

Guía del TOC

(Trastorno Obsesivo-Compulsivo)

de ansede.com

por

Dr. Pedro Moreno

Psicólogo especialista en Psicología Clínica

basado en extractos del libro:

“Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.”
de Pedro Moreno, Julio C. Martín, Juan García y Rosa Viñas
Publicado en 2008 por la editorial Desclée de Brouwer

**Versión 1.0
de la Guía del TOC**

Visita la web www.anseude.com
para descargar la última ver-
sión disponible de esta guía.
Gracias.

Sobre esta guía

La información y/o los ejercicios propuestos deben entenderse como material educativo que puede ayudar al lector a comprender la ansiedad y el miedo patológico. Sin embargo, esta guía no debe emplearse para reemplazar el diagnóstico y el tratamiento de un profesional experto en salud mental.

Para conseguir más información sobre la superación de la ansiedad y el miedo se puede visitar la página web del Instituto Ansede: <http://www.ansede.com>.

Esta guía es una versión modificada de algunos extractos de libro “Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes”, escrito por los especialistas Pedro Moreno, Julio C. Martín, Juan García y Rosa Viñas, y que ha sido publicado por la Editorial Desclée de Brouwer, 2008. Dicho libro puede conseguirse en librerías de España, América Latina y sur de Estados Unidos. También puede solicitarse directamente a la editorial.

Sobre cesiones del copyright

Usted tiene permiso para reenviar este documento a familiares y amigos. De hecho, le animamos a facilitar una copia de este documento a todos sus seres queridos. Sin duda, la mejor herramienta para prevenir la ansiedad es la información.

Sin embargo, si desea reproducir este documento con fines comerciales necesita permiso escrito del autor y la editorial, con independencia del medio empleado.

No tiene permiso para modificar, resumir o extractar la información aquí contenida.

Contenido

Introducción: ¿Soy obsesivo?	4
Inventario para evaluar el TOC	6
Algunos casos de personas que sufren TOC.....	8
¿Cómo puedo resolver mi problema?.....	16
Tratamiento psicológico.....	16
Tratamiento farmacológico	17
Lee esto antes de continuar: plan de la obra	18
Pistas para entender el TOC	20
Tipos de obsesiones y compulsiones.....	22
Obsesiones más frecuentes	22
Compulsiones más frecuentes	25
TOC parece, pero no es	28
Preocupaciones de la vida cotidiana	28
Volverse loco	29
Comienzo, desarrollo y frecuencia del TOC	31
Por qué surge y cómo se mantiene el TOC	32
Genes “obsesivógenos”	32
Experiencias psicológicas “obsesivógenas”	34
Desencadenantes del TOC	38
Acontecimientos vitales estresantes	38
La importancia del estado de ánimo.....	39
El TOC surge y se mantiene	41
Para ampliar la información aquí contenida	42

INTRODUCCIÓN: ¿SOY OBSESIVO?

En el lenguaje cotidiano empleamos a menudo expresiones como “obsesivo”, “perfeccionista” o “maníático” para referirnos a formas de comportarnos que pueden ser problemáticas y causarnos gran malestar. La idea transmitida por esas expresiones es que el comportamiento, que sería normal en otras circunstancias, ha llegado a un extremo que parece anormal. Por ejemplo, es deseable mantener ciertas precauciones para no contaminarse o no contraer enfermedades, sin embargo, a primera vista, parece excesivo tener que lavarse las manos 50 ó 100 veces al día. Otro ejemplo: es normal que, hasta cierto punto, nos puedan asaltar dudas sobre si hemos cerrado bien o no la puerta de casa o la llave del gas, sin embargo podría ser anormal comprobar 25 veces si hemos cerrado bien la puerta de casa y que persista la duda en nosotros. Estos son algunos ejemplos, entre los muchos que existen, de los síntomas de un trastorno de ansiedad que denominamos *trastorno obsesivo compulsivo* (TOC, en adelante).

Los psicólogos ponemos la etiqueta de “*obsesiones*” a aquellas ideas, impulsos o imágenes que ocurren de forma espontánea y repetitiva en nuestra mente. Típicamente, el paciente sabe que ese pensamiento, esa imagen o ese impulso es suyo pero siente

que es absurdo o inapropiado y aún así le cuesta mucho evitar que acudan a su mente estas ideas o impulsos. Las obsesiones causan gran malestar y pueden ocupar mucho tiempo, deteriorando nuestra calidad de vida.

Para neutralizar las obsesiones o, de algún modo compensarlas, es habitual realizar *compulsiones*, que son comportamientos o acciones mentales repetitivas que se ejecutan para prevenir o aliviar el malestar que causan las obsesiones que nos invaden. Por ejemplo, si me siento sucio, es típico que acuda a lavarme las manos para reducir esa sensación. Si me asalta la duda sobre si he cerrado bien la puerta, es típico que vuelva a comprobar si la cerré bien. Si me asalta el impulso de asesinar a mi hijo, además de sentir una angustia profunda, es típico que haga “algo” para evitar que eso ocurra (por ejemplo, llamar a mi pareja para que lo tenga en brazos y me detenga, por si cediese al impulso de asesinarlo “en un arrebato de locura”). Si cometo un error, puedo necesitar repetir mentalmente 33 veces la expresión “tres, trinidad, perfección”, como una forma de subsanar la sensación de ser imperfecto, cuando objetivamente creo tener muy buenas cualidades.

Las personas que sufren trastorno obsesivo-compulsivo necesitan dedicar cada vez más tiempo a neutralizar o contrarrestar sus obsesiones absurdas. Y esto lo hacen mediante cada vez más y más acciones o pensamientos que al principio tranquilizaban, pero que cada vez tranquilizan menos. Estas personas se sienten típicamente atrapadas en una vida que es una repetición continua y desesperante de pensamientos, actos, y profundos sentimientos de angustia. Generalmente, las personas que sufren TOC acaban desarrollado episodios depresivos y pueden tener graves dificultades en su trabajo y en su vida cotidiana.

Inventario para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo

En Tabla 0.1 se presenta un inventario con algunas de las obsesiones y compulsiones más frecuentes. Rellénalo para explorar tu “obsesividad”. Marca (V) si consideras que la frase es “verdadera” en tu caso; marca (F) si la consideras falsa.

Tabla 0.1. *Inventario de experiencias obsesivo-compulsivas*

1. Al tocar a otros siento que puedo contraer una enfermedad	V – F
2. A menudo me siento sucio o contaminado	V – F
3. Me lavo las manos más de 15 veces cada día	V – F
4. Cuando cierro una puerta tengo muchas dudas sobre si he cerrado bien	V – F
5. Compruebo varias veces las cosas que hago, a veces hasta el agotamiento	V – F
6. Paso mucho tiempo dudando sobre cosas que para otros son sencillas	V – F
7. Me siento muy mal cuando no veo mis cosas ordenadas de forma simétrica o equilibrada	V – F
8. Necesito ordenar las cosas de un modo especial para sentirme bien	V – F
9. El desorden me pone muy nervioso	V – F
10. Me horrorizo por sentir a veces impulsos de agredir a otras personas	V – F
11. Me da miedo coger cuchillos afilados si estoy con otras personas	V – F
12. A veces me asusto mucho por pensamientos muy agresivos que tengo	V – F
13. Si me acerco a un balcón tengo miedo de	V – F

que me dé por saltar al vacío	
14. En lugares sagrados temo que me dé por gritar obscenidades o blasfemias	V – F
15. Me imagino escenas sexuales pornográficas con imágenes de personajes sagrados	V – F
16. Tengo pensamientos que me atormentan porque van en contra de mis convicciones morales	V – F
17. Tengo pensamientos pornográficos muy desagradables	V – F
18. A veces siento impulsos sexuales que me parecen horribles	V – F
19. Necesito hacer las cosas tan bien que me pierdo en los detalles	V – F
20. Tengo pensamientos absurdos y repetitivos que no puedo detener fácilmente	V – F
21. Me cuesta mucho tirar objetos que otros consideran inútiles o gastados	V – F
22. A menudo me cuesta eliminar de mi cabeza palabras o música que acabo de escuchar	V – F
23. A veces me siento culpable de sucesos que otros me dicen que están fuera de mi alcance	V – F
24. A menudo me cuesta terminar las cosas porque no encuentro la forma correcta de finalizarlas	V – F
25. Necesito hacer las cosas de una forma tan concreta que me paralizo y no puedo hacerlas	V – F
26. Muchas veces doy tantas vueltas a un mismo tema que paso horas sin llegar a ninguna conclusión	V – F

Corrección e interpretación de resultados: Si has marcado alguna de las 26 frases como verdadera y esas ideas, pensamientos, sentimientos o impulsos te parecen absurdos o irracionales, podrías estar sufriendo un TOC. Para realizar el diagnóstico de TOC además debería darse al menos una de las siguientes condicio-

nes:

1. Sientes demasiado malestar como consecuencia de esas ideas, sentimientos o impulsos.
2. Dedicas mucho tiempo a las acciones que realizas para reducir o prevenir el malestar que te producirían esas ideas, sentimientos o impulsos en caso de no hacerlas.
3. Tus relaciones familiares, sociales, académicas o laborales se están deteriorando como consecuencia de tus ideas, sentimientos o impulsos, o de las acciones que te sientes obligado a realizar para reducir tu malestar.

Algunos casos de personas que sufren trastorno obsesivo-compulsivo

A continuación presentamos, brevemente, los casos de algunos de nuestros pacientes que han sufrido TOC. Hemos seleccionado estos casos porque cubren una amplia gama de obsesiones y compulsiones que solemos encontrar en la consulta, sin embargo, las variaciones que presentan los pacientes que sufren TOC va mucho más allá de lo mostrado en estos ejemplos. El TOC no se diagnostica por las obsesiones o compulsiones concretas que presente el paciente, sino, más

bien, por el hecho de que la persona sufre a consecuencia de ideas, pensamientos o impulsos repetitivos y considerados absurdos, que a veces le llevan a realizar actos para neutralizarlos. En capítulos posteriores volveremos sobre estos casos, para analizarlos con más detalle.

EL CASO DE MARÍA¹: “*¿Soy una madre psicópata?*”

María tiene 25 años. Recientemente se ha casado y ha tenido un niño. Cuando nació su hijo dejó de trabajar en los almacenes de fruta de su pueblo. Ahora se dedica a cuidar a su hijo y a ayudar a su marido con el papeleo de un pequeño negocio. Al principio, como todas las madres, se estresó mucho con los cuidados que requiere un bebé. Terminaba tan cansada que lo acostaba con ella en la cama para que se quedara dormido. Un día, preparando la comida en la cocina, tenía al niño sentado en la trona. Cogió un cuchillo para pelar unas patatas y cuando lo miró, le pasó por la cabeza un pensamiento que retumbó como un trueno: “*¿y si se lo clavara al niño...?*”. Sintió tal terror que se quedó paralizada. Tras notar un escalofrío que le recorrió el cuerpo, el cuchillo se le cayó de las manos. Inmediatamente fue a abrazar a su hijo llorando, como si tuviera que protegerle de algo. A partir de ese momento, empezó a no meterlo en la cama, por si se quedaba dormida y lo asfixiaba con su cuerpo. En la cocina, si su hijo estaba cerca, no cogía los cuchillos. Los tenía metidos en un cajón al fondo, para que no le fuera fácil sacarlos. Cuando no había más remedio que coger un cuchillo para pelar algo a su hijo, si podía, lo hacía fuera de su vista o intentaba que alguien estuvie-

¹ Los nombres y otros datos que podrían identificar a nuestros pacientes han sido modificados para preservar su anonimato.

se presente.

EL CASO DE ADELA: “Comprobar bien es complicado”.

Adela estaba casada. Había intentado tener hijos, pero no se quedaba embarazada. Tenía 37 años. Su marido decía que era una “maniática”. Antes de ir a acostarse, comprobaba la llave del gas. Esto no tenía nada de particular, lo hace mucha gente. Pero ella tardaba quince minutos. Primero la cerraba. Luego, para estar más segura, volvía a abrirla y la cerraba de nuevo. Cuando se retiraba de la tubería, le asaltaba la duda: “¿La habré cerrado bien?”. Entonces volvía y la comprobaba de nuevo. Solía apretar hacia la izquierda, hasta que se convencía de que la llave estaba cerrada. Pero al retirarse a su habitación, volvía a asaltarle la dichosa pregunta: “¿La habré cerrado bien?” y empezaba a sentir un sudor frío y una inquietud, que sólo desaparecía cuando se levantaba y volvía a comprobar la llave. A veces era tan angustiosa la pregunta, que le pedía a su marido que la comprobara él, porque ella ya no podía más. Cuando su marido volvía a la habitación, le preguntaba: “¿Estás seguro de haberla cerrado bien?”. Él siempre decía que sí, pero ella insistía: “¿Estás seguro?”. Incluso le pedía que volviera a comprobarlo, hasta que él se enfadaba. Algunos días ella se dormía llorando.

Cuando salía de casa, tenía que cerrar con llave y darle tres vueltas. Esto parece simple, muchas cerraduras tienen tres vueltas. Pero ella tenía que hacerlo en absoluto silencio. Si había dado la primera vuelta y de repente aparecía un vecino, hacía como que se le había olvidado algo y entraba en casa otra vez. Volvía a salir después y comenzaba de nuevo la operación. Si mientras lo hacía se oía el ascensor u oía cualquier otro ruido, tenía que empezar de nuevo, hasta que oyese

perfectamente el sonido de cada vuelta. Cuando, por fin pudo salir a la calle, había tardado 20 minutos en cerrar la puerta.

Antes de salir de casa, tenía que comprobar que todas las ventanas estuvieran cerradas. Esto suponía ir habitación por habitación y comprobar el picaporte. Normalmente lo agarraba con la mano y lo giraba tres veces, hasta convencerse de que el picaporte estaba perfectamente cerrado. Cuando ya había hecho el recorrido por toda la casa, frecuentemente le asaltaba la duda del picaporte de una determinada habitación. No recordaba si lo había comprobado tres veces y volvía para asegurarse. Como ya estaba un poco insegura, volvía a recorrer otra vez todas las habitaciones por si acaso... Salir de casa podía llevarle entre 20 minutos y dos horas.

EL CASO DE SUSANA: “*La contaminación se multiplica como por arte de magia*”

Susana es una mujer de 36 años que trabaja como jefa de laboratorio en una empresa química. Desde hace un tiempo nota que se ha vuelto “más escrupulosa”. Siente a menudo que se puede contaminar y que puede contaminar a otros. Esto le obliga a lavarse las manos cada vez con más frecuencia, llegando a los 30 lavados diarios. En su trabajo manipula sustancias químicas peligrosas que justifican adoptar ciertas medidas de precaución. No obstante, reconoce que su cautela va más allá de lo razonable y acude a consulta psicológica precisamente porque teme que los demás puedan “notar algo” y considerarla “rara”, lo que podría impedir su promoción en su empresa. Cuando indagamos en su vida privada encontramos que esa “cautela” también se presentaba en casa: necesitaba lavarse las manos casi tantas veces como en el trabajo, la

ducha duraba unos 30-40 minutos y debía seguir un orden concreto de modo estricto, cada lavado debía realizarse de un modo determinado para prevenir el contagio de gérmenes que podían quedar en el lavabo. En ocasiones los lavados debían repetirse más de lo habitual, hasta lograr una sensación de descontaminación completa. Lo que más le angustiaba era verse encerrada en una situación absurda: sabía que no se estaba contaminando con nada, pero le producía tanta ansiedad no lavarse que se veía obligada a ello, una y otra vez.

EL CASO DE ROBERTO: “*Un mundo ordenado, un mundo perfecto*”

Roberto trabajaba de cajero en un banco. Nunca se le habían dado bien los estudios. Empezó de auxiliar en el banco y, gracias a su esfuerzo, le ascendieron a cajero. Se había casado y su mujer no trabajaba. Pronto tuvieron dos hijos. El banco le mandó a una ciudad costera. Era la primera vez que salía de su ciudad. Volvía extremadamente cansado del trabajo y tuvo una depresión. Durante el tiempo que duró la enfermedad le dieron la baja y estuvo tomado medicación. Volver al trabajo le costó un mundo, pero finalmente se reincorporó. Se había comprado un coche de segunda mano que llevaba impecable. Era su primer coche. Solía lavarlo con esmero. También lo miraba por si alguien le hubiera hecho algún rozón. Era meticoloso y solía revisarlo siempre en el mismo orden, empezando por los bajos, luego las puertas, las aletas delanteras y traseras, el capó y finalmente el maletero. No dejaba de comprobarlo hasta que se convenciera de que estaba en perfecto orden. Como era aficionado a los coches, solía comprarse revistas de esta temática. Tras varias discusiones con su mujer por el espacio que ocupan en casa,

decidió guardarlas en el garaje y el trastero. Tenía ya tantas cajas de revistas que apenas quedaba espacio para otros utensilios.

En su mesa del banco, todo tenía que estar perfecto. Los papeles clasificados por su tamaño y perfectamente alineados. Sus compañeros se daban cuenta de que tardaba mucho tiempo en ponerse a trabajar, que lo que ellos hacían en menos de un minuto, a Roberto le costaba diez. Tenía la sensación de que hablaban de él a su espalda. Esto aumentaba su mal humor, su desánimo y le obligaba a esforzarse aún más en su trabajo. Cuando veía algún papel desalineado en la mesa de un compañero, su atención se centraba tanto en eso, que era incapaz de escuchar lo que le decían, a no ser que los pusiera en orden. Algun compañero incluso le había llamado la atención por tocar papeles de su mesa.

Roberto empezaba a vivir un infierno. Cada día le costaba más trabajo levantarse. Cuando llegaba a casa, pasaba horas en el garaje comprobando que el coche estaba en orden y que no tenía ningún rozón. En casa habían salido unas pequeñas grietas en la pared junto a la puerta. También comprobaba las grietas, lentamente, de arriba abajo y de abajo a arriba. Quería comprobar que no aumentasen. También dedicaba un largo tiempo a comprobar las gafas. Las examinaba escrupulosamente por ver si tenían algún arañazo. Siempre seguía el mismo plan: primero las patillas, luego, el puente y por último los cristales. Finalmente las dejaba siempre en el mismo sitio antes de acostarse. Por la mañana se levantaba y seguía siempre el mismo orden: ponerse los calcetines, ponerse los pantalones sin abrochar, la camisa, abotonársela de abajo a arriba, meterla dentro del pantalón, abrocharse el pantalón, ponerse la corbata y por último las gafas. Sólo entonces podía coger la cartera y meterla en el bolsillo iz-

quierdo del pantalón. Luego las llaves de casa en el derecho. Cualquier cambio en este orden, suponía volver a empezar desde el principio, es decir, volver a quitarse toda la ropa y empezar de nuevo. Si no lo hacía así, pensaba que iba a pasar algo malo ese día, a él, a su mujer o a alguno de sus hijos.

EL CASO DE ENRIQUE: “*¿Seré yo homosexual?*”

Enrique es un varón de 45 años que ha mantenido relaciones estables con varias mujeres. No ha llegado a casarse ni se ha decidido a convivir con ninguna de ellas. Convive con sus padres, ya mayores, y no tiene quejas sobre su estilo de vida. Le gusta salir con sus amigos, tomar cervezas y cortejar mujeres atractivas que se cruzan en sus salidas nocturnas. Acude a consulta porque desde hace unos meses ha comenzado a preocuparse por tener ciertos pensamientos e impulsos. Enrique cuenta que a veces se pone muy nervioso porque de pronto le acude a la mente la idea de que es homosexual y se queda desconcertado pensando: “*¿Homosexual yo, que nunca me han gustado los hombres? Respeto que a otros hombres les puedan gustar los hombres, pero a mí siempre me han gustado las mujeres.*” En otros momentos, cuando está con su madre, tiene miedo de que le dé un “impulso” y acabe tocando los pechos o las nalgas de su madre. Esto le angustia mucho. Le parece horrible esa idea y se siente profundamente preocupado por la posibilidad de que no pudiera contener ese impulso. Actualmente está evitando todas aquellas situaciones en las que parece que se disparan sus pensamientos e impulsos obsesivos. Sobre todo evita acercarse a su madre y ha disminuido la frecuencia con la que salía con los amigos por los bares nocturnos.

EL CASO DE VERIDIANO: “*¿Y si no es real la realidad?*”

Veridiano es un chico inteligente que acaba de cumplir 18 años de edad. Siempre ha sido muy responsable y estudioso. La madre lo califica como un “chico excelente”, tanto por su comportamiento como por su responsabilidad, aunque a veces echa de menos que no salga a divertirse algo más con sus amigos. Tras estudiar a los filósofos clásicos, sobre todo a Platón y a Descartes, se ha acentuado su miedo a que la realidad no sea lo que parece. Cuenta que se angustia mucho por la posibilidad de que el mundo no sea real. Teme que su vida sea algo parecido a la del protagonista de la película “El show de Truman” o que el mundo pueda ser “virtual” como se presenta en la película “Matrix”. En el “Show de Truman” su protagonista había nacido dentro de un mundo construido por una productora de televisión que retransmite su vida en directo, las 24 horas del día y sin que en ningún momento Truman tome conciencia de la artificialidad del mundo en que vive. Todos sus amigos, compañeros de trabajo y conocidos en general, son actores que siguen sus respectivos guiones. En “Matrix” se presenta el argumento de que todo el mundo, tal y como lo vivimos los humanos, es generado por una supercomputadora que “inyecta” esa realidad virtual en nuestros cerebros mientras nosotros creemos vivir una vida real. Veridiano se dedica a veces horas enteras a “filosofar” sobre cómo es el mundo, lo que no le conduce a ninguna respuesta definitiva y sí a una cantidad de angustia tan profunda como innecesaria.

¿Cómo puedo resolver mi problema?

Si tienes un TOC o conoces a alguien que lo tenga, te habrá resultado familiar mucho de lo leído hasta ahora. Quizá te estés preguntando si se puede solucionar este problema y qué puedes hacer para resolverlo. Hasta hoy, dos tratamientos han resultado ser eficaces para tratar el TOC: Uno es psicológico y el otro farmacológico. En ocasiones, se combinan los dos, sobre todo cuando predominan las obsesiones y prácticamente no hay compulsiones. En otras ocasiones, desafortunadamente, cuando no es posible acceder a un tratamiento psicológico especializado para este trastorno, el médico sólo ofrece el tratamiento farmacológico.

Tratamiento psicológico

Dentro de la psicología y de la psiquiatría hay diferentes formas de entender los problemas psicológicos. Por tanto, también hay diferentes formas de tratarlos. Hay tratamientos de tipo cognitivo-conductual, psicoanalítico, psicodinámico, sistémico, humanista, etc. Cada uno de estos tratamientos puede ser más o menos beneficioso según el tipo de problema psicológico.

Según los estudios científicos realizados hasta el presente, el único tratamiento psicológico que ha demostrado ser eficaz para el TOC y para reducir las recaídas es el *tratamiento psicológico cognitivo-conductual*. Este tratamiento es, precisamente, el que exponemos en este libro. En principio, es igual de efectivo si se realiza de forma individual o en grupo.

Cuando el TOC tiene lugar en conjunción con otras problemas puede ser preferible un tratamiento psicológico individualizado y adaptado al caso. El objetivo del tratamiento psicológico para el TOC es reducir las obsesiones, las compulsiones y el malestar que causan, mejorando la calidad de vida del paciente y, en una parte de los casos, permitiendo una vida completamente normal.

Tratamiento farmacológico

Hasta hoy, pese a que se han probado distintos fármacos para controlar las obsesiones y las compulsiones, los únicos que han demostrado ser efectivos son los *antidepresivos*. En concreto, la clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Estos últimos son los que más se utilizan, ya que provocan menos efectos secundarios.

Estos antidepresivos son efectivos en el TOC, aunque no haya depresión concomitante. El problema de los fármacos es que, tras dejar de tomarlos, es más probable la recaída que si se ha realizado un tratamiento psicológico especializado de forma conjunta.

Dada la importancia de este tema, hemos incluido al final del libro un capítulo sobre la farmacología del TOC. En cualquier caso, recuerda que nunca es inteligente la automedicación y que siempre debemos consultar con un especialista antes de comenzar o interrumpir cualquier tratamiento farmacológico.

Lee esto antes de continuar: plan de la obra

Este libro está diseñado y escrito para que pueda ayudarte de varias maneras a vencer tu TOC. Si estás muy angustiado por los síntomas que tienes o si dudas sobre tu estado de salud mental, debes consultar con un psicólogo clínico antes de intentar diagnosticar y tratar tu estado por ti mismo. Difícilmente un libro puede ayudarte a descartar otros problemas que podrías estar sufriendo actualmente y que tal vez sean prioritarios.

Hecha la advertencia del párrafo anterior, entramos en el detalle de cómo está diseñada esta obra, su contenido y cómo puede emplearse.

El objetivo principal que nos proponemos es presentar algunas de las ideas más novedosas y contrastadas sobre el tratamiento del TOC, al tiempo que proponemos un método, paso a paso y con abundantes ejemplos, para que un lector interesado pueda aplicar estos consejos en su vida cotidiana.

En el capítulo segundo desarrollamos los principales tipos de obsesiones y compulsiones que se dan, las diferencias con otros problemas cercanos en apariencia y los datos que poseemos sobre el comienzo, desarrollo y frecuencia con la que se da el TOC.

En el capítulo tercero nos adentramos en las causas del TOC, tanto desde la predisposición biológica y psicológica como desde los desencadenantes actuales del trastorno. También desarrollamos los factores que contribuyen al mantenimiento del TOC una vez desencadenado.

A continuación encontramos una serie de capítulos de carácter más práctico. En ellos analizaremos

nuestro caso particular, los pensamientos erróneos y las creencias disfuncionales que fluyen por nuestra mente en estado obsesivo. Seguidamente pasaremos al “laboratorio de prácticas” para poner a prueba nuestras creencias obsesivas y, tras modificar lo modificable, pasaremos, con base firme, a plantar cara a los síntomas obsesivos y compulsivos en el mundo real.

En la parte final del libro encontramos dos capítulos que nos sirven para reflexionar y obtener información adicional. El capítulo nueve aporta información sobre los aspectos biológicos del TOC y los tratamientos farmacológicos disponibles. El capítulo final, titulado “Los peligros de una mejoría”, pone de manifiesto ciertas cuestiones que a veces cabe plantearse antes de lograr una solución definitiva de este grave trastorno de ansiedad.

PISTAS PARA ENTENDER EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Lo característico del trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC) es, precisamente, la presencia de obsesiones y compulsiones, que provocan un intenso malestar y que repercuten en la vida personal, social y laboral de quien las padece. Las *obsesiones* son pensamientos, imágenes o impulsos que aparecen en nuestra cabeza de forma involuntaria. Normalmente estos pensamientos, imágenes e impulsos chocan con nuestra moral o nuestra forma de ser, por lo que solemos sentir que son ideas o impulsos absurdos, cuando no descabellados. A veces pueden llegar a ser realmente angustiosos, como en el caso de María, que presentamos en el capítulo anterior (ver p. 8 y siguientes). Esta chica sufría muchísimo cuando le asaltaban pensamientos de dañar a su hijo. Tenía miedo de ser realmente una persona con instintos homicidas y estaba profundamente deprimida por tener pensamientos de ese tipo. Cuanto más luchaba por quitarse esas ideas de la cabeza, más le venían, sintiéndose cada vez más incapaz de controlar sus propios pensamientos. Existen muchos tipos de obsesiones, como veremos más adelante; casi tantos como la imaginación nos pueda fabricar.

Las *compulsiones* son comportamientos o acciones mentales (pensamientos voluntarios) que realizamos para sentirnos menos angustiados. Pretenden neutralizar o anular las obsesiones para que no se hagan realidad. Por ejemplo, en el capítulo anterior vimos cómo Susana se angustiaba continuamente con pensamientos de estar contaminada. Sólo cuando se lavaba exhaustivamente conseguía sentir alivio, aunque éste duraba poco porque en seguida volvían a aparecer las obsesiones de contaminación. También vimos cómo las compulsiones pueden llevarse a cabo con el propósito de aumentar la sensación de seguridad o aliviar el malestar. Así, Roberto, para sentirse seguro y relajado, necesitaba que todo estuviera en orden y por eso repasaba el coche, ordenaba los papeles y comprobaba las gafas repetidamente. Sabía que todas estas compulsiones le estaban creando problemas en casa y en el trabajo, pero sentía una fuerte necesidad de realizarlas. Cuando se resistía a ellas, aumentaba su ansiedad, hasta que terminaba cediendo y las llevaba a cabo una y otra vez.

Pese a que en algún caso las compulsiones parecen tener una lógica razonable para erradicar las obsesiones o los sentimientos de inseguridad —por ejemplo, cuando nos lavamos *porque* nos sentimos sucios—, los actos compulsivos sólo alivian la ansiedad de forma transitoria y generalmente agravan la sensación de inseguridad o duda que acompaña a las obsesiones.

Tipos de obsesiones y compulsiones

Normalmente, las obsesiones y las compulsiones tratan sobre un tema, que suele ser importante para quien las padece. Por ejemplo, una persona con la obsesión de haberse contaminado, como Susana, es fácil que tenga la compulsión de lavarse las manos repetidamente. En este caso habría un tema común: contaminación/desinfección.

No obstante, podría darse casi cualquier combinación entre obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, recuerdo un paciente que, ante la obsesión de estar contaminado, revisaba y comprobaba continuamente su cuerpo para garantizar que no hubiese marcas o síntomas de contaminación. También repetía mentalmente una oración cada vez que tenía la sensación de estar contaminado.

Veamos las obsesiones y compulsiones más frecuentes. Repásalas y observa cuáles son las que te molestan actualmente. Es posible que en tu caso haya un determinado tema o una combinación particular de obsesiones y compulsiones.

Obsesiones más frecuentes

Las obsesiones más frecuentes están relacionadas con temas tan diversos como la suciedad, la enfermedad y la contaminación, los impulsos agresivos, las situaciones peligrosas, la sexualidad y los “asuntos abstractos”. Veamos con más detalle cada una de estas temáticas obsesivas:

1. *Suciedad, enfermedad y contaminación.* En esta clase de obsesiones, podemos pensar o imaginar que nosotros mismos, nuestros seres queridos u otras personas pueden ensuciarse, contagiarse o contaminarse, lo que podría provocar la enfermedad o la muerte. Distinguimos tres tipos. En las *obsesiones de suciedad* se experimenta un intenso malestar al entrar en contacto con productos corporales (heces, orina, sudor, saliva, eructos, semen, flujo vaginal), basura o materia podrida, animales, ropa u objetos sucios. En las *obsesiones de enfermedad*, se teme estar en contacto con gérmenes que causen enfermedades (SIDA, cáncer o enfermedades venéreas). Por último, en las *obsesiones de contaminación*, uno teme contaminarse con productos químicos o sustancias perjudiciales para la salud. Como hemos visto en el caso de Susana, lo más frecuente es que este tipo de obsesiones conduzcan a compulsiones de lavado, limpieza y desinfección.
2. *Agresión.* En esta clase de obsesiones uno teme poder agredir física o verbalmente a otras personas, como le sucedía a María, que se angustiaba al pensar que podía apuñalar a su hijo. Hay personas que pueden obsesionarse también con la idea de agredirse a sí mismos. Recuerdo un paciente que lo pasaba francamente mal. Evitaba quedarse solo o estar cerca de cualquier objeto que pudiera servir para hacerse daño, pues creía que podía perder el control y terminar hiriéndose o suicidándose, a pesar de sus ganas de vivir.

3. *Estar en peligro.* Pueden aparecer diversas obsesiones en las que se piensa o se imagina que uno mismo u otra persona puede estar en peligro. Este peligro puede deberse a alguna imprudencia que se teme cometer, como le sucedía a Adela, que se angustiaba al pensar que podía dejarse abierto el gas, la puerta o las ventanas. A veces uno puede convencerse de que puede evitar el peligro al hacer algo, como le sucedía a Roberto. Éste pensaba que podía garantizar la seguridad de sí mismo y de su familia gracias a sus rituales de orden.
4. *Sexualidad.* Las obsesiones de Enrique son un claro ejemplo, pues vivía angustiado ante sus dudas de orientación sexual y sus impulsos incestuosos. Otros ejemplos de estas obsesiones son: pensamientos de violar o abusar de alguien, imágenes pornográficas desagradables, impulsos de desnudarse en público o de besar a alguien en contra de su voluntad, sensación de haber agredido sexualmente a alguien, etc.
5. *Asunto abstracto.* En este caso más que un pensamiento concreto, suele haber una cadena de pensamientos sobre un tema, que se repite una y otra vez, hasta que resulta desagradable. Si recuerdas a Veridiano, este chico podía pasarse horas dudando sobre si su vida era real o ficticia. Este tipo de obsesiones puede ser sobre filosofía o religión (el sentido de la vida o qué pasa después de la muerte) o sobre la forma de ser o de comportarse (por ejemplo cómo ser el mejor esposo, profesional, padre, etc.).

Compulsiones más frecuentes

Las compulsiones más frecuentes entran dentro de los siguientes temas: lavado/limpieza/desinfección, comprobación, orden/simetría, repetición y acumulación. Veamos con más detalle cada temática compulsiva:

1. *Lavado, limpieza y desinfección.* Susana podía llegar a lavarse las manos 60 veces al día y tardar una hora en ducharse. Este tipo de comportamientos repetidos y excesivos es lo que conocemos como compulsiones de lavado. El lavado puede ser del propio cuerpo, de la ropa, de la casa, de las mascotas, o incluso de los propios hijos. Susana, aunque era consciente de que su comportamiento era desproporcionado, nunca tenía la sensación de estar realmente limpia o desinfectada, de forma que se lavaba una y otra vez cuando le asaltaban las dudas de contaminación o suciedad.
2. *Comprobación.* Consiste en comprobar o asegurarse de que algo negativo no ha sucedido o de que no se ha cometido ningún error o imprudencia. Las dudas obsesivas suelen inducir estas compulsiones. Por ejemplo, Adela necesitaba comprobar varias veces que no había dejado abierta la llave del gas. Si no estaba totalmente segura, volvía a comprobarla o pedía a su marido que lo hiciera. Roberto podía pasarse horas comprobando que su coche o sus gafas no tenían ningún arañazo. A veces las comprobaciones pueden hacerse mentalmente. Uno de mis pacientes tenía la obsesión de haber atropellado a alguien con el coche de camino a casa. Repa-

saba y comprobaba mentalmente lo que había hecho durante el trayecto. Si no se quedaba tranquilo (lo que solía ocurrir), comprobaba el coche por si había restos de sangre o regresaba al trabajo para comprobar si había algún peatón herido por el camino. Como cuatro ojos ven más que dos, pedía a su mujer que le acompañara, sobre todo cuando la ansiedad era muy elevada. Así, ella podría comprobar que no había atropellado a nadie, por si a él se le había escapado algún detalle.

3. *Orden y simetría.* Para poder trabajar tranquilo, Roberto necesitaba que los papeles estuvieran “bien” archivados. A veces retrasaba su trabajo o recibía críticas por el tiempo invertido en ordenar todo tipo de objetos. Una paciente necesitaba que la mesa estuviera en el centro justo del comedor. Llegaba a levantarse dos horas antes por las mañanas para alcanzar la anhelada simetría. Si no era así, iba al trabajo angustiada, pensando que algo malo podía suceder. Las compulsiones de orden y la simetría pueden darse con todo tipo de objetos o utensilios.
4. *Repetición o contar.* Se puede repetir multitud de comportamientos o acciones mentales, a veces siguiendo normas fijas o en un número determinado de veces. Adela necesitaba dar tres vueltas a la llave en absoluto silencio. Si algo la interrumpía, tenía que comenzar de nuevo. También es frecuente repetir mentalmente palabras, frases, matrículas de vehículos o canciones, a veces simplemente por el hecho de escucharlas en la radio o la televisión. Recuerdo un paciente que necesitaba reemplazar sus pensamientos negativos por un pensamiento o acción

positivos. Cada vez que le asaltaba la obsesión de atacar a su mujer tenía que decirle “te quiero” o repetir varias veces “quiero a mi mujer”, para poder calmar su ansiedad.

5. **Acumulación.** Algunos pacientes coleccionan o guardan objetos que realmente no son útiles y que ocupan un espacio innecesario en casa o en el lugar de trabajo. Roberto tenía el garaje lleno de cajas con revistas de coches. Sabía que no iba a volver a leerlas ni las necesitaba, pero la idea de tirarlas le angustiaba muchísimo. El espacio en el garaje se reducía y las discusiones con su esposa aumentaban por este motivo. Aun así, sentía la fuerte necesidad de seguir comprándolas y guardándolas.

Cualquiera de los cinco grupos de compulsiones anteriores puede realizarse de manera “ritualizada”. Una compulsión se convierte en *ritual* cuando cada acción tiene varios pasos que han de cumplirse siguiendo un orden o secuencia rígida. Por ejemplo, para vestirse, un paciente, tenía que ponerse primero el calcetín derecho, luego el izquierdo, comprobar que no estaban arrugados o que estaban suficientemente estirados, luego el pantalón, la camisa, etc. Si en algún momento se equivocaba en el orden de la prenda o consideraba que no estaba suficientemente estirada, tenía que quitarse toda la ropa y volver a empezar desde el principio. Roberto y Susana también tenían compulsiones muy ritualizadas que requerían mucho tiempo. Las comprobaciones de Roberto tenían que seguir un orden muy definido. Al igual que los lavados de Susana, que para lavarse las manos primero empezaba con el pulgar, luego con el índice, etc.

TOC parece, pero no es

En el lenguaje corriente es muy común utilizar la palabra *obsesión* para referirse a distintas cosas. Es frecuente oír frases como “estás obsesionado con esto” o “todo lo que tienes es obsesión”.

Al principio de este capítulo hemos definido lo que es una verdadera obsesión: pensamientos, imágenes o impulsos desagradables y/o absurdos, que asaltan nuestra mente a pesar de nuestros intentos por deshacernos de ellos y que provocan malestar. A continuación vamos a intentar aclarar lo que NO son obsesiones, aunque a veces puedan confundirse con ellas.

Preocupaciones de la vida cotidiana

Algunas personas viven en un continuo estado de preocupación. Se preocupan en exceso por el trabajo, los estudios, el bienestar de la familia, los hijos, problemas económicos, conflictos con los vecinos, etc. A veces estas preocupaciones son tan excesivas que uno puede tener la sensación de que no las controla, o incluso puede desarrollar síntomas de ansiedad como tensión, inquietud o problemas para dormir. Si esto se mantiene en el tiempo puede provocar problemas de estómago, dolores musculares o mucho cansancio.

La diferencia entre las obsesiones y las preocupaciones excesivas es que en las preocupaciones uno no se siente extraño por tenerlas. La persona que tiene preocupaciones excesivas tampoco se asusta ni las evita cuando aparecen, ya que cree que hace un bien al preocuparse por determinados asuntos.

Normalmente, las preocupaciones son un intento de solucionar problemas reales de la vida cotidiana, aunque a veces pueden dispararse y provocar ansiedad. En cambio las obsesiones no pretenden solucionar ningún problema, sino que ellas mismas son el problema.

Si tienes preocupaciones excesivas y problemas de ansiedad generalizada, podría resultarte interesante la lectura del libro “Superar la Ansiedad y el Miedo” de Pedro Moreno (publicado por la editorial Desclée De Brouwer, colección *Serendipity*).

Volverse loco

En nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes con TOC tardan mucho tiempo en consultar con un especialista por temor a que les diga que están “locos”. No sé si será tu caso, pero es posible que hayas pensado que sólo un “loco” podría tener pensamientos como los tuyos. También es posible que te dé miedo o te avergüençe hablar de ellos.

Generalmente lo que se entiende por “loco” es una persona que tiene delirios y alucinaciones. En los *delirios*, uno está totalmente convencido de que algo es real sin tener pruebas de ello y en contra de la opinión de todos los demás. Los más frecuentes son estar convencido de que la gente te persigue o intenta perjudicarte, que alguien controla tus pensamientos o tu cuerpo a través de un microchip u otros medios, que tienes poderes especiales (por ejemplo, tener la capacidad de leer el pensamiento de personajes influyentes o sentirse capaz de cambiar el destino de las personas) o eres otra persona (por ejemplo, el Mesías o Napoleón). En las *alucinaciones* uno puede ver personas u objetos que no

existen, escuchar voces que le dan órdenes o voces que discuten entre ellas. Todo esto lleva a *comportamientos extraños*, porque la persona actúa como si los delirios y las alucinaciones fueran reales. Por ejemplo, discutir con un desconocido porque cree que es un espía o porque cree que le da órdenes a través del microchip que lleva implantado. Un paciente que atendí en la unidad de agudos de un hospital psiquiátrico estaba convencido de que el Gobierno seguía y controlaba su vida y, cuando él hacía algo con lo que el Gobierno no estaba conforme, éste le enviaba por radio un pinchazo al estómago a modo de castigo.

Estos delirios y alucinaciones pueden ocurrir como consecuencia del consumo de drogas, pero también en los trastornos mentales de base orgánica como ciertos tumores cerebrales. Son característicos de la esquizofrenia, y pueden acompañar en ocasiones al trastorno bipolar y a la depresión grave.

En tu caso, puede ser que estés preocupado o asustado por tus pensamientos, pero sabes que son un producto de tu mente. No crees que nadie te esté introduciendo estas ideas en la cabeza ni crees llevar un microchip. Además, cuando uno tiene un delirio o una alucinación, jamás experimenta vergüenza o culpa (como puede ser tu caso) porque está convencido de que son reales.

Comienzo, desarrollo y frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo

Generalmente el TOC comienza en la adolescencia o al principio de la edad adulta, aunque también hay casos en niños pequeños. Su aparición suele ser gradual y puede estar relacionada con periodos de estrés o con la toma de nuevas responsabilidades en personas vulnerables a padecerlo. Como por ejemplo, dificultades familiares, escolares o con los amigos durante la adolescencia; problemas laborales, de convivencia en pareja o la crianza de los hijos y en el caso de las mujeres es bastante frecuente que el TOC aparezca tras el nacimiento del primer hijo.

Precisamente, por su relación con el estrés, las obsesiones y las compulsiones pueden desaparecer en periodos de tranquilidad y volver a aparecer después, coincidiendo normalmente con periodos de más estrés. No obstante, este trastorno es difícil que se resuelva por sí solo de forma definitiva sin un tratamiento adecuado. Por este motivo, muchos pacientes con TOC terminan deprimiéndose o teniendo otros problemas, como consumo de alcohol y drogas (para mitigar la ansiedad), problemas laborales y sociales, y, sobre todo, un gran sufrimiento que sólo comprenden las personas que padecen este trastorno.

POR QUÉ SURGE Y CÓMO SE MANTIENE EL TRASTORNO OBSESI-VO-COMPULSIVO

Muchos pacientes se preguntan por qué tienen trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC). Aunque aún no hemos conseguido responder totalmente a esta pregunta, sí que se han encontrado una serie de factores que en mayor o menor medida contribuyen a la aparición y desarrollo del TOC. Los revisamos a continuación.

Genes “obsesivógenos”

Según nuestros genes, podemos enfermar de una manera o de otra. Hay personas que tienen más facilidad que otras para desarrollar un tipo particular de enfermedad como, por ejemplo, la depresión, la esquizofrenia o las úlceras de estómago.

Diversos estudios indican que algunas personas tienen más *vulnerabilidad* que otras para desarrollar un TOC debido a sus genes. Por ejemplo, el TOC se da más en dos hermanos gemelos (genéticamente iguales) que en dos hermanos no gemelos (con genes parecidos pero no iguales). Además, si alguno de tus padres, hermanos o hijos tiene un TOC o tics nerviosos es más probable que tú también los puedas tener. De hecho, se estima que los familiares de primer grado tienen 5 veces más probabilidades de padecer este trastorno que la población general.

También se sabe que hay tres zonas en el cerebro que tienen mucho que ver con el TOC. La primera de ellas se llama *corteza orbitofrontal* y está relacionada con la capacidad de parar o frenar los pensamientos y los comportamientos. La segunda zona se llama *ganglios basales* y está relacionada con la puesta en marcha de pensamientos y comportamientos que uno tiene muy aprendidos (por ejemplo, decir las tablas de multiplicar o montar en bicicleta). La tercera se llama *corteza cingulada* y tiene que ver con prestar atención, sobre todo cuando algo nos afecta emocionalmente. Algunos datos curiosos sobre la relación entre estas zonas del cerebro y el TOC son:

- Las personas con enfermedades en estas zonas (por ejemplo, la enfermedad de Parkinson) o que se han lesionado por un fuerte golpe en la cabeza, tienen más TOC de lo esperado.
- Cuando se hace una prueba de neuroimagen funcional mientras uno está experimentando las obsesiones o las compulsiones, se observa más actividad en estas zonas del cerebro.

- Cuando un tratamiento es eficaz para el TOC, la actividad en estas zonas vuelve a la normalidad. Cabe remarcar que esta vuelta a la normalidad ocurre tanto si el tratamiento eficaz ha sido de tipo psicológico como de tipo farmacológico

No obstante, y como reza el dicho, no está claro si fue antes el huevo o la gallina. Es decir, no se sabe si problemas en estas zonas del cerebro provocan las obsesiones y las compulsiones o, al contrario, la aparición de las obsesiones y compulsiones pone en marcha estas zonas del cerebro.

Experiencias psicológicas “obsesivógenas”

¿Te dicen con frecuencia que eres una persona muy responsable? ¿Recuerdas si de pequeño te decían que eras muy maduro para tu edad? Si por algo se caracterizan muchas de las personas que padecen TOC es por su elevado sentido de la *responsabilidad* y su elevada sensibilidad a cometer errores. A veces son tan elevados, que se sienten responsables de sucesos que realmente no pueden controlar por sí mismos o que dependen de otras personas. El miedo a ser responsable de sucesos negativos, puede generar la *necesidad de hacer*

algo para impedir que ocurran. O, en el caso de no poder impedirlos, hacer algo para evitar ser responsable de ellos.

Existen ciertas experiencias de la infancia que pueden facilitar que un niño desarrolle este alto sentido de la responsabilidad. Observa si te identificas con alguna de las siguientes experiencias:

1. *Toma prematura de la responsabilidad.* Hay niños que desde bien pequeños se ven “forzados” a crecer antes de tiempo. Determinadas situaciones familiares facilitan que uno asuma responsabilidades que no corresponden a su edad o que corresponden a otras personas. Adela tuvo que hacerse mayor antes de tiempo. Era la mayor de 5 hermanos, uno de ellos con una cardiopatía. Su padre siempre estaba trabajando y su madre, que padecía una grave depresión, pasaba mucho tiempo en cama. Con sólo 12 años Adela tuvo que asumir la responsabilidad de cuidar de su madre, de sus hermanos y de las tareas domésticas. Demasiada responsabilidad para una niña.
2. *Exceso de protección familiar.* Muy al contrario de lo anterior, María era la menor de tres hermanos. Siempre se sintió muy querida y protegida en su familia, aunque difícilmente la dejaban hacer cosas por ella misma. Acostumbrada a que los demás asumieran las responsabilidades, se agobió mucho tras casarse y tener su primer hijo. Se sentía insegura de su propia capacidad para ejercer como esposa, madre y trabajadora. Al no estar acostumbrada a equivocarse, se hizo más sensible a los fallos.
3. *Educación en la familia.* Hay familias que valoran en exceso comportamientos como el aseo, la

limpieza, el orden o el no cometer errores. Roberto y Susana son un claro ejemplo de esto. Roberto tenía un padre muy estricto. Le exigía un alto rendimiento en todas las tareas que realizaba. Cuando se equivocaba o era desorganizado, aunque sólo fuera un poco, solía castigarlo o ridiculizarlo. A Susana le pasaba algo parecido, pero con su madre. Amante de la limpieza y el orden, la ignoraba o la criticaba si no cumplía sus normas, en muchas ocasiones exageradas para una niña. Ahora, de adultos, son Roberto y Susana quienes se recriminan a sí mismos cuando no realizan sus tareas de forma perfecta. Acostumbrados a ser los culpables de todos los problemas de casa, se culpan a sí mismos por cualquier mínimo error.

4. *Educación fuera de la familia.* Algunos centros escolares, deportivos o religiosos fomentan y valoran normas rígidas de comportamiento. Enrique, por ejemplo, estudió en un colegio con normas rígidas sobre moral y conducta. De adolescente se sentía fuertemente culpable por tener pensamientos eróticos o por no ser lo suficientemente bondadoso con los demás. Siempre se ha sentido muy responsable de sus pensamientos y sus comportamientos, no permitiéndose a sí mismo nada que se aparte de una moral intachable y un alto rendimiento profesional.
5. *Pensamientos con consecuencias negativas por casualidad.* Es normal que los niños se enfaden con sus seres queridos cuando éstos no les dan lo que desean. También es frecuente que durante ese enfado el niño maldiga o le deseé la muerte a ese familiar que no cumple sus deseos. Más tarde, si ese familiar ha experimentado

azarosamente algún suceso negativo (accidente, despido laboral, enfermedad, muerte, etc.), el niño puede convencerse erróneamente de que sus pensamientos o deseos pueden influir negativamente en la vida de los demás. Esto puede facilitar que de adulto se vea muy responsable de sus propios pensamientos y deseos, puesto que cree que éstos pueden perjudicar a los demás o a sí mismo. María conoce muy bien esta situación. Cuando tenía 10 años, se enfadó mucho con su hermano. Se enfadó tanto que pensó “ojalá se muriera”. Al día siguiente su hermano se golpeó en un columpio jugando con sus amigos y se dañó bastante. Desde entonces, María tenía miedo de sus propios pensamientos. De alguna manera, creía que sus pensamientos negativos podían influir en los demás o hacerse realidad.

6. *Errores con consecuencias negativas.* Es posible que de niño (o de adulto) hayas cometido algún error o descuido con consecuencias negativas. Es posible que este error haya causado un daño o haya sido un peligro para otras personas. También es posible que hayas sido castigado o culpado reiteradamente por este suceso. Esto puede haber facilitado que te sientas muy responsable si vuelves a cometer otro error. Adela, por ejemplo, recuerda con culpa y vergüenza cómo su hermana pequeña se dañó al caer por las escaleras cuando se suponía que ella tendría que haber estado vigilándola. Nunca se ha perdonado este grave error y desde entonces se considera muy responsable del bienestar de los demás.

Desencadenantes del trastorno obsesivo-compulsivo

Es posible que conozcas a personas que han vivido las experiencias anteriores y no han desarrollado un TOC, y estás en lo cierto. El desarrollo de un TOC requiere una base genética, como hemos comentado anteriormente. También requiere la vivencia de experiencias que eleven el sentido de la responsabilidad en uno mismo. Pero además es necesario que se den otras circunstancias, que sumadas a los genes y a las experiencias, disparen o hagan que se desencadene el TOC. Entre estas circunstancias están los acontecimientos vitales estresantes y el estado de ánimo negativo.

Acontecimientos vitales estresantes

Las situaciones nuevas y los cambios en nuestra vida pueden provocarnos malestar. Algunos cambios pueden ser negativos y repentinos como la muerte o la enfermedad de un familiar, un despido laboral o ser abandonado por tu pareja. Otros pueden ser positivos, aunque también repentinos, como ser ascendido en el trabajo, el nacimiento de un hijo, mudarse o irse a vivir en pareja. Todos estos cambios requieren un periodo de adaptación y la puesta en marcha de habilidades de afrontamiento.

También hay situaciones negativas que, aunque más o menos manejables, pueden mantenerse en el tiempo, afectándonos negativamente. Algunos ejemplos serían las discusiones o conflictos continuos con la familia, la pareja o en el trabajo, problemas con amigos

o vecinos, exceso de trabajo, enfermedades físicas, expectativas y deseos que no se cumplen, situaciones económicas complicadas o falta de tiempo para ocio y relajarse.

Todas estas situaciones nuevas o mantenidas en el tiempo pueden dar lugar a que nos estrememos de más. Por ejemplo, Susana estuvo bastante estresada antes de comenzar con su TOC. En poco tiempo fue ascendida a jefa de laboratorio en una empresa química, lo que implicó asumir nuevas responsabilidades y cambiar horarios. Aunque este cambio era positivo, empezó a dudar de su propia capacidad para hacerle frente. Poco a poco aquel cambio tan deseado se convirtió en una amenaza para su autoestima. Además, creía que nadie le facilitaba las cosas. Sus antiguos compañeros habían cambiado su actitud, ya que ahora ella era la jefa. En casa, su marido, en vez de apoyarla, se quejaba egoístamente de que no le prestaba atención. Con el tiempo, fue generando una sensación de falta de control e inseguridad, que afectaba a sus pensamientos y estado de ánimo. Se volvió más temerosa y alerta de lo normal. Cuando se sentía así, necesitaba hacer algo que le diera seguridad.

La importancia del estado de ánimo

Como hemos comentado anteriormente, los cambios afectan a nuestro estado de ánimo. Éste dependerá de cómo interpretemos los cambios y a qué parte del cambio prestemos más atención. Podemos fijarnos en tres aspectos del cambio:

- La *pérdida*. Si prestamos atención a lo que hemos perdido, nos sentiremos tristes o de-

primidos. Uno puede haber perdido un ser querido, un trabajo, un tipo de relación, un estatus social, el respeto, un ideal, una esperanza...

- La *amenaza*. Si estamos preocupados por las consecuencias o los peligros de la nueva situación, estaremos más ansiosos y alerta.
- La *injusticia*. Si nos concentrámos en lo injusto de la situación que vivimos, estaremos enfadados o irritados.

En cualquier caso, el estado de ánimo negativo *teñirá* nuestros pensamientos. Los recuerdos del pasado, los pensamientos del presente y lo que esperamos para el futuro *encajará* con ese tinte negativo. Esto ayuda a que aparezcan más pensamientos intrusos no deseados e inesperados en nuestra cabeza (como las obsesiones). Además, seremos más críticos con nosotros mismos, nos preocuparemos más, o nos enfadaremos más con nosotros mismos por tener esos pensamientos. Esto es lo que le pasó a Susana. En la medida que vivía los cambios como una amenaza, se encontraba más ansiosa y alerta. Esto hacía que pensara más en la posibilidad de contaminarse en el laboratorio y que se preocupara más. A su vez, la preocupación aumentaba su ansiedad, creando un círculo vicioso.

El trastorno obsesivo-compulsivo surge y se mantiene

Imagina que estás en casa durmiendo plácidamente. De repente oyes un golpe y te despiertas sobresaltado. Te asomas por la ventana y te encuentras un intruso en tu jardín. ¿Cómo reaccionarías? Posiblemente intentarás hacer algo para defenderte del intruso, pues podría ser un ladrón peligroso. Tu reacción de alarma estaría justificada, había un intruso en tu jardín y tenías que hacer algo para ponerte a salvo.

Imagina ahora que tras asomarte a la ventana, te encuentras un gato merodeando por tu jardín. ¿Cómo reaccionarías entonces? Si no eres amante de los gatos, supongo que no te agradaría mucho la visita de este intruso, pero en ningún caso harías nada para ponerte a salvo. Habría sido una falsa alarma.

En los dos casos había un intruso, pero la reacción es distinta. Si te alarmas ante un ladrón peligroso, estaríamos hablando de una alarma justificada. En cambio, si te alarmas ante el gato, sería una falsa alarma.

Igual que un gato puede asaltar nuestro jardín, a lo largo del día son muchos los pensamientos *intrusos* que pueden asaltar nuestra mente, activando falsas alarmas. ¿Cómo reaccionas ante estos pensamientos

intrusos? ¿Como si fuesen un gato o como si fuesen un ladrón?

En adelante, para referirnos a los pensamientos, imágenes e impulsos que asaltan nuestra mente de forma inesperada y en contra de nuestros deseos, utilizaremos el término “*pensamientos intrusos*”. Nos gusta esta palabra porque resalta la idea de que algo intruso (es decir, un pensamiento, una imagen mental o un impulso no deseado) se entromete en nuestra mente a pesar de nuestros intentos para expulsarlo.

Para ampliar la información aquí contenida

Recomendamos la lectura del libro “Dominar las obsesiones: Una guía para pacientes” publicado en la colección Serendipity de la Editorial Desclée de Brouwer (Bilbao) y escrito por los especialistas Pedro Moreno, Julio C. Martín, Juan García y Rosa Viñas.
