están “contaminados”.
- Cediendo a las peticiones persistentes, y con frecuencia exhaustivas, de la persona con trastorno obsesivo compulsivo en las que se solicita que se le tranquilice verbalmente con que algo está “bien” o es “correcto” o “no es malo, dañino o peligroso”. Puede repetirse incansablemente la solicitud hasta que no se le diga que está “bien”.
- Tratando de razonar el trastorno obsesivo compulsivo. Por ejemplo ofreciendo reiteraciones interminables de hechos o teorías sobre el modo en el que se contrae el SIDA o de lo ilógica que es la preocupación obsesiva, alentando, de ese modo, su persistencia.

Teniendo presente las conductas anteriormente descritas, reflexione sobre su situación familiar y sus respuestas individuales ante la persona con trastorno obsesivo compulsivo y escriba en los espacios en blanco de abajo cualquier conducta participativa en la que se hayan implicado usted y sus familiares con la persona con trastorno obsesivo compulsivo.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Cómo dejar de facilitar el trastorno obsesivo compulsivo

¿Debería dejar súbitamente de tranquilizar y participar en rituales? Probablemente no. Cesar su cooperación sin conseguir primero el apoyo de la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo es probable que provoque una ansiedad y desorganización extremas. El mejor plan de acción es colaborar *con* la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo *antes* de empezar a desentenderse de los rituales. Idealmente, esto se logra mejor en el momento en el que el paciente esté preparado para empezar el programa autodirigido. La asesoría de un consejero o terapeuta familiarizado con el trastorno obsesivo compulsivo puede ser especialmente valiosa aquí.

Pautas para dejar de implicarse

1. Anticipe que la persona con trastorno obsesivo compulsivo verá como su ansiedad se incrementa durante un tiempo antes de que decrezca. En un principio esto puede ser perjudicial, pero es una señal segura de cambio. Permanezca tranquilo.
2. Disminuya su participación de un modo paulatino, aunque no demasiado gradualmente. Por ejemplo, cese su participación a la mitad en un inicio y baje otra mitad cada una o dos semanas. Emplee el formato del plan semanal de retirada situado bajo el esquema sobre cómo planificar su estrategia.
3. Planifique o cese por completo toda participación en los rituales compulsivos tras un período de tiempo acordado mutuamente. Convierta esto en algo innegociable.
4. Discuta, de un modo claro y honesto, todos los planes para dejar de implicarse con la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo antes de ponerlos en práctica. Sin sorpresas.
5. Espere una cierta resistencia ante la disminución de su participación en los rituales. Ésta puede ir desde una leve incomodidad a la ira, rabia, incluso violencia, aunque esto no es lo habitual. Nunca debe tolerarse una conducta violenta.



6. Explique a la persona con trastorno obsesivo compulsivo sus razones para retirarse, hágalo de un modo nítido y honesto. Permanezca en calma, aunque de un modo firme y franco. Es muy importante responder de un modo consistente.
7. Cuando aparezcan demandas para neutralizar la ansiedad, los familiares deberían permanecer en calma, ser razonables y afirmar, en un tono moderado, algo semejante a:
 - “Debo negarme a ayudarte a neutralizar tu ansiedad porque, a largo plazo, es destructivo para tu salud”.
 - “Como te quiero, rechazo participar en una conducta dañina”.
 - “Aunque podría ayudarte a sentirte mejor a corto plazo, a la larga sólo estaré provocándote daño”.
 - “Sé que es duro y que puede alterarte, pero es mejor si no llevo a cabo este ritual por ti”.
 - “El Dr. _____ me ha instruido para que no participe y él/ella sabe de lo que habla y hemos decidido confiar en su juicio”.
8. Si fuera poco realista una ausencia total de respuesta ante una solicitud de tranquilidad efectuada por el enfermo, acuerde con él que responderá a sus peticiones *una sola* vez al día. Emplee este acuerdo a modo de escalón para una prevención total y definitiva de todas las conductas que buscan tranquilidad.
9. Antes de iniciar el cese de la cooperación, rellene la declaración de independencia del cooperador en el trastorno obsesivo compulsivo. Realice una copia y colóquela en su casa, en un lugar a la vista.

Declaración de independencia del cooperador en el trastorno obsesivo compulsivo

Fecha _____

Querido/a _____

Te ofrezco esto con un profundo sentido de respeto, amor y con la aceptación de que padeces una enfermedad con la que es difícil convivir. Como alguien que ha estado implicado en tus síntomas obsesivo compulsivos, he lle-

gado a percatarme de que al participar en tu trastorno obsesivo compulsivo no sólo me daño a mí mismo sino que también contribuyo a tu problema sin pretender hacerlo. Algunas de las maneras en las que he estado participando contigo son las siguientes:

- *Ayudándote en (o llevando a cabo) tus conductas compulsivas con el fin de que te sintieras más “cómodo” y de protegerte de tu malestar.*
- *Ayudándote en (o llevando a cabo) tus conductas compulsivas con el fin de preservar la “paz y quietud” de la familia.*
- *Ayudándote en (o llevando a cabo) tus conductas compulsivas porque temía que tú _____*
- *Mintiéndome a mí y a los demás sobre tu trastorno y sobre el dolor que han causado el trastorno obsesivo compulsivo.*
- *Convirtiendo mi vida en una extensión insalubre de tu enfermedad. Tratando de ayudarte y aliviar tu sufrimiento me he olvidado cada vez más de la persona que soy y he reforzado involuntariamente tu enfermedad y me he atrincherado en ella.*

Por medio de la presente te notifico que, y a partir de este momento, rechazaré de modo amoroso y respetuoso ayudarte en cualquiera de tus rituales compulsivos. Declinaré afectuosamente satisfacer tus peticiones compulsivas para tranquilizarte. Esto significa que te aprecio más de lo que puedo describir. Significa que mi fe en ti y en tu capacidad para lograr la salud y el bienestar es tan grande y abrumadora que me aferro a ella con la mayor de las resoluciones.

¡Creo en ti!

Firmado:

Fecha:

CÓMO ENFRENTARSE A LA BÚSQUEDA OBSESIVA DE ALIVIO

La búsqueda obsesiva de alivio constituye un síntoma particularmente estresante e irritante del trastorno obsesivo compulsivo en el cual se enredan los familiares. Generalmente se presenta según la siguiente secuencia:



- 1. Irrumpe la preocupación obsesiva.** La persona con trastorno obsesivo compulsivo experimenta un pensamiento obsesivo que puede versar sobre casi cualquier idea o noción amenazadora o molesta tal como:
 - “Quizás me haya contagiado de SIDA y sufra una muerte lenta”.
 - “¿Y si mis padres me dejan, se divorcian o mueren?”
 - “¿Y si mi despensa no está limpia y se contamina?”
 - “¿Quizás haya insectos debajo del mostrador y pasen por encima de mi comida!”
- 2. Un golpe de ansiedad.** En el momento en el que azota el pensamiento se presenta un fuerte malestar. Bajo los efectos de una ansiedad extrema, las personas con trastorno obsesivo compulsivo presentan una capacidad extremadamente limitada para “tranquilizarse a sí mismos” o para eliminar el malestar del pensamiento a través de una autodiálogo o autorreflexión productivos y lógicos.
- 3. Impulso de aliviar la tensión.** En vez de tranquilizarse a sí mismos, experimentan un impulso incontrolable de alcanzar un alivio inmediato externo mediante una pregunta diseñada específicamente para recibir un alivio verbal a partir de una fuente confiable de consuelo o de una figura de autoridad.
- 4. Obtención del “fijo”.** Un familiar, al sentir esta ansiedad extrema, tranquiliza a la persona mediante un: “No, no te contagiarás de SIDA”, “Mamá volverá bien” o “No te preocupes, está limpio”. Sin embargo la respuesta debe repetirse a menudo, una y otra vez, hasta que se neutraliza la ansiedad del pensamiento y la persona con trastorno obsesivo compulsivo se siente ‘mejor’.
- 5. Reiteración.** Después el ciclo empieza de nuevo. Con el tiempo el molesto patrón llega a arraigarse y se convierte en un hábito aprendido que es complicado de romper.

Emplee el humor para desengancharse de la búsqueda obsesiva de tranquilidad del trastorno obsesivo compulsivo.

Aunque no de un modo hilarante, las demandas de tranquilidad sobre un pensamiento obsesivo pueden plantearse mejor con un comentario humorístico que alivie la tensión. Evite un tono enojado o crítico. A continuación se plantean algunos ejemplos:

Si la persona con trastorno obsesivo compulsivo pregunta: ¿Comprobé suficientes veces la puerta?

Respuesta: *Creo que la policía podría emplear tu talento o donaremos todo lo que tenemos a la sociedad de atracadores solitarios.*

Si la persona con trastorno obsesivo compulsivo pregunta: ¿Soy una buena persona?

Respuesta: *Dejaste una estela de muerte tras de ti. Jack el destripador y tú deberíais intercambiar impresiones.*

Si la persona con trastorno obsesivo compulsivo pregunta: ¿vas a volver?

Respuesta: *No, me voy a Hollywood para empeorar las cosas.*

Si la persona con trastorno obsesivo compulsivo pregunta: ¿Enfermaré de SIDA?

Respuesta: *Podríamos, con razón, arreglar ahora los detalles del funeral.*

Si la persona con trastorno obsesivo compulsivo pregunta: ¿Herí tus sentimientos?

Respuesta: *Sí y nunca me recuperaré de ello.*

Su plan para desengancharse de la participación en el trastorno obsesivo compulsivo

Ahora que comprende mejor cómo su participación en el trastorno obsesivo compulsivo es perjudicial, incluso destructiva, describa su plan personal para dejar de participar y facilitar el trastorno obsesivo compulsivo en la familia.

Los rituales en los que mis familiares y yo hemos estado participando o permitiendo son:



Hemos estado neutralizando la ansiedad de la persona con trastorno obsesivo compulsivo de los siguientes modos:

Las emociones que me mantenían implicados en el rol de alguien que facilitaba el trastorno obsesivo compulsivo son:

Plan semanal de desenganche

Rituales de los que me desengancharé	¿Cuánto reduciré mi implicación? (sea específico)	¿Colaboró el paciente? S o N
--------------------------------------	---	------------------------------

Semana 1

Semana 2

Semana 3

Semana 4

PAUTAS ADICIONALES PARA ENFRENTARSE AL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DENTRO DEL CONTEXTO FAMILIAR

- **Aliente que se cumpla con la medicación y la terapia cognitivo-conductual**

Debido a los efectos secundarios, un individuo que padezca un trastorno obsesivo compulsivo puede necesitar que algunas personas le recuerden que tome su medicación. Si fuera necesario, coloque los fármacos de la semana en una caja a modo de recordatorio, de modo que se evite el olvido de algunas dosis o la sobredosis. Anime al enfermo a

que cumpla las indicaciones del médico. A veces esto significa “mantenerse firme” tomando la medicación incluso cuando los efectos secundarios sean molestos y cuando no hayan empezado a mejorar los síntomas. ¡La paciencia con la medicación es imprescindible!

También se necesitarán ánimos cuando la persona con trastorno obsesivo compulsivo trabaje en el programa auto-dirigido. Familiarícese con el programa de modo que pueda convertirse en un animador. Es un trabajo arduo y con frecuencia desalentador, pero la paciencia y la persistencia serán recompensadas por una mejor calidad de vida para toda la familia.

- **Apoye y anime**

Establecer expectativas demasiado altas predispone a la gente al fracaso. Sin embargo, no progresar con la suficiente velocidad puede ser desalentador. Ayude a su familiar a fijar metas razonables. Reconozca y aliente incluso las pequeñas señales de progreso. Evite las comparaciones con las demás personas que padezcan un trastorno obsesivo compulsivo o con familiares que no lo sufren. El enfermo probablemente ya presente una baja autoestima.

El trastorno obsesivo compulsivo es desmoralizador. Los enfermos se avergüenzan con frecuencia de su conducta. Saben que es irracional. A menudo la vergüenza por su comportamiento deriva en una vergüenza de sí mismo. El pensamiento de “El trastorno obsesivo compulsivo consigue que haga cosas raras” deviene en “Soy raro”. Las personas necesitan saber que no son “raros” ni están “locos” por sus conductas del trastorno obsesivo compulsivo. Ellos no son la enfermedad. Es fundamental separar sus maravillosos “yoes”, con sus muchos atributos positivos, del trastorno obsesivo compulsivo. Elogie las conductas positivas. Recompense con alabanzas incluso los más pequeños avances del programa autodirigido.

- **Reduzca el estrés**

Reducir el estrés es especialmente importante durante la fase inicial del tratamiento. Mantenga la rutina tan normal como sea posible. El



estrés exacerba los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Eventos incluso felices, tal como unas vacaciones, pueden provocar un incremento de los síntomas.

- **Familiarícese con los signos de recaídas**

El capítulo 10 puede ayudarle a usted y su familiar enfermo a reconocer los signos de empeoramiento de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. También ayudará el hecho de mantener las ganancias realizadas en el programa autodirigido.

- **Cuide de sí mismo**

La pauta más importante de todas es cuidar muy bien de uno mismo. El trastorno obsesivo compulsivo tiende a adueñarse de toda la vida personal y después pasa a dominar toda la vida familiar. Únase a un grupo de apoyo para familiares que se enfrentan al trastorno obsesivo compulsivo. Tal colectivo le ayudará a descubrir el modo en el que los demás se enfrentan al trastorno obsesivo compulsivo en su familia respectiva y también le servirá para encontrar la fuerza, el valor y la esperanza necesarios para intervenir de un modo efectivo.

- **¡Apague el televisor!**

La televisión, que en un inicio pretendía entretener e informar, se ha convertido en un caldo de cultivo para el temor y la preocupación de las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Los tabloides de los noticiarios y de los denominados “programas de interés humano” atraen y mantienen a los televidentes ante el televisor presentándoles historias que pretenden, intencionadamente, infundir un cierto grado de temor ante el mundo o del peligro potencial de éste.

Las personas con trastorno obsesivo compulsivo tienden a absorber el temor del mismo modo que una esponja lo hace con el agua. Tienden a sobrestimar el riesgo y perciben erróneamente la presencia y probabilidad de peligro y daño; además, en muchos casos encuentran muy complicado evaluar objetivamente el verdadero potencial de riesgo que se

representa en el extracto bienintencionado y provocativo de un informativo. Así, son particularmente susceptibles de reaccionar de forma exagerada ante historias nuevas y provocativas, especialmente si se presentan de un modo tal que parecen muy dignas de crédito y autorizadas.

Por ejemplo, les alteran particularmente las historias sobre el peligro, latente e insospechado, de una enfermedad que afecta a los niños o los peligros y trampas imprevistos e inherentes en actividades cotidianas que anteriormente eran inocuas. Tales historias pueden desencadenar obsesiones nuevas o exacerbar las preocupaciones obsesivas preexistentes. Estudie la posibilidad de reducir, todo lo que pueda, la cantidad de tiempo que su familia ve la televisión, o sea mucho más selectivo al elegir la programación.

- **Compromiso para el cambio**

A veces funciona poner los compromisos por escrito. Si todavía no lo ha hecho, revise la declaración de independencia del cooperador con su familiar que se enfrenta al trastorno obsesivo compulsivo. Discútalos y realice los cambios que desee. Nosotros dejamos espacio al final del texto para que se escriba cualquier otra cosa que se desee decir. Después fírmelo. Comprométase a cambiar el modo en el que reacciona al trastorno obsesivo compulsivo y ayude a su familiar a librarse de dicha disfunción.

Ayude al familiar que no reconoce padecer un trastorno obsesivo compulsivo y rechaza toda ayuda

En algunos casos, los familiares o amigos pueden reconocer los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo mucho años antes de que el enfermo llegue a aceptarlo. A pesar del serio deterioro, la persona puede negar la enfermedad y rechazar la búsqueda de ayuda, provocando así un gran daño e infortunio a toda la familia. Los sentimientos de depresión, desesperanza e indefensión pueden prevalecer entre los familiares, quienes se encuentran desorientados sobre el modo en el que pueden ayudar al enfermo en su negación.



Cuando hayan fracasado todos los esfuerzos por convencer al enfermo de que busque ayuda, confróntele empleando las siguientes pautas:

1. Como la unión hace la fuerza, es útil confrontar como grupo unificado a la persona con trastorno obsesivo compulsivo.
2. Obtenga la ayuda de un terapeuta o consejero de familia, con experiencia en el trastorno obsesivo compulsivo, que pueda asistirles para facilitar la comunicación entre los familiares y el enfermo.
3. Explique específicamente de un modo firme, aunque compasivo, el modo en el que el trastorno obsesivo compulsivo está afectando a la familia. Plantee el modo en el que la situación es intolerable e insista en el compromiso de la familia para prestar ayuda. Reconozca que la persona sufre, aunque puede carecer de apoyo, conocimientos o herramientas para enfrentarse a la patología. Subraye que lo que es intolerable es la conducta del trastorno obsesivo compulsivo y no el enfermo.
4. Si la persona persiste en su negativa, plantee que dicha negación de la enfermedad es un síntoma seguro de la presencia del trastorno. Ofrezca ayuda y explique que no hacer nada no constituye una opción aceptable. Cada uno de los familiares debe plantear que desea ayudar a cambiar la presente situación. Conceda un período de tiempo para obtener ayuda y plantee contingencias claras si no se sigue el plan dentro del tiempo especificado (como por ejemplo llevarle a un hospital u otra situación vital de observación).
5. Sea firme, aunque flexible y realista. Si el cambio parece improbable, lo más importante es tomar las medidas necesarias para asegurarse de que el enfermo vive con independencia, con dignidad y de que dispone de amplias oportunidades para mejorar su situación vital.

¿Dónde obtener ayuda?

17

Hablando no se cuece el arroz.

–Proverbio chino

Desde el inicio de este manual práctico, hemos recomendado que consulte con un profesional de la salud mental antes de que inicie el programa autodirigido. Éste puede ser un paso muy útil que contribuye significativamente a su progreso en la recuperación del trastorno obsesivo compulsivo. Muchos de ustedes han pospuesto la discusión de su patología con el profesional de la salud mental o han acudido donde aquél por otros problemas. Puede encontrarse preparado para abordar la cuestión de su trastorno obsesivo compulsivo con un profesional pero desconocer por dónde empezar. Este capítulo trata sobre estas cuestiones y preocupaciones.

AYUDA PROFESIONAL PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El mejor profesional para ayudarle con su trastorno obsesivo compulsivo es alguien que conozca a fondo la disfunción y el modo en el que ésta se trata. Generalmente será un psiquiatra o un psicólogo. Los psiquiatras son médicos especializados en el tratamiento de trastornos cerebrales y mentales. Su principal rol es prescribir medicamentos para el trastorno obsesivo compulsivo. Por lo general no se encuentran entrenados para realizar terapia cognitivo-conductual pero la conocen. Por otro lado, los psicólogos, terapeutas y consejeros que traten el trastorno obsesivo compulsivo no pueden recetar un fármaco,

pero habitualmente están entrenados en terapia cognitivo-conductual. Es raro que un médico desempeñe ambos roles. Por tanto es muy probable que muchos de ustedes necesiten acudir a ambos profesionales por separado: uno para la medicación y otro para la terapia cognitivo-conductual.

No importa que empiece el tratamiento bien con la medicación o con la terapia cognitivo-conductual. Como hemos enfatizado a lo largo de todo este manual práctico, el tratamiento óptimo es el que combina ambos. Los dos juegan un papel fundamental en la recuperación. El enfermo que elija uno e ignore el otro está recibiendo tan sólo un tratamiento parcial y, de ese modo, sólo logrará resultados parciales.

Recuerde también que cada quien responde de un modo diferente a las medicaciones y a la terapia cognitivo-conductual. Dicho de otro modo, algunas de las personas que se han restablecido del trastorno obsesivo compulsivo consideran los fármacos como el elemento fundamental de su recuperación y a la terapia cognitivo-conductual como el menos relevante. Y otros, con el mismo fervor, afirmarán que la terapia cognitivo-conductual es el elemento clave de su restablecimiento. Muchos otros sostienen que ambos modelos de tratamiento son igualmente importantes. Cada uno responde de un modo diferente a los distintos tratamientos. Cuál es el indicado para usted sólo puede ser determinado por sus esfuerzos para obtener un tratamiento combinado.

Es muy importante que el psiquiatra y el terapeuta a los que consulte tengan experiencia en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Aunque cualquier médico licenciado puede administrar medicación para el trastorno obsesivo compulsivo, consultar a un psiquiatra formado en dicha afección constituye, de lejos, la mejor de las alternativas. La Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (véase la sección de "Recursos") posee un listado de los psiquiatras y psicólogos que afirman tener un conocimiento y experiencia adicionales en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Debido a que la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo no investiga específicamente las credenciales y calificaciones de cada uno de los médicos y terapeutas de la lista de referencia (esto constituiría un proceso abrumador y caro), los consumidores deben man-

tener, con todo, precaución. Esto sería sólo el primer paso, aunque valioso, en el proceso de identificación de un personal competente en su área geográfica.

El Centro de Información sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Fundación Dean), la Fundación del Trastorno Obsesivo Compulsivo, la Asociación Norteamérica de Trastornos de Ansiedad (ADAA) y la Asociación para el progreso de la Terapia de Conducta también poseen listados de terapeutas que han indicado un interés especial por el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Las direcciones de dichos grupos se encuentran en la sección “Recursos”.

Si a nivel local no se encuentra disponible un terapeuta experimentado, puede elegir la opción de viajar a uno de los numerosos centros donde se trata el trastorno obsesivo compulsivo. Contacte con la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo para obtener una lista actualizada de los programas de tratamiento internos y externos. Podría hospedarse en un motel o en casa de amigos y acudir a una clínica de consultas externas para ser evaluado y recibir una terapia intensiva. Las sesiones posteriores pueden impartirse por teléfono. El tratamiento internado puede ser necesario si existiese un riesgo patente de auto-lesión o de peligro para los demás como resultado de sus síntomas obsesivos compulsivos.

Debido a que el tratamiento puede ser caro en términos de tiempo y dinero, seleccione cuidadosamente a su terapeuta. Emplee el “formato de entrevista para la selección del consejero” que aparece más adelante, en este mismo capítulo, como medio para evaluar al terapeuta. Considere la opción de preguntar a otros profesionales que pudieran conocer a este terapeuta en cuestión. Consiga retroalimentación de ex pacientes a quienes les haya ayudado el profesional que usted está considerando. Sin embargo, cuídese de su tendencia a obsesionarse con la idea de efectuar la decisión “perfecta”. Esto puede demorar la ayuda vital que usted necesita. Obedezca a sus instintos viscerales sobre lo que es mejor, ¡hágalo y cíñase a ello!

PREGUNTAS PARA PLANTEAR A LOS PRESUNTOS TERAPEUTAS

1. ¿Qué técnicas emplea habitualmente para tratar el trastorno obsesivo compulsivo?

La “terapia cognitivo-conductual” o la “terapia de conducta” son respuestas buenas. La terapia cognitivo conductual significa que los principios del cambio cognitivo (establecer como blanco terapéutico el cambio de creencias y actitudes) son empleados junto con los principios del cambio conductual (establecer como blanco terapéutico el cambio de conductas y rituales). Dé un paso más allá y pregunte a los clínicos qué tipo de terapia de conducta utilizan. Si no se menciona la exposición ni la prevención de respuesta o del ritual (se emplean ambos términos indistintamente), podría querer buscar otro terapeuta. Tras leer por completo este libro usted tendrá unos conocimientos bastante buenos sobre lo que es la exposición y la prevención del ritual. Si no fuera el caso revise los capítulos 3-6.

2. ¿Posee una licencia que le permite ejercer?
3. ¿Cuáles son sus credenciales?

Tener un master en alguna disciplina de salud mental es la formación mínima aceptable. Sin embargo no se deje impresionar por las credenciales. Un terapeuta talentoso y hábil con un grado de master y con una experiencia significativa en el trastorno obsesivo compulsivo puede ser mucho más útil que un doctorado en medicina o que un Doctor con una amplia formación pero con poco conocimiento real del trastorno obsesivo compulsivo. Busque su inscripción en la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, la Asociación Norteamericana de Trastornos de Ansiedad o en la Asociación para el Progreso de la Terapia de Conducta.

4. ¿Padece usted un trastorno obsesivo compulsivo o conoce a alguien que lo sufra personalmente?

Una excelente pregunta, si acaso un poco descarada. Aunque es probable que muy pocos profesionales cualificados padezcan un trastorno obsesivo compulsivo, cierta cantidad de ellos tienen experiencia

personal con familiares u otras personas que padecen el trastorno. Esto es un signo de que el médico comprende bien la enfermedad.

5. ¿Dónde se formó en el trastorno obsesivo compulsivo?

El entrenamiento, como la experiencia, es importante. Un taller de fin de semana sobre el trastorno obsesivo compulsivo no basta. Busque un currículum que incluya un entrenamiento intensivo en terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad que incluya una continua supervisión de casos. Los psiquiatras deberían poder demostrar que han recibido una formación continua y específica sobre farmacología en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo.

6. ¿Cuántos pacientes con trastorno obsesivo compulsivo ha tratado realmente?

No existe un número mágico, pero es importante que el terapeuta posea experiencia en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo para ese problema en concreto. Muchos profesionales no especializados ayudan a personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo en todo tipo de cuestiones vitales estresantes. Aunque esto contribuye de algún modo a su conocimiento de la enfermedad, no es suficiente bagaje y experiencia para tratar a pacientes con ese problema en concreto.

7. ¿Mejoraron sus pacientes que padecían trastorno obsesivo compulsivo?

Espere siempre un “Sí” por respuesta, pero busque un terapeuta que enfatice el uso combinado de medicamentos y terapia cognitivo-conductual.

8. ¿Cuántos de sus pacientes actuales padecen un trastorno obsesivo compulsivo?

Cuantos más trastornos obsesivos compulsivos y trastornos de ansiedad se encuentren en el centro de atención de la práctica del terapeuta mejor. Sin embargo, somos conscientes de que sólo un verdadero especialista en el tema o en trastornos de ansiedad es

factible que atienda a más pacientes cuyo problema sea el trastorno obsesivo compulsivo.

9. ¿Estaría predispuesto a salir del despacho para realizar terapia de conducta si fuese necesario?

La flexibilidad es la clave aquí. Si el trabajo de exposición requiere una visita a casa o una serie de ellas, ¿el terapeuta está predispuesto a hacer lo que sea necesario?

10. Durante la terapia de conducta ¿se encuentra usted disponible entre sesiones si me quedo “estancado” o necesito apoyo mientras efectúo las exposiciones?

De nuevo, la clave es la flexibilidad. El terapeuta debe entender plenamente el enorme estrés que puede suponer la tarea de la exposición y debe estar dispuesto a encontrarse disponible entre sesiones para suministrar un apoyo y observación telefónicos.

11. ¿Apoya el uso de una medicación apropiada en el trastorno obsesivo compulsivo?

Sea cauto con cualquier terapeuta que mantenga una perspectiva fuerte y sesgada ante el empleo de fármacos –o que plantee la visión de que la medicación por sí sola basta para curar el trastorno obsesivo compulsivo.

12. ¿Qué tan “curado” estaré al final del tratamiento?

Váyase si el terapeuta le ofrece una “cura” para su trastorno obsesivo compulsivo, o si se jacta de un listado de pacientes “curados”. Los clínicos más cualificados y competentes no le prometerán una cura, en vez de ello le ofrecerán esperanza de un alivio significativo y de apoyo para aprender a vivir de un modo más satisfactorio, a pesar del trastorno obsesivo compulsivo.

13. ¿Congenia con el terapeuta?

Es vital que se sienta cómodo hablando francamente con el terapeuta. Debe confiar en esta persona y estar deseoso de hacer cualquier cosa que estime necesaria para progresar.

14. Si el terapeuta careciera de experiencia con el trastorno obsesivo compulsivo, ¿está dispuesto a aprender más sobre éste?

En muchos lugares no se encuentran terapeutas experimentados en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Alguien dispuesto a aprender y ayudarlo en su trabajo con el programa auto-dirigido sería el mejor.

Formato de entrevista para la selección del consejero

Nombre:

Coste de las sesiones:

Número estimado, aproximadamente, de visitas:

Credenciales, formación, experiencia, entrenamiento:

Número de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en el pasado y en la actualidad:

Disposición para salir del despacho para practicar la terapia de conducta:

Psiquiatra a quien remite los pacientes en caso de que la medicación parezca ser lo indicado:

Quién toma las llamadas cuando el terapeuta no se encuentra disponible (esto es, si el terapeuta se encuentra fuera de la ciudad o de vacaciones):

Impresión general:

GRUPOS DE APOYO

Si existiera un grupo de apoyo en su área, uno adecuado, esto podría ayudarlo a alcanzar su meta de librarse de su trastorno obsesivo compulsivo. Puede constituir un gran alivio percatarse de que sus síntomas no son únicos. Los grupos de apoyo pueden ser valiosos para las familias con personas que padecen la enfermedad, especialmente los padres de niños y adolescentes. Los grupos de apoyo pueden jugar un rol muy importante en la educación sobre el trastorno obsesivo

compulsivo. Se encuentra disponible un listado de grupos de encuentro a nivel nacional e internacional en la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (véase la sección “Recursos”).

Obsesivos Compulsivos Anónimos (OCA) es un grupo de apoyo fundado en 1988 por Roy C. Este grupo emplea principios semejantes a los demás programas de doce pasos, tal como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Ludópatas Anónimos y Alanon. El programa está descrito en el libro de Roy C., *Obsessive Compulsive Anonymus – Recovering from Obsessive Compulsive Disorder*. El listado de los grupos se encuentra disponible en su página web o por teléfono (véase la sección “Recursos”).

El GOAL (siglas de “Confirmando otro estilo de vida para los obsesivos-compulsivos”) es un formato grupo de apoyo iniciado por un colectivo de Philadelphia. El Dr. Jonathan Grayson, uno de los fundadores del GOAL, aconseja que un profesional experimentado en el trastorno obsesivo compulsivo ayude al grupo. Esta persona responde las preguntas, ayuda manteniendo al grupo en la senda del trabajo y proporciona asistencia individual cuando ésta es necesaria.

Los grupos de apoyo locales pueden emplear uno de estos formatos o utilizar algún otro que ha resultado efectivo para ellos. Una lista de los grupos de apoyo de su área geográfica puede encontrarse disponible a través de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

AYUDA EN EL CIBERESPACIO

El apoyo para las personas con trastorno obsesivo compulsivo y sus familias se encuentra también disponible en Internet. Existen varios grupos de discusión para los pacientes y sus familiares. El mayor de estos grupos, el OCD-L, es un grupo de discusión moderado (lo que se denomina una “Lista de Correo”) con unos 400 subscriptores. Para apuntarse, envíe un e-mail a ocd-l@vm.marist.edu. Ponga la palabra “subscribe” (suscribirse) seguida por su nombre en el asunto del correo. Los correos electrónicos de la discusión del momento se dirigen a todas las personas de la lista de discusión, de modo que cada

cual recibe varios correos diarios. El OCD-L está moderado de un modo muy experto por Chris Vertullo del Marist College. Se asegura que la discusión sea relevante y adecuada para el tópico del trastorno obsesivo compulsivo. (Cherry cree que este grupo de discusión ha sido el responsable de un 80% de recuperaciones. Se cita con las personas que padecen problemas similares al suyo y a quienes le ofrece apoyo, interés y amistad).

Otro grupo de discusión para personas con trastorno obsesivo compulsivo es el Usenet Newsgroup en alt.support.ocd. Usenet es un sistema de discusión distribuido a escala mundial y patrocinado en Internet por UUnet, un proveedor del mundial del servicio de Internet. Consiste en un conjunto de “grupos de discusión” con nombres clasificados por materias. Existen más de 40.000 grupos de discusión que cubren cualquier tópico concebible. Los dos navegadores más famosos, Netscape Navigator e Internet Explorer, facilitan el acceso a los grupos de discusión. Al contrario que el OCD-L, el alt.support.ocd constituye un grupo de discusión sin moderador, lo cual significa que nadie revisa el contenido de las discusiones. Como resultado de ello, el alt.support.ocd tiende a ser un poco más tosco en su contenido y se sale de los tópicos más frecuentemente. Ambos grupos de discusión incluyen comentarios de varios profesionales de la salud mental que donan su tiempo para contestar algunas cuestiones y contribuir a su conocimiento y apoyo.

El chat es un modo excelente de encontrarse con otras personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Posibilita que usted converse en “tiempo real” con otras personas mediante el teclado de su ordenador, enviando y recibiendo textos. Existen lugares excelentes para chatear en Internet. La Asociación del Espectro de Trastornos Obsesivos Compulsivos (OCSDA) patrocina un maratón mensual libre de fin de semana (MSW). Consisten en chats en línea moderados que tratan sobre varios tópicos relacionados con la enfermedad. Se presentan expertos en el campo del trastorno obsesivo compulsivo y del tratamiento de la ansiedad. Responden a las preguntas y promueven discusiones en vivo sobre las muchas cuestiones importantes que existen para las personas con trastorno obsesivo compulsivo y sus familias.

Viste la página Web de OCSDA www.ocdhelp.org para obtener más detalles sobre el modo de acceso al maratón mensual libre de un fin de semana (MSW).

Otro modo de acceder a salas de chat que tratan sobre el trastorno obsesivo compulsivo es mediante el sistema de conversación multiusuario (IRC). Se requiere un software particular de chat, tal como el "mIRC32" (puede bajárselo de muchas webs de descargas tal como CNet en www.download.com o Tucows en www.tucows.com). Empleando el software estándar del chat, acceda a un servidor IRC en el puerto 6667. Teclee /JOIN ##OCD para encontrar la listserv members. Después escriba /NAMES ##OCD para obtener un listado de usuarios actuales. Varía la mejor de las horas de conexión. Inténtelo de 12:00 a 14:00 y de 20:00 a 22:00 (hora de la costa Este).

Los siguientes subscriptores en línea también presentan servicios de chat sobre el trastorno obsesivo compulsivo:

- Puede encontrarse el Prodigy On-Line Bulletin Board Service por: (omitir) apoyo médico bb; elija el tópico "anx/dep/ocd"; mire en el área de temas buscando aquellos que empiecen por "trastorno obsesivo compulsivo".
- America Online posee un chat sobre el trastorno obsesivo compulsivo cada miércoles a las 9 de la noche (hora de la costa Este). Puede encontrarse por la palabra clave PEN. America Online también dispone de un tablón de anuncios en la sección de salud mental.

Hay muchas páginas web dedicadas a suministrar información sobre el trastorno obsesivo compulsivo. Muchas de ellas incluyen la sección de "pregunte al experto", un tablón de anuncios, salas de chat y recursos para encontrar ayuda para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. En la sección de "Recursos" hemos efectuado una lista de nuestras páginas web.

Cuando terminamos este *Manual de trabajo del trastorno obsesivo compulsivo*, nuestra esperanza es que se encuentre en el buen camino para deshacerse de dicha patología. La sección de "Recursos" contiene más ayuda y esperanza. Además de los listados de páginas web y de gru-

pos de apoyo, hemos realizado otro inventario de los muchos recursos impresos y organizaciones que están trabajando para ayudar a las personas a recuperarse del trastorno obsesivo compulsivo.

Apéndice

UNA BREVE INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO PARA FAMILIARES Y AMIGOS

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones que consumen tiempo, son estresantes e interfieren con la rutina cotidiana, las relaciones con los demás y/o el funcionamiento diario. Las *obsesiones* son impulsos, ideas, imágenes o pensamientos persistentes que se introducen en el pensamiento de una persona y generan una preocupación y ansiedad excesivos. Las *compulsiones* consisten en actos mentales o conductas repetitivas que se llevan a cabo como respuesta a las obsesiones y cuyo fin es aliviar o evitar el temor y/o ansiedad. Con frecuencia, su intención es la de evitar o prevenir mágicamente un evento temido tal como la muerte, la enfermedad o algún otro infortunio percibido.

El diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo se efectúa con base a un examen psiquiátrico, la historia de las quejas y síntomas del paciente y el grado en el que interfieren los síntomas con el desempeño diario. El médico, fundamentándose en la naturaleza, duración y frecuencia de los síntomas que se presentan, diferenciará el trastorno obsesivo compulsivo de otras enfermedades médicas que presentan características similares.

Los estudios han demostrado que el 80-99% de las personas experimentan pensamientos involuntarios. Pero la mayoría puede mantenerlos sin experimentar un malestar excesivo o bien apartarlos por completo. Sus pensamientos son breves en el tiempo, menos intensos y fre-

cuentas que los pensamientos intrusos que experimentan los individuos que sufren un trastorno obsesivo compulsivo. Por otro lado, los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo compulsivo tienen, habitualmente, un inicio específico, generan un malestar significativo y originan el impulso poderoso y abrumador de neutralizarlos o reducirlos.

Las personas con trastorno obsesivo compulsivo sufren depresión con frecuencia. Aproximadamente un tercio padecen depresión cuando acuden en busca de tratamiento. Dos tercios de ellos experimentan al menos un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida. Muchos otros sufren depresiones leves. Es muy importante buscar síntomas alarmantes de depresión.

¿Cuál es la causa del trastorno obsesivo compulsivo?

Nadie conoce todavía la respuesta correcta a esa pregunta, pero los investigadores están completando el puzzle. Cada vez existe una mayor evidencia de que la enfermedad tiende a presentarse en determinadas familias y que es causada por sutiles variaciones en la estructura y los circuitos cerebrales. La teoría más ampliamente sostenida es afirma que el origen se relaciona con niveles anormales en uno de los neurotransmisores básicos del cerebro: la serotonina. Los estudios, mediante imágenes, del cerebro han demostrado anomalías en varias partes del cerebro de las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo. Se incluyen entre éstas el tálamo, el núcleo caudado, el córtex orbital y el giro cingulado.

¿Cómo se trata el trastorno obsesivo compulsivo?

Los tratamientos más efectivos para el trastorno obsesivo compulsivo son la medicación y la terapia cognitivo-conductual. Pueden emplearse de modo individual pero su aplicación combinada se convierte en una poderosa herramienta para enfrentar el trastorno obsesivo compulsivo. Las medicaciones más efectivas para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo pertenecen a las drogas conocidas como inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS). Se incluyen la fluvoxamina (Luvox), la fluoxetina (Prozac), la setralina (Zoloft), la

paroxetina (Paxil), el citalopram (Celexa) y la clomipramina (Anafranil). Ayudan a corregir los desequilibrios químicos y a aliviar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Algunas personas tendrán que probar con más de uno de estos medicamentos para encontrar cuál es el que funciona mejor con dichos síntomas. Otros necesitarán tomar una combinación de tales fármacos.

La terapia cognitivo-conductual ayuda a la persona con trastorno obsesivo compulsivo suministrándole las herramientas necesarias para manejar sus obsesiones y compulsiones. Inicialmente puede parecer bastante desafiante, incluso aterrador, pero merece la pena si quiere lograrse un alivio de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. La medicación y la terapia cognitivo-conductual, cuando se emplean juntas, se complementan entre sí. La medicación altera el nivel de serotonina, mientras que la terapia cognitivo-conductual ayuda a modificar la conducta enseñando al enfermo las habilidades necesarias para resistir las compulsiones y las obsesiones. La medicación puede reducir el nivel de ansiedad, facilitando de ese modo la puesta en práctica de los principios de la terapia cognitivo-conductual.

La exposición y la prevención del ritual.

También se le denomina exposición y prevención de *respuesta*. Constituye la principal técnica conductual para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Esto implica una exposición prolongada a la ansiedad de la vida diaria y a los estímulos que evocan el ritual. Por ejemplo, se le puede pedir a la persona con trastorno obsesivo compulsivo que toque realmente o se ponga en contacto con algún objeto temido, tal como un cubo de basura vacío u otro objeto “contaminado”, sin aliviar su ansiedad lavándose las manos. A través de la práctica reiterada, la persona se percata de que no acontecen las desastrosas consecuencias temidas y disminuye la grave ansiedad asociada en un inicio con esa situación. En esto consiste el proceso de la *habitación*. La exposición se lleva a cabo mejor en etapas, dando pequeños pasos hacia la meta final de la habituación total a la situación u objeto temidos.

El propósito de la prevención del ritual es reducir la frecuencia de éste. Se instruye a la persona que padece un trastorno obsesivo compulsivo a enfrentarse con los estímulos temidos, a que experimente el impulso de llevar a cabo los rituales y después a que bloquee *simultáneamente* las conductas rituales tal como lavarse las manos o comprobar en exceso. En un inicio puede instruirse al individuo a que demore la ejecución del ritual y que, gradualmente, trabaje hasta llegar a resistir por completo dicha compulsión.

La *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo* conduce a las personas, mediante el programa autodirigido, a liberarse de esta disfunción. La herramienta básica es la exposición y la prevención del ritual. El programa también emplea los principios de la terapia cognitivo-conductual. Esto implica modificar las creencias y pensamientos distorsionados. La terapia cognitiva fomenta que el sujeto identifique los pensamientos y actitudes inadecuados y que los reemplace por otros más saludables y sanos.

¿Cómo puede ayudar?

Conviértase en alguien que suministra apoyo. Lea los primeros capítulos de la *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo* para comprender mejor dicha enfermedad. El capítulo 16 “El trastorno obsesivo compulsivo es un asunto de familia”, le ayudará a suministrar el apoyo, aceptación y aliento vitales mientras su ser querido lucha por liberarse de la enfermedad.

ESCALA OBSESIVA COMPULSIVA DE YALE-BROWN (EOYB)

Las preguntas 1-5 tratan sobre sus pensamientos obsesivos.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos involuntarios que se introducen en el pensamiento en contra de sus deseos y esfuerzos por resistirse a ellos. Habitualmente implican temas de daño, riesgo y peligro. Obsesiones comunes son los temores excesivos a la conta-

minación; las dudas recurrentes sobre algún peligro; preocupaciones extremas por el orden, simetría o exactitud; temor a perder cosas importantes.

Por favor, responda a cada pregunta escribiendo el número apropiado en la casilla que se encuentra junto a ella.

1. Tiempo ocupado por los pensamientos obsesivos

P: ¿Cuánto de su tiempo está ocupado por pensamientos obsesivos?

0 = Nada. Si usted elige esta respuesta, ponga también 0 en las preguntas 2, 3, 4 y 5 y pase a la pregunta número 6.

1 = Menos de una hora al día o con una ocurrencia ocasional.

2 = Entre 1 y 3 horas al día o con una ocurrencia frecuente.

3 = Entre 3 y 8 horas diarias o con una ocurrencia muy frecuente.

4 = Más de 8 horas al día o con una ocurrencia prácticamente constante.

2. Inferencia debida a los pensamientos obsesivos

P: ¿En qué grado interfieren sus pensamientos obsesivos con su desempeño en el ámbito laboral, educativo, social u otro importante?

0 = En ninguno.

1 = Ligera interferencia con las actividades sociales o de otro tipo, pero no se encuentra afectado el desempeño general.

2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero manejable todavía.

3 = Causa un daño substancial en el desempeño ocupacional o social.

4 = Incapacita.

3. Distress asociado a los pensamientos obsesivos

P: ¿Cuánto distress le provocan los pensamientos obsesivos?

0 = Ninguno.

1 = No demasiado perturbador.

2 = Perturbador pero todavía manejable.

3 = Muy perturbador.

4 = Un distress casi constante que incapacita.

4. Resistencia frente a las obsesiones

P: ¿Cuánto esfuerzo realiza para resistirse a los pensamientos obsesivos? ¿Con qué frecuencia trata de desatender estos pensamientos o distraerse de ellos cuando entran en su mente?

0 = Trato de resistirme siempre.

1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.

2 = Hago algunos esfuerzos por resistirme.

3 = Cedo ante todas las obsesiones, sin intentar controlarlas pero con una cierta reticencia.

4 = Cedo por completo, y de buena gana, a todas las obsesiones.

5. Grado de control sobre sus pensamientos obsesivos.

P: ¿Cuánto control detenta sobre sus pensamientos obsesivos? ¿Qué tanto éxito tiene para detener sus pensamientos obsesivos o distraerse de ellos?

0 = Control total.

1 = Normalmente capaz de detener o distraer las obsesiones con algún esfuerzo y concentración.

2 = A veces capaz de detener o distraer las obsesiones.

3 = Rara vez logro detener o apartar las obsesiones, sólo puedo desviar la atención con gran dificultad.

4 = Las obsesiones son completamente involuntarias, rara vez logro, siquiera momentáneamente, alterar el pensamiento obsesivo.

Las siguientes preguntas se centran en las conductas compulsivas

Las compulsiones son impulsos que experimentan las personas de hacer algo para disminuir la ansiedad u otros sentimientos de malestar. A menudo llevan a cabo conductas repetitivas e intencionales denominadas “rituales”. El comportamiento en sí puede parecer apro-

piado pero se convierte en un ritual cuando se efectúa en exceso. El lavado, la comprobación, la acumulación y muchas otras conductas pueden ser rituales. Algunos rituales son mentales. Por ejemplo, pensar o decir cosas una y otra vez en voz baja.

6. Tiempo dedicado a las conductas compulsivas

P: ¿Cuánto tiempo dedica a la ejecución de conductas compulsivas? ¿Cuánto más tarda que el resto de las personas en completar las actividades rutinarias debido a sus rituales? ¿Con qué frecuencia lleva a cabo rituales?

0 = Nada.

1 = Menos de una hora al día o una ejecución ocasional de conductas compulsivas.

2 = Entre 1 y 3 horas al día o una ejecución frecuente de conductas compulsivas.

3 = Entre 3 y 8 horas diarias o una ejecución muy frecuente de conductas compulsivas.

4 = Más de 8 horas al día o una ejecución prácticamente constante de conductas compulsivas (demasiado numerosas para cuantificarse).

7. Interferencia debida a las conductas compulsivas

P: ¿En qué grado interfieren las conductas compulsivas con su trabajo, formación, relaciones sociales o funcionamiento?

0 = En ninguno.

1 = Ligera interferencia con las actividades sociales o de otro tipo, pero no se encuentra afectado el desempeño general.

2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero manejable todavía.

3 = Causa un daño substancial en el desempeño ocupacional o social.

4 = Incapacita.

8. Distress asociado con la conducta compulsiva

P: ¿Cómo se sentiría si se le impidiera llevar a cabo su(s) compulsión(es)? ¿Qué nivel de ansiedad alcanzaría?

0 = Ninguno en absoluto.

1 = Sólo ligeramente ansioso si se me impidiera ejecutar las compulsiones.

2 = Si se me impidiera ejecutar las compulsiones la ansiedad aumentaría pero sería manejable.

3 = Si se me interrumpieran las compulsiones surgiría un incremento en la ansiedad muy notable y alterador.

4 = Una ansiedad incapacitante derivada de cualquier intervención que trate de modificar la actividad.

9. Resistencia contra las compulsiones

P: ¿Qué grado de esfuerzo realiza para resistirse a las compulsiones?

0 = Trato de resistirme siempre.

1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.

2 = Hago algunos esfuerzos por resistirme.

3 = Cedo ante todas las compulsiones, sin intentar controlarlas pero con una cierta reticencia.

4 = Cedo por completo, y de buena gana, a todas las compulsiones.

10. Grado de control sobre la conducta compulsiva

P: ¿Qué tan fuerte es el impulso de ejecutar la conducta compulsiva? ¿Qué grado de control detenta sobre las compulsiones?

0 = Control total.

1 = Presión para ejecutar la conducta pero normalmente soy capaz de ejercer un control voluntario sobre la compulsión.

2 = Fuerte presión para ejecutar la conducta, sólo la puedo controlar con dificultad.

3 = Impulso muy fuerte de ejecutar la conducta. Debe llevarse a cabo y sólo puede posponerse con dificultad.

4 = Impulso de ejecutar la conducta que se experimenta como completamente involuntario y todopoderoso, rara vez soy capaz de posponer, siquiera momentáneamente, la actividad.

TOTAL:

Nota: con base a la experiencia del autor, las puntuaciones de esta escala pueden interpretarse tal como sigue:

0-14: Trastorno obsesivo compulsivo insignificante o leve.

15-23: Trastorno obsesivo compulsivo entre ligero y moderado.

23-29: Trastorno obsesivo compulsivo entre moderado y severo.

30-40: Trastorno obsesivo compulsivo entre severo e incapacitante.

Esta adaptación de la escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown ha sido reproducida con permiso de Wayne Goodman de la facultad de medicina de la Universidad de Florida (Gainesville, Florida 32610). La versión original fue publicada por: Goodman W. K. Price, L. H., Rasmussen, S. A. y cols. "Yale Brown Scale I: Development, use and reliability". *Arch. Gen Psychiatry* 1989. 46:1006-1011.

Recursos

LIBROS DE AUTOAYUDA

- ADAMS, Gail B. y TORCIA, Marcia: *School Personnel: A Critical Link in the Identification, Treatment, and Management of OCD in Children and Adolescents*. P. O. Box 70, Milford, CT: Obsessive-Compulsive Foundation.
- BAER, Lee (1992): *Getting Control: Overcoming Your Obsessions and Compulsions*. Nueva York: Plume.
- C., Roy (1990): *Obsessive Compulsive Anonymous, Recovering from Obsessive Compulsive Disorder*. New Hyde Park, NY: Obsessive Compulsive Anonymous, Inc.
- C., Roy (1993): *Obsessive Compulsive Disorder, A Survival Guide for Family and Friends*. New Hyde Park, NY: Obsessive Compulsive Anonymous, Inc.
- CIARROCCHI, Joseph W. (1995): *The Doubting Disease: Help for Scrupulosity and Religious Compulsions*. Mahwah, NJ: Paulist Press
- DE SILVA, Padmal y RACHMAN, Stanley (1998): *Obsessive-Compulsive Disorder: the Facts, Second Edition*. Nueva York: Oxford University Press.
- DUMONT, Raeann (1996): *The Sky Is Falling: Understanding and Coping with Phobias, Panic, and Obsessive-Compulsive Disorders*. Nueva York: W. W. Norton.
- FOA, Edna B. y WILSON, Reid (1991): *Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions*. Nueva York: Bantam Books.

- GRAVITZ, Herbert L. (1998): *Obsessive Compulsive Disorder: New Help for the Family*. Santa Bárbara, CA: Healing Visions Press.
- GREIST, John H. (1995): *Obsessive Compulsive Disorder: A Guide*. Madison, WI: Dean Foundation for Health, Research and Education.
- GREIST, John H. (1993): *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Guide*. Madison, WI: Dean Foundation for Health, Research and Education.
- JOHNSTON, Hugh F. y JAY FRUEHLING, J.: *OCD and Parenting*. Madison, WI: Child Psychopharmacology Information Center, University of Wisconsin (Department of Psychiatry).
- NEZIROGLU, Fugen y YARYURA-TOBIAS, Jose A. (1995): *Over and Over Again: Understanding Obsessive-Compulsive Disorder*. Nueva York: Lexington Books.
- OSBOM, Ian (1998): *Tormenting Thoughts and Secret Rituals: The Hidden Epidemic of Obsessive-Compulsive Disorder*. Nueva York: Pantheon Books.
- RAPOPORT, Judith L. (1989): *The Boy Who Couldn't Stop Washing: The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Nueva York: E. P. Dutton.
- SANTA, Thomas (1999): *Understanding Scrupulosity: Helpful Answers for Those Who Experience Nagging Questions and Doubts*. Liguori, MO: Liguori Publications.
- STEKETEE, Gail, y White, Kerin (1990): *When Once Is Not Enough: Help for Obsessive Compulsives*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- SCHWARTZ, Jeffrey y BEYETTE, Beverly (1996): *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. Nueva York: Regan Books.
- VANNOPPEN, Barbara L.; TORTORA PATO, Michele y RASMUSSEN Steven (1997): *Learning to Live with OCD: Obsessive Compulsive Disorder, Fourth Edition*. Milford CT: Obsessive Compulsive Foundation.

LIBROS PROFESIONALES

- HOLLANDER, Eric, y STEIN Dan J. (eds.) (1997): *Obsessive-Compulsive Disorders: Diagnosis, Etiology, Treatment*. Nueva York: Marcel Dekker.
- JENKE, Michael A.; BAER, Lee y MINICHIELLO, William E. (eds.) (1998): *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, 3^a ed., St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- MARCH, John S. y MULLE, Karen (1998): *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. Nueva York: The Guilford Press.
- STEKETEE, Gail S. (1993): *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. Nueva York: The Guilford Press.
- TALLIS, Frank (1999): *Trastorno obsesivo compulsivo. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- YARYURA-TOBIAS, Jose A. y NEZIROGLU, Fugen (1997): *Biobehavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*. Nueva York: W. W. Norton.
- YARYURA-TOBIAS, Jose A. y NEZIROGLU, Fugen (1997): *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

LIBROS SOBRE SALUD MENTAL

Depresión y desórdenes de ansiedad

- BURNS, David D. (1990): *The Feeling Good Handbook*. Nueva York: Plume.
- COPELAND, Mary Ellen (1992): *The Depression Workbook, A Guide to Living with Depression and Manic Depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- COPELAND, Mary Ellen (1994): *Living with Depression and Manic Depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- COPELAND, Mary Ellen (1998): *The Worry Control Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

El TOC en la infancia y disfunciones relacionadas

DORNBUSH, Marilyn, y PRUITT, Sheryl (1993): *Teaching the Tiger: A Handbook for Individuals Involved in the Education of Students with Attention Deficit Disorders, Tourette's Syndrome or Obsessive-Compulsive Disorder*. P. O. Box 188, Duarte, CA: Hope Press.

KOPLEWICZ, Harold S. (1996): *It's Nobody's Fault: New Hope and Help for Difficult Children*. Nueva York: Times Books.

RAPOPORT, J. L. (1989): *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

SWEDO, Susan, y LEONARD, Henrietta (1998): *Is It "Just a Phase": How to Tell Common Childhood Phases from More Serious Problems*. Nueva York: Golden Books.

Trastorno dismórfico corporal

PHILLIPS, Katharine A. (1996): *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Nueva York: Oxford University Press.

Salud mental

RATEY, John J. y JOHNSON, Catherine (1997): *Shadow Syndromes: Recognizing and Coping with the Hidden Psychological Disorders That Can Influence Your Behavior and Silently Determine the Course of Your Life*. Nueva York: Pantheon Books.

SWEDO, Susan y LEONARD, Henrietta (1996): *It's Not All in Your Head. Now Women Can Discover the Real Causes of Their Most Commonly Misdiagnosed Health Problems*. San Francisco: Harper San Francisco.

ORGANIZACIONES DE SALUD MENTAL

American Foundation for Suicide Prevention, 120 Wall Street, 22nd Floor, New York, NY 10005. 212-363-3500. Internet: www.afsp.org
Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc., P.O. Box 5102, Eugene, OR 97405. 541-344-1144. Internet: www.anred.com

- Anxiety Disorders Association of America (ADAA), Dept. A. 6000 Executive Blvd., Suite 513, Rockville, MI) 20852. 301-231-9350. (Or 11900 Parklawn drive, Suite 100?). Email: AnxDis@aol.com Internet: www.adaa.org
- Association for the Advancement of Behavior Therapy, 305 Seventh.Ave., New York, NY 10001-6008. 212-647~1890. Internet: server.psyc.vt.edu/aabt/
- Children and Adults with Attention Deficit Disorders (C.H.A.D.D.), 499 Northwest 70th Avenue, Suite 308, Plantation, FL 33317. 305-587-3700. Internet: www.chadd.org
- Kidscope, Obsessive-Compulsive Foundation, PO Box 70, Milford, CT 06460-0070. (children's newsletter)
- National Alliance for the Mentally 111, 200 N. Glebe Rd., Suite 1015, Arlington, VA 22203-3754. 800950-NAMI (800-950-6264).
- National Anxiety Foundation, 3135 Custer Drive, Lexington, KY 40517-4001. 606-272-7166. Internet: [lexington-on-line.com / naf.ocd.2.html](http://lexington-on-line.com/naf.ocd.2.html)
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, Box 7, Highland Park, IL 60035. 847-831-3438. Internet: www.health-touch.com
- National Attention Deficit Disorder Association, P.O. Box 972, Mentor, OH 44061. 800-487-2282 or 216-350-9595. Internet: www.add.org
- National Depressive and Manic-Depressive Association, 730 North Franklin, #501, Chicago, IL 60610. 800-82N-DMDA.
- National Foundation for Depressive Illness, P.O. Box 2257, New York, NY 10116. 800-248-4344.
- National Institute of Mental Health, 9000 Rockville Pike, Building 10. Room 30-41, Bethesda, MI) 20892. 301-496-3421. Information services: Panic and other anxiety disorders: 800-647-2642. Depression: 8004214211
- National Mental Health Association, 1201 Prince St., Alexandria, VA 22314-2971. 703-684-7722
- National Mental Health Consumers= Self-Help Clearinghouse, 1211 Chestnut St., Philadelphia, PA 19107. 800-553-4539.
- Obsessive Compulsive Anonymous, Inc. (OCA) P.O. Box 215, New Hyde Park, New York 11040. 516741-4909. Internet: members.aol.com/west24th/index.html

Obsessive-Compulsive Foundation, Inc. (OCF) P.O. Box 70, Milford, CT 06466-0070. 203-878-5669. Email: info@ocfoundation.org. Internet: www.ocfoundation.org

Obsessive Compulsive Information Center, Madison Institute of Medicine, 617 Mineral Point Rd., Suite 300, Madison, WI 53717. Internet: www.healthtechsys.com

Suite 300, Madison, WI 53717. Internet: [www.healthtechsys.com / mim.html](http://www.healthtechsys.com/mim.html)

Our Courage Defines Us (OCDU), PO Box 9123, Niskayuna, NY 12309-0123.

Tourette Syndrome Association, Inc. 42-40 Bell Boulevard, Bayside, New York 11361-2820. 718-224-2999. Email: tourette@ix.netcom.com

Trichotillomania Learning Center, 1215 Mission Street, Santa Cruz, CA 95050. 408-457-1004. Email: trichster@aol.com Internet: www.trich.org/

PÁGINAS WEB SOBRE SALUD MENTAL

Asociación de Trastornos Obsesivo-Compulsivos:

www.asociaciontoc.org

Traducción al castellano de la página de TOC del National Institute of Mental Health: www.nimh.nih.gov/publicat/spanocd.cfm

Departamento de Psiquiatría de la University of Massachusetts Medical School: healthnet.umassmed.edu/mhealth/mhespanol.cfm

Psiquiatria.com:

www.psiquiatria.com/areas/pacientes_y_familiares/trobsesivo

Página web americana de recursos para el TOC. (En inglés):

www.ocdresource.com

Obsessive-Compulsive Foundation de E.E.U.U. Fundación obsesivo-compulsiva de Estados Unidos. (En inglés):

www.ocfoundation.org

Página de la organización nacional de Reino Unido para personas que padecen TOC. (En inglés): www.obsessive-action.demon.co.uk

Página web de Ontario (Canadá) creada por pacientes con TOC dirigida también a pacientes con TOC. (En inglés):

www.oocdn.org/whatis.asp

Centro de recursos de información del TOC y de otros trastornos relacionados. (En inglés): www.miminc.org/aboutocic.html

Página de la Obsessive Compulsive Foundation of Metropolitan Chicago: de ayuda para pacientes con TOC. (En inglés): www.ocfchicago.org

Página de la Obsessive Compulsive & Spectrum Disorders Association. Organización del estado de California dedicada a brindar apoyo y educación a enfermos y familiares de TOC. (En inglés): www.ocdhelp.org

The Obsessively Clean Den: A UK club for people with OCD. Club inglés para gente con TOC. (En inglés): www.expage.com/page/myobsessivelycleanden

Center for Psychiatric Rehabilitation at Boston University: www.bu.edu/sarpsychjobschool

Página web de Cherry Pedrick: <http://members.aol.com/Cherlene>

Fairlite OCI) Server: <http://fairlite.com/ocd>

Internet Mental Health Infosource: www.mhsource.com

Mental Health: www.mentalhealth.com

National Anxiety Foundation: <http://lexington-on-line.com/naf.html>

Obsessive-Compulsive Disorder Resource Center: www.ocdresource.com

Obsessive-Compulsive Foundation: www.ocfoundation.org

OCD Online: www.ocdonline.com

OCD Resource Center of South Florida: www.ocdhope.com

OC & Spectrum Disorders: www.ocdhelp.org

Scrupulous Anonymous: www.liguori.org/aposto1c/cssr/newsltr.htm

Trichotillomania Learning Center: www.trich.org

Referencias

- ALSOBROOK, II, John P. y PAULS, David L. (1998): "Genetics of obsessive-compulsive disorder". En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management, Third Edition*, editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-R)*. 1400 K St. N.W., Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AZRIN, N. y NUNN, R. G. (1973): "Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics". En *Behavioural Research and Therapy* 11: 619-628.
- BAER, L. y JENIKE, M. (1998): "Personality disorders in obsessive-compulsive disorder". En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- BECK, A. T.; EMERY, G. , y GREENBERG, R. L. (1985): *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Nueva York: Basic Books.
- CIARROCCHI, Joseph (1995): *The Doubting Disease: Help for Scrupulosity and Religious Compulsions*. Mahwah, Nueva Jersey: Paulist Press.
- (1998): "Religion, scrupulosity, and obsessive-compulsive disorder". En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, 3ª ed., editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- DAMECOUR, C. L. y CHARRON, M. (1998): "Hoarding: A symptom, not a syndrome". En *Journal of Clinical Psychiatry* 59: 5, May.
- ELLIS, A. (1962): *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.

- FREESTON, M. H.; RHEAUME, R. y LaDoucheur, R. (1996): "Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts". En *Behaviour Research and Therapy*, 34(5): 433-446.
- FREESTON, M. H.; LADOUCHEUR, R.; GAGNON, F.; THIBODEAU, N.; RHEAUME, R.; LETARTE, H. y BUJOLD, A. (1997): "Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3): 405-413.
- FREESTON, M. H. y LADOUCHEUR, R. (1997): "What do patients do with their obsessional thoughts?". En *Behavior Research and Therapy* 35(4): 335-348.
- FROST, R. y GROSS, R. (1993): "The hoarding of possessions". En *Behavioral Research and Therapy*, 31: 367-381.
- FROST, R., y STEKETEE, R. (1998): "Hoarding: clinical aspects and treatment strategies". En *ObsessiveCompulsive Disorders: Practical Management*, 3ª ed., editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- GELLER, Daniel A. (1998): "Juvenile obsessive-compulsive disorder". En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, 3ª ed., editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- GREENBERG, D. (1984): "Are religious compulsions religious or compulsive?". En *American Journal of Psychotherapy*, 38: 524-532.
- GREENBERG, D. (1987): "Compulsive hoarding". En *American Journal of Psychotherapy*. XLI: 409-416.
- GREIST, J. H. y JEFFERSON, J. W. (1995): *Obsessive-Compulsive Disorder Casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- HECHT, A. M.; FICHTE, R M. y POSTPISCHIL, P. (1983): "Obsessive-compulsive neurosis and anorexia nervosa". En *International Journal of Eating Disorders*, 2: 69-77.
- JENIKE, Michael; BREITER, Hans C.; BAER, Lee; KENNEDY, David N.; SAVAGE, Cary R.; OLIVARES, Michael J. y otros (1996): "Cerebral structural abnormalities in patients with obsessive-compulsive disorder: A quantitative morphometric magnetic resonance imaging study". En *Archives of General Psychiatry*, 53: 625-632.

- JENIKE, Michael (1996): *Obsessive-Compulsive Foundation: Special Report, Drug Treatment of OCD in Adults*. Milford, CT: Obsessive-Compulsive Foundation.
- (1998): “Theories of etiology”. En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, 3ª ed., editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- KEUTHEN, Nancy; O’ SULLIVAN, Richard L. y JEFFREY, Donald E. (1998): “Trichotillomania: Clinical concepts and treatment approaches”. En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*, 3ª ed., editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- KOPLEWICZ, Harold S. (1996): *It’s Nobody’s Fault*. Nueva York: Times Books.
- LEONARD, Henrietta (1989): “Childhood rituals and superstitions: Developmental and cultural perspectives”. En *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*, editado por J. L. Rappoport. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- MARCH, John y MULLE, Karen (1998) *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. Nueva York: The Guilford Press.
- MCDOUGLE, Christopher J. y GOODMAN, Wayne K. (1997): “Combination pharmacological treatment strategies”. En *Obsessive-Compulsive Disorders: Diagnosis; Etiology, Treatment*, editado por Eric Hollander y Dan J. Stein. Nueva York: Marcel Dekker, Inc.
- NIEHOUS, Dana J. H. y STEIN, Dan J. (1997): “Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and assessment”. En *Obsessive-Compulsive Disorders: Diagnosis; Etiology, Treatment*, editado por Eric Hollander y Dan J. Stein. Nueva York: Marcel Dekker, Inc.
- O’SULLIVAN, G.; NOSHIRVANI, H. y MARKS, I. (1991): “Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy of obsessive-compulsive disorder”. En *Journal of Clinical Psychiatry*, 52: 4.
- PEDRICK, Cherylene (1997): *Obsessive-Compulsive Disorder*. P. O. Box 1407, Roseville, CA: National Center of Continuing Education, Inc.
- (1999): “Ministering to students with obsessive-compulsive disorder”. En *Teachers in Focus*, Febrero.

- PHILLIPS, Katherine A. (1998): "Body dysmorphic disorder: Clinical aspects and treatment strategies". En *Disorders: Practical Management*, 3ª ed., editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- PIACENTINI, John y GRAWE, Flemming (1997): "Childhood OCD". En *Obsessive-Compulsive Disorders: Diagnosis; Etiology, Treatment*, editado por Eric Hollander y Dan J. Stein. Nueva York: Marcel Dekker, Inc.
- SALKOVSKIS, P. M. (1985): "Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis". En *Behavior Research and Therapy*, 23: 571-583.
- SALZMAN, L. (1973): *The Obsessive Personality: Origins, Dynamics and Therapy*. Nueva York: Jason Aronson.
- SCHWARTZ, Jeffery M. y BEYETTE, B. (1996): *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Disorder*. Nueva York: HarperCollins.
- SEUSS, L. y HALPERN, M. S. (1989): "Obsessive-compulsive disorder: The religious perspective". En *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*, editado por Judith L. Rappoport. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- STEKETEE, Gail S. (1993): *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Nueva York: The Guilford Press.
- STEKETEE, Gail S.; FROST, Randy O.; RHAUME, Jose y WILHELM, Sabine (1998): "Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder". En *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management, Third Edition*, editado por M. Jenike, L. Baer, y W. Minichiello. St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- SWEDO, Susan Anderson y LEONARD, Henrietta (1998) *Is It "Just a Phase"? How to Tell Common Childhood Phases from More Serious Problems*. Nueva York: Golden Books.
- WEGNER, D. M. (1989) *White Bears and Other Unwanted Thoughts*. Nueva York: Viking Penguin.

-
- YARYURA-TOBIAS, Jose A. y NEZIROGLU, Fugen A. (1997) *Biobehavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*. Nueva York: W. W. Norton y Company.
- (1997b): *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- ZUNG, W. W. K. (1965): "A self-rating depression scale". En *Archives of General Psychiatry*, 12: 63-70.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS PINILLOS. (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (26ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (6ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. PRÓLOGO DE M. MARROQUÍN. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. PRÓLOGO DE J. MARTÍN VELASCO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (10ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. PRÓLOGO DE ANA MARIA SCHLÜTER RODÉS. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*.
GERALD MAY. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE JUAN MANUEL G. LLAGOSTERA.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*.
ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. PRÓLOGO DE LUIS ROJAS MARCOS. (2ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE JOAQUÍN Mª. GARCÍA DE DIOS.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST. PRÓLOGO DE GABRIELA WASSERZIEHR.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. PRÓLOGO DE CELEDONIO CASTANEDO. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA. PRÓLOGO DE LUIS LLAVONA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. PRÓLOGO DE JOSÉ KLINGBEIL.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD. PRÓLOGO DE JOHN AMODEO.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA. PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
48. *Palabras para una vida con sentido*. Mª. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. PRÓLOGO DE ANTONIO BLANCH. (2ª ed.)

51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* LESLIE S. GREENBERG. PRÓLOGO DE CARMEN MATEU. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ. PRÓLOGO DE VICENTE E. CABALLO.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE y ELISA LÓPEZ BARBERÁ y COLS. PRÓLOGO DE JOSÉ A. GARCÍA-MONGE.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida.* JOSÉ LUIS MARTORELL. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
57. *Somos lo mejor que tenemos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE J. GUILLÉN DE ENRÍQUEZ.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE EUGENE GENDLIN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* IOSU CABODEVILLA ERASO. PRÓLOGO DE RAMÓN MARTÍN RODRIGO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA. (4ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. PRÓLOGO DE DAVID H. BARLOW, Ph.D. (6ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISSOFF. PRÓLOGO DE SERGE PEYROT.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ.
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNS y BRIAN THORNE. PRÓLOGO DE MANUEL MARROQUÍN PÉREZ.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA. PRÓLOGOS DE MALEN CIREROL Y LINDA SENT
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENGOIA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ. PRÓLOGO DE GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN. PRÓLOGO DE RAMIRO J. ÁLVAREZ.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUIS PÍO ABREU. PRÓLOGO DE ERNESTO FONSECA-FÁBREGAS.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS. PRÓLOGO DE JOSÉ MARÍA MARDONES.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE OLGA CASTANYER.

96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (ED.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT.
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. PRÓLOGO DE DAVID H. BARLOW PH.D. (4ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (7ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancha. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ. PRÓLOGO DE ADRIANA SCHNAKE.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO JAUREGUI.
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejercer un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÓZAR.
116. *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (2ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D.
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALA JAISON. PRÓLOGO DE OLGA CASTANYER.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS MARÍN.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (6ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (11ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE LUIS PELAYO. EPÍLOGO DE ANTONIO NÚÑEZ.
7. *Creer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (10ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (4ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.

17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. EUGENE T. GENDLIN. PRÓLOGO DE CARLOS R. CABARRÚS.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida*. CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor*. ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (ED.). (2ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días*. RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto*. JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación*. BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK. PRÓLOGO DE ALEJANDRO ROCAMORA.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método*. GEORGE DE LEON. PRESENTACIÓN DE ALBERT SABATÉS.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*. HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE. PRÓLOGO DE ALBERT ELLIS.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica*. JOSÉ L. TRECHERA. PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
27. *Cuerpo, cultura y educación*. JORDI PLANELLA RIBERA. PRÓLOGO DE CONRAD VILANOU.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación*. DONI TAMBLYN. PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA DE JESÚS DAMIÁN FERNÁNDEZ SOLÍS
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. ÁNGELES MARTÍN. PRÓLOGO DE CARMELA RUIS DE LA ROSA (2ª ed.)



Serendipit

M

A

I

O

R

Este libro es la mejor novedad sobre terapia cognitivo-conductual aplicada al trastorno obsesivo compulsivo que ha aparecido en años. Incluye descripciones minuciosas y de fácil lectura sobre las últimas técnicas conductuales en el tratamiento del TOC que no se encuentran en ningún otro volumen.

Se trata de un programa autodirigido excelentemente organizado. Los ejemplos y las instrucciones concretas de los componentes de la terapia cognitivo-conductual para adultos y niños son muy completos. Los padres y familiares encontrarán apoyo y ayuda para deshacer el patrón de la facilitación y los terapeutas serán capaces de poner en práctica tareas conductuales que aliviarán el sufrimiento del TOC.

“Este libro ofrece una explicación clara del tratamiento moderno del trastorno obsesivo compulsivo. Personalmente espero recomendarlo a muchos de mis pacientes con dicha patología. Contiene, muy bien detallados, los procedimientos de la exposición y la prevención del ritual, los cuales constituyen una parte fundamental de lo que consideramos el tratamiento más efectivo para el TOC. Además contiene procedimientos y ejemplos específicos referentes al empleo de las técnicas cognitivas más vanguardistas”.

—Dr. James Claiborn, psicólogo y miembro de la junta científica consultiva de la Fundación para el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

© Fotografía de cubierta: AGE Fotostock



ISBN: 978-84-330-1821-2



9 788433 018212

www.edesclée.com

DESCLÉE DE BROUWER

