

Volumen

1

EL DESORDEN OBSESIVO COMPULSIVO

Manual para el paciente.

Guía Práctica

SERIE CUADERNOS PRÁCTICOS DE SALUD MENTAL

El Desorden Obsesivo Compulsivo

© Andres.Cuartero Barbanoj
Psicólogo- Especialista en Psicología Clínica

SIPS Serveis Integrals de psicologia

andres@cuartero.name
<http://andrescuartero.cat>

SIPS- C/Mosen Jacint Verdaguer 40 , SANT BOI 08830
Tel 935528332

Tabla de contenido

Introducción

CAPÍTULO 1

¿QUE ES EL DESORDEN OBSESIVO

COMPULSIVO?

- Descripción general del trastorno
- Criterios para el diagnóstico del DOC
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura edad y sexo
- Prevalencia y curso
- Epidemiología genética

CAPÍTULO 2

FENOMENOLOGIA DEL DOC

Aspectos básicos para facilitar la comprensión y el tratamiento psicoterapéutico de las personas que sufren DOC.

- Factores de Predisposición
- La personalidad obsesiva
- La familia obsesiva
- La importancia de la culpa por irresponsabilidad en el DOC
- El detonante: las emociones interpersonales

CAPÍTULO 3

EL OBJETO DE TEMOR EN LAS

OBSESIONES

- La certeza
- La pureza
- La castidad

- La justicia
- El orden
- La integridad propia y ajena
- La religiosidad

CAPÍTULO 4

COMPONENTES BÁSICOS (estructurales)

EN LA OBSESIÓN

- La duda
- La desconfianza
- La culpa

MECANISMOS DE CONTROL EN EL DOC Y

SU SIGNIFICADO

- El pensamiento abstracto: las rumiaciones
- El pensamiento concreto:conductas de comprobación
- El pensamiento mágico: los rituales

CAPITULO 5

INTERVENCIÓN Y POSIBILIDADES DE LA

PSICOTERAPIA EN EL DOC

- Farmacoterapia
- Terapia conductista
- Terapia Cognitivo Conductual

LISTADO DE TÉCNICAS PARA AFRONTAR

EL DOC

BIBLIOGRAFIA

Introducción

Esta guía que tienes en tus manos pretende ofrecer de manera sencilla una visión integral del desorden obsesivo compulsivo, con una finalidad concreta: cuánto mayor es nuestro conocimiento y comprensión de aquello que nos ocurre, mayor es la posibilidad de hacerle frente con éxito. Dicho de otra manera debemos conocer cuál es el problema antes de intentar solucionarlo.

La guía es el resultado de una inquietud profesional y supone un reto en el plano personal tras haber tratado a numerosos pacientes en el ámbito individual que sufren de DOC, una de las experiencias más desconcertantes y angustiosas para el ser humano.

Los contenidos de esta guía están orientados de manera específica a personas integradas en un grupo de soporte y tratamiento para el DOC.

Los miembros del grupo se reúnen para aprender acerca del trastorno, los efectos que provoca sobre sí mismos y sus familias y por descontento las estrategias para afrontarlo.

El grupo de soporte y tratamiento brinda la oportunidad poco habitual de que las personas afectadas de DOC se sientan menos extrañas y aisladas.

En suma, se trata de un proceso de aprendizaje que capacita a la persona, le ofrece recursos, intercambio de experiencias parecidas y el análisis de formas diferentes para afrontar y resolver los problemas.

Una de las experiencias más desalentadoras en las personas que han padecido o padecen un DOC es la aparición de RECAIDAS, o en casos más extremos altibajos constantes a lo largo de años. Este ha sido uno de los factores que han motivado la puesta en marcha de esta experiencia de terapia de grupo, de soporte y tratamiento para el DOC, así como de la confección de esta guía.

Si estás leyendo estas líneas seguramente estás afectado/a por un DOC o conoces a algún familiar o amigo/a próximo que lo padece, el reconocimiento y aceptación de un problema es el primer paso para iniciar la recuperación. Contactar con otras personas en igual situación que tú puede ser de utilidad para afrontar el problema con éxito y llevar una vida normal. Con los tratamientos actualmente disponibles la mayoría de personas experimentan una recuperación total si se acude en fases iniciales del trastorno y en muchos casos una reducción significativa de los síntomas.

Espero sinceramente que los capítulos e ideas que se exponen en esta guía te sean de utilidad.

¿Qué es el desorden obsesivo-compulsivo?

Es frecuente escuchar a nivel popular expresiones tales como : “esa persona tiene muchas manías o es un maniático”, “ cada uno tiene sus manías o rarezas” ,en muchas ocasiones estos comentarios se refieren a rasgos de carácter o de personalidad de un sujeto cuyo comportamiento se ve como extraño, atípico, pero dentro de una “normalidad”.

Las obsesiones son vistas también como algo “normal”, ¿quién no se ha obsesionado en alguna ocasión por motivos dispares , como una preocupación ante un examen, un problema económico circunstancial o dificultades de la vida cotidiana?. Quizás sea este hecho de “normalidad” el que no hace que prestemos atención a esos rasgos de carácter obsesivo, que nos generan un malestar excesivo.

Es frecuente en la consulta del psicólogo escuchar expresiones del tipo : “es que yo me obsesiono mucho por cualquier cosa..”, en versiones más modernas o populares : “ comerse la olla”. También es frecuente la expresión “..me rayo mucho” ó “ no me rayes” cuando la persona que tenemos enfrente no para de repetir algo que hace que nuestro nivel de incomodidad sea elevado y queremos que pare.

Las obsesiones están presentes en la mayoría de personas y por tanto no hay que considerarlo una enfermedad o un hecho patológico. Ahora bien, ¿cuándo se convierte en un problema (trastorno) la obsesión?.

Aunque en la mayoría de ocasiones no es difícil separar una conducta normal de una conducta patológica ,en el fenómeno obsesivo , no siempre resulta tan sencillo establecer la frontera entre obsesión “normal” y obsesión como “trastorno”.

Uno de los indicadores más claros radica en el grado de interferencia que provoca en la vida de una persona la presencia de obsesiones, en la limitación e incapacitación para desarrollar de manera normal la vida cotidiana . Existe pues, una línea divisoria entre las preocupaciones excesivas por los problemas de la vida

real y los pensamientos intrusivos e inapropiados, propios del desorden obsesivo-compulsivo (en adelante DOC)

En este manual nos centraremos en la obsesión como trastorno, en sus diferentes manifestaciones, sus orígenes, factores de predisposición, factores de mantenimiento, estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASTORNO

El DSM iv , Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, describe con precisión la esencia del trastorno obsesivo-compulsivo. Está definido dentro de la categoría de TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Las Obsesiones se presentan como un conjunto de ideas, pensamientos, imágenes ó impulsos recurrentes (repetitivos) y persistentes (duraderos) que son egodistónicos, es decir, que las personas con obsesiones no las perciben como producidas voluntariamente (provocadas voluntariamente),sino más bien vive esos pensamientos o impulsos como invasores, que invaden la conciencia, “que se me meten en la cabeza”. Esos pensamientos son vividos como repugnantes o sin sentido, como absurdos, generando niveles significativos de ansiedad y angustia.

El contenido más usual de las obsesiones ,como veremos con mayor detenimiento en otro capítulo, acostumbra a estar relacionado con la contaminación y la suciedad seguido de la agresión ,la religión y el sexo.

La persona intenta impedir esos pensamientos, imágenes o impulsos, intenta ignorarlos o suprimirlos.

Las compulsiones son conductas repetitivas , con una finalidad concreta, que habitualmente se producen en respuesta a las obsesiones. La finalidad es anular la ansiedad o malestar que provocan las obsesiones. En muchas ocasiones estas conductas repetitivas toman forma de rituales, conductas estereotipadas que se llevan a cabo para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura..

Las compulsiones más frecuentes incluyen el aseo de manos o limpieza, comprobación y reaseguración de elementos domésticos (cocina, puertas, luces,..), comprobación de que los seres queridos siguen vivos, de que no hemos cometido “una locura”, etc.. La persona intenta, al menos inicialmente, resistirse a la compulsión, sin lograrlo. Por lo general las personas con este trastorno reconocen la falta de sentido de la conducta y no obtienen placer en llevar a cabo dicha actividad, aunque reconocen que les produce un alivio en su tensión y angustia..

La sensación de extrañeza que acompaña a los pensamientos o actos obsesivos no proviene de la falta de familiaridad, puesto que la persona puede llegar a experimentarlos infinidad de veces, sino por su carácter intrusivo, ajeno a su voluntad.. Extrañeza, en el sentido de enajenación (de absurdo, de locos,..) de algo que es ajeno o externo a la persona, sobre lo que carece de control, pero que paradójicamente surge de dentro de su propia cabeza. La angustia que provocan las obsesiones llevan a la persona a protegerse de tales pensamientos intentando evitarlos o exorcizarlos de las formas más variadas posibles, como si se tratara de una posesión diabólica.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F 4 2 . 8 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO [3 0 0 . 3] SEGÚN EL DSM-IV

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- (1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una para-filia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Con frecuencia existe **evitación de situaciones** que se relacionan con el contenido de las obsesiones, como son la suciedad o la posibilidad de contraer enfermedades, la presencia de cuchillos, alturas y balcones, etc.. Por ejemplo, un individuo obsesionado por la suciedad puede evitar las salas de espera públicas o estrechar las manos de las personas extrañas. Las **preocupaciones hipocondríacas** son frecuentes, traducándose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber **sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño**. Cabe observar asimismo un **consumo excesivo de alcohol o fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**.

La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traducándose en problemas conyugales, laborales o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar. El trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse a trastorno depresivo mayor, otros trastornos de

ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia), trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Hallazgos de laboratorio. No se han identificado hallazgos de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad un trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, se han observado alteraciones analíticas en grupos de individuos con trastorno obsesivo-compulsivo en comparación con grupos de control. Existen algunos trabajos que demuestran que la administración aguda de algunos agonistas de la serotonina aumenta los síntomas en algunos individuos que presentan el trastorno. A veces también se observa un aumento de la actividad vegetativa cuando el individuo se enfrenta, bajo control analítico, a situaciones que pueden desencadenar una obsesión. Esta reactividad fisiológica disminuye una vez puestos en práctica los actos compulsivos.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Pueden observarse problemas dermatológicos debidos a un uso excesivo de agua o detergentes cáusticos en los actos compulsivos de lavado o limpieza.

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL SEXO



Ilustración 1

Los comportamientos rituales acordes con el marco cultural no constituyen por sí mismos un trastorno obsesivo-compulsivo, a no ser que excedan estas normas culturales, tengan lugar en momentos o lugares considerados inapropiados por el resto de la comunidad e interfieran marcadamente en las relaciones sociales del individuo.

Acontecimientos vitales importantes o pérdidas de seres queridos pueden conducir a una intensificación de los actos rituales, adquiriendo éstos la forma de obsesión a los ojos de un especialista ajeno al contexto cultural en que tienen lugar. Los trastornos obsesivo-compulsivos en los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en

orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico. La mayor parte de veces el problema es detectado por los padres, que llevan al niño a la consulta. También se han visto casos de empobrecimiento gradual del rendimiento escolar secundario a una afectación de la capacidad para concentrarse. Al igual que los adultos, los niños son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están con compañeros, profesores o personas desconocidas. El trastorno muestra una incidencia similar en varones y mujeres.

PREVALENCIA

Aunque antes se creía que el trastorno obsesivo-compulsivo era relativamente raro en la población general, ya que se pensaba que era una minoría las personas que lo padecían. No era reconocido porque las personas con DOC no buscaban tratamiento para así poder ocultar sus manías y pensamientos repetitivos. Estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5 % y una prevalencia anual que se sitúa entre el 1,5 y el 2,1 %.

CURSO

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente un 5 % sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos inter críticos.

Patrón familiar

La tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos. La incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general.

EPIDEMIOLOGIA GENÉTICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN Y METAANÁLISIS

John M. Hettema, MD.,Ph.D-Michael C. Neale, Ph.D-Kenneth S.Kendler.M.D. 2001

Los autores efectuaron diversos metaanálisis de los datos procedentes de estudios familiares y gemelares sobre el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias , el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) para evaluar el papel que desempeñan los factores genéticos y ambientales en su etiología.

Los trastornos de ansiedad son frecuentes, ya que su prevalencia a lo largo de la vida se estima que es de hasta el 25%. Presentan además una elevada comorbilidad, relación con otras alteraciones psiquiátricas, especialmente con los trastornos afectivos (depresión). Los trastornos de ansiedad acarrear una importante carga de angustia y de discapacidad, comparable a los trastornos médicos “crónicos”, como la diabetes. Por este motivo su etiología ha sido y sigue siendo uno de los objetivos principales de la investigación.

Son muchos los estudios primarios que han intentado determinar el carácter familiar de los trastornos de ansiedad y calcular su potencial hereditario. Son muchos los estudios realizados y muchos los conocimientos acumulados a lo largo del tiempo, también son muchas las lagunas. No obstante hasta la fecha no ha habido ninguna iniciativa destinada a resumir dicha información cuantitativamente.

Por tanto estos datos cabe tomarlos desde un punto de vista metaanalítico, sobre todo en vista de que muchos grupos de investigadores han iniciado la búsqueda de los genes de la ansiedad. A través del metaanálisis de los estudios epidemiológicos estos autores intentan responder a las siguientes dos preguntas:



1. ¿qué alcance tiene la agregación familiar de los trastornos de ansiedad?
2. ¿en qué medida contribuyen la genética y el entorno a su etiología?

Los resultados de los diferentes estudios analizados y que cumplían los requisitos para su análisis en lo que hace referencia al DOC, considerados por separado, los datos de los estudios familiares apoyaron de forma diversa la agregación familiar del DOC. Valorados conjuntamente, se observó una relación significativa entre el DOC de los sujetos y el DOC de sus familiares de primer grado. Lo que demuestra en parte la agregación familiar del DOC. El riesgo agregado no ajustado basado en 1209 familiares de primer grado de los sujetos con DOC fue del 8,2% en comparación con el 2% de 746 familiares de control.

Las principales conclusiones serían :

- (1) Los trastornos de ansiedad se agrupan en las familias. Las pruebas más concluyentes se corresponden con el trastorno de angustia.
- (2) La causa principal de riesgo familiar es de origen genético. Para fobias y trast. ansiedad generalizada se sitúa la probabilidad en torno a un 50% (potencial hereditario) Para el DOC no existen datos que lo avalen.
- (3) El cálculo de las posibilidades de heredar alguno de los trastornos de ansiedad, incluido el DOC, se sitúa en una franja baja, entre el 30% y el 40% significativamente inferior a trastornos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Por lo tanto el porcentaje mayoritario de la varianza de la predisposición se explicaría por factores ambientales individuales**

Los autores, llegados este punto, hacen la siguiente valoración : “ ... este valor constituye, sin embargo, con toda probabilidad, una subestimación del verdadero potencial hereditario dado que el error de medición y las interacciones genes-ambiente, no considerados en los modelos, exageran el alcance del impacto que pueda tener determinado entorno. Por otra parte, debido al escaso número de estudios de fobias y de DOC, la validez de extrapolar los datos de estos trastornos son limitadas en comparación con los datos del trastorno por angustia y del trastorno de ansiedad generalizada.

En otros estudios se ha utilizado la formación de imágenes cerebrales, a través de escanear la emisión de positrones (PET) para estudiar el cerebro de personas con DOC, con la intención de identificar factores biológicos que sean de importancia en la génesis o mantenimiento del desorden. En la actualidad se observa en estas personas un registro de actividad cerebral (corteza frontal) diferente al de personas sanas. Hay evidencias que los tratamientos con medicación o terapia conductista puede producir cambios en el cerebro que coinciden con una mejoría clínica.

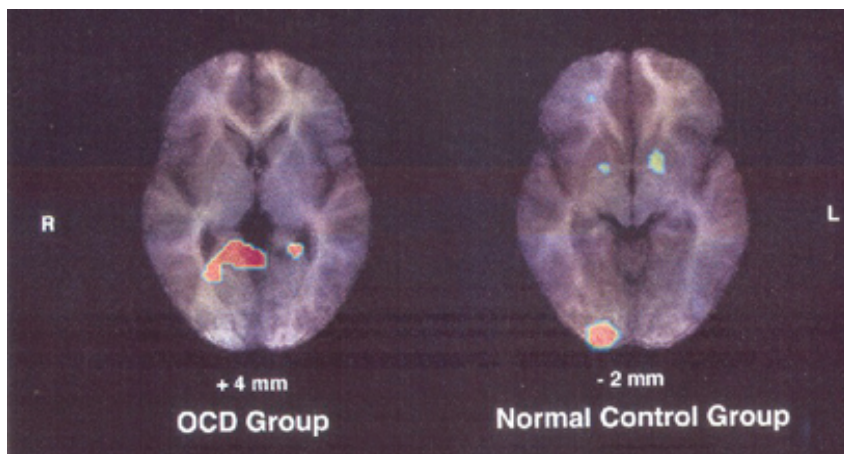


Fig. 1 Imagen cerebral PET (Positron emisión topography scanner)

Otras teorías de la génesis del DOC están enfocadas en la interacción entre conducta y el medio ambiente (el entorno en el que desarrollamos nuestra vida) .Afectado a su vez por creencias, actitudes y como procesamos la información. Estas teorías acerca de la conducta y los factores cognitivos no son incompatibles con explicaciones biológicas.



Factores y características subyacentes en el DOC

Las ideas nucleares que subyacen en la terapia cognitiva- conductual tienen mucho que ver con la forma en que las personas construimos y damos significado al mundo que nos rodea y a las relaciones que establecemos con los demás, tanto las personas significativas en nuestra infancia (figuras de apego), como las relaciones que establecemos más tardíamente.

La ciencia cognitiva ha demostrado que organizamos los acontecimientos usando “esquemas narrativos” imponiéndoles una estructura argumental con un principio, un desarrollo y un final. Desarrollamos esas historias (narraciones) con un inicio y final a través del tiempo y de las experiencias, al estilo por ejemplo de cuando leemos un cuento por la noche a nuestros hijos, cuando leemos un libro, explicamos como ha ido el día, etc. cuando esas historias se complican acudimos en busca de ayuda. Las narrativas pueden desorganizarse y perder coherencia, (a partir de experiencias de fracaso), romperse (por un trauma), limitarse o constreñirse (por que no se cubren necesidades afectivas,..) etc.

Los problemas susceptibles de cambio a través de una terapia están relacionadas con esas estructuras narrativas. “ Nos escribimos a nosotros mismos a medida que se desarrolla nuestra vida”, es lo que nos da un sentido de identidad, a partir de la historia propia y de la historia de lo que dicen de mi. Podemos entender estas estructuras narrativas como estructura de personalidad : COMO SOY , cómo actúo, pienso y siento.

Dicha estructura se mantiene estable a lo largo del tiempo, a través de mecanismos de refuerzo que hacen que ignoremos las experiencias que no se ajustan a nuestras creencias . A pesar de que esas estructuras narrativas son estables pueden entrar en crisis y abrirse al cambio, por no poder dar respuesta a las necesidades cambiantes de la persona con lo que se genera una gran confusión (ansiedad) y sufrimiento. En el presente capítulo analizaremos los principales factores que influyen en esos constructos personales (narrativas de vida).

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

Desde un punto de vista cognitivo, es decir, utilizando la noción de mente como sistema de objetivos y conocimientos a través del cual la persona valora su experiencia, regula las reacciones emocionales, la actividad mental y la conducta, diversas investigaciones con pacientes obsesivos han mostrado la presencia de un miedo a la culpa que es dramáticamente intenso e inaceptable.

La mayoría de personas con DOC juzgan negativamente la posibilidad de actuar de modo irresponsable y culpable y, por lo menos en ciertas circunstancias, todos nosotros la prevemos alguna vez y nos preocupamos por prevenirla, aunque normalmente, no llegamos a las enormes inversiones de tiempo, recursos y energías que caracterizan la actividad preventiva de los obsesivos.

Dos características emergen según diversos estudios:

1. Para las personas obsesivas **ser una persona responsable no es simplemente uno de los muchos objetivos a lograr, sino más bien parece ser una cuestión indispensable para poder mantener el sentido del valor personal. (Una especie de proyecto existencial).**
2. La amenaza de culpa por actuar irresponsablemente.

¿Qué tipo de experiencias precoces pueden haber contribuido a la construcción de esta clase de imagen actual e ideal de uno mismo?

Existe un cierto acuerdo en la mayoría de estudios que indican que no existe una única causa que predisponga, y genere una vulnerabilidad personal a padecer obsesiones o poseer un elevado sentido moral sino que las causas son diversas y se interrelacionan unas con otras. Veamos algunas de ellas, las principales:

- **El tipo de relación de apego con los padres** ejerce una influencia aunque se trate de una influencia inespecífica. Se ha demostrado que la tendencia a las obsesiones y las compulsiones se asocia con una relación de apego, en los primeros 16 años de vida, caracterizada por la falta de atenciones y el alto grado de control, ya sea por parte de la madre o del padre. Estos factores se encuentran en muchas otras psicopatologías, de ello su inespecificidad.

- **Una educación severa** parece ser un buen candidato para dar razón de la tendencia a tener un miedo exagerado a las culpas por irresponsabilidad. Se puede ser severo en muchos sentidos, un padre que tiende sistemáticamente a la culpabilización, porque no está dispuesto a escuchar excusas, justificaciones o razones, bien porque tiene expectativas muy elevadas, propone objetivos y metas como obligaciones y no como instrumentos, porque sus castigos y acusaciones son imprevisibles o desproporcionadas respecto a la culpa cometida., etc.
- La experiencia clínica sugiere que el hecho de **no ser creído, escuchado o tomado en consideración** cuando uno se quiere disculpar u ofrecer sus razones, es un factor predisponente. El niño que se ve inmerso en una ambivalencia que no sabe que hacer o decir para agradar, qué razones dar que puedan ser tenidas en cuenta se siente atrapado en un mar de dudas e inseguridad..
- **Verse cargados a edad temprana de responsabilidad excesiva, por ausencia o incompetencia de los padres.** En el cuidado de hermanos, abuelos/as, llevar la casa, etc. Los sistemas familiares pueden verse afectados por múltiples aspectos que desorganizan la vida familiar generándose en alguno de sus miembros, a edades tempranas una sobrecarga o atribución de responsabilidad para la que no se está preparado psicológicamente. Por ejemplo un padre alcohólico que maltrata a la mujer, los hijos se responsabilizan en defender a la madre, estar siempre presentes, no dejarla sola,.. Una mujer tras una ruptura pierde a su marido y entra en una depresión , la hija pequeña se responsabiliza de la felicidad y bienestar de su madre,...etc
- **Un incidente crítico en el que la persona por acción u omisión propia ha contribuido de manera significativa a un grave perjuicio para uno mismo o para otras personas bajo su responsabilidad.** Por ejemplo, cuidando un hermanito/a y éste sufre un percance serio, o cuando un niño/a muy enfadado, desea fuertemente que un adulto muera y en los días sucesivos, desgraciadamente, el adulto muere de verdad, etc.
- **Haber sido sistemáticamente privado de toda responsabilidad** y en consecuencia no haberse sentido nunca responsable. Hay sistemas familiares y modelos de padres que no facilitan el aprendizaje de la responsabilidad, adaptada a cada edad. En ese sentido no se educa a edades tempranas el sentido de la responsabilidad y después en el inicio de la vida adulta cualquier

responsabilidad en aspectos significativos de la vida la persona se siente atenazada y atemorizada.

- **Una educación con normas de conducta rígidas y sentido de la obligación rígido y exagerado.** No significa que en la educación no hayan de existir normas o que no tenga que haber una educación en valores, pero estos han de ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las situaciones de manera eficaz y razonable. La obligatoriedad “no existe”, las cosas pueden ser o no ser: ¿Es obligatorio que salga el sol mañana?, ¿es obligatorio acudir al trabajo? ¿matar a otra persona es malo?. La respuesta a esta última pregunta es probable que sea SI, es malo matar. Pero la gravedad del hecho de decidir la vida o la muerte de otra persona depende de si estamos en guerra (“en defensa de la patria”) entonces matar se convierte en algo “bueno”, o si es en defensa propia, por que corre peligro mi vida, etc.. como vemos, una norma o valor, puede ser interpretada con matices que le alejan de ese sentido de obligatoriedad o rigidez. En la vida de las personas existen los deseos, las preferencias y comúnmente éstas son convertidas en “obligatorios/imperativos” que son rígidas e inamovibles.
- **Ambigüedad sustancial en la relación de apego en la infancia:** Relaciones con los progenitores con mensajes contradictorios, por ejemplo comunicando afecto y aprecio a nivel verbal pero mostrándose con frialdad y desaprobación en el plano afectivo. Esto pondría en un lugar central a la DUDA, sobre el hecho de ser o no ser una persona despreciable y de aquí se derivaría, en primer lugar a la búsqueda de la certeza absoluta y sucesivamente la tendencia a la duda (auténtico motor de las obsesiones y compulsiones).
- **Relaciones con los progenitores,** donde un padre siempre dispuesto al sacrificio, pero triste y serio y en el polo contrario, un padre inmoral pero lleno de vida, pueden convertir la elección de la moralidad en extremadamente conflictiva. A la persona le resultará difícil estabilizar una línea de conducta razonable y coherente, permaneciendo presa de las dudas y la incertidumbre que fácilmente se pueden traducir en obsesiones y compulsiones.
- **Vivir en ambientes donde las conductas mágicas y supersticiosas son preponderantes.** Los niños que crecen en familias donde juegan un papel importante los rituales mágicos, supersticiosos, pueden verse abocados a conductas OC por imitación



La personalidad obsesiva se caracteriza por una exagerada búsqueda de perfección y una rígida inflexibilidad, prestando especial importancia a los detalles, a las normas, listas, orden, organización esquemática, etc. hasta el punto de perder de vista los objetivos generales de su acción.

Son personas que buscan en la mayor parte de sus conductas ser precisos y perfectos, trabajando incansablemente y renunciando a diversiones, buscando hacer en cada cosa, “la cosa más perfecta” y acabando en ocasiones por no hacer nada, torturados por la duda sobre lo que sería mejor y mostrándose exageradamente conscientes, escrupulosos e inflexibles en el campo moral y ético.

Cinco aspectos básicos que subyacen en la personalidad obsesiva:

- **Perfeccionismo y escrupulosidad:** La rigidez en el seguimiento de las normas, pautas o incluso hábitos cotidianos llevan a la persona a sufrir por cualquier percance que pueda perturbar la dinámica de sus acciones. Consideran los pensamientos como controlables igual que las acciones o conductas y por consiguiente igualmente evaluables y punibles (merecedores de castigo). La escrupulosidad les lleva a la culpa.
- **Miedo a la culpa:** En nuestra tradición cultural y religiosa la culpa ha sido una constante, uno de los pilares sobre los que se ha apoyado la educación de muchas generaciones. Se ha utilizado la culpa como un mecanismo de contención social, de control por uno mismo. Hablamos de un uso sistemático de la culpa para educar, cuando se convierte en un factor predisponente.. Cuando los seres humanos adquirimos la conciencia de decisión surgió la responsabilidad y con ésta, la posibilidad de acertar o equivocarse. No es de extrañar pues, que el DOC tenga su inicio en la adolescencia e inicio de la vida adulta, cuando aparecen la toma de decisiones más importantes para el futuro de la vida de una persona.. La culpa puede entenderse además de dos maneras, por acción (realizamos algo que está mal) o por omisión (debería haberlo evitado). Relacionado con el miedo a la culpa nos encontramos también en personas obsesivas una percepción de hiperresponsabilidad exagerada, una voluntad de encontrar soluciones correctas , explicaciones únicas, exclusivas, esenciales, etc.

- **Poca tolerancia a la incertidumbre.** El miedo a realizar o haber realizado alguna trasgresión de las normas dictadas por los “debería”, esos imperativos mentales de lo “que se debe hacer”, resulta perturbador y genera una necesidad de seguridad absoluta. Dicho de otra manera, es como si antes de realizar la carrera de 80m lisos quisiera saber el resultado o en que posición llegaré.. La necesidad de certeza en las decisiones y acciones resulta de gran importancia, pero la mayoría de veces es imposible de asegurar. La poca aceptación o la baja tolerancia a la incerteza parece llevar al obsesivo a una voluntad de controlar lo incontrolable, para evitar una equivocación que resultaría intolerable. El temor a equivocarse o al fracaso pueden llegar a paralizar a la persona, “hundirla en un mar de dudas”. Los imprevistos generan un gran nivel de distrés en estas personas, por la dificultad de anticipar con seguridad lo que sucederá y lo que se debe hacer.
- **La duda.** Este es sin lugar a dudas, valga la redundancia, uno de los pilares sobre los que se asienta la personalidad obsesiva y el desorden obsesivo-compulsivo. Dedicaremos en capítulos posteriores un apartado especial al fenómeno de la duda en personas obsesivas, ya que esta aparece y se fortalece cuando las decisiones cotidianas se viven como si fueran hechos trascendentales, de vida o muerte. Podemos observar como en la base de la personalidad y DOC, la duda a nivel cognitivo toma la forma : ...y si..., colocando cualquier dirección del pensamiento y acción en su contrario.
- **Voluntad reparadora y preventiva.** La ansiedad que genera la duda en la persona obsesiva genera un mecanismo secundario que consiste en reparar y prevenir. Reparar respecto a la posibilidad de haber cometido algo incorrecto en el pasado y preventiva para intentar reducir la incertidumbre amenazadora del futuro. Se establece entonces una dicotomía demoledora en la que queda atrapada la persona, por el pasado (sentimientos de culpa, depresión, angustia) y por el futuro (preocupación constante, ansiedad, anticipación de pensamiento y acción,..). Muchos autores relacionan la voluntad reparadora como motor de las compulsiones de comprobación (revisar continuamente si se ha cerrado la puerta, la llave del gas, o si he atropellado a alguien,..), de limpieza o contaminación (limpieza de manos o desinfección cada vez que se entra en contacto con un objeto, persona o situación. Mientras que la voluntad preventiva sería el motor de los rituales para prevenir accidentes, inconvenientes o catástrofes (si se tocan

determinados objetos o están colocados en una determinada posición, si se pisan las rayas de la acera,...) . La voluntad reparadora se activa como respuesta a la duda, mientras que la voluntad preventiva se basa en el pensamiento mágico-supersticioso para reducir la incertidumbre. La búsqueda de certidumbre es parte esencial de la conducta de los seres humanos, de la investigación científica, etc.

La voluntad reparadora es la base de rituales sociales como la disculpa y religiosos como la confesión, sin embargo lo que distingue tales prácticas es su manifestación normal o patológica. La vivencia que tiene la persona de que en su caso resultan incomprensibles, absurdos e inevitables; la vivencia de no llevarlos a cabo provocaría un desastre y una alteración emocional considerable.

De estos factores enumerados anteriormente hay que tener presente que nos movemos en un continuo que va de la “normalidad” a lo “patológico”. Muchos de estos factores de personalidad pueden llegar a ser considerados como “virtudes” o “valores” extremadamente positivos : El perfeccionismo, hacer las cosas bien hechas, lo mejor que se pueda, sino perfectas si casi perfectas, ...son aspectos que pueden llegar a ser deseables y socialmente bien valorados. Veámoslo con un ejemplo propio de nuestra cultura:

La mujer, dentro de los roles que ha desempeñado en nuestra sociedad, tal y como ha sido educada, se ha responsabilizado de las tareas domésticas y de hacer que la casa funcione: “ Una buena ama de casa”. Es más buena, cuanto más y mejor desempeña las tareas domésticas tales como : tener la casa recogida, limpia, ordenada, las comidas a punto, la ropa lavada, planchada y ordenada,...hasta el punto de que hasta que no se han realizado todas esas tareas y de manera “perfecta”, no se permite salir de casa o participar en otras actividades sociales. Esa mujer “virtuosa” es una buena mujer. Cuantas más horas dedique “de manera obsesiva” a las tareas domésticas, más se acercará al modelo de mujer buena, mientras que aquellas mujeres menos “virtuosas” serán tildadas de pendonas, guarras,...como un modelo de “mujer mala” si no se ocupan con diligencia en esos menesteres.

¿Cómo podríamos diferenciar donde se sitúa la normalidad o lo patológico en la obsesión por la limpieza y el orden?. Es una cuestión cuantitativa y cualitativa, pero que al mismo tiempo está influenciado por los valores morales, sociales y culturales, lo cual dificulta en extremo tomar conciencia para muchas personas de

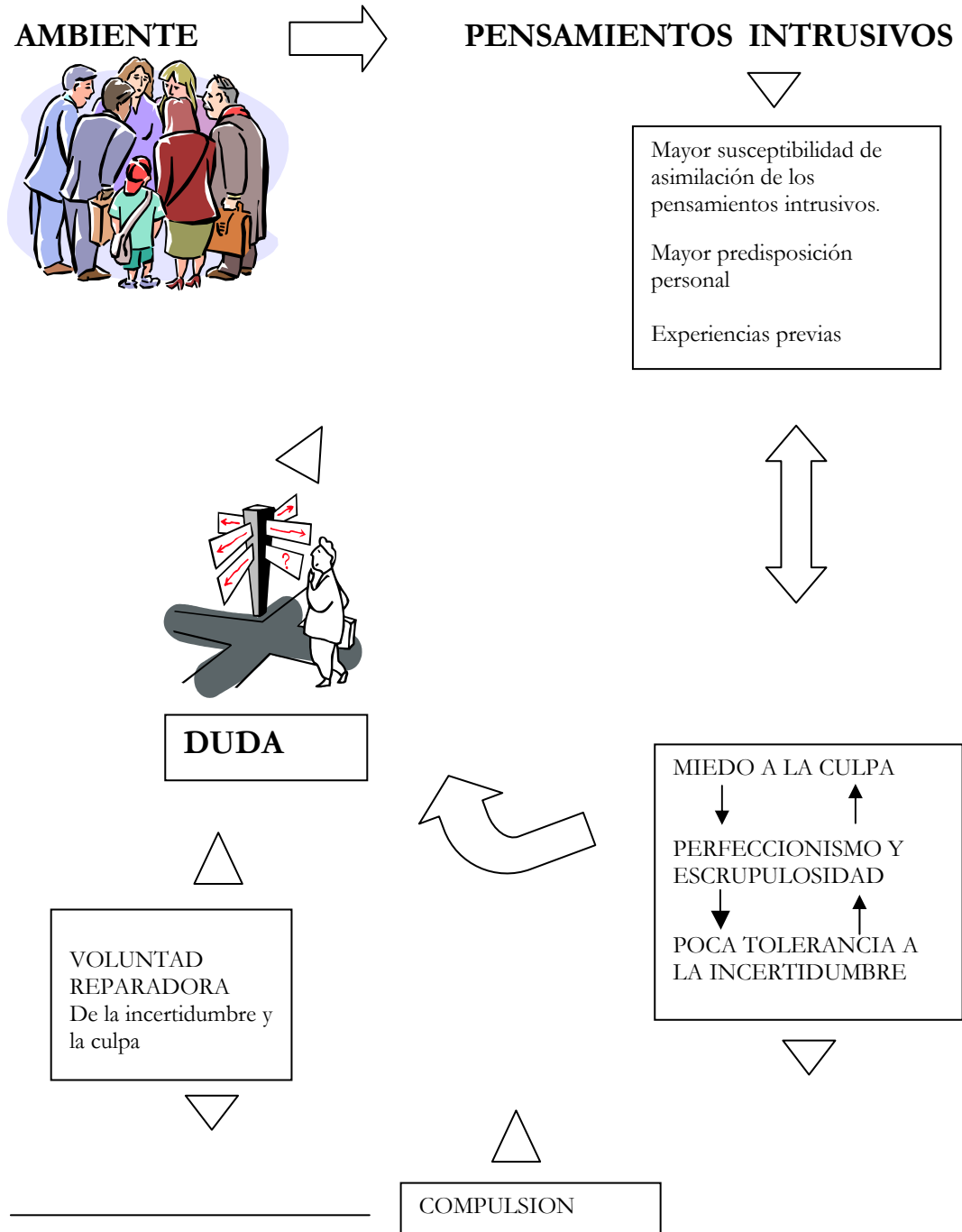
que detrás de sus conductas se esconde una personalidad obsesiva y en muchas ocasiones un desorden obsesivo compulsivo.

El temor a la culpa, sirve en cierta medida como forma de control social, la interiorización de las reglas y normas (moral) permite regular la conducta de las personas por ellas mismas sin que resulte necesaria la intervención externa. Pensemos en esa mujer que “limpia sobre limpio”, cuando su marido le dice apresuradamente que han quedado con unos conocidos y que han de irse ya. La mujer no tiene “la casa a punto”,..sólo la idea de entrar en contacto con la idea de “mujer mala” le genera una ansiedad tal, que le impide irse de casa sin acabar las tareas.

Como habrás podido comprobar hasta estas líneas y seguramente a lo largo de todo el manual es el solapamiento que se produce entre los conceptos e ideas que subyacen en el DOC, ello radica precisamente en la propia complejidad del DOC.

A modo de conclusión, existe una continuidad entre normalidad y DOC, al igual que sucede con otros trastornos desórdenes de ansiedad. En términos de contenido las personas “normales”, cuando se encuentran en estados de ansiedad tienen pensamientos intrusivos inaceptables con cierta frecuencia. Un factor esencial en las obsesiones clínicas, es que se diferencian de las preocupaciones normales en que éstas últimas se disparan por acontecimientos recientes, con experiencias normales de la vida cotidiana : preocupaciones por la familia, el dinero, la salud, el trabajo, etc.

Fig. 2 Integración e interrelación dinámica de factores en el DOC:



LA FAMILIA OBSESIVA

La personalidad es un conjunto de factores que definen como es una persona, como actúa, siente y piensa. Los primeros años de vida, sobre todo la forma en que se establecen las relaciones de apego, junto a factores genéticos, hereditarios y cómo integra el sujeto las experiencias a lo largo del desarrollo, son importantes en la formación de la personalidad. y en los patrones de comportamiento en las fases sucesivas de la vida..

El niño/a se encuentra en el seno de la familia con que debe poner a prueba muchos de sus comportamientos, esto es, su capacidad de suscitar reacciones positivas con las figuras de apego, intentando descubrir qué actitudes cuando son activadas delante del otro suscitan su interés y aprobación o repulsa, cuando están disponibles los adultos y cuando no, etc. El aspecto relacional niño/a con las figuras de apego, principalmente la madre y el padre, son fundamentales en la construcción de uno mismo. Esta tarea resulta muy difícil en familias como las de los obsesivos, que se caracterizan por :

- Padres poco activos a nivel motor e hiperactivos a nivel verbal (en la comunicación)
- Extremas limitaciones a la libre expresión de la felicidad y del placer, por considerarse sentimientos vulgares
- Bloqueo de cualquier expresión relativa a la sexualidad y la agresividad
- Intensa reducción de las relaciones sociales
- Fuerte acento sobre el respeto de las normas formales, sobre la necesidad absoluta de limpieza, sacrificio, penitencia y ahorro.

El “ futuro obsesivo” se encuentra conviviendo con padres fríos y desapegados, que no es posible conquistar con cualidades específicas de la relación. Es difícil orientarse en un clima familiar donde es imposible captar los elementos emocionales del interés, viéndose sobrepasado por los aspectos de hipercontrol y de tipo práctico-organizativo.

A menudo para el paciente obsesivo es imposible responder a la pregunta ¿ qué espera de mi comportamiento respecto a él?, en relación a las figuras de apego, principalmente el padre.

El padre obsesivo realiza habitualmente demandas que no son proporcionadas respecto a las posibilidades reales del niño/a, relativas a prestaciones externas y que formula con explicaciones muy verbalizadas, a menudo en ausencia de

comunicación afectiva no verbal (muestras de cariño, gestos, abrazos,..) Para los hijos/as de padres obsesivos ser bueno y no hacer daño a los demás se convierte en una premisa fundamental de valoración de la propia amabilidad y bondad., aspectos que estarán presentes de alguna manera u otra en la vida futura del sujeto.

Modelos de padres

- ansiosos, temerosos e hiperprotectores
- extremadamente críticos (perfeccionistas, rígidos), con expectativas respecto a los hijos irreales o desproporcionadas,
- reglas familiares rígidas que ponen un énfasis desmesurado en las apariencias o en el comportamiento “correcto”,
- fríos afectivamente, que tienden a suprimir o negar los sentimientos
- donde la aprobación va excesivamente ligada al desempeño (al éxito y cumplimiento de lo que se espera de él)
- etc.

son factores que influyen en la construcción de la personalidad. Estos factores no son exclusivos del DOC, están presentes en muchos trastornos de ansiedad.

EL DETONANTE : LAS EMOCIONES INTERPERSONALES

Es en los años finales de la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta (de los 20 a los 30 años), por lo general, que comienza a emerger el DOC, aunque como ya apuntábamos anteriormente y con menor frecuencia también suele aparecer en la infancia.

¿Por qué este grupo de edad es más vulnerable al desarrollo de los síntomas obsesivos-compulsivos?

Las personas con DOC tienden a preocuparse ante la eventualidad de hacerse daño a sí mismos o a los demás por desatender sus responsabilidades y es al final de la adolescencia y comienzo de la edad adulta que se incrementa la responsabilidad personal. Hasta ese momento la responsabilidad acerca de la conducta, acudir al colegio,..recaía sobre los progenitores, los niños están exentos de responsabilidad. Es en esa época cuando se han de tomar decisiones relativas a los estudios, búsqueda de empleo, se considera la posibilidad de casarse o de tener hijos, mantener una familia, etc. Al aumentar las responsabilidades existen mayores oportunidades de equivocarse y por tanto de cometer errores que puedan tener consecuencias serias.

En la terapia a nivel individual suelo poner un ejemplo que repito constantemente, no es lo mismo, las consecuencias de un error al tomar la decisión de comprar un coche de color amarillo y cuando lo tenemos nos desagrada en extremo el color, nos hemos equivocado, las consecuencias repercutirán exclusivamente en mi bolsillo si decido cambiar de nuevo el color, y si no tengo el dinero, vivir con un coche amarillo no me supone ninguna consecuencia más que el desagrado. Imaginemos si nos equivocamos en la decisión de casarnos, montar una familia, cambiar de trabajo, tener hijos,..las consecuencias por descontado no las podemos resolver con dinero y las repercusiones si nos equivocamos ocasionaran secuelas significativas durante bastantes años de nuestra vida.

Hasta ahora hemos tenido en cuenta los factores que subyacen en el DOC, desde factores genéticos, hereditarios, relaciones de apego en la infancia, personalidad obsesiva, predisposición personal a partir del significado que damos a las relaciones y a las cosas que acontecen a nuestro alrededor, pero bien, ¿ qué hace que aparezca el episodio o el DOC? ¿qué lo desencadena o qué lo precipita? ¿por qué en un momento determinado y no 6 meses antes o después?

Analizando las historias clínicas de pacientes obsesivos , así como estudios de otros autores que son coincidentes , podemos afirmar **que la aparición del DOC está relacionado con una emoción intensa en el terreno de las relaciones interpersonales.** Esta constatación es igualmente válida para la aparición de crisis puntuales o recaídas.

En esencia , el inicio de un episodio obsesivo se genera con una emoción, habitualmente la ansiedad asociada a una idea, aunque puede tratarse también de otras emociones como depresión, rabia, decepción,.. que se activa en una situación interpersonal .

La persona experimenta una activación neurovegetativa asociada a esa situación interpersonal sin poder advertir la emoción y la idea misma como razonable o justificada. La persona no sabe

explicar que le está sucediendo y experimenta una sensación de extrema imprevisibilidad e incertidumbre.

Muchas personas se refugian en el sistema somático, en la ansiedad como un área controlable

Estos detonantes, así como las recaídas van a la par con la instauración de lazos afectivos, con conflictos en la relación matrimonial, con la presencia de acontecimientos del ciclo vital que llevan necesariamente a afrontar ambientes más amplios y complejos (cambios de trabajo, residencia, cambios de responsabilidad en el trabajo,...), etc.. acontecimientos que suponen para la mayoría de las personas un espacio de transición, de cambios, convirtiéndose éstos en factores potencialmente estresores y facilitadores de recaídas. En el siguiente apartado veremos la relación que tienen estos factores con la importancia de la culpa por irresponsabilidad.

LA CULPA POR IRRESPONSABILIDAD EN EL DOC

Desde un punto de vista cognitivo (mental) las obsesiones y compulsiones pueden considerarse actividades dirigidas al logro de un objetivo, presente en la mente del paciente. Esta idea está extraída de los modelos cognitivos que formulan la hipótesis de que la anticipación de una amenaza es la base del DOC.

Las obsesiones y compulsiones serían entonces el intento de prevenir y neutralizar un acontecimiento, que el paciente considera como probable y perjudicial. Las obsesiones y compulsiones (en adelante OC) tienen un sentido y una finalidad que se ponen de manifiesto cuando identificamos sus componentes cognitivos o las previsiones y valoraciones del paciente.

Esta amenaza se centra en la ANTICIPACIÓN DE UNA CULPA POR IRRESPONSABILIDAD. En este sentido, en el origen y mantenimiento del DOC estarían implicados objetivos morales y creencias relativas a la posibilidad de causar daño injustamente o transgredir una norma moral, bien sea el daño causado activamente o por pasividad, por omisión.

La base de esta hipótesis se centra en **una preocupación excesiva por la posibilidad de ser culpable**. La confrontación entre la imagen de uno mismo como persona buena y la imagen de uno mismo como inmoral, perverso o malo

juegan un papel importante para entender la dinámica del DOC. Al igual que existe un elevado sentimiento de responsabilidad

¿Qué sucede en una persona para que se genere el miedo a la culpa por irresponsabilidad?

1. En primer lugar la previsión de que una acción u omisión propia puede causar un daño injusto a sí mismo o a los demás o transgredir una norma moral.
2. El supuesto de que uno es libre de actuar de otro modo y que por tanto la acción u omisión están bajo su control
3. Un objetivo moral, activo en la mente del paciente, que prescribe que se ha de actuar de otra manera.

Podríamos comparar el miedo a la culpa por irresponsabilidad con el miedo a la culpa del superviviente. El superviviente se siente culpable por haber sido injustamente favorecido por la suerte frente a sus compañeros que han sufrido un daño injusto, en el miedo a la culpa por irresponsabilidad (MCI en adelante) la persona sabe exactamente que debe hacer o evitar hacer (no es un caso de suerte, o de azar).

El MCI puede ser más o menos intenso en función de la gravedad que se atribuye a la amenaza:

- ✓ La gravedad depende de la atribución mental que la persona hace de :
 - La probabilidad de comportarse por acción u omisión de manera culpable
 - La libertad de actuar de otra manera, en este caso si la persona considera que tiene el poder absoluto juzgará la gravedad máxima
 - La intensidad de la relación causa / efecto entre acción y resultado. Si la persona cree que el resultado está vinculado con su acción la gravedad será también máxima

- La gravedad moral del resultado (si un principio o creencia se ve comprometido significativamente)
- La atribución de responsabilidad exclusivamente propia o compartida con otros

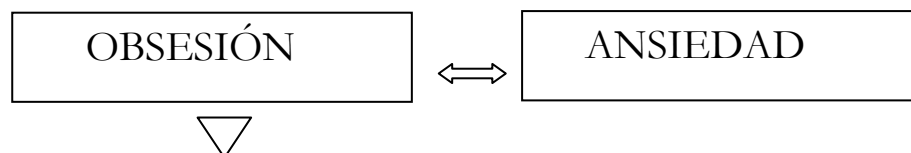
Un segundo factor que contribuye a modular la intensidad del MCI reside en la percepción de inminencia de la amenaza , en qué momento estoy a punto de comportarme de manera culpable..

Se puede tener miedo a distraerse, no recordar, de ser imprudente, cuando la persona cree que posee una inclinación hacia el mal, en cuyo caso teme pasar al acto, tomando la forma de impulso, deseos, intenciones. Como podemos observar son muchas las situaciones en que una persona puede tener miedo a la ineficiencia, a causar daño por la acción u omisión de una conducta determinada.

El temor al MCI hasta aquí , es un estado emocional como cualquier otro e influye en los procesos cognitivos predisponiendo a la persona a la acción preventiva. .Veamos como se desarrolla el MCI en el paciente obsesivo:

¿ COMO CONFIRMA LA PERSONA OBSESIVA LOS PRESUPUESTOS (IDEAS) EN LOS QUE APOYA EL MIEDO A LA CULPA?

Si nos hallamos en condiciones de tranquilidad y en consecuencia tenemos mayor facilidad de acceso a la información y más tiempo para reflexionar, podemos valorar un riesgo eventual de manera más lúcida, racional y esmerada. Si, por el contrario, somos presa de una fuerte emoción y nos sentimos atrapados por la urgencia de la amenaza, entonces preferimos atajos de pensamiento que nos lleven rápidamente a una conclusión (cometemos más errores en el procesamiento de la información) No olvidemos que uno de los ejes claves en la obsesión es el grado de angustia elevado que lleva asociado:



>CREDIBILIDAD ↔ > ANSIEDAD
<CREDIBILIDAD ↔ < ANSIEDAD

La persona confirma sus presupuestos (ideas) con estos atajos, por lo que cuanto más creíble se aparece a sus ojos la obsesión, mayor miedo a la culpa.

La persona suele buscar pruebas que confirmen el contenido de la obsesión, extraen de su cadena de acción cognitiva (pensamientos-atajos) aquellas inferencias que confirman la obsesión por lo que se acrecienta el miedo. La persona tiende a no comprobar la credibilidad de las mismas y a no pensar en términos de cual podría ser la probabilidad real de que se den los hechos tal como hemos previsto.

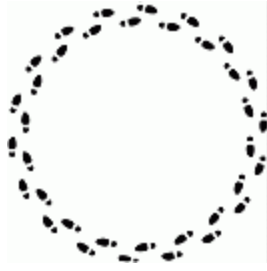
Si utilizamos un método analítico-diagnóstico realizamos un análisis exhaustivo de las ideas obsesivas como de las alternativas de que eso no sea así. Generamos hipótesis alternativas, por lo que disminuye la credibilidad de las obsesiones.

Si el paciente obsesivo está excesivamente asustado, temeroso de bajar la guardia y cometer un error, comportarse irresponsablemente, tiene la tendencia a confirmar y reforzar los supuestos de la amenaza . Prevalece la emoción a la razón.

A modo de conclusión ; cuando el miedo a la culpa por irresponsabilidad es elevado se traduce en formas de pensamiento y de acción semiobsesivas.

El hecho de que los pacientes obsesivos juzgan a menudo sus propias obsesiones y compulsiones como amenazadoras y perjudiciales, no únicamente como inapropiadas y excesivas, dependen de lo anteriormente descrito. Precisamente porque se sienten amenazados y dañados, se esfuerzan por eliminarlas.

El obsesivo cree que el hecho de haber pensado en la muerte de una persona querida es el síntoma de un deseo homicida, que haber pensado en realizar una acción malvada significa que realmente podría haber actuado de aquel modo (fusión entre pensamiento y acción) , o que haber pensado en un acontecimiento negativo aumenta la probabilidad de que este suceda.



Los pacientes obsesivos intentan adquirir el control de sus obsesiones y compulsiones y en eso no son distintos de la mayoría de seres humanos que normalmente intentan controlar sus estados mentales y comportamientos el hecho es que los pacientes obsesivos fracasan sistemáticamente en estos intentos, no ciertamente por falta de esfuerzo, ya que la mayoría intentan controlar las OC. Sucede que la mayoría de esfuerzos y estrategias que realiza el paciente para controlar sus obsesiones, en muchas ocasiones el efecto es paradójico (se logra el efecto contrario) se aumenta la ansiedad y consecuentemente la obsesión.

Dos ejemplos que suelo explicar a mis pacientes para entender este proceso son :

1. La persona con prisas que no encuentra las llaves de casa antes de partir,...cuanto más busca desesperadamente, caunto más se obsesiona por encontrarlas con prisas por todos los rincones de la casa , menos probabilidad de éxito tiene. Cuando deja de “obsesionarse” curiosamente recuerda donde las dejó por última vez.
2. Una paciente con mucho miedo ante la presencia de su jefe, miedo obsesivo, no sabía que hacer hasta que una compañera le sugirió que la próxima vez que ante su jefe le aparecieran las respuestas de ansiedad, que se lo imaginara en el WC defecando.

El objeto de temor en las obsesiones

En este capítulo nos centraremos en las modalidades concretas bajo las que se presentan las obsesiones. El objeto de temor en las obsesiones está constituido por categorías más abstractas que en las fobias, en que el objeto de temor está mucho más focalizado, es más concreto.

La presencia de una idea, impulso o imagen que se presenta en la mente del obsesivo asociada a una intensa ansiedad es el eje nuclear del inicio de un episodio o fase obsesiva. Las áreas sobre las que se asienta la obsesión tiene que ver con la certeza, pureza, castidad, justicia, orden, integridad y religiosidad.

LA CERTEZA

La búsqueda de la verdad y la certeza es y ha sido una constante a lo largo de los tiempos. Una de las características centrales de la obsesión es la duda:

- No sé si lo he hecho...
- Si he contagiado...
- Y si pierdo el control y lo hago...
- Si he hecho algo o he dejado de hacer...

La duda se establece a propósito del conocimiento de la verdad, para muchos obsesivos la VERDAD está por encima de todo, pero no hay un modo de llegar a tener la seguridad de poseerla.

Una frase tomada del evangelio: “ Conoceréis la verdad y la verdad os hará libres” entraña en sí misma un problema que radica en saber qué es la verdad y sobre todo como podemos llegar a conocerla. La vida del obsesivo está marcada por la búsqueda de la evidencia y la certeza, alcanzando la obsesión niveles epistemológicos (de búsqueda del conocimiento) como el de Descartes en su “Discurso del método”: ¿ Cómo puedo saber que sé y que lo que sé es cierto y no me engaño?.

Es en este contexto que la persona obsesiva se presenta como incapaz de soportar el peso psicológico de la duda, (la duda mata) instalándose en un camino tortuoso y torturado por hallar la certeza, encontrar una seguridad absoluta.

Es cierto todo aquello sobre lo que no cabe ninguna duda, por lo tanto la única manera de prevenirse contra la incertidumbre es eliminando todas las dudas. Al mismo tiempo resulta del todo imposible la eliminación de las dudas sin descartarlas previamente. Como la duda es algo abstracta, no es una persona ni es un objeto, aunque puede temporalmente centrarse sobre un tema o aspecto de la vida concreto, resulta siempre un objeto escurridizo. Resuelta una duda sobre un tema, ésta se puede desplazar a otros temas y así hasta el infinito.

La única forma de detener esta progresión hasta el infinito sería integrar la duda psicológicamente, sin intentar resolverla. Es uno de los objetivos principales de la terapia, que veremos en el capítulo 4 y 5. Las cosas pueden ser y no ser, la verdad y la certeza tiene mucho que ver con el miedo a la incertidumbre, lo desconocido, es como si antes de realizar un camino o construir nuestra propia vida quisiéramos saber que vamos a tener éxito, que no nos equivocamos y estamos tomando la decisión correcta. En definitiva, podríamos entenderlo como una “garantía de felicidad” sin haber iniciado el camino que nos puede conducir a ella. A todo esto me viene una frase de Miguel Hernández que refleja con bastante claridad esta idea: “Caminante no hay camino, se hace camino al andar. y al volver la vista atrás se ve la senda que nunca has de volver a pisar...”

L A P U R E Z A

Uno de los objetos de temor más clásicos en las obsesiones es el temor a la contaminación por gérmenes, a contraer el sida, etc. El objetivo es evitar cualquier forma de contaminación, no sólo por la posibilidad de contraer una enfermedad y muerte como por lo que significa de impureza. Este es quizás uno de los componentes sintomáticos más frecuente y conocido de los rituales obsesivos, entre los que destacan: lavado de manos, limpieza y desinfección de la casa, frecuentes lavados de ropa, prevenciones higiénicas extremas,... La posibilidad de

entrar en contacto con gérmenes, bacterias o enfermedades, de poder contagiar a la familia, genera unos niveles de ansiedad elevados que son contrarrestados con los rituales de lavado y con permanentes conductas de evitación, tanto de lugares, personas o situaciones.

LA CASTIDAD

El objeto de temor en esta obsesión se centra en evitar actos sexualmente inmorales. Con frecuencia los pacientes obsesivos viven sus impulsos e inclinaciones sexuales como perversos y tratan de protegerse de ellos. Cualquier acto o pensamiento sexual es motivo de evitación y desencadena distintos comportamientos de prevención o alejamiento. La persona obsesiva que el objeto de temor es el peligro de actuar de manera inadecuada sexualmente puede llegar a tratar de protegerse de cualquier tocamiento o caricia, bien por parte de sus parejas, como por sí mismos / as de las partes íntimas o sensuales. La persona puede llegar a realizar complicadas maniobras para acceder a su propia limpieza.

Los movimientos del cuerpo, los gestos de cariño tales como abrazos, besos, etc. se desarrollan de manera aséptica y fría, para alejarse de cualquier conducta “inmoral”.

Las obsesiones pueden centrarse en pensamientos, ideas o imágenes de haber cometido actos sexualmente perversos, en ocasiones relacionados con la infancia o con haber ocasionado daño a niños. Este tipo de obsesiones está emparentado con las obsesiones de contaminación, en el sentido de que la persona puede sentirse sucia y por ejemplo entregarse a rituales de limpieza después de haber tenido relaciones sexuales.

Una de las hipótesis que se barajan en diferentes estudios, para este tipo de obsesión, es que es debido a la sensación de descontrol emocional que proporciona la experiencia orgásmica, a la idea de perder la cabeza y entregarse con ello al desenfreno, más que a una concepción purista o abstinentes. En definitiva el obsesivo tiene que protegerse de todo aquello que pueda ser interpretado como satisfacción egoísta de sí mismo y el sexo tiene todos los números en este caso.

Es común en muchos obsesivos encontrar dificultades en la esfera sexual, que puede tomar diferentes formas, desde considerar el sexo como sucio (mezcla de impureza, asco, de ser algo inmoral), no considerarlo importante o “prioritario” en la relación, o incluso entender que en la relación o el matrimonio es algo que hay que hacer porque está implícito en el contrato, pero de lo que no se puede disfrutar. Es frecuente encontrar en el caso de la mujer disminución de la libido,

disminución o pérdida de interés, vaginismo, dispareunia (coitos dolorosos) y en el hombre disminución del interés, problemas de erección y eyaculación. Tanto en el caso de la mujer como en el del hombre se instaura un patrón de conductas evitadoras de contacto o relación sexual generando dificultades en la convivencia marital.

LA JUSTICIA

La rectitud moral: la legalidad, las normas, la culpa y el pecado son claros exponentes de los valores que rigen en la conducta del obsesivo.

La Justicia es la aplicación rigurosa de la ley. La justicia viene representada generalmente con los ojos vendados, como símbolo de imparcialidad, pero al mismo tiempo esta imparcialidad es símbolo de ceguera.



A la justicia no le sirven motivaciones ni intenciones, le basta con limitarse a los hechos y a las pruebas, hasta el punto que frente a la convicción moral de culpabilidad el reo es absuelto por falta de pruebas o al contrario, ante la convicción moral de inocencia ante la presencia de pruebas es declarado culpable.

A nadie se le escapa las propias injusticias de la justicia, las perversiones, intereses que se esconden tras las sentencias o incluso de juicios que no se llegan a realizar.

En otro orden de cosas, se nos ha educado en la creencia de que existe por encima de la justicia de los hombres una justicia divina o una justicia que emana de la naturaleza y que como tal es “sabia y justa”. Prueba de ello es los comentarios tras una tragedia considerada antinatural, como la muerte de hijos / as: “ No es justo,... porque ha tenido que ser ser el/ella a quine le toque”,...”no se lo merecía, con la cantidad de personas malas que hay por el mundo y lo bueno que era él/ella”,...

Las personas obsesivas son obstinadamente legalistas, hasta el punto de perder la medida humana, se rigen exclusivamente por la ley que lleva inscrita o mejor dicho, tallada en piedra, en su mente. La persona obsesiva se convierte en juez y fiscal de su propia conciencia, se siente culpable más allá de lo razonable, no solo por lo que ha hecho sino también por lo que podría haber hecho y no ha sido. La forma en que entran estos reproches o acusaciones se expresa a través de VOCES críticas internas (el demonio y el ángel), pensamientos o imágenes que han cruzado por su mente y los deseos o impulsos que han brotado de su cuerpo.

Toda la lucha del obsesivo es inútil, va dirigida a eliminar o reprimir esos pensamientos o imágenes, consiguiendo con ello que penetren con más fuerza: “Todo lo reprimido, vuelve”.

La ley es el único referente moral estable del obsesivo. La falta de discernimiento moral que produce la ceguera legalista origina una rigidez estricta en la concepción y aplicación de la justicia, donde el veredicto es siempre de culpabilidad o como mínimo de sospecha. La persona tiende así a protegerse analizando todos sus actos previniendo todas las situaciones o incluso evitándolas. Los intentos por demostrar la inocencia o la bondad, ante una situación comprometida (obsesiones) le llevan a complicadas operaciones de control. Aquellas situaciones que ponen en cuestión su rectitud moral se convierten en generadoras de auténticas torturas inculpatorias.

El listón moral de la persona obsesiva es muy alto. En este sentido es digno de admiración y de respeto, en ocasiones un héroe o un modelo a seguir por el resto de la comunidad. Pero su rigidez lo vacía de humanidad y de criterio, llevándole a una estructura de personalidad autoritaria.

E L O R D E N

“Guarda el orden y el orden te guardará a ti”

El orden, la perfección, la exactitud y la puntualidad son referentes claros en la persona obsesiva.

El orden otorga seguridad en la mayoría de personas, en el obsesivo multiplicado por 10. Las cosas ordenadas parecen más estables porque no se mueven del sitio. “Todo debe estar siempre en el mismo sitio”, no hay que buscar, no hay que perder el tiempo averiguando el paradero de los objetos, no hay espacio para la deriva y el caos.

No solo los objetos han de estar ordenados, sino que la mente también ha de estar ordenada hasta límites insospechados, otorgando entonces al pensamiento unos tics excesivamente rígidos y minuciosos.

Es cierto que el orden y el detalle garantizan una mayor eficacia, determinadas rutinas facilitan nuestros comportamientos, pero la rigidez o exageración del obsesivo llevan a la desesperación.

Los cambios, los imprevistos y la alteración del programa suponen para las personas obsesivas elementos claramente perturbadores. Las cosas y el mundo son cambiantes, dinámicos, también las personas. La creación de un nuevo orden, la

adaptación a una situación nueva en nuestras vidas supone la destrucción de un orden anterior. Un estado óptimo de un sistema, del propio sujeto, es aquel que dentro de unas rutinas básicas de funcionamiento, permite al mismo tiempo un elevado grado de variabilidad y flexibilidad.

La dedicación casi exclusiva del obsesivo al mantenimiento de las rutinas básicas de orden, la perfección de los acabados o de las conductas intachables, la puntualidad, la exactitud,..absorben la mayor parte de la energía y la creatividad del sujeto.

LA INTEGRIDAD PROPIA Y AJENA

La preocupación por cualquier riesgo físico o moral, o desgracia que pueda afectar a uno mismo o a los suyos, es otro componente de temor en las obsesiones.

La amenaza de integridad, propia o ajena, sea en forma de enfermedad, percance físico (accidentes) o psíquico, constituyen los ejes de máxima preocupación. El temor a que pueda pasar algo a los miembros de la familia o a sí mismos, es una tortura que ocupa la esfera global de la vida del obsesivo.

De ahí que toda la energía, todas las conductas (activa o por omisión) vayan dirigidas a evitar cualquier forma de contagio, de infligir daño o accidentes a terceros, por acción u omisión. O bien emplear una gran parte del tiempo en someter a prueba las propias facultades mentales para asegurarse de no estar locos (esquizofrenia).

Son frecuentes las dudas y los miedos relativos a la propia salud, tanto física como psicológicamente. El temor a desarrollar una esquizofrenia o volverse loco, es en el obsesivo un claro exponente del temor a la integridad.

La obsesión preventiva (anticipadora) para protegerse, por ejemplo de dañar a un hijo/a, de aversión hacia alimentos determinados, o ciertas prácticas o hábitos, llevan en muchas ocasiones a formas disfuncionales de protección. El miedo a contraer enfermedades (de las que se han oído hablar o se ven por TV), deriva la obsesión hacia el propio cuerpo (hipocondría vendría a ser una obsesión invertida en la salud. La diferencia entre la hipocondría y la obsesión radica en que la primera se tiene la certeza de sufrir o contraer una enfermedad (con la finalidad de prevenir la angustia y dudas asociadas a tenerla), mientras que la obsesión respecto a la enfermedad el punto de partida es la prevención: no contraerla.

Las preocupaciones centradas en prevenir una enfermedad son parecidas a las preocupaciones centradas en la higiene y limpieza, orientadas a evitar la

contaminación o la suciedad, vía por la que pueden colarse fácilmente los agentes contaminantes y ser perjudicial para la salud propia o de los demás. Las personas con mayor predisposición son aquellas que llevan a cabo ocupaciones sanitarias o que tienen a su cargo el cuidado de niños, ancianos o enfermos. Para muchos profesionales de la salud la persistencia de estas preocupaciones obsesivas ha supuesto el abandono de la profesión tras muchos años de angustia.

Otros pacientes que han mantenido relaciones esporádicas y sexualmente superficiales con prostitutas llegan a desarrollar auténtico pánico ante la idea de haber contraído el SIDA o cualquier enfermedad de transmisión sexual.

En otras ocasiones el objeto de temor se centra en causar daño a terceros, revestido bajo diferentes formas, evitación de accidentes, protección contra determinados impulsos asesinos. La diferencia respecto a la actitud sobre protectora o preocupación habitual de muchas madres está en que intentan proteger a sus hijos o familiares de peligros provenientes del exterior, de los que no son agentes o responsables, mientras que la preocupación obsesiva hace referencia a los propios impulsos: la madre, no tan frecuentemente el padre, siente el impulso de que podría echar el bebe por la ventana, o herirle con cuchillos en la cocina, o quemarle con el fuego de la plancha, o ahogarle en la bañera.

Tales impulsos, por terribles y horrorosos que parezcan en un primer momento, a la persona que los experimenta, no son infrecuentes en muchas madres,... pudiendo tener un significado asociado a la responsabilidad o temor a la culpa por irresponsabilidad.

La preocupación por llegar a producir daño puede extenderse a terceros incluso a personas desconocidas por la calle, en forma de imágenes de haber atropellado o de haber cometido un homicidio.

Es frecuente que este tipo de preocupaciones obsesivas se activen al escuchar una noticia por televisión o de algún suceso en el vecindario. Como en la mayor parte de las obsesiones, la persona intenta protegerse de las obsesiones a través de la conducta de evitación o bien a través de rituales de comprobación o reaseguración, por ejemplo puede acudir a la cuna del bebe para ver si sigue respirando (que no lo haya asfixiado durante la noche), se aleja de las ventanas o balcones donde está próximo el hijo/a.

El cumplimiento religioso y de los rituales, dudas de fe, impulsos blasfemos configuran el eje de temor de las obsesiones de contenido religioso.

La naturaleza “autoritaria” o “rígida” por una parte y por otra lo “sobrenatural” de las iglesias contribuye, sin duda, a reforzar la función aseguradora de la fe, pero al mismo tiempo introduce una posibilidad de escisión entre la experiencia religiosa y la personal. La religión como fuente de seguridad en personas obsesivas puede desembocar en dogmatismo.

Posiblemente lo que algunos escritores místicos, como Sta. Teresa de Jesús y otros, han llamado la noche oscura del alma, corresponde a una conciencia obsesiva, dudosa en su fe, alternada con momentos de depresión, que sólo espera apaciguarse con la iluminación divina. Este tipo de experiencias es más frecuente encontrarlo en personas que han hecho de las prácticas religiosas su forma de vida o profesión, o al contrario para quienes cualquier forma de religiosidad es un tabú.

Hasta aquí se presenta una recopilación de los principales temores obsesivos, sin haber pretendido recogerlos todos de forma exhaustiva. Ni que decir tiene, que están descritos en sus formas más visibles. Naturalmente las áreas en conflicto para el obsesivo pueden ser más de una a la vez, e incluso estar relacionadas entre ellas.

Componentes básicos (estructurales) de la obsesión

Podemos resumir los componentes estructurales de la obsesión en tres categorías que ya han ido apareciendo a lo largo de este manual, intentaré no obstante presentarlos de manera gráfica y resumida. Estos componentes son importantes ya que sobre ellos se sustentan buena parte de las estrategias y técnicas para el manejo y control de las obsesiones.

Estas tres categorías son : DUDA, DESCONFIANZA Y CULPA. Las tres columnas sobre las que se sustenta la obsesión, la primera hace referencia a las características cognitivas de la obsesión, la segunda a su índole emocional y la última a su condición moral. Las tres se interconectan.

LA DUDA

Desde el punto de vista cognitivo (mental) la obsesión es el resultado de hacer de la duda metódica un procedimiento vital en la vida del individuo.

Lo que conduce a la duda es la búsqueda de la certeza absoluta, el saber que no nos equivocamos.

Afecta a todas las áreas de la vida, objetiva o subjetivamente trascendentes para la supervivencia y la propia autoestima.

Cualquiera de nosotros, al margen de la estructura de personalidad, estaría dándole vueltas indefinidamente a lo correcto o no de una decisión.

¿Cómo encontrar la solución correcta a los dilemas que plantea la duda?, No exclusivamente desde la lógica o la racionalidad, en ocasiones interviene el azar y en muchas otras dejándose llevar por la intuición aún a riesgo de equivocarse. La lógica es incapaz de resolver por sí misma el dilema, ya que siempre habrán pros y

contras en cualquier decisión o camino elegido. El pensamiento mágico o irracional alivia pero no resuelve.

La gran solución en la persona obsesiva es el determinismo, la ciencia, el orden, la perfección, la pureza, la castidad. Todo aquello que es absoluto y por tanto no ofrece margen a la duda. En el próximo capítulo se presenta una estrategia de cómo trabajar con la duda obsesiva.

LA DESCONFIANZA

El obsesivo desconfía de sí mismo y de los demás por sistema. De sí mismo porque no puede estar seguro de acertar en sus decisiones, de los demás porque pueden engañarle. Mantiene una actitud hipervigilante hacia el entorno. Duda de sí mismo, de sus capacidades, sobre todo, personales.

No le basta el conocimiento ordinario de la experiencia, ni la certeza empírica, exige o busca demostraciones .

Cualquier conducta humana se realiza sobre la base de un cierto grado de fe y confianza, se cree que algo es así y se confía en que irá bien o producirá su efecto de una manera particular ya que nos lo dice la experiencia, nuestro discernimiento, confianza en nosotros mismos, en los demás, la intuición, etc. El conocimiento científico, la aportación de evidencias, los controles objetivos y externos, los aparatos de medición o indicadores,..son complementos a nuestro conocimiento , instrumentos de apoyo a la seguridad interna de la persona, pero no la constituyen. La lógica del obsesivo siguen la lógica de piensa mal y acertarás.

LA CULPA

La culpa se inscribe en el dominio moral y constituye la gran amenaza que mantiene en vilo al obsesivo, el sentimiento de la culpa por irresponsabilidad. Gran parte de los esfuerzos en el DOC están encaminados a protegerse de ella.

Se asume que para poder sentirse culpable de alguna cosa es preciso tener alguna posibilidad de control sobre ella, es decir se establece una relación de equivalencia entre culpabilidad y responsabilidad, aunque esta responsabilidad no sea real, basta con que sea potencial. (Uno puede ser responsable o potencialmente responsable).

Los mecanismos de control de las obsesiones

La duda, la desconfianza, la culpa, dejan al sujeto en un estado de ansiedad que le desborda. La persona que padece un desorden obsesivo se encuentra atrapada en un mar de confusión y angustia que en muchas ocasiones se desarrolla en el más absoluto secreto y aislamiento, lo que produce en la persona una sensación mayor de descontrol y desesperanza. Para hacer frente a este estado angustioso el obsesivo se entrega a una actividad frenética de control de sus obsesiones. Ese control le lleva no sólo a vigilar y estar alerta de su comportamiento, sino que también intenta controlar sus pensamientos, imágenes y deseos. La persona mantiene día y noche el estado de alerta y tensión.

¿Cómo afronta la persona ese control de las obsesiones?

Básicamente los mecanismos de afrontamiento son las rumiaciones, las conductas de comprobación o reaseguración, rituales mágicos o supersticiosos, repetición de comportamientos, etc. con la finalidad de controlar a nivel interno su ansiedad o malestar y a nivel externo controlar el mundo que le rodea. Entre las estrategias de afrontamiento más comunes (Fig. X) veremos las más frecuentes.

Rumiadores (Obsesivos puros)
Ritualizadores mentales
Compulsiones de Lavado , Limpieza y desinfección
Conductas de Comprobación, Verificación, Reaseguración, Repetición
Compulsiones de Acumulación, Ordenación

LAS RUMIACIONES

Con frecuencia los intentos de control son visibles, observables. La persona somete a control consciente cada uno de sus pensamientos, deseos, acciones. Aparece un debate interno, sobre la base de considerar los pros y los contras de su acción: La duda. Este debate no llega a resolverse porque la balanza permanece inmóvil ante el miedo a equivocarse. Se establece un diálogo interno muy parecido al de ritualizadores mentales. Un pensamiento negativo (una obsesión) surgirá en la conciencia de la persona y producirá angustia, a continuación la persona luchará conscientemente con un pensamiento tranquilizador. Por ejemplo la persona que tiene una obsesión de “...tirar o empujar s su hijo por la ventana..” en el momento de aparecer este pensamiento siente una gran angustia, inicia un debate consciente,.. no soy capaz,..yo nunca haría eso...antes me mato...” Tales diálogos son comunes en todos nosotros, en cambio en los obsesivos llega a límites extremos, volviéndose esos pensamientos en dominantes e incontrolables.

La primera voz refleja una obsesión, (idea que se repite y produce ansiedad) y la segunda voz tranquilizadora puede llegar a la compulsión mental, con la finalidad de tranquilizarse sin necesidad de que exista un ritual compulsivo externo.

Las personas obsesivas puras (atormentados) centran el contenido de sus pensamientos o imágenes sobre desastres futuros, culpa o remordimiento por el pasado, que ellos mismos o algún miembro de su familia sufra accidentes o caiga enfermo (cáncer, sida,..). Un porcentaje significativo de obsesivos puros sufren de un sentimiento de culpa intenso, asociado a la presencia de pensamientos o imágenes de matar o hacer daño a un ser querido. Entonces surge una voz que dice: “ **Si una persona imagina tales cosas, con toda seguridad llegará a hacerlo**”, a continuación surge la voz tranquilizadora que dirá más o menos : “*No, yo no soy capaz de hacer eso,..yo no estoy loco,..soy una buena persona, pacífica yo no he hecho daño jamás a ninguna persona y menos a las que quiero con locura...*”, la primera voz vuelve a intervenir (sobre la base siempre de la duda) y dice: “**¿Cómo sé que no llegaré a hacerlo? ¿ Quizás hoy no, pero...y más adelante?**” ...Quizás lo haga replica la voz obsesiva. De nuevo la voz obsesiva entra en escena y dice : “**...y si todo esto que me pasa es el principio de una esquizofrenia o de un trastorno mental,..seguro que si me vuelvo loco llegaré a hacerlo...**”. La voz tranquilizadora aparece en escena, quizás con menos fuerza,... “ *Pero yo no estoy loco*”,...Una y otra vez este diálogo agotador continuará hasta que la obsesión se desvanece, sólo para regresar unas horas más tarde, o quizás en los próximos días.

La necesidad de control y de tranquilizarse, llevarán a la persona obsesiva a preguntar e interrogar al médico o psicólogo : *¿ pero yo, no estoy loco...verdad?*, con el fin de que la voz tranquilizadora del profesional (que tiene más fuerza que la suya)

logren calmar su angustia. Puede iniciarse un diálogo agotador con las personas del exterior, incluso con los profesionales.

LAS RITUALIZACIONES MENTALES

Al igual que las obsesiones puras, los ritualizadores mentales no presentan rituales externos o visibles a nivel de conducta. Así como los obsesivos puros intentan reducir la angustia mediante razonamientos y diálogo interno consciente, los ritualizadores mentales se sienten llevados a una necesidad o impulso interno de ejecutar rutinas mentales concretas, con el fin de librarse de los pensamientos obsesivos y sus consecuencias. Muchas de estas rutinas se basan en la repetición mental, ya sea de pensamientos, palabras o imágenes.

Ejemplos de estas rutinas son rezar, contar, repetir palabras o secuencias de palabras o números, confeccionar largas listas mentales de tareas que deben ejecutarse, recordándola constantemente por temor a olvidar alguna, otros se forman o crean imágenes mentales de cómo han inspeccionado una puerta o cerrado las llaves de paso del agua y el gas, repetirán una y otra vez la imagen tratando de recordar cada detalle de la acción para comprobar que no se han dejado ningún paso importante.

Todas estas ritualizaciones persiguen el mismo objetivo que el resto de estrategias, disminuir o reducir la angustia y restablecer una sensación de control y seguridad.

LAS CONDUCTAS (O RITUALES) DE COMPROBACIÓN Y DE REASEGURACIÓN

Cuando el control del pensamiento fracasa (en los obsesivos puros, donde prevalece la estrategia de control mental del pensamiento a nivel consciente) es posible que el obsesivo intente iniciar estrategias de control a nivel concreto o operativo, a través de conductas o comportamientos repetitivos.

Las conductas de comprobación y reaseguración forman parte de estas estrategias. La finalidad de tales comportamientos es, en general, la de evitar la ocurrencia casual de alguna desgracia o acontecimiento terrible, ya sea por acción (comprobar que al pasar por una calle no he atropellado a nadie) o por omisión (no haber cerrado la llave del gas).

Las conductas de comprobación y resaseguración pueden multiplicarse, convirtiéndose en rituales que se encadenan uno tras otro, como por ejemplo:

Una persona con DO cada noche antes de ir a dormir tenía que realizar una cadena de rituales que consistían: En la cocina, cerrar el gas, el agua, comprobar que la nevera estaba bien cerrada empujando varias veces la puerta con fuerza, a continuación comprobar que la puerta de la casa estaba bien cerrada, volviendo a empujar con fuerza en varias ocasiones, ...la cadena de rituales seguía en la habitación de los zapatos, que debían guardar un orden, si no era así, los colocaba una y otra vez,....cuando por fin se ponía a dormir si asomaba cualquier duda acerca de haberse saltado algún paso del ritual, tenía que volver a levantarse y reanudar de nuevo todo el ciclo.

Otra persona asaltada por la obsesión de haber atropellado a un peatón en la carretera, tenía que volver sobre sus pasos , dando media vuelta y pasar por el sitio donde creía que había sucedido el atropello y comprobar y asegurarse de que no era así, pudiendo llegar a repetir el mismo recorrido en varias ocasiones (Reaseguración). Buscando pruebas de que no había cometido un delito involuntario.

LOS RITUALES MÁGICOS

Algunos pacientes ante el fracaso del control racional y de las conductas compulsivas, recurren a los rituales mágicos. Tales rituales se orientan a prevenir la duda y la culpabilidad. Depositán la confianza y la seguridad en controles externos, ya sean producto de su invención como si son el resultado de fuerzas externas o superiores (mágicas) : la suerte, la divinidad, u otros elementos esotéricos.

Es como si el obsesivo luchara contra una fuerza sobrenatural o demoníaca : los propios demonios internos. Dado que las fuerzas demoníacas no pueden vencerse directamente sino a través de conjuros, sortilegios o exorcismos, es en esta lucha donde tienen sentido los ritos supersticiosos de muchas obsesiones. Es frecuente en un momento determinado del DO que la persona llegue a pensar, ... **“y si alguien me ha echado un mal de ojo,...”**.

El recurso a fuerzas externas superiores, mágicas o diabólicas característico de los rituales obsesivos sirven fundamentalmente para protegerse de algún mal futuro o catastrófico, o de las consecuencias de un mal pasado, que siempre resulta probabilístico dado que la persona no está seguro de que haya ocurrido y mucho

menos de que vaya a pasar. Ese mal futuro se escapa de su control, por lo que se desarrollan sistemas de protección o prevención (rituales compulsivos).

Uno de los sistemas más comunes de control mágico de la realidad consiste en intentar descifrar el destino leyendo, por ejemplo, los signos más variados: las líneas de la mano, las entrañas de las aves, las posiciones de los astros, como caen los huesos y en que posición quedan, etc.

La persona obsesiva suele crearse una serie de rituales mágicos, se crea un código particular de señales que le sirven para prevenirle o protegerle de los posibles peligros . Seguro que a casi todos nos viene a la mente : los gatos negros, el número 13, pasar debajo de una escalera, derramar sal,...como un conjunto de supersticiones compartidas para evitar un mal futuro. En muchas partes se conservan muchos de estos rituales, como por ejemplo persignarse antes de salir a la calle, hacer un viaje, saltar a un campo de fútbol, tocar madera, para dar suerte. Muchos de estos rituales persiguen el mismo fin que los rituales obsesivos.

Los rituales mágicos son diversos :

- ✓ Cada vez que se encuentra con el número 13, una persona se veía impulsada a repetir una secuencia 13,113,1113, 23, 33,...
- ✓ Tocar determinados objetos (el canto de la puerta cada vez que se sale o entra de una estancia)
- ✓ Seguir un orden rígido e invariable en la ejecución de tareas domésticas o en el aseo personal
- ✓ Evitar rozarse con cualquier prenda de ropa antes de irse a dormir
- ✓ Contar todos los semáforos que se cruzan antes de entra al trabajo.
- ✓ Palabras o vocablos que no se pueden pronunciar.
- ✓ Etc.

El pensamiento mágico pertenece al patrimonio de lo humano, constituye posiblemente una de las primeras formas de simbolización que desarrolló el hombre primitivo en sus procesos de humanización, así como uno de los primeros recursos a través de los cuáles el niño construye su mundo mediante el juego. Este tipo de pensamiento mágico se haya en el origen de todos los ritos religiosos : El hombre ante lo imprevisible, lo terrorífico, recurre al recurso de poderes superiores que vienen invocados a través de sortilegios frente al miedo a la desgracia y responden a la necesidad de control de los desconocido. Tales

invocaciones con el paso del tiempo se han ido ritualizando, a través de un proceso de refuerzo diferencial es decir sólo perviven aquellos que resultan eficaces, hasta llegar a un grado elevado de sofisticación en los rituales litúrgicos. Tales rituales pasan a formar parte integrante de la cultura compartida por amplios grupos de población sin que ello se considere producto de ninguna perturbación mental. Entonces, ¿qué es lo que hace que los rituales obsesivos, que obedecen a los mismos criterios que los religiosos, sean considerados absurdos por quien los padece y por los demás? Una respuesta bien podría ser que responde a una singularidad no compartida. Pero la absurdidad de un ritual no se fundamenta en su singularidad, sino en la falta de poder real sobre el acontecimiento que se pretende prevenir.

La diferencia entre un ritual religioso y otro supersticioso radica también en el hecho de que a través del ritual religioso se invoca una divinidad a la cual, por definición, se le atribuye un verdadero poder para influir sobre los acontecimientos, mientras que la fuerza del ritual supersticioso se atribuye a objetos, seres infra-humanos (herradura, un astro, animales,..), o a los propios pensamientos mágicos de la persona.

Otra diferencia estribaría, a nivel cognitivo y conductual, al carácter repetitivo y por tanto inútil y absurdo de los rituales mágicos o supersticiosos: ¿ que más da comprobar la llave de paso el gas en lugar de tres, 5 o 10 veces?.

No es objeto del presente manual profundizar en las evidencias de que la numerología o repeticiones numéricas forman parte de los ritos a lo largo de nuestra historia, simplemente establecer que muchas conductas en el DO forman parte de conductas normales en nuestra sociedad, la diferencia fundamental estriba en el grado de sufrimiento que llegan a provocar las obsesiones y la necesidad de calmar dicho sufrimiento a través de las compulsiones.

En ocasiones resultará difícil establecer una frontera clara en lo que podríamos llamar obsesiones normales y obsesiones patológicas.

LA FINALIDAD DE LOS MECANISMOS DE CONTROL (RITUALES Y COMPULSIONES)

Las supersticiones y los rituales repetitivos pueden llegar a ser compartidos en cierta medida por los miembros de una comunidad, incluso a nivel universal, con lo que podríamos afirmar que forma parte de la naturaleza humana como recurso que construye y anticipa una realidad imprevisible.

En la era postmoderna muchas de estas prácticas pueden resultar absurdas, pero es innegable que están cargados de simbología y significado.

Un hecho significativo para clarificar esta cuestión pienso que la podemos encontrar en la propia percepción de la persona. Si las conductas compulsivas y los rituales son percibidos como absurdos por la propia persona, es porque ella misma, los percibe como absurdos, carentes de sentido y en cierta medida patológicos (porque crean malestar).

Los Rituales obsesivos nacieron quizás en un contexto que tenían sentido o un cierto significado para la persona que los realizaba, cumplían una función, pero con el tiempo se han vuelto autónomos, han escapado al control de la conciencia, han dejado incluso de ser actos irracionales para convertirse en conductas automáticas.

La finalidad fundamental, ya repetida en varias ocasiones, es **evitar la angustia que se desencadena si no se llevan a cabo dichas acciones.**

Las áreas emocionales implicadas en los rituales obsesivos, donde están de acuerdo la mayoría de pensadores y líneas psicológicas, son la agresividad (hacerse daño o dañar) y la sexualidad (cometer actos o llevar a cabo acciones inmorales). A nivel interpretativo y tomándolo con precaución, los rituales de control como por ejemplo apagar y encender el gas, comprobar puertas, obsesiones agresivas de causar daño, ordenar objetos,..tienen mayor relación con el problema de la agresividad (causar daño, o que ocurra algo si las cosas no guardan un orden determinado), mientras que los temas de contaminación, suciedad, lavado de manos, ..) estarían más relacionados con aspectos de la intimidad/sexualidad.

Otro aspecto que se apunta dentro de las teorías psicológicas para explicar el significado de las compulsiones (control), situaría la génesis de las obsesiones en la polaridad BUENO-MALO, características esenciales para la construcción de los significados en el individuo. Vemos por ejemplo como las emociones que subyacen en la base del DOC, a nivel semántico, se mueve en posiciones críticas de :

Inocencia-culpabilidad

Asco-goce de los sentidos

Bueno-malo

Moral-inmoral

Pureza-impureza

Altruista-egoista

El sentido de las compulsiones o rituales podríamos cifrarlos básicamente a la luz de lo expuesto anteriormente en dos aspectos, el obsesivo trata de evitar a todo coste a través de los mecanismos de control dos fracasos esenciales : EL ERROR MENTAL (equivocarse) y la CULPA (Moral). Donde las rumiaciones se dirigen básicamente a controlar o prevenir el error mental (todos nosotros ante un problema o conflicto “rumiamos” para no equivocarnos), mientras que las conductas de comprobación y rituales pretenden evitar la culpa y angustia asociada a la misma. No siempre estos aspectos se presentan de manera diferenciada, en muchas ocasiones se entremezclan, según el lugar que estos aspectos ocupen en cada persona.

La invalidación de cualquiera de los aspectos anteriores (equivocarse o sentirse culpable) generan en la persona una profunda desesperanza y depresión, por lo que la persona se entrega a los mecanismos de control descritos (rituales y compulsiones) que le protegen de un fracaso nuclear .

El error y la culpa en el obsesivo tienen una característica esencial y común: son irreparables y en consecuencia imperdonables, equivalen en la mente de la persona a una condena eterna.

Otro hecho significativo es que el DOC puede manifestarse en diferentes ámbitos de responsabilidad, como por ejemplo el profesional y el personal o familiar. Puede suceder por ejemplo que el primero se presente libre de sintomatología y el segundo no. La explicación habría que buscarla en la manera diferenciada en que la persona construye la responsabilidad en uno u otro ámbito. Por ejemplo pueden considerarse los errores o equivocaciones en el ámbito profesional como reversibles o que pueden ser reparados y en cambio considerar en el ámbito familiar que son errores irreversibles, que no admiten perdón.

Un ejemplo de lo anterior sería aquella persona con un DOC de limpieza o desinfección (temor a contaminarse y contaminar), que ritualiza en casa (atribución de la máxima responsabilidad) mientras que no se ve impulsada a ritualizar cuando va de vacaciones a un Hotel, donde la responsabilidad de la limpieza y desinfección recae en otros (responsabilidad delegada en otros).

La conexión entre responsabilidad y mecanismos de control, indica el sentido aparente y sinsentido de las rumiaciones, las conductas de comprobación y los rituales de prevención.

Siempre que en el obsesivo exista una percepción de responsabilidad ineludible y al mismo tiempo incontrolable, se pondrán en marcha los mecanismos obsesivos de control.

Puede que no tengamos ningún control sobre un peligro que pueda acechar a nuestros hijos, pero si nos sentimos responsables de cualquier daño que les pueda suceder, fácilmente estableceremos una conexión de significado entre una cosa que podemos hacer, controlar, como apagar el gas, recitar una fórmula y la evitación del peligro.

En resumen, el sentido de los mecanismos de control básicamente se centra en dos aspectos:

1. Atribución de responsabilidad ineludible
2. Percepción de posibilidad de control, ya sea mental, conductual o mágico.

Podemos afirmar al llegar a este punto que la persona que padece un DOC lleva peor la ambigüedad que la mentira. En la ambigüedad (incerteza) es él quien debe decidir cuál es la alternativa verdadera, mientras que en la segunda, la responsabilidad es ajena (voluntad externa de ocultación).

Intervención y posibilidades de la psicoterapia en el DOC

La intervención terapéutica en el DOC no es fácil, en primer lugar porque la psicoterapia no puede convertirse en el referente criteriológico o de construcción moral de la persona, sustituyendo el propio proceso de formación de criterios propios del paciente, en segundo lugar porque el terapeuta no puede convertirse en la figura de autoridad que calme su conciencia.

Por otra parte, los síntomas o desórdenes obsesivos, que acontecen en el individuo, surgen en un contexto del desarrollo de la propia vida, dificultando o ayudando a crecer a través de la crisis a la propia persona.

No se trata pues de ser el garante de criterios o de la moral del sujeto, éste debe descubrirlos por sí mismo, ha de aprender a conectar con sus sensaciones, emociones, conductas y pensamientos para construir su propia certeza o línea de acción. Esto en ocasiones resulta embarazoso, lento y desmoralizador para el paciente, hay que encontrar no obstante en cada paciente la velocidad y el momento apropiado para ir avanzando en la comprensión del trastorno y las posibilidades de afrontarlo con éxito.

Más allá de los planteamientos teóricos, de los que hasta ahora el presente manual, ha dejado plena constancia de los conocimientos que disponemos del DOC, soy plenamente consciente de que a ti que estás leyendo este manual te interesan aspectos prácticos de cómo hacer frente al DOC. Me permito a estas alturas del manual estar totalmente de acuerdo contigo, realmente eso es lo que interesa, pero déjame decirte también, que lo anteriormente expuesto puede serte de gran utilidad para manejar tu problema.

En los capítulos sucesivos vamos a centrarnos en los aspectos prácticos, en todo aquello que puedes trabajar para controlar y manejar el DOC, desde el punto de vista de la psicoterapia, más concretamente de la terapia cognitivo-conductual.

FARMACOTERAPIA

El objetivo de cualquier investigación de las intervenciones clínicas consiste en encontrar recursos alternativos que permitan mejorar el nivel asistencial y la vida de las persona que padecen determinados síntomas o trastornos psíquicos como el DOC. La farmacoterapia es una de las intervenciones más usuales en la sanidad.

La mayoría de investigaciones (fármacos) se realizan examinando un determinado producto o sustancia frente a un placebo (sustancia inocua, que no posee ninguna propiedad) o una sustancia alternativa, centrándose la investigación en un aspecto evolutivo de máximo interés. Por ejemplo en antidepresivos, se seleccionan un grupo de pacientes a los que se administra una sustancia concreta a dosis determinadas, otro grupo es tratado con una sustancia placebo o bien con otra sustancia diferente y se comparan los resultados en el tiempo. Estos ensayos clínicos dejan de lado muchos factores, como el contexto social en el que se mueven los pacientes, los recursos personales de que disponen, las redes de apoyo social o recursos asistenciales de su ciudad y por descontado no se tienen en cuenta en estos estudios las interferencias de la vida real y las consecuencias que sobre esos resultados pueden tener los aspectos anteriores.

El trastorno obsesivo-compulsivo tiene una prevalencia a lo largo de la vida entre el 1 y el 3%. La mayoría de pacientes con DOC se tratan satisfactoriamente mediante farmacoterapia y/o terapia conductual. Un pequeño porcentaje permanece discapacitado, a pesar de diversos tratamientos con fármacos y terapia conductual intensiva.

Los principales abordajes farmacológicos en el DOC se han centrado en tranquilizantes más o menos suaves y antidepresivos. Dentro de los depresivos los tres que son los más frecuentemente utilizados: Clomipramina (Anafranil), Fluoxetina (Prozac) y Fluvoxamina (Dumirox). Dentro de los tranquilizantes, podemos encontrar entre los prescritos con mayor frecuencia el Valium (Diazepam), Trankimazin (Alprazolam),...

Existen datos concluyentes de que existe una mejoría de los síntomas aproximadamente en el 40-50% de los pacientes con DOC, también es cierto que única y exclusivamente con fármacos, en el momento de dejarlos las recaídas son frecuentes. Alivian y eliminan los síntomas, pero no los hacen desaparecer.

Es frecuente encontrar síntomas asociados de ansiedad, desorden de pánico y depresión en el DOC, por lo que hay que valorar en cada paciente el mejor abordaje, que casi siempre suele ser farmacoterapia y terapia conductual, habiendo quedado demostrada su eficacia.

Guía de Recursos y Técnicas para el manejo del DOC

CONSIDERACIONES PREVIAS

El terapeuta o profesional interviniente en el DOC ha de tener en cuenta una serie de criterios al trabajar con pacientes que padecen este trastorno:

- ✓ El terapeuta ha de ser un guía, no un garante de la tranquilidad del paciente. Ha de ayudar al paciente a explorar sus propias emociones, identificar los motivos de sus acciones y analizar las discrepancias internas. Dicho de otra manera, el paciente tiene que lograr su propia certeza o seguridad subjetiva, la confianza en sus propios criterios, “..no encontrar la ilusión de la verdad objetiva, sino la propia”.
- ✓ El terapeuta debe facilitar y fomentar el reconocimiento de las propias emociones. Estas constituyen los marcadores principales y más fiables del propio conocimiento y de la propia voluntad.
- ✓ El terapeuta debe junto con el paciente intentar descifrar el significado de los rituales, no su significado simbólico, sino su significado real al ejecutarlos. Por muy absurdos y automatizados que parezcan los rituales tienen un sentido. El sentido de llevar a cabo rituales, conductas de comprobación o reaseguración, habrá que buscarlo en la finalidad de los rituales : finalidad preventiva, protectora o aseguradora
- ✓ El terapeuta ha de ayudar en lo posible a relacionar junto con el paciente el sentido que tienen las obsesiones en el desarrollo evolutivo de la persona, sus metas en la vida, conflictos,..para tomar conciencia de los propios procesos psicológicos.
- ✓ Dado que detrás del DOC existe un insuficiente desarrollo moral, el terapeuta puede ayudar al paciente a que ese sistema moral se desarrolle en el marco del reconocimiento por parte del paciente de sus necesidades, motivos, sentimientos, intenciones,..tanto propios como ajenos, para llegar a una autonomía moral de la que la persona con DOC adolece. Ello vendría a significar la posibilidad de decidir por uno mismo de qué manera satisfacer las propias necesidades teniendo en cuenta las necesidades ajenas y las normas sociales o externas.
- ✓ El DOC es un trastorno que lleva a la falta de libertad en la proyección del paciente hacia el futuro, constituyéndose es falta de libertad (conductual y emocional) en el núcleo principal de su problemática. Terapeuta y paciente han de colaborar a través de una terapia, en dirección a conseguir esa libertad emocional:

“La falta de confianza en los propios criterios de decisión lleva al obsesivo a una total inhibición de su espontaneidad, obligándole a dirigir su mirada hacia sistemas compactos de creencias de naturaleza ideal, condenándole a vivir perpetuamente en la duda y el temor al error y la culpa. De los que solamente podrá salir reconciliándose con su mundo interno de emociones y sensaciones.

La existencia sana del ser humano se desarrolla en la confianza en los propios recursos y en la generosa tolerancia con los demás, basada en la mutualidad y en la correspondencia, en la aceptación de lo imprevisible, de la finitud y del error propio y ajeno.

La falta de aceptación del error, intolerable para el obsesivo, constituye el mayor error de la mente humana. El error es tolerable porque es humano y es humano porque es reversible, no sólo se puede rectificar, sino que incluso es un instrumento óptimo, eficaz, sobretodo para el aprendizaje.

La recuperación de la espontaneidad requiere invertir la tendencia a considerar nefasto el error, por tanto, encontrárselo. Es a partir de las dudas como podemos aprender a reconocer nuestras propias emociones y necesidades.”

Villegas, 2000 (Revista de psicoterapia)

Manejar la
ANSIEDAD en el doc

¿QUÉ SE ENTIENDE POR ANSIEDAD, SUS CAUSAS Y EFECTOS?

El desorden obsesivo compulsivo se enmarca dentro de los trastornos de ansiedad, por lo que es frecuente hallar en el DOC la presencia tanto de ansiedad generalizada como de crisis de ansiedad situacionales, es decir crisis de angustia (ataques de pánico) asociadas a las obsesiones.

Este concepto tan utilizado hoy en día, se refiere a la conjunción de tres componentes:

LO QUE SENTIMOS Y PENSAMOS ante una situación de peligro (anexo 1)

Y EL COMPORTAMIENTO ASOCIADO que nos lleva a afrontar la situación de manera forzada..(anexo 1)

La ansiedad afecta tanto a la mente como al cuerpo. Al hablar de ella nos referimos a sentimientos y sensaciones como el miedo, la aprensión, el estar con los “nervios desechos”, “al borde de un ataque”, angustiados, crispado, preocupado,... Se relaciona también con síntomas corporales, es decir sensaciones tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, los “nudos en el estómago”,..que le hacen sentirse a uno con gran incomodidad , incluso los síntomas pueden llevar a diarrea, dolor de cabeza, de pecho o espalda, palpitaciones, etc.

Los individuos con crisis de angustia se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencias que aquéllas pueden tener en su vida. Algunos temen que las crisis de angustia anuncien la aparición de una enfermedad no diagnosticada que puede poner en peligro su vida (p. ej., enfermedad coronaria, trastorno mental), a pesar de controles médicos repetidos que descarten esta posibilidad. Otros creen que las crisis de angustia indican que se están «volviendo locos», están perdiendo el control o ponen en evidencia su debilidad emocional. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de un trastorno ágora fóbico llegando en algunos casos a efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

Una persona que sufre un ataque de pánico asociada o no a las obsesiones está experimentando una reacción exagerada de la respuesta de luchar o huir. Los

síntomas del pánico no son más que una exageración de respuestas corporales normales que son activadas por el miedo.

Algunos de los cambios más perceptibles que tienen lugar en una crisis de ansiedad (ataque de pánico) son:

Taquicardia (latidos del corazón acelerados)	Esto hace que se bombee más sangre hacia los músculos, nos prepara para la lucha o la huida
Disnea (Respiración profunda y rápida, jadeante)	Asegura un gran suministro de oxígeno a la sangre que llega a células y músculos
Sensación de que va a ocurrir algo inminente: peligroso-desagradable, sensación de pérdida de control	Genera la activación del miedo, de la respuesta de lucha o huida
Tensión muscular incrementada	Prepara al organismo, concretamente a los músculos para la acción que se emprenderá de inmediato
Sudor frío	Es una preparación para el sudor cálido de la actividad muscular real
Constricción de los vasos sanguíneos periféricos cerca de la superficie del cuerpo	Eleva la presión sanguínea, la sangre desaparece de aquellos músculos (piel) donde no es necesaria para huir. Es la causa de “palidecer de miedo”
Escalofríos, erizamiento del vello	Conserva el calor y protege al cuerpo de la amenaza aumentada de frío causada por la constricción periférica
Dilatación de las pupilas	Permite una mejor visión de los peligros amenazantes y es la base de tener “ los ojos desorbitados por el miedo”
Suspensión de la actividad digestiva	Suministra sangre adicional a los músculos
Boca seca ,disminución del flujo de saliva	Esto acompaña al flujo disminuido de jugos gástricos en el estómago cuando se suspende la actividad digestiva
Tendencia a evacuar la vejiga e intestinos	Ello libera al cuerpo de una actividad ardua
Mareo, náuseas, vómitos, inestabilidad	Como consecuencia de los cambios anteriores a nivel de presión sanguínea, actividad digestiva,...

La asociación de las crisis de ansiedad a las obsesiones, o bien, la presencia de crisis sin estar asociadas a obsesiones pueden desembocar en un desorden de pánico,

veamos a continuación como se desarrolla y cómo puede afrontarse el desorden de pánico.

¿CÓMO SE DESARROLLA UN DESORDEN DE PÁNICO?

1. El primer paso es un episodio de sensaciones físicas desagradables, que son alarmantes y cuya causa no se entiende. Estas sensaciones pueden estar relacionadas por ejemplo con la aparición de una obsesión (idea reconocida como absurda, que se repite y causa ansiedad). Las sensaciones físicas suelen estar relacionadas con las descritas anteriormente.
2. Las sensaciones físicas desagradables son atribuidas a síntomas físicos de una enfermedad física, por lo que habitualmente la persona acude a su médico o bien a un servicio de urgencias. Como mucho, tras la exploración le dirán a la persona que se trata de un problema de nervios.
3. El paso siguiente en el proceso es la falta de una explicación aceptable, comprensiva, para los síntomas y sensaciones que experimenta la persona. A la persona se le dice que está bien, que son nervios, sin embargo la persona se siente realmente mal, enferma. A algunas personas les bastará con estas explicaciones para tranquilizarse, otras sin embargo no.
4. El siguiente paso, en personas con una gran necesidad de control, será tratar de evitar lo que suponga desaprobación de los demás, parecer normales,...empezando a ser señal de preocupación la idea de que se repitan las crisis o episodios. Aparece el miedo al miedo.
5. Este miedo hará que la persona llegue a ser extremadamente consciente de cualquier cambio que se produzca en su organismo, o cualquier sensación interna, que hasta el primer episodio de pánico habían pasado totalmente desapercibidas. La persona está alerta, vigilante de su cuerpo, lo que al mismo tiempo genera un incremento de esas sensaciones que en muchas ocasiones son normales. Llamamos a este proceso amplificación de las señales corporales.
6. La preocupación y el miedo a que estas crisis se repitan, la llamamos ansiedad anticipatoria o simplemente anticipación negativa, lo que en ocasiones llega realmente a provocar crisis de síntomas limitados

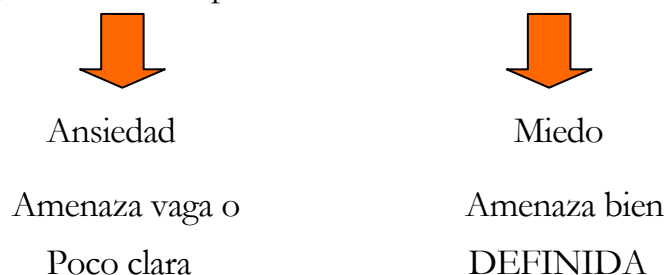
7. Dado que estas crisis no se dan en el vacío, suelen asociarse a situaciones determinadas: salir de casa, reuniones, transportes, estar solos, asociado a obsesiones, etc. Produciéndose de esta manera un ciclo de ansiedad/pánico.
8. El siguiente paso es que la persona escapa, huye, o no se enfrenta a situaciones, lugares o personas donde se ha producido la respuesta de ansiedad, inicia lo que denominamos conductas de evitación. Se inicia así un ciclo de temores fóbicos a determinadas situaciones, que suelen evitarse. Todo ello es vivido por la persona con grados crecientes de malestar, llegando en ocasiones a desarrollar un desorden de pánico con agorafobia (evitación), quedando la persona atrapada en los círculos viciosos del miedo.

¿ CUÁNDO SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA LA ANSIEDAD ?

La ansiedad **es una reacción NORMAL Y SANA**, todo el mundo la experimenta en situaciones de peligro, en situaciones delicadas o en momentos de preocupación.

Niveles moderados de ansiedad nos ayudan a mejorar nuestra tarea o desempeño en momentos difíciles. Un jugador de fútbol que no estuviera tenso antes de un partido, un estudiante que no sintiera preocupación antes de un examen, o una persona que tiene que afrontar una situación nueva o desconocida, no conseguirían probablemente rendir a su mejor nivel, o prepararse eficazmente ante esa situación nueva.

Ansiedad y miedo son respuestas normales a una amenaza percibida:



La ansiedad se convierte en un problema cuando surge en momentos en los que no hay peligro real, o cuando persiste después de que la situación de estrés ha desaparecido.

Se produce entonces una sensación desagradable, producto de la aceleración de nuestro organismo.

HABILIDADES BASICAS
PARA MANEJAR LA
ANSIEDAD

COMO ABORDAR EL PÁNICO Y LAS CRISIS DE ANSIEDAD

Las sensaciones de pánico, asociadas o no a las obsesiones, pueden ocurrir de repente, de forma inesperada, más tarde el pánico es producido a menudo por la reacción de miedo a lugares y situaciones. Estas reacciones se esfuman con rapidez, si se les permite, claro está. Generalmente se mantienen debido a los pensamientos alarmantes que producen y por los intentos de evitarlos. El mejor consejo y al mismo tiempo el más difícil de seguir es : DEJA QUE SUCEDA Y ESPERA QUE PASE.

Hacerle frente, exponerse a los miedos, a las situaciones temidas, por etapas, hacen que se reduzcan progresivamente y a veces de forma muy rápida ,estos episodios de pánico, haciéndolos improbables, pero, naturalmente hay que prever al go de temor o miedo. Aceptar estas sensaciones desagradables por lo que son, afrontarlas, sin huir ni rendirse, forman parte de la superación del desorden de pánico. Más adelante veremos como afrontar el pánico asociado a obsesiones puras, como exponerse a esos temores.

Exponerse al miedo, es el eje nuclear para resolver el pánico. Practicar y repetir, hará que tomemos una nueva actitud mental hacia el pánico, lo que significa no intentar evitar a toda costa por más tiempo, sino salir a su encuentro.

DIEZ REGLAS PARA AFRONTAR LAS SENSACIONES DE PÁNICO

1. Recuerda que las sensaciones no son más que una exageración de las reacciones corporales normales al estrés
2. No son en absoluto perjudiciales ni peligrosas. No te volverás loco ni caerás muerto por ello. Solamente son desagradables. No sucederá nada peor
3. Deja de alimentar el pánico con pensamientos atemorizadores sobre lo que está sucediendo y adonde podrían conducirte. No eches leña al fuego.

4. Observa lo que está sucediendo en tu cuerpo justo ahora, en el mismo instante en que notas esas sensaciones y no lo que temes que pueda llegar a pasar (no te conviertas en Raphael, adivinador de futuro)
5. Espera y deja tiempo al miedo para que pueda pasar. No luches en contra ni huyas de él. Simplemente acéptalo
6. Observa que cuando dejas de alimentarlo , de aumentarlo al añadir pensamientos atemorizantes, el miedo empieza a desaparecer por sí mismo.
7. Recuerda que el objetivo de que te expongas al miedo es precisamente aprender a afrontarlo, sin evitarlo. Por tanto ésta es una oportunidad para progresar. El miedo no se vence fuera de él mismo, hay que estar dentro.
8. Piensa en los avances que has conseguido hasta la fecha, a pesar de las dificultades, cuando te has expuesto al miedo. Piensa en lo satisfecho/a que estarás cuando lo consigas esta vez.
9. Cuando empieces a sentirte mejor, mira a tu alrededor y empieza a planear que harás después.
10. Cuando estés dispuesto/a a continuar, empieza de forma tranquila, relajada. No hay necesidad de esfuerzo y de prisas.

COMO AFRONTAR LAS RECAÍDAS O RETROCESOS

Hacer frente al miedo no es una cuestión de magia, es una cuestión, primero de tener claro como funciona, comprender, posteriormente estar dispuesto/a a hacerle frente, permanecer en él exponiéndose. Ello requiere esfuerzo y sacrificio, o dicho de otra manera, estar dispuesto a pasarlo mal para luego estar bien. Casi nadie sale del miedo sin cometer errores o sin que haya retrocesos. Lo que cuenta es como afrontas cualquiera de las situaciones y sensaciones que experimentas, de manera que lo poco que se haya hecho en un día malo puede valer mucho más que lo que se haya hecho en un día bueno.

Si existe una recaída o un retroceso, vuelve a encararte, al día siguiente, en los próximos días,...sin cejar en el empeño. En ocasiones se necesita un respiro, volver a coger confianza y seguridad, pero recuerda, siempre que no renuncies cuando las

cosas se vean negras, las posibilidades de vencer al miedo y la ansiedad son ciertamente buenas.

RESUMEN: ¿CÓMO AFRONTAR EL PÁNICO?

- ✓ Prever algo de miedo, fomentar el que esto ocurra algunas veces y aprender formas de afrontarlo
- ✓ Intentar permanecer en, o cerca, de los lugares o situaciones donde sucede. Descansar en algún lugar y esperar a que pase.
- ✓ Retroceder despacio un corto trecho si hace falta, salir de la situación momentáneamente, sin huir ni escapar, cuando se reduzcan las señales vuelva a intentarlo.
- ✓ Acordarse de las 10 reglas para hacer frente al pánico
- ✓ Cuando el miedo decrece, continuar la práctica, la exposición.
- ✓ Algunas recaídas son inevitables. Prevéalas (téngalo en cuenta) y no se rinda.

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Hay gente que cuando está ansiosa tiende a respirar más rápidamente. Esta respiración ansiosa (o hiperventilación) puede producir síntomas como temblor, taquicardia, hormigueos en pies y manos y mareos. Hiper (excesivo) ventilación (movimiento del aire) es simplemente exceso de respiración. Se produce cuando una persona respira rápidamente o bien de manera profunda, o una combinación de ambas. Es necesaria para satisfacer las exigencias del cuerpo de oxígeno y eliminación de dióxido de carbono. Este último componente disminuye en la sangre con una hiperventilación, aproximadamente en un 50% en 30 segundos. La mayoría de personas pensaría que esto es bueno, ya que en la escuela y en los talleres de medio ambiente nos han enseñado que el dióxido de carbono es un producto de desecho. No obstante este elemento es importante para mantener una base ácida adecuada o nivel de pH en sangre y se utiliza para regular la respiración.

La hiperventilación eleva el pH de la sangre en las células haciéndolas más excitables y también tiende a activar la respuesta de luchar o huir (conductas de evitación), lo que inicia una cadena en el organismo que puede llegar a producir síntomas :

- *Palpitaciones y taquicardia*
- *Dolor de pecho*
- *Entumecimiento u hormigueo en boca, manos, pies*
- *Vértigo, debilidad, mareo, concentración deficiente, visión nublada o una sensación de extrañeza (separación del cuerpo, despersonalización).*
- *Insuficiencia respiratoria (diseña: sensación de que falta aire, de ahogo).*
- *Dificultad para tragar, nudo en la garganta, dolor de estómago, nauseas .*
- *Tensión, dolores musculares, agitación o espasmos musculares.*
- *Transpiración (sudores), ansiedad, fatiga, debilidad, sueño deficiente, pesadillas.*

La mayoría de estos síntomas (no tienen porque estar presentes todos) se desarrollarán en poco más de un minuto, aunque pueden ser molestos, ninguno de ellos causa daño duradero.

La mayoría de personas que hiperventilan / en situaciones de tensión, miedo o ansiedad) no se dan cuenta de que lo están haciendo. Veamos algunos indicadores que pueden sernos de ayuda:

- Hiperventilación prolongada a lo largo del día, con sobrerrespiraciones profundas : Grandes suspiros, bostezos frecuentes sin sueño,..que hacen que percibamos una respiración dificultosa, que nos falta aire.
- Cuando estamos en reposo y se respira por la parte superior del pecho en vez de utilizar el diafragma
- Al respirar por la boca, por dificultades anteriores (asma), o por mal hábito.
- Las personas tensas o nerviosas tienden a aguantar la respiración, hablar muy deprisa,..lo que lleva a hiprventilar
- Personas muy preocupadas por la imagen (tener barriga) apretan el estomago o van con el mismo encogido , se crea una hábito inconsciente de tensar los músculos abdominales con el objeto de responder a la imagen ideal. Uso de ropas apretadas,..

CONTROL a través del siguiente ejercicio:

Observación:

En primer lugar : Elija un lugar cómodo y observe su pauta normal de respiración, coloque una mano sobre su pecho y otra sobre el estómago. Haga una respiración un poco más profunda y compruebe que mano se mueve más (pecho o diafragma). Habitualmente las personas con ansiedad suelen respirar más por la parte superior (pecho). Si notas que respiras por el diafragma eso está bien pero no elimina la posibilidad de alguna forma de hiperventilación..

En segundo lugar: Controla la velocidad (cuenta) de tu respiración. Una velocidad normal de respiración en reposo es de ocho a dieciséis respiraciones por minuto.

A partir de la observación practica los siguientes pasos:

Respiración profunda ,lenta y pausada :

Inspire hondo, retenga la respiración mientras cuenta despacio hasta tres y suelte el aire, despacio por la boca.

Postura:

Tanto si está de pie como sentado busque siempre una postura relajada. No se siente en el borde de los asientos, no encoja los hombros ni apriete los puños.

Respiración ventral diafragmática:

Ahora que su respiración es más lenta, aprenderemos la respiración ventral-diafragmática. Inicie la inspiración por la parte baja del abdomen (como si el bajo vientre se inflara) y vaya subiendo hasta los pulmones, aguante el aire durante 4 o 5 segundos y expulse suavemente el aire por la boca.

Las claves de estos ejercicios están en la quietud, respiración lenta y en armonía, que no cueste esfuerzo la respiración. A medida que lo vayas consiguiendo deja que tu cuerpo se vaya aflojando lentamente.

Al principio es importante repetir los ejercicios cada día durante 10-15 minutos, a lo largo de dos semanas. Después puedes seguir practicando mientras trabajas, caminas, estas en reuniones, o cuando te enfrentas a una situación que te provoca miedo, a través de un ejercicio de relajación-respiración mediante una señal :

Mientras estás en la situación, lugar o con personas y te notas agitado o intranquilo, realiza tres inspiraciones profundas, lentamente. En cada una de las inspiraciones aguanta el aire en los pulmones durante 4 o 5 segundos y expulsa muy despacio. Al mismo tiempo que expulsas el aire, deja caer los hombros, si es posible con los brazos estirados a lo largo del cuerpo. A continuación sigue con la actividad prevista.

La SEÑAL en este caso es la sensación de ralas, de distensión que produce el aflojar los hombros, puedes elegir cualquier otra señal como por ejemplo una palabra que te repites **DESPACIO** mientras expulsas el aire de tus pulmones : **CALMA.....RELAX,....** o cualquier otra señal : tocar dedo pulgar e indice, imaginar una escena,...

METODO DE RELAJACIÓN MUSCULAR

A continuación se expone un método sencillo de relajación diferencial (Jacobson), que si lo practicas al menos una vez al día durante dos semanas, puede ser de gran utilidad.

- Paso 1: Elija una posición cómoda, en la silla o acostado
- Paso 2: Cierre los ojos y respire de manera lenta y pausada mientras explora su cuerpo y nota la tensión que hay en músculos y articulaciones. Intente aflojar esas partes
- Paso 3: Realice una tensión generalizada en manos, y brazos hasta los hombros, durante 8 segundos y a continuación relaje los brazos dejándolos en una posición cómoda. Note la diferencia.
- Paso 3: Realice una inspiración profunda, aguante el aire durante 8-10 segundos, notando la tensión en el tórax y al mismo tiempo intente juntar los hombros por detrás de la espalda. Relaje y recupere una respiración lenta.
- Paso 4: Estire ambas extremidades y apriete fuertemente todos los músculos (pies, pantorrillas, muslos y glúteos). Relaje y recupere respiración lenta.
- Paso 5: Arrugue fuertemente la cara, como si fuera una nuez (fruncir ceño, apretar labios y dientes, pómulos, cerrando ojos,..).Relaje
- Paso 6: Levante los hombros hacia la cabeza, girando el cuello hacia la izquierda, luego a la derecha (despacio). Relaje.
- Paso 7: Utilizando la respiración lenta y pausada, recorra las diferentes partes del cuerpo intentando aflojarlas más y más...

Lo ideal para aprender a desactivar la tensión y la activación vegetativa (ansiedad) es combinar la respiración y la relajación muscular. Una vez hayas repetido ambos ejercicios a lo largo de dos semanas, intenta practicarlo en situaciones de la vida cotidiana, encontrando tu propia forma de relajarte mediante claves.

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN :¿CÓMO DISTRAERSE?

Hay muchas maneras de distraerse, pero cuidado, no se trata de huir de las situaciones que nos provocan ansiedad, o de nuestros pensamientos, cuando nos enfrentamos a esos temores, obsesiones o situaciones desde dentro hemos de conseguir permanecer en ellas, no huir, ni a pie ni con el pensamiento, sólo cuando hayamos logrado reducir nuestra incomodidad entonces podemos utilizar la distracción como un apoyo y ayuda para restablecer nuestro equilibrio emocional.

La distracción es el proceso de desplazar o desviar la atención de una actividad a otra, las técnicas más útiles suelen incluir:

- Concentrarse en lo que está pasando alrededor. Por ejemplo: escuchar las conversaciones de otras personas, contar objetos de color rojo que haya al alcance de su vista. No importa que sea algo intrascendente, lo importante es que capte su atención. Adivinar la profesión a la que se dedica la gente con la que se cruza o están en su presencia.
- Práctica de la actividad mental. Esto incluye actividades como la aritmética mental, resolver crucigramas, lectura de diarios o revistas,..
- Conversación: La conversación es una forma efectiva de distracción que puede utilizarse en cualquier lugar. Mantenerse activo en las conversaciones (no limitarse a escuchar).

Una variante de la distracción, la **FOCALIZACIÓN SENSORIAL**, puede ser de gran ayuda para las personas encerradas en un círculo vicioso de atención a sus señales corporales (normales), que pasan a ser interpretadas como peligrosas y por tanto activan y alimentan el miedo.

El ejercicio consiste en dedicar unos minutos al día , estando estirados y con los ojos cerrados para poder concentrarse mejor, a observar toda la información proveniente de nuestro propio cuerpo : la respiración, el tono de los músculos, los latidos del corazón, las zonas tensas,...tras unos minutos de observación dirigiremos nuestra atención al exterior con los ojos cerrados, intentaremos identificar los estímulos externos, por ejemplo: identificar ruidos, de dónde vienen, que crees que está sucediendo, quiénes son los que hablan, de dónde procede el ruido, a qué distancia .

APRENDA A CONTROLAR SUS PENSAMIENTOS INQUIETANTES

Disminuir la cantidad e intensidad de autodiscursos negativos es una de las claves para reducir la ansiedad. Repetirse autoafirmaciones (requiere práctica) para salir adelante cada vez que se sienta tenso o inquieto.

Ejemplos de autoafirmaciones:

- La ansiedad **NO** es peligrosa, sólo incómoda. He sobrevivido a sensaciones como esta y peores antes.
- Tengo que activar mi respuesta de relajación, hacer tres o cuatro respiraciones profundas y luego distraerme
- No es necesario combatir lo que estoy sintiendo. Aún cuando esto es molesto, no es más que adrenalina y se pasará
- Verificar mi respiración, centrarme y describirme lo que está sucediendo a mi alrededor
- Lo que estoy sintiendo no es más que una sensación corporal desagradable. No es peligroso.
- No tengo que hacer esto a la perfección, debo tranquilizarme un poco y permitirme ser humano
- Estas sensaciones o nerviosismo no van a durar demasiado tiempo, tengo que centrarme en el presente, no ir más allá.

¿Cómo
trabajar con las
obsesiones?

¿CÓMO TRABAJAR CON LA DUDA?

El ser humano ha aprendido a formularse preguntas, lo que le ha permitido evolucionar y construir teorías, ordenar los hechos para conocer o explicarse lo que sucede en el mundo. La búsqueda de respuestas responde a una necesidad de control sobre lo que puede suceder, para estar seguros delante de la incertidumbre inefable de la vida.

Parece inevitable, diría incluso recomendable, un mínimo de seguridades garantizadas para poder sobrevivir, pero ¿hasta que punto? ¿dónde está el límite?.

Hemos visto la enorme importancia que tiene la duda en el obsesivo, ésta se toma COMO UNA FASE TEMPORAL QUE FINALIZA CUANDO SE TOMA UNA DECISIÓN. Es decir que la duda es algo infértil ,improductivo si no se llega a una decisión clara y convencida.

Recordemos que ... “ **Cuando hay libertad de decisión y responsabilidad, hay la posibilidad de equivocarse y por tanto sentirse culpable.**”

Se huye de la duda como método de reflexión, se toma como instrumento para llegar a tomar una decisión clara, generando indecisión y ansiedad. La primera actitud que posiblemente debe cambiarse es :

TOMAR LA DUDA COMO UN METODO DE REFLEXIÓN

Como un vehículo facilitador de la conciencia reflexiva. Pensemos que la búsqueda de certidumbre es parte esencial de la investigación científica.

Podemos entender la duda como un conjunto de **voces críticas** que se caracterizan por la necesidad de decir lo correcto, hacer lo correcto, sin posibilidad ni aceptación de errar y así evitar la culpa. De alguna forma la duda expresa una posición relacional de la persona con los demás, con el mundo. Podríamos entender ese conjunto de voces como si estuvieran intervenidas por un moderador interno que considera necesaria la elección de una sola de ellas (o gana el demonio o el ángel), como una especie de lucha para asumir el poder.

Lo primero que debemos tener presente para trabajar con la duda es nuestra posición personal, nuestra propia actitud ante ella. Podemos diferenciar dos formas de actuar ante el proceso dubitativo:

- POSICIÓN SUMISA, aceptando como cierto/indiscutible esos mensajes críticos (obsesiones)
- POSICIÓN INSUMISA, de confrontación con la rigidez de la voz crítica, de diálogo (disolución negociada de los conflictos)

Por descontento hemos de ir hacia la segunda. Cuestionar el posicionamiento subjetivo relacional de la voz crítica por otras voces internas (alternativas) que manifiestan una manera más funcional de posicionarse ante las cosas : CUESTIONAR, CRITICAR, PROBAR, DUDAR,....

ESTRATEGIAS GLOBALES PARA TRABAJAR CON LA DUDA

1. El primer paso es identificar la voz o voces críticas
2. A continuación reflexionar acerca de la actitud que voy a tener respecto a esa voz crítica (sumisa-insumisa)
3. Analizar el mensaje de la voz crítica, sentido, significado, como está construido ese mensaje. Aceptar la incertidumbre, las propias limitaciones.
4. Promover el diálogo entre las voces críticas y voces emergentes
5. Establecer nuevos posicionamientos subjetivos pero funcionales delante de la situación

CAMBIAR EL MODO EN QUE SE PIENSA

Quizás una de las mayores dificultades con que se encuentra la persona obsesiva es cómo trabajar con sus pensamientos atemorizantes, con sus pensamientos negativos,...y no morir en el empeño. Presento a continuación de manera resumida los errores más frecuentes que se cometen a nivel de pensamiento. Hablamos de los pensamientos distorsionados , como de aquellos pensamientos que generan interpretaciones erróneas o irreales de los acontecimientos, lo que genera una visión distorsionada de aquello que nos rodea. Estas formas de pensar deben someterse a la insumisión de la duda, es decir discutirlos, probarlos, ver de dónde sacamos que eso sea verdad, quién lo dice,...y generar pensamientos alternativos, más adecuados a la realidad de las cosas.

1. LOS PENSAMIENTOS ABSOLUTISTAS DE DEBERÍA-DEBO

Este tipo de pensamientos convierte las elecciones, los deseos y preferencias de la persona en absolutos universales. Esto se hace pensando en palabras o frases tales como : “debería, debo, es necesario,tengo qué,..” La realidad, la vida, es posible, por tanto aleatoria. Las cosas pueden ser y no ser. No existen los absolutos, sino las posibilidades. Otras formas que toman los “debería” son:

- Interrogatorio circular: La formulación repetida de preguntas que son irrelevantes o tienen una respuesta que ya se conoce, pero que no se está dispuesto a aceptar: ¿por qué soy así?, ¿por qué no puedo cambiar? ¿cómo pudo sucederme esto a mí? ¿por qué?..
- Pensamiento del no puedo: El uso de la frase no puedo, para describir una necesidad, un deseo, decisión o elección.
- Pensamiento de todo o nada, blanco o negro: Suelo poner el ejemplo de muchos de nuestros mayores cuando dicen : “ La verdad sólo tiene un camino”. La tendencia a evaluar las cualidades personales y acontecimientos en categorías extremas como las anteriores es otra muestra de pensamiento distorsionado , suelen emplearse palabras : correcto, incorrecto, bueno-malo, inocente – culpable,...

2. LA SOBREGENERALIZACIÓN

La transformación de un único acontecimiento (o muy escasos) negativo en una pauta absoluta de derrota o infortunio. Esto podemos encontrarlo en el lenguaje interno (voces internas, diálogo interno) con palabras : nunca, siempre, todo,.. Otra forma de encontrarlo es el etiquetaje : maté un perro me llaman mataperros.

3. MAGNIFICACIÓN-MINIMIZACIÓN

La magnificación incluye dos tipos de exageraciones : La catastrofización, que es la exageración de los defectos personales, de las insignificantes experiencias negativas y de los errores; y la exageración de las aptitudes de los demás. La Minimización, a veces la conocemos como desestimación o baja autoestima, también se presenta bajo dos formas: la depreciación de las fuerzas, aptitudes o logros personales y la depreciación de los errores o imperfecciones de los demás.

4. PERSONALIZACIÓN

El acto de asumir responsabilidad por un acontecimiento negativo cuando no existen bases para ello.

5. LECTURA DE PENSAMIENTO

Asumir lo que las demás personas están pensando y sintiendo con poca o ninguna evidencia que sustente tal presunción. Tampoco existe una actitud de confirmarla o rechazarla.

6. ADIVINACIÓN

Hacer de Raphael, hacer predicciones o adivinaciones y luego convencerse que es un hecho establecido y por lo tanto “una verdad como un templo”.

RECURSOS BIBLIOGRAFICOS

BIBLIOGRAFIA ESPECIALIZADA

- ✓ **¿ TOC? Trastorno obsesivo compulsivo.** 100 preguntas más frecuentes.
Gustavo Faus Boronat. Editores Médicos SA 1998

-
- ✓ **Trastornos obsesivo compulsivo: Manejo práctico**
Michael A. Jenike, Lee Baer L. Y William E. Minichiello
Ediciones Harcourt SA 2001

- ✓ **Estados Obsesivos**
Julio Vallejo Ruiloba y German E. Berrios
Editorial Masson SA 1995

- ✓ **Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo**
Samuel M. Tumer y Deborah C. Beidel
Editorial Martínez Roca 1994

-
- ✓ **Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una perspectiva cogmtiva y neutopsicológica.**
Frank TaJlis
Editorial Desclee de Brouwer 1999

-
- ✓ **Trastornos obsesivos-compulsivos**
Revista de Psicoterapia Epoca II, Volumen XI n042/43, 20-3er trimestre 2000
Edita Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista SL

-
- ✓ The american journal *of* Psychiaty. Revista Oficial de la American Psychiatric Association. Vol 5 N0 1, Enero 2002, ***Epidemiología genética de los trastornos de ansiedad: revisión y metaanálisis***~ John M. Hettema, Michael Neale y Keneth S. Kendler

PUBLICACIONES DE INTERES Y RECURSOS WEB



Publicaciones de la Asociación TOC

ATOC es una asociación nacional sin ánimo de lucro dedicada a proporcionar apoyo, educación y asesoramiento a personas con TOC, a los miembros de sus familias y a la comunidad de salud mental. La misión de **ATOC** es difundir la investigación, la comprensión y el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Las publicaciones de ATOC son:

- o **Guía para padres de niños y adolescentes con TOC**
- o **Guía orientativa para el profesor**
- o **Historias de niños y adolescentes con TOC contadas por ellos**
- o **Guía para familiares :Aprender a vivir con el trastorno obsesivo-compulsivo**

Dirección web : <http://www.asociaciontoc.org>.

Organiza periódicamente conferencias, charlas, sesiones clínicas y chats.



El Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU está integrado por los Institutos Nacionales de Salud NIHM (siglas en inglés; National Institute of Mental Health), la agencia principal del gobierno federal para la investigación biomédica y conductista. Tiene publicado en CASTELLANO un panfleto acerca del TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, de dominio público. Puede consultarse en la siguiente dirección:

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/spanocd.cfm>

Una adaptación de este folleto, se haya adaptado por A. Cuartero. *“Respuestas a sus preguntas sobre Trastorno de Compulsión Obsesivo-Compulsivo”* Se puede

obtener una copia del mismo solicitándola en la siguiente dirección
acbarbanoj@terra.cs.



El Desorden obsesivo-compulsivo. Manual para el paciente (programa individual) GUJA PRACTICA. Serie Cuadernos prácticos de salud mental. A.Cuartero Barbanoj. 2001, (guía no publicada)

LIBROS DE AUTOAYUDA

Venza sus obsesiones

Edna B. Foa y Reid Wilson.
Ediciones Robin Book 1992

Autocontrol y bienestar: Un método eficaz para libetarse de las obsesiones

Lee Baer
Editorial Paidós,1994

Trastorno obsesivo compulsivo. Los hechos

Padmal de Silva y Stanley Rachman
Biblioteca de Psicología Ed. Desclee de Brouwer 1995

Deje atrás sus obsesiones

Aurora Gavino
Ediciones Aljibe, 2001

Obsesiones obsesivas

Isabel Pinillos
Costa editorial mdcx, 1993

Aprender a controlar las obsesiones y las compulsiones

Cladellas
Ed. Cladellas 1994

Obsesiones

Agüera
Ed. Agüera,1992

Obsesiones

Rebeca Flanders
Ed. Agata

LO QUE SENTIMOS

Respuestas fisiológicas:

- ☞ **Respiración agitada y superficial**
- ☞ **Ritmo cardíaco acelerado (taquicardia o palpitaciones)**
- ☞ **Tensión en los músculos del cuello, de la espalda**
- ☞ **Sudoración**
- ☞ **Molestias en el estómago e intestinos,nauseas,..**
- ☞ **Sensación de ahogo o falta de aire**
- ☞ **Mareos o inestabilidad**
- ☞ **Zumbidos en los oídos, pérdida de audición**
- ☞ **Escalofríos y erizamiento del vello**

📁 Cambios de temperatura (sofoco-frío)

LO QUE PENSAMOS

Cuando hablamos de lo que pensamos nos referimos a las ideas relacionadas con las situaciones que nos preocupan. Es lo mismo que el diálogo interno, lo que hablamos o nos decimos a nosotros mismos por dentro.

- 📁 Lo peligroso que nos parece una situación
- 📁 No lo aguantaré
- 📁 Soy incapaz de hacerlo
- 📁 Me dará un patatús
- 📁 Esto es terrible
- 📁 No puedo respirar
- 📁 No puedo manejar esto
- 📁 No estoy haciéndolo bien
- 📁 Si me da algo no podré escapar
- 📁 Perderé el control,...

LO QUE HACEMOS

Nuestro nerviosismo se manifiesta también en nuestro comportamiento, es decir en lo que hacemos, tanto por exceso como por defecto :

- ☞ Movernos de un sitio para otro
- ☞ No estar quietos en la silla, movimientos repetitivos de extremidades, hombros,...
- ☞ Fumar y beber más
- ☞ Picar comida
- ☞ Rascarse
- ☞ Tartamudear
- ☞ Quedarse paralizado, en silencio
- ☞ No hablar
- ☞ Tratar de huir o evitar la situación