ENZO CASCARDO • PABLO E. RESNIK

TOC
OBSESIONES, COMPULSIONES Y RITUALES

100 preguntas, 101 respuestas

Enzo Cascardo - Pablo E. Resnik

Toc

Obsesiones, compulsiones y rituales

100 preguntas, 101 respuestas

Ediciones B

SÍGUENOS EN

megustaleer

@Ebooks

@megustaleerarg

@megustaleerarg

Penguin Random House Grupo Editorial

A los que la pelean,
a los que están vivos,
a los que cruzan fronteras.
A Santi, Marti y Paty, siempre.
Pablo

Para los que siempre están,
en especial a mis queridos
Julián, Joaquín y Adri.
Enzo

Colaboradores

María Florencia Puccio

Ha colaborado en el capítulo de psicoterapia del presente volumen. Es licenciada en Psicología, (Universidad de Buenos Aires). Terapeuta cognitivo conductual de amplia experiencia clínica y gran afinidad y dedicación al tratamiento del TOC. Es egresada de Especialización en Terapia Cognitivo Conductual de Trastornos de Ansiedad y Depresión, (Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento), del Posgrado en Trastornos de Ansiedad (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad), así como también del Posgrado en Neuropsicología Clínica (Hospital Francés).

Ya verás,
las hojas en el aire pueden inquietar,
formas que se buscan,
pero en calma la noche ha de brillar,
tal vez...

L. A. Spinetta

Reconocimientos

A los colegas, investigadores y autores que contribuyen o han contribuido a un mejor conocimiento del cerebro-mente y del TOC, y cuyas obras (ensayos, libros, publicaciones) amontonamos o mantuvimos desplegadas sobre nuestros escritorios a lo largo de la elaboración del presente volumen, con el fin de inspirarnos, ahondar nuestros conocimientos, reflexionar, precisar conceptos o cotejar puntos de vista. Ellos son: Abu Zayd al-Balkhi (s. IX), Tania Borda, Martin Brüne, Alfredo Cía, Philippe Chaslin (1857-1923), Stephanie Fitzgerald, James G. Frazer (1854-1941), Sigmund Freud (1856-1938), Eric Kandel, Konrad Lorenz(1903-1989), Paul MacLean (1913-2007), M. Beatriz Moyano, Fugen Neziroglu, Iván Pavlov (1849-1936), Ricardo Pérez Rivera, Gail Steketee, José Yaryura Tobías y Luis M. Zieher.

Primeras dudas obsesivas

Reviso mil veces si cerré bien la llave de gas, acomodo una y otra vez lo ya acomodado, me veo compelido a la simetría de las cosas, al orden perfecto, me torturo con celos locos cada dos por tres, camino sin pisar las juntas de baldosas, vuelvo atrás ganado por la duda (¿pisé la junta un poquito sin darme cuenta?), a pesar de saber que no, no la pisé, pero no estoy del todo seguro, así que allá voy de nuevo, empujado por una certeza: si no repito el acto y si no lo hago bien, alguien de mi familia se va a accidentar, enfermar o algo peor, que no pienso nombrar. No es lógico: cada vez que un perro pasa cerca me entra la duda de si me mordió. O si me rozó. O si alguna gota de su baba fue a parar a mi piel. Me fijo, miro en las zonas de cuerpo descubiertas, me levanto la remera, la pierna de los pantalones, quizás me mordió a través de la tela, busco algún rasguño sutil, uno nunca sabe. ¿Si me mordió o rasguñó sin que me diera cuenta y después resulta que tiene rabia…?

¿Cómo se hace para trabajar sin tener el mismo pensamiento rondando y aguijoneando mi cabeza y mi ánimo por horas, para no tener que cepillarme los dientes durante 20 o 30 minutos y quedar con las encías todas lastimadas, o lavarme las manos al menor contacto con cualquier cosa, hasta sumar, al final del día, 15, 30 o 100 lavados y la piel lastimada? ¿Cómo evito que la obsesión y las compulsiones se lleven la mayor parte de mis ganas, mi tiempo y mis fuerzas? ¿Alguien me dice, por favor, cómo hago para no aterrorizarme cada vez que me palpo las mamas, o para no pensar y sentir la certeza de lo maligno en cualquier irregularidad o bultito detectado en mi piel? ¿Puedo liberarme de contar de dos en dos hasta 100, y después lo mismo de cien hasta cero antes de salir de casa? ¿Y de tener que empezar otra vez al menor error o cambio de ritmo? ¿Será posible que tenga que golpetear la mesa con orden y velocidad preestablecidos cada vez que escucho la palabra *cajón*, porque si no pienso que se va a morir un familiar? ¿Nunca voy a dejar de estar tan deprimido a causa de estas obsesiones y rituales, a dejar de sentir temor por cosas tan absurdas como la posibilidad de que se me ocurra empujar a alguien

en la calle o clavarle un cuchillo por el simple hecho de tenerlos delante (a la persona y al cuchillo)? A veces tengo miedo de volverme loco.

Casos clínicos

CASO CLÍNICO N°1

PEDRO IBA A LA PLAZA

Pedro, un hombre de 42 años, es atormentado a diario por una duda crucial: ¿ha causado, a la edad de seis o siete años, la muerte de un niño? En esos tiempos pasaba muchas tardes en la plaza del barrio al cuidado de su madre. Las hamacas, como para tantos chicos, eran su juego preferido. Se hamacaba con fuerza y a la hora de tener que volver a casa, rebosante de adrenalina, se bajaba de un salto. Muchos años después, ya siendo un joven, se le presentó la idea de que una de esas veces la hamaca, al quedar sola en su ir y venir luego de que él la abandonara en feliz vuelo hacia la arena, podría haber golpeado en la frente a otro niño que andaba por ahí. ¿Y si el golpe lo había matado? Repasa una y otra vez los recuerdos e imágenes (poco confiables, le sugerimos, ¿serán en verdad recuerdos o más bien imágenes de escenas que a él se le ocurrieron y, de tanto pensarlas desde hace tanto, ya no se sabe?) de esa tarde. ¿Estaba el niño tan cerca? ¿Vio cuando la hamaca lo golpeaba o solo le pareció? ¿O nada más alcanzó a ver, cuando se iba, que el chico se acercaba a la hamaca, y el resto se le presentó como algo horrible que podría haber ocurrido, y ya no pudo sacarse esa posibilidad de la cabeza? Algo parecido comenzó a ocurrirle con sucesos actuales. Apaga con mucha fruición sus cigarrillos, por temor a provocar un incendio. Si hay agua cerca es ideal, porque es la manera más segura de hacerlo. Pone la colilla debajo del chorro de agua y se la queda mirando un rato, para estar seguro de que se apagó por completo y de manera definitiva.

CASO CLÍNICO N° 2

LA GARGANTA DE BIBI

A la edad de 15 años, Bibi comenzó a perder peso de manera progresiva. Un día se había atragantado o algo así, más bien recuerda que sintió la garganta muy seca y se le cerró de golpe, justo cuando tragaba. Empezó a toser y a tener arcadas, la garganta no se abría, tuvo miedo de asfixiarse. A partir de entonces se negó a comer sólidos para evitar un nuevo episodio de ese tenor. Los líquidos ofrecían menos peligro, pero tampoco abusaba de ellos, por las dudas. Tenía miedo de atragantarse otra vez, pero sobre todo, no sabe por qué, de vomitar. Pasó un par de años saliendo muy poco, ni siquiera se juntaba con amigas, por temor a que su esófago volviera a jugarle una mala pasada y la llevara a vomitar en público. Lo más curioso de todo es que no había vomitado durante la crisis que inauguró el proceso de padecimiento. Ni recordaba haber vomitado alguna vez en su vida. En todo caso, si había sucedido, resultaba evidente que no había sido traumático. A partir de estas circunstancias se volvió delgada, puntillosa, muy alerta a su propio estado de salud, al punto de cuidarse en exceso de potenciales contagios. La dejaba muy preocupada cuando alguien tosía o se sonaba la nariz cerca de ella, por lo cual viajar en colectivo en invierno, con tanta gente engripada, pasó a ser un problema. Se tapaba la boca con un pañuelo y se frotaba las manos con alcohol en gel. Entre el viaje de ida y el de vuelta gastaba un pomito. Uno por día. Al regresar a casa o al llegar al colegio se lavaba las manos con agua y jabón, de manera muy dedicada, durante un buen rato. Por las dudas.

CASO CLÍNICO N° 3

LUCÍA Y LO INASIBLE DE LA EXISTENCIA

La expresión de Lucía en su primera consulta no podría ser más desolada. Con lágrimas en los ojos nos cuenta: “No puedo dejar de pensar en el paso del tiempo”. Ella es muy joven, apenas cumplió los treinta, cosa que no le resulta un consuelo. El tiempo pasa, lo sucedido ya no se puede recuperar, queda allá atrás, la vida escapa. Se obliga a aprovechar cada día, cada hora. Mira fotos de cuando era chica y la angustia crece: esos momentos ya fueron, los padres son mayores, la niña que era no es, seguro hay un montón de inolvidables diálogos, juegos y miradas de cada día olvidados para siempre. Olvidados. No llega a pensar “cada día vivido me acerca a la muerte”, pero algo de eso hay. No puede tolerar la siguiente idea, esa que irrumpe en su pensamiento cada dos por tres: “Cuando muera, una vez muerta, voy a estar en la más completa soledad”. No es que esté segura de a dónde vamos cuando nos vamos, se pregunta cómo será, la asusta la posibilidad de quedar atrapada en un estado de añoranza eterna, un limbo sin retorno. Pasa casi todo el día, desde hace más de un año, dándole vueltas y vueltas a ese tipo de pensamientos e imágenes. Quizás está viviendo un buen rato con alguien y de golpe la idea irrumpe: “Este momento está por terminar, pronto quedará en el pasado”. Desde hace unos meses se siente cada vez más depresiva, le cuesta hacer las cosas habituales, piensa y piensa todo el día y ya no tiene más fuerzas. Por eso aceptó hacer una consulta. Antes se negaba, porque ¿quién iba a poder ayudarla con algo así? La iban a tomar por loca.

CASO CLÍNICO N° 4

EL INFIERNO DE LILI

A Lili la preocupa mucho que por su culpa la hija salga miedosa como ella. Claro, le está encima todo el día cuidando que no se ensucie, le pregunta qué comió en el colegio, le prohíbe comprar golosinas en el kiosco del patio durante los recreos. ¡Uf! Lili revisa siempre, con mucho cuidado, las fechas de vencimiento en los envases de alimentos. Lo hace en el hipermercado, antes de comprarlos, los rechequea al almacenarlos en casa y les pega una última miradita cuando los utiliza, no sea cosa que se hayan pasado. Mientras cocina, vuelve a dudar: ¿habré visto bien la fecha de vencimiento? ¿Decía 17/11/2015 o 17/01/2015? Tal vez, distraída por los gritos de los chicos, vio mal. Entonces saca del tacho de basura el envase recién descartado en cuestión (de leche, crema, lata de tomates, arvejas, lo que fuera) y comprueba una vez más la fecha. Sí, está bien. No está vencida. Le mantiene la mirada fija unos segundos más a los números para que no haya error posible. Perfecto, ahora sí, a lavarse bien las manos antes de seguir cocinando, estuvo manipulando la basura… El asunto se vuelve más engorroso cuando siente la necesidad de chequear la fecha otra vez más. Pudo haber visto mal, los números en la base de los potes no son fácilmente legibles, estaban un poquito borroneados, además tenía un pegoteo con restos de perejil del tacho de basura. Mejor fijarse bien, mirá si está vencido y, por no mirar una vez más, termina pasando algo.

Últimamente Lili optó por dejar todos los envases que va usando sobre la mesada, a la vista, hasta haber terminado de cocinar. Así ahorra el tiempo que le hace perder buscar en el tacho y lavarse las manos cada vez.

CAPÍTULO I

¿Tengo TOC?

¿Qué es el TOC?

¿Desde cuándo se conoce el TOC? Las primeras descripciones de lo que hoy conocemos como TOC datan nada menos que del siglo IX de nuestra era, y las debemos a Abu Zayd al-Balkhi, erudito natural de Khorasan (hoy provincia iraní, fronteriza con Afganistán), antiguo Imperio Islámico. En dicha provincia y por esos lejanos días vio la luz su obra *Sustento de cuerpo y alma (Masalih Al Abdan wa al-Anfus)*, manuscrito organizado en dos secciones: una dedicada al mantenimiento y prevención de la salud física y otra a las enfermedades de la mente.

Allí, en plena Edad de Oro del Islam, período de gran productividad intelectual y promoción del saber, los síntomas obsesivo-compulsivos estaban, según parece, lo suficientemente presentes como para que un agudo observador lograra identificarlos y discriminarlos de otros estados mentales llamativos, mejor conocidos y descriptos desde antiguo, como la melancolía. Aquellos que adjudican las causas de la ansiedad y estrés actuales a las destemplanzas de la vida moderna quizás se sientan sorprendidos: ¿TOC y ansiedad en Medio Oriente, en el siglo IX? Pues sí. En aquellas zonas desérticas sin grandes densidades de población, entre tiendas multicolores y camellos de lo más amables, sin cortes de luz ni necesidad de viajar apretados en colectivo (¡no existía!) para ir a trabajar, los síntomas de la esfera anímica y mental se paseaban a su aire. Vivitos y coleando.

¡Y eso que estábamos en un buen momento! La Edad de Oro del Islam, también llamada Renacimiento Islámico, se caracterizó, entre otras cuestiones, por la ambiciosa intención de transcribir todo el saber proveniente de la antigua Grecia, Egipto, diferentes regiones de Eurasia y alrededores al idioma árabe. Uno de aquellos tenaces trabajadores de lo académico fue nuestro brillante nuevo amigo Abu Zayd al-Balkhi, quien en su afán por reunir toda la información existente en obras médicas y filosóficas y realizar además nuevos aportes, clasificó los desórdenes mentales de acuerdo con sus síntomas constituyentes en cuatro categorías: ira (*al-ghadab*), tristeza y depresión (*al-Jaza'*),

miedos y fobias (al-faza') y desórdenes obsesivos (*wasawes al-sadr*). ¿Qué tal? ¡Todo un moderno manual diagnóstico, solo que escrito a mano y sobre un pergamino!

Describió las obsesiones como *pensamientos intrusivos, molestos y atemorizantes, no reales, que el sujeto volvía a recordar todo el tiempo con recelo de que lo temido ocurriera, lo cual le impedía llevar una vida normal.* Al-Balkhi nos hace saber, además, que los afectados intentan resistirse a estos pensamientos y, si bien a veces lo consiguen mediante hábiles maniobras distractivas, las obsesiones terminan retornando una y otra vez.

No conforme con tan precisa descripción, nuestro ahora ya admirado Abu Zayd al-Balkhi aborda dos cuestiones a tener en cuenta en la terapéutica del desorden:

a. las barreras que dificultan la búsqueda de tratamiento (creencias religiosas y culturales acerca de las obsesiones, escasa esperanza de encontrar un tratamiento eficaz y actitudes personales en relación con la búsqueda de ayuda);
b. las intervenciones terapéuticas más adecuadas para su manejo.

Abu Zayd albergaba dos principales hipótesis en aras de explicar las causas del desorden obsesivo: se trataba de algún tipo de afección demoníaca o, en su defecto, de un típico caso de *bilis negra*, en consonancia con las teorías humorales de las enfermedades, en boga desde la época de Hipócrates. Fueran demonios u oscuros humores los responsables, el estudioso persa no se amedrentó. Lejos de ello, propuso consistentes y terrenales intervenciones terapéuticas. Los afectados debían resistir sus pensamientos obsesivos, oponerles pensamientos positivos y buscar tratamientos que actuaran sobre sus mentes (aquí Abu Zayd al-Balkhi apunta a un enfoque revolucionario para la época, la posibilidad de actuar sobre lo psíquico con acciones sobre la mente misma, y no mediante manipulación del cuerpo, como era usual).

Es por estas ideas y propuestas de tratamiento psicológico que muchos estudiosos consideran a al-Balkhi —aun en este Occidente nuestro, tan propenso a no reconocer los aportes científicos del Antiguo Oriente— como el primer teórico cognitivo conductual de la historia.

El TOC constituye una enfermedad real. ¿Por qué lo aclaramos? Porque es común creer que obsesiones y compulsiones se deben a caprichos o extravagancias de quien las

padece. “Tiene manías”, suele decirse, “eso lo hace porque quiere”. Nada más alejado de la verdad. A tal punto que la posibilidad de tener TOC depende en buena medida del legado genético de nuestros padres, abuelos y más lejanos ancestros. De acuerdo con numerosas investigaciones científicas, parece quedar claro que no tiene TOC quien quiere sino quien puede. Resulta mucho más factible en quienes portan las particularidades genéticas necesarias para que, en algún momento de la vida, se manifieste. ¿Esto significa que *inevitablemente* obedece a causas genéticas? ¿No puede obtenerse por cuestiones ligadas a imitación o crianza, *sin* factores biológicos predisponentes? Ya abordaremos esos interesantes puntos más adelante, en otras secciones del libro.

Cuando hablamos de *trastorno obsesivo-compulsivo* (TOC) no hacemos referencia a esa preocupación intensa, por más excesiva o persistente que fuera, relacionada con los problemas de la vida comunes a todos, que cada tanto se nos cruzan por el camino. Muy por el contrario, al TOC lo caracteriza un fenómeno particular y desgastante para quien lo padece: la presencia frecuente y sistemática de obsesiones o rituales compulsivos y, con mayor frecuencia, ambos elementos a la vez.

Las *obsesiones* son ideas, pensamientos o imágenes intrusivas, repetitivas e inadecuadas, que aparecen de golpe en tu mente, suscitando gran ansiedad e incomodidad. Las *compulsiones*, por otra parte, son acciones motoras (lavarse las manos, acomodar cosas, verificar cerraduras o llaves de gas, golpetear la mesa un número determinado de veces…) o mentales (repetir determinadas frases, repasar conversaciones, memorizar, enumerar...), que uno se ve obligado a realizar con el objetivo de calmar la ansiedad provocada por las obsesiones. En otras palabras, la persona que sufre obsesiones intenta controlarlas o suprimirlas mediante actos compulsivos denominados rituales o compulsiones.

Estas obsesiones y compulsiones no reflejan tu modo de pensar o sentir, por lo que las percibís ajenas y absurdas *(¿cómo puede ser que me aparezca este pensamiento que no tiene nada que ver conmigo?)*. Sin embargo, a diferencia de otras patologías más severas (como por ejemplo algunas psicosis) las personas con TOC reconocen tales pensamientos como producto de su propia mente, aunque no entiendan el cómo ni el por qué. Como hemos dicho, las obsesiones no se identifican con las preocupaciones normales de cualquier persona que no padezca TOC, sino que responden a determinadas temáticas, muy típicas, como el temor de contagiarse una enfermedad o contaminarse

con algún producto tóxico, la necesidad de determinado orden y simetría en los objetos, preocupaciones exageradas acerca de cuestiones morales, de la sexualidad y de la posibilidad de hacer daño a sí mismos o a terceros. Debido a su carácter no deseado e intrusivo, sentimos gran ansiedad y urgencia por suprimirlas o, al menos, controlarlas. Para ello echamos mano a rituales y compulsiones que nos alivian y pasan, de ese modo, a instalarse y a formar parte del conjunto sintomático.

Otra característica importante del TOC es el tiempo que obsesiones y compulsiones ocupan a diario. Se acepta que para confirmar el diagnóstico la actividad obsesivo-compulsiva debe ocupar al menos una hora por día, además de producir un elevado nivel de estrés.

Por otra parte, y en contraposición con la mayoría de los afectados, algunas personas con TOC *no* consideran que sus obsesiones y compulsiones sean inadecuadas ni ajenas a su modo de pensar o sentir. Pero ese interesante punto lo desarrollaremos más adelante, en otras secciones del presente libro.

¿Cómo sé si tengo TOC?

¿Se te presentan a diario dudas difíciles resolver, en las cuales quedás atrapado, incluso en cuestiones simples como elegir entre una cosa y otra? ¿Necesitás chequear acciones que hiciste hace solo un momento, por ejemplo si cerraste con llave la puerta de tu casa, si apagaste bien el gas de la hornalla o si activaste la alarma del auto? ¿Es común que tengas que verificar esas acciones más de dos o tres veces para quedarte tranquila o tranquilo? ¿Te lavás las manos más de seis o siete veces por día, o empleás un tiempo excesivo para hacerlo, para bañarte o cepillarte los dientes? ¿Evitás tocar ciertas cosas, por temor a la suciedad o contaminación? ¿Te cuidás muy bien de no pronunciar determinadas palabras o números, porque se te ocurre que si no podría pasar algo muy malo? ¿Te protegés con un trapo para agarrar un picaporte o presionar una tecla de luz? ¿Te pone muy ansiosa o ansioso que las cosas no estén bien ordenadas? ¿Los objetos en tu casa deben guardar un orden determinado, muy puntilloso e invariable? ¿Te ves obligada u obligado a chequear en forma repetida si las ventanas han quedado bien cerradas y las luces apagadas? ¿Guardás montones de cosas inútiles "por si alguna vez me sirven"? ¿Se imponen a tu pensamiento ideas o imágenes absurdas, inadecuadas o perturbadoras, aun en contra de tu voluntad? ¿Necesitás repetirte mentalmente ciertas palabras o frases con el fin de aliviar la ansiedad o el temor? ¿Tenés que repetir siempre del mismo modo ciertos actos, obligado por el temor de que algo malo pase si no lo hacés de ese modo?

Si alguna o varias de estas situaciones te ocurren de manera frecuente y te consumen una hora o más al día, o te causan mucha ansiedad, es bastante probable que estés padeciendo un TOC. En ese caso, lo mejor es realizar una consulta con profesionales especializados, para confirmar o descartar la presunción y, en el caso efectivo de padecerlo, poder iniciar un tratamiento que te permita retomar el control y tu vida normal.

¿Será TOC o solo ansiedad?

La afluencia de ideas disruptivas no es una exclusividad del TOC. Cualquier persona, aun sin sufrir de patología obsesiva estable puede presentar, en casos de gran ansiedad, pensamientos inadecuados o imágenes violentas, más adherentes, menos fugaces y más difícilmente rechazables de lo acostumbrado. Sin embargo tal intensidad se encuentra ligada al grado de ansiedad que se padece. Cuando la situación estresante llegue a su fin, los pensamientos obsesivos, o de tipo obsesivo, también lo harán.

Es bastante típica, por ejemplo, la irrupción de ideas intrusivas, parásitas y reiterativas en personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, en períodos de agudización de la ansiedad. En este caso, nuevamente, cuando la ansiedad general mengüe, las obsesiones seguirán el mismo camino. En los casos de TOC, el ritmo e intensidad de las obsesiones presenta mayor constancia o regularidad, más allá de que, como es razonable, pueda empeorar en momentos de elevado estrés.

¿Puede ser que lo tenga y nunca me lo hayan diagnosticado?

Por supuesto que sí. De hecho es algo bastante habitual. Las personas obsesivas son propensas a ocultar sus pensamientos y compulsiones; estas últimas, en la medida de lo posible. De ese modo, el TOC constituye una enfermedad silenciosa en un elevado porcentaje de personas. Ya la actividad obsesiva, en sí misma, conlleva un buen grado de introspección, de actividad íntima, salvo en los casos, numerosos por otro lado, en que dudas intensas e insalvables obligan a preguntar y repreguntar a allegados para conseguir tomar una decisión o quedarse tranquilos respecto de algo. En quienes sufren solo compulsiones mentales (y no motoras), no observables a simple vista, la actividad obsesiva puede pasar por completo inadvertida aun para los más cercanos. Por otra parte, el diagnóstico no siempre resulta del todo claro. De hecho, lo habitual es que se llegue a la detección precisa del TOC muchos años después de comenzar a padecerlo.

¿Cómo se lo diagnostica?

No existen a la fecha análisis clínicos, estudios genéticos o de imágenes cerebrales que certifiquen el diagnóstico. El trastorno obsesivo compulsivo se infiere y diagnostica a través de la descripción de las características del proceso obtenidas en la entrevista con el paciente. A este efecto resultan de utilidad, además de la experiencia y conocimiento del profesional, cuestionarios específicos que cubren todo el espectro de síntomas frecuentes en el TOC.

En términos generales, se diagnostica cuando el paciente presenta obsesiones y/o compulsiones durante al menos una hora por día, con una intensidad que produce impacto significativo en la vida de la persona al afectar su rendimiento social, familiar o laboral. Se tendrá en cuenta, para un diagnóstico acertado, que tales síntomas no correspondan a otra enfermedad que pudiera presentar un cuadro similar (consumo de sustancias, paranoias, estados hipocondríacos, etc.).

Cuando la obsesión se presenta, una de las respuestas clásicas para aliviar la ansiedad es echar mano a conductas evitativas y así sustraernos de la situación temida.

¿Cualquiera puede tenerlo?

No es posible contestar de manera terminante a esta pregunta. Aun así, podemos afirmar, con bastante probabilidad de certeza, que la aparición o exacerbación del TOC depende tanto de factores heredogenéticos como psicosociales. Familiares de primer grado de personas con TOC presentan el doble de riesgo de contraerlo que la población general. Y si esos familiares de primer grado han tenido un TOC de comienzo en la infancia, la probabilidad resulta diez veces mayor.

De cada 100 personas de la población general, dos o tres presentarán un diagnóstico de TOC en algún momento a lo largo de su vida. Estudios realizados con gemelos y, por otra parte, en líneas familiares afectadas, indican que la posibilidad de desarrollar un TOC depende en buena medida de la presencia de factores genéticos heredados. Esto es así para muchas patologías (diabetes, hipotiroidismo o hipertiroidismo, etc.) y las de la esfera anímica o mental no son la excepción. Entre ellas los estados depresivos severos y recurrentes, por ejemplo, por nombrar una enfermedad muy común. La mayor parte de ese tipo de depresiones corresponde a una enfermedad tan biológica y hereditaria como la diabetes, lo cual no quita que, además, podamos deprimirnos por causas meramente psicológicas o sociales (aunque, en tal caso, las depresiones no serán tan recurrentes, severas y prolongadas a lo largo de la vida, como las de orden biológico-heredado). Lo mismo, como mínimo, puede decirse del TOC. A pesar de la consistencia de las investigaciones que indican la importancia del factor heredogenético, aun no se sabe con exactitud cuáles serían los genes o complejos genéticos asociados a la enfermedad.

¿Se puede afirmar, entonces, que en ausencia del factor genético no sería posible el desarrollo del TOC? Nuevamente, no podemos dar una respuesta segura a ese interrogante, pero tal factor parece necesario para expresar la enfermedad. Síntomas similares a los del TOC se presentan en diferentes patologías o situaciones biológicas, infecciosas o degenerativas, que afectan ciertas regiones del cerebro, en particular los llamados ganglios basales. Algunos de esos cuadros son la Corea de Sydenham, la enfermedad de Huntington, la encefalitis de von Economo, etc.

Un ejemplo interesante y curioso de cuadro obsesivo provocado por causas diferentes al TOC es el llamado PANDAS (por su sigla en inglés, *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcus infection*). Se trata de una enfermedad autoinmune (llamamos autoinmunes a enfermedades causadas por una

reacción fallida de nuestro sistema de defensa, que ataca a células del propio organismo) a partir de la infección de las vías aéreas superiores causada por un tipo de bacteria, el estreptococo beta-hemolítico. Similitudes químicas de las proteínas de superficie del estreptococo con proteínas propias de estructuras cerebrales (en este caso de los llamados ganglios basales, muy relacionados con el TOC) llevan al sistema inmune a confundir el enemigo y atacar a las células nerviosas de los ganglios basales, *creyendo* que se trata del estreptococo. Esto, según parece, sería posible solo en individuos genéticamente predispuestos (aquí vemos otra vez la participación del bagaje genético). En otras palabras, no a todos los individuos, en la misma situación, les ocurre lo mismo. En este caso tan particular, el inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos es agudo y su resolución la brindará un buen tratamiento antibiótico específico. ¿No es fascinante? Estamos hablando de un cuadro obsesivo-compulsivo muy similar al TOC, pero de causas infecciosas, y que se resuelve con antibióticos. El PANDAS fue descripto antes que nada en niños, pero luego se han encontrado casos también en adultos.

¿Es grave tener TOC?

El TOC y los trastornos asociados conforman cuadros psicopatológicos complejos, con síntomas intensos y diversos. Su curso es crónico, es decir, resulta probable la persistencia o recurrencia de sintomatología, en mayor o menor intensidad, a lo largo de la vida de quien lo padece. Su interferencia en las actividades de la vida cotidiana puede ser leve, moderada o alta. Afecta la calidad de vida, las relaciones interpersonales, el trabajo y la capacidad de labor intelectual. En los casos más graves, que por fortuna no resultan los más frecuentes, puede generar una total incapacidad. Además, es frecuente su asociación con estados depresivos. Es importante, por lo tanto, la detección precoz del problema y la realización de tratamientos adecuados y específicos.

¿Existen diferentes tipos de TOC?

En los últimos años, mediante la observación y seguimiento a largo plazo, se han reconocido diferentes subtipos de TOC, que podrían obedecer a diferentes influencias genéticas.

De acuerdo con características de las obsesiones y/o compulsiones predominantes distinguimos los siguientes grupos:

- Obsesión de duda y chequeos compulsivos. Es un tipo muy común.
- Prolijidad y simetría, con rituales de orden, conteo, cálculos matemáticos o geométricos, etc. Las personas ubicadas en este grupo conviven bastante bien con sus necesidades de equilibrio y proporción, por lo que no suelen llegar a la consulta. De hecho sus obsesiones pueden ser un valor positivo en sus tareas si la intensidad de estas es leve.
- Contaminación, con compulsión de higiene personal y/o limpieza extrema y repetida del hogar. Otro tipo muy habitual y bastante egosintónico.
- Obsesiones de agresión, sexuales o religiosas, inaceptables y muy desestabilizadoras. Suelen sufrir más angustia y por ello consultan con mayor asiduidad que otros grupos.
- Coleccionismo, compulsiones de acopio. Conservación de objetos "que pudieran resultar útiles en un futuro" (diarios viejos, revistas, recortes, objetos en desuso, platos rotos, notas manuscritas, prendas de vestir, etc.). Este subtipo presenta más complicaciones y menor respuesta a los tratamientos que los otros grupos.

¿Es posible adquirirlo como consecuencia de hábitos, crianza o imitación, aun en ausencia de factores biológicos predisponentes?

Tampoco disponemos de una respuesta nítida en este punto. En principio pensamos que es posible. La vida psicológica (o psicobiosocial) de los seres humanos es de enorme complejidad. Somos afectados y constituidos por múltiples factores de todo orden (historia personal, temperamento, situaciones traumáticas y no traumáticas vividas, aprendizaje, modos particulares de vincularnos al mundo y con los otros, vulnerabilidad heredobiológica, etc.) los cuales combinan de diferentes maneras en cada uno de nosotros. Un mapa de posibilidades tan rico nos abre a la tentación de no descartar posibilidad alguna, entre ellas el desarrollo del TOC a partir de elementos puramente psicosociales (imitación, desplazamiento de síntomas neuróticos, etc.), aun cuando el grueso de casos parece más bien responder a diferentes grados de mixtura biogenética y psicosocial.

La investigación científica nos permite enfocar, de manera lo más objetiva posible (y sin perder de vista las limitaciones de tal objetividad) algunos fenómenos y estrechar así el campo de variables de tal diversidad. En ese sentido los estudios con gemelos nos muestran, y en eso radica la importancia de los estudios gemelares, que la incidencia de TOC en hijos de padres biológicos afectados es mayor a la de la población general *incluso cuando el niño ha sido criado por padres adoptivos*. Tales resultados permiten suponer con alto grado de probabilidad de certeza, al menos en un amplio porcentaje de la población con TOC, la participación determinante o por lo menos necesaria del factor heredobiológico,

¿Cuál es la causa por la cual de dos hermanos solo uno desarrolle el TOC si han tenido los mismos padres y, por lo tanto, genética y crianza similares?

Es una pregunta interesante que puede aplicarse, por otra parte, a diferentes y múltiples características físicas o psíquicas. Para empezar, los hermanos no presentan un mapa genético único, a menos que sean gemelos *idénticos*. Para el resto, existen ejemplos muy sencillos a mano: un hermano tiene cabello claro y el otro oscuro, uno es más alto que el otro, etc., lo cual demuestra que de un bagaje genético similar, cada uno va a expresar un elemento o combinación de elementos diferente. En cuanto al modo de ser o al modo psicosocial de estar en el mundo, tengamos en cuenta que los múltiples elementos que atraviesan la crianza no necesariamente son los mismos o impactan del mismo modo en uno y otro, aunque hayan crecido bajo el mismo techo.

Pero si nos criamos juntos, con los mismos padres, y nuestro padre, que era muy obsesivo, lo fue para ambos… ¿Por qué entonces yo tengo un TOC y mi hermano no?

Bueno mi amigo, tu queja es atendible pero así son las cosas en nuestras complejas vidas. Los vínculos de cada cual con la madre y el padre, el tipo de lazo afectivo que desarrollen, la influencia del estilo parental, de las expectativas o proyecciones de cada padre sobre los diferentes hijos, los recursos de los hijos y su modo de pararse frente al mundo, incluso desde su primerísima infancia, no serán las mismos. Y todos estos factores no pueden ser medidos ni anticipados en su totalidad por ciencia o saber alguno existente (¡por suerte!). Las cosas se dan de determinado modo y no de otro, por combinación de diversos y complejos factores, presentes, pasados y antepasados (si se nos permite la licencia literaria) y, en general, no hay nadie que nos atienda en la ventanilla de reclamos.

¿Cuánta gente tiene TOC? ¿De qué modo se presenta a nivel poblacional o estadístico?

La prevalencia (número de personas enfermas en una determinada región, en un momento dado) mundial es de 1,6 a 3%, según diferentes estudios. En otras palabras, casi dos a tres de cada 100 personas lo padecen. Los porcentajes muchas veces no permiten ver el real impacto de un proceso. Digámoslo entonces del siguiente modo: estimamos que en la Argentina, por ejemplo, no menos de 1.000.000 de personas viven con un trastorno obsesivo compulsivo al momento de escribir la presente obra. Visto así es mucha gente, ¿no? Lo bueno de esa información es que ya no nos sentimos tan solos. Sabernos acompañados brinda un poco de alivio, nos permite sentirnos menos culpables, descargar una porción de responsabilidad acerca de lo que nos pasa, aun cuando nuestras obsesiones sigan ahí. Descubrir que esos síntomas pesados como una cruz, tan inexplicables como disruptivos, responden a una enfermedad verdadera y no a caprichos o manías propias, como se suele creer, no es poca cosa. Somos muchos y esos valores de prevalencia se muestran similares en toda la redondez de nuestro planeta, aun en países o ciudades con características socioculturales muy diferentes, lo cual habla a favor de la existencia de un componente genético importante para el desarrollo de la enfermedad. ¿Qué queremos decir con esto? Cuando una enfermedad determinada depende más de las condiciones geográficas, sociales o del entorno (clima, nivel de nutrición, presencia o no de determinados agentes patógenos en tal o cual región, situaciones sociales o familiares) es de esperar que, a diferencia de las patologías ligadas a factores genéticos, su prevalencia presente grandes variaciones en lugares diferentes. No será lo mismo en la ciudad que en el campo, en América que en Europa, en regiones cálidas que en aquellas más frías. El TOC muestra escasa dependencia del entorno. Su desarrollo parece depender, en buena medida, de cierta información genética compleja que hasta el momento no ha podido ser localizada con exactitud.

El inicio suele ocurrir en la infancia o adolescencia, si bien es más común su diagnóstico en los primeros años de la vida adulta. La media de edad de comienzo se ubica en los 20 años y afecta más a personas solteras que casadas, aunque este hallazgo seguramente constituye un reflejo de la dificultad de los pacientes con TOC de formar y mantener una pareja.

CAPÍTULO II

Obsesiones

¿A qué llamamos, exactamente, *obsesión*?

¿Cómo explicar la obsesión? ¿Cómo describir el mundo obsesivo a quien no lo ha experimentado en sí mismo? A lo largo del libro lo intentaremos. Por suerte, ¿por suerte?, todos tenemos de manera más o menos habitual una preocupación de tipo obsesivo, aunque no suframos TOC. Eso, sin duda, nos permitirá comprender mejor.

La frase *estoy obsesionado* puede tener, en nuestra vida diaria, una connotación positiva. Por ejemplo:

Estoy obsesionado con el nuevo proyecto que estamos desarrollando, va funcionar muy bien, no pienso en otra cosa, en mejorarlo, optimizarlo.

Hasta ahí vamos bien, pero un paso más allá en el compromiso, ocupación o preocupación puede significar, también, acercarse al terreno de lo que llamamos preocupación excesiva:

Estoy demasiado obsesionado con este proyecto. Hace varias noches que no duermo bien, durante el sueño sigo pensando, me levanto agotado, no puedo parar la cabeza, repaso cien veces los mismos detalles.

Este tipo de preocupación se parece bastante a un estado obsesivo, pero no lo es en sentido estricto o técnico. La *preocupación excesiva* puede presentarse en contextos de gran estrés o frente a problemas particulares que importan gran incertidumbre y, a diferencia de las obsesiones verdaderas, es disparada por situaciones comunes a todos (no por los temas clásicos del TOC). Además, al resolverse el problema disparador de la ansiedad, la preocupación cesa.

Las *obsesiones verdaderas*, aquellas que asociamos con el TOC, pueden ser oleadas de pensamientos, "rumiaciones", palabras sueltas, trozos de melodías, o imágenes

intrusivas no queridas, difíciles de controlar o suprimir, persistentes, reiterativas y sin sentido, a veces por completo absurdas o inadecuadas, y que despiertan una ansiedad o incomodidad intensa.

La idea obsesiva no se encuentra por completo en el área de la razón, no es un pensamiento que se presenta en mi mente y motiva mi curiosidad o análisis. No estamos hablando aquí de las preocupaciones normales de la vida cotidiana, por ejemplo problemas económicos o familiares. Lo que llamamos obsesión en el campo de la psicología/psiquiatría es otra cosa, sus temas son particulares y raramente preocupan a tal punto a quienes no son obsesivos. No se trata de si me siento solo o no llego a fin de mes, si rompí con mi pareja o si uno de mis hijos se lleva materias a marzo. En el TOC sucede otra cosa: aparecen dudas excesivas, patológicas y reiteradas sobre lo recién hecho o pensado, obsesiona la contaminación, el orden, la simetría, la moral o ética propias (aun sin razones existentes para ello), las imágenes violentas o de contenido sexual…

No es, la obsesiva, una preocupación corriente, de esas que queremos mantener en foco, de manera voluntaria, para analizarlas, reconocerlas, tomar una decisión y resolver un problema. Es más bien la imposición de un cuerpo extraño, una idea impropia clavada en tu mente que no te deja tranquilo hasta que lográs expulsarla. O más bien *dormirla,* mediante un acto compulsivo, hasta el siguiente episodio.

Veamos en detalle sus principales características:

1. *Las obsesiones son intrusivas*: vienen de la nada, desde afuera de nuestro deseo o voluntad y se abren paso hasta el primer plano del pensamiento. Llegan sin invitación, sin ser ni siquiera afines a nosotros.

2. *Son persistentes*: se mantienen a lo largo del tiempo. Permanecen semanas, meses, años, toda una vida. Por lo general son estables en su temática, siempre iguales a sí mismas.

3. *Son reiterativas*: cuando nos distraemos, nos concentramos en algo en particular o nos divertimos con mucho estímulo externo se alejan, quedan relegadas, silenciadas. Pero al rato vuelven. Bastará un minuto de tranquilidad o introspección

para que se nos impongan nuevamente (¡una y otra vez, todos los días!).

4. *Se acompañan de gran inquietud:* sentimos una amenaza ansiosa que nos impele a hacer algo que controle la obsesión o, al menos, las consecuencias catastróficas que esta predice.

5. *Son reconocidas por uno mismo como absurdas*: tanto que muchas veces nos provocan rechazo. Tanto, que intentamos dejar de pensar en ellas, expulsarlas de nuestra conciencia. Tanto, que nos da miedo de estar en proceso de volvernos locos. Pero no siempre, o no del todo, las obsesiones son vividas como ajenas. Muchos obsesivos están de acuerdo (por decirlo de algún modo) de manera parcial o total, con los contenidos de sus ideas. Dan crédito a sus miedos, creen que obedecen a posibilidades reales, se encuentran convencidos de la necesidad de realizar actos compulsivos o rituales para lograr protección. Muchos de quienes presentan ideas de contaminación, por ejemplo, suelen defender, ante sí mismos o ante los demás, sus exageradas medidas de higiene. Conceden que tales recaudos son "tal vez" excesivos..., pero tal vez no. El *insight*, o conciencia de lo inadecuado de un síntoma, suele variar de un paciente a otro. En algunos es decididamente pobre. Sienten en el fondo de su alma que esa "prevención de contaminación" es, en cierta medida, necesaria. O tienen dudas y es mejor prevenir… Ese *por las dudas,* un actor clave en la eternización de la sintomatología del TOC, será un objetivo de nuestra terapia. Debemos atacarlo, resquebrajar su poderío para finalmente reemplazarlo por: *no es para nada probable que esto suceda. Y si llegara a suceder ya veré, seguro me las voy a arreglar de algún modo.* Volveremos sobre este importante punto más adelante.

6. *Consumen nuestro tiempo:* al menos una hora por día, según los libros. Una duración menor estaría considerada dentro de los llamados rasgos de personalidad o maneras de ser (¿o es que no hay derecho a ser un poquito obse?) a menos que ese rato diario, menor a sesenta minutos, fuera muy disruptivo.

7. *Producen, con el tiempo, un gran desgaste y agotamiento mental:* más allá del contenido o tipo de idea, cuando el cuadro está instalado y lleva un largo periodo de actividad el desgaste es grande. Es la gota que horada la piedra, la cabeza no para.

Por un lado la preocupación por el contenido o tipo de idea. Por otro, la persistencia y reiteración, todo el día, todos los días. Tal desgaste lleva con frecuencia a estados depresivos.

¿Se pueden tener obsesiones sin llegar a constituir un TOC?

Sí, es posible sufrir obsesiones sin alcanzar, aun así, las condiciones requeridas para diagnosticar un TOC. De hecho, es difícil encontrar a alguien que no haya tenido en absoluto algún pensamiento o imagen de ese estilo. Pero aquellos que sí van a entrar en el espectro diagnóstico del TOC presentan a diario ideas intrusivas, reiteradas y persistentes muy particulares, de temas característicos. La necesidad de calmar la angustia y la ansiedad que estas obsesiones conllevan es neutralizada mediante acciones compulsivas (conductuales o mentales) que, de resultar exitosas, proveerán un rato de alivio. Esas compulsiones o rituales, dado el bálsamo momentáneo que proveen, comienzan a ser instrumentadas cada vez con mayor frecuencia, de manera rígida y sistemática, dando lugar a un círculo vicioso: aparece la idea obsesiva, se la domina mediante la conducta estereotipada o ritual, vuelve la idea obsesiva. También puede suceder a la inversa: primero efectúo el ritual (a modo preventivo, *por las dudas*) y luego viene la obsesión (atraída en este caso por el ritual, que nos la recuerda). La secuencia sería: ritual - idea obsesiva - ritual - alivio, y así una y otra vez.

Si estas obsesiones y compulsiones nos provocan significativa pérdida de tiempo todos los días, afectando nuestro desempeño normal, entonces sí se ha instalado un trastorno obsesivo compulsivo. ¿Por qué estamos tan seguros? Debido a que ya no ocurre un síntoma aislado o pasajero, sino que se ha desarrollado un sistema, un estado de cosas, un proceso o enfermedad que requiere tratamiento específico.

¿Cómo sería un pensamiento intrusivo?

Es una idea absurda o poco razonable, no deseada, provocadora de rechazo, que llega de la nada o se dispara por algún elemento del entorno o del mundo interno, y nos provoca una preocupación o ansiedad inmediata.

Subo al taxi. No está muy limpio que digamos. Me acomodo. A Scalabrini Ortiz y Av. Del Libertador, por favor. ¿Y si en el asiento hay un pedacito de aguja contaminada de sida y me pincho?

Voy bajando la escalera con un compañero de trabajo, hablamos de cualquier cosa, todo bien. ¿Y si lo empujo y que se reviente contra el piso? No me entiendoooo.

Esta mañana me crucé con mi prima, resulta que se descubrió un bulto en una mama. ¿Y si yo tengo también uno?

Hora de ir a trabajar. Salgo de casa, llego al garaje, subo al auto, me pongo el cinturón de seguridad, se me va a arrugar la blusa, pero bueno, una no puede dejar de usarlo, es así. Allá vamos. Semáforo en rojo. Uh, ¿y si dejé la plancha enchufada? ¿Será? No me acuerdo bien. ¿Pero si quedó enchufada y se incendia la casa? Voy a tener que volver a fijarme, por las dudas. Semáforo en verde, guiño a la derecha, volvemos. Otra vez voy a llegar a cualquier hora a la oficina.

Las ideas intrusivas no son patológicas o anormales en sí mismas, el asunto es lo que cada uno hace con ellas. A todos se nos presenta alguna de cuando en cuando, sin embargo las dejamos pasar sin prestarles importancia. Las entendemos, de manera intuitiva quizá, como pensamientos "locos", automáticos, sin importancia alguna, venidos vaya a saber de dónde. Un sinsentido más entre tantos de nuestro ser, en todo caso. Qué le vamos a hacer, no somos perfectos, sigamos con lo que estábamos haciendo.

No lo tomamos del mismo modo si sufrimos una patología obsesiva. Muy por el contrario, nos quedamos rumiando acerca de ello, sentimos el impacto, le otorgamos cierta validez o credibilidad al tema en cuestión, lo cual nos conduce a analizar el asunto, a no poder soltarlo, a no dejarlo pasar, a dudar acerca de nosotros mismos, de nuestra

salud (física o mental), de nuestra moral y buenas costumbres, del control sobre nuestra persona. Y la idea no se nos va tan fácil, ni mucho menos. Más bien nos vuelve, una y otra vez.

Podría haber una aguja en el asiento, no sería tan raro.

Quizás yo en el fondo estoy medio loco y algún día en efecto voy a empujar a alguien por la escalera.

Las manos me las voy a enjuagar de nuevo porque me parece que pudo haber quedado un resto de detergente, mirá si lo intoxiqué a mi bebé al prepararle la mamadera…

Si tenemos TOC, el pensamiento intrusivo llega para quedarse. Permanece, va, viene, ocupa el centro de nuestra atención o pasa a segundo plano cuando algo nos ocupa, pero no deja de acechar desde ahí. Horada, condiciona, desgasta. Y nos provoca el ritual, claro, algo hay que hacer con ello, de algún modo hay que pararlo. ¿Cómo? Bajo las escaleras lo más alejado posible de mis compañeros, palpo con cuidado el asiento del colectivo antes de sentarme, primero para un lado, después para el otro. Me enjuago bien las manos, durante varios minutos, varias veces al día. Por cada lavada con jabón me las enjuago tres veces. Eso voy a hacer. Me enjuago unos minutos, me seco bien, y así tres veces. Entonces la idea intrusiva se va, o queda acotada, bajo control. Ritual instalado.

Mamá, hace diez minutos que te estás lavando las manos. ¿Te pasa algo?
Nada nena, no me hinches, haceme el favor.

¿Cualquiera puede tener ideas intrusivas?

Obsesionarse un poco no es anormal. Esto nos deja a todos más tranquilos, ¿no? La normalidad o anormalidad de las intrusiones va a depender en buena parte de lo que hagamos con ellas. Diversos estudios muestran que alrededor del 85% de las personas experimentan en algún momento de sus vidas pensamientos o imágenes intrusivas bastante similares, en contenido y características generales, a las que se presentan en el TOC. La diferencia entre unos y otros consiste en que la mayoría de la gente no se preocupa por ellas, simplemente las deja correr, las descarta, las reconoce como un pensamiento automático sin mayor significado. Veamos un ejemplo:

Mis padres salían de viaje hacia la costa a la mañana siguiente, en su auto. Durante la cena en casa los escuchaba hacer planes y se me cruzó la imagen de que tenían un accidente en la ruta. Esto me sacudió, me dejó por unos segundos fuera de la conversación. Pero en seguida pude apartar la idea. Mis padres manejan ambos muy bien, la ruta es bastante segura, no había mucho motivo real de preocupación.

Como vemos, la idea intrusiva de que a alguien querido podría pasarle algo malo no es atípica en sí misma. Lo que podría transformarla en obsesión es su adherencia, intensidad y persistencia, así como la preocupación que genera, lo cual lleva a aquellos vulnerables a sufrir el TOC, a realizar actos (motores o mentales) destinados a calmar esa ansiedad, a conjurar el peligro.

En el ejemplo que acabamos de ver, alguien propenso al TOC se preocuparía, quedaría con la idea dando vueltas en su cabeza, pensaría que la irrupción de tal imagen implica una posibilidad *real* de que el accidente ocurra y asociaría el desorden de sus cubiertos a la posibilidad de ocurrencia de lo temido. *Si el cuchillo y el tenedor no están bien paralelos algo malo va a pasar. Si los acomodo bien paralelos, no.* El acto de ordenar los cubiertos, el poder mágico conferido a esa disposición, alivia del miedo y se incorpora como reaseguro frente a la reaparición de ideas afines. Más adelante en la evolución, el ritual o acto compulsivo, ya muy incorporado, podrá anteceder incluso a la idea, generando su reaparición y de este modo, un círculo vicioso conducente a la persistencia y agravación de los síntomas.

¿Qué elementos *intrusivos* (no deseados, sentidos como ajenos, rechazados, "venidos

de no sé dónde") son reportados por la población general? O, dicho de otro modo, ¿qué ideas de tipo obsesivo irrumpen en la mente de *cualquier persona*, y estamos hablando de aquellos que *no* sufren un TOC?

Veamos algunos ejemplos:

- Idea de tener un problema grave de salud;
- Impulso de realizar una maniobra brusca y estrellar el auto a propósito;
- Idea de atacar o lastimar a alguien;
- Pensamiento/impulso de realizar ataques sexuales contra mujeres u hombres que resultan atractivas o atractivos;
- Idea/impulso de comenzar a insultar en un contexto muy poco propicio (una sala de espera o una iglesia, por ejemplo);
- Impulso de empujar a alguien que pasa cerca.
- Imágenes de un ser querido con una enfermedad grave;
- Impulso de cometer un acto violento contra un bebé;
- Idea de tirarse por una ventana de un edificio, al encontrarse cerca de una, o de tirarse a las vías cuando se acerca el tren;
- Ideas o imágenes de contratiempos o accidentes;
- Idea de que si hago una cosa (por ejemplo, acomodar objetos) no sucederá otra (por ejemplo, sufrir un accidente).

Quien no haya tenido alguna vez ocurrencias como estas o similares, que arroje la primera piedra…

¿Puede ser que a causa del TOC uno evite determinadas situaciones?

Por supuesto que sí. Cuando la idea obsesiva tiene que ver con alguna situación en particular, por ejemplo temor de comenzar a proferir obscenidades en medio de una misa, una de las respuestas posibles es echar mano a conductas evitativas, en otras palabras, no concurrir a la iglesia, y asunto terminado. De este modo, la *evitación* se constituye en una solución "ideal", utilizada cada vez de manera más sistemática, preventiva y abarcativa, ya que se la instrumenta "por las dudas" o, dicho de otro modo, a causa de un temor anticipado, aplicable incluso a escenarios no iguales, pero similares, al que le dio origen. Para que se comprenda mejor, podemos decir que se trata de *compulsiones de evitación*.

Vistos de este modo, los actos que implican algún grado de evitación atraviesan buena parte de la sintomatología del TOC. Es muy común, por ejemplo, el uso de elementos mediadores (guantes, trapos) para evitar el contacto con picaportes, llaves de luz o agarres en el transporte público, así como la utilización exclusiva de cubiertos propios con prohibición de que otros los toquen. También solemos dejar de recibir gente en casa o determinar "áreas de exclusión", dentro de nuestro hogar (¡personas ajenas solo hasta el living!), para eventuales visitantes potencialmente portadores de suciedad o gérmenes. Vemos muchos pacientes, afectados por largos años de TOC, con dentaduras en muy mal estado debido a la imposibilidad, por temor al contagio, de concurrir a odontólogos. Otros se ven impedidos de extraerse sangre para análisis, etc.

Veamos algunos ejemplos clínicos:

Tuve que dejar de estudiar porque no lograba llegar en horario a las clases. Pasaba demasiado tiempo preparando todo lo que tenía que llevar y perfeccionando temas de estudio. Cada examen era un parto, tenía que repasar una y otra vez lo que ya había estudiado, por las dudas.

No puedo utilizar un baño que no sea el de casa, siempre me parecen mal higienizados. Cuando no logro evitarlo, paso todo el día muy inquieta. Llevo conmigo alcohol en gel, pero aun así se me pone difícil. Lo que hago es tratar de salir lo menos posible, sobre todo cuando son salidas largas, de muchas horas fuera de casa.

Jamás me siento cerca de una ventana si estamos en un piso elevado porque una vez me vinieron esas imágenes de que me voy a tirar.

Son modelos muy claros: si me da miedo una araña, se comprende que me aleje lo más rápido posible. De manera similar, si la cercanía de una ventana en el piso quince de un departamento me genera el temor o la imagen intrusiva de tirarme, me voy mantener lejos de ella. Es decir, evito acercarme, evito en lo posible el estímulo que disparará la ansiedad conectada a mi obsesión.

La evitación es un método efectivo para lidiar con este tipo de situaciones. Millones de fóbicos, además de los obsesivos, podrían atestiguarlo.

Evito lugares cerrados, lugares con gente que no conozco, trenes, aviones, micros de larga distancia, cosas peludas, perros, gatos, espacios abiertos, subterráneos, estar lejos de casa, ascensores, balcones, reuniones grupales, hablar en público o en voz alta, exponer mis ideas, hablar por teléfono, manejar un automóvil, quedarme sola en casa, quedarme solo al cuidado de mis chicos, cruzar puentes, mirar en forma directa a los ojos, tocar picaportes con la mano desnuda, que toquen mis cubiertos o vasos, estar cerca de objetos punzantes, hablar con personas de autoridad, tener bebés en brazos, tomar caminos que no sean los habituales, tener relaciones sexuales, sentarme en los colectivos o asientos desconocidos, ir al médico, hacerme análisis que impliquen agujas, ir al odontólogo, pisar charcos…, ¡etc., etc., etcéteraaaa!

La evitación nos provee de rápido alivio. Si alguna situación me va a generar un estrés que no deseo ni puedo manejar, ¿por qué no evitarla? Después de todo, cada uno se defiende como puede, con lo que tiene más a mano. Desde ese punto de vista la evitación es una conducta lógica, aunque al mediano y largo plazo no resulte la mejor ni mucho menos, sino un típico recurso de *pan para hoy y hambre para mañana.*

Por otra parte, cuando los disparadores obsesivos son *internos* la evitación puede volverse harto dificultosa. ¿Cómo evitar pensamientos o imágenes intrusivas que se generan de manera espontánea dentro de mi cuerpo o mente y no a partir de algo que toqué o vi? Pues el único modo parece ser desarrollar nuevos rituales, modos particulares de pensar que no pasen por sitios de pensamiento peligrosos, rechazo sistemático de

ciertos temas o sentimientos… Una red muy compleja dentro de la cual nadie vive de manera mínimamente satisfactoria o razonable. Se pierden afectos, trabajos, agilidad mental, versatilidad, ligereza, felicidad. El miedo, o la evitación en este caso, nunca es un buen camino para el desarrollo personal en general, ni para la resolución de problemas, fobias u obsesiones en particular. Para peor las conductas evitativas, cuyo objeto era sustraernos del circuito obsesivo, comienzan a funcionar, ellas mismas, como un ritual.

¿Cómo diferencio una obsesión de una preocupación normal?

Todos tenemos ejemplos de sobra acerca de preocupaciones desgastantes. Nos embarcamos en un proyecto laboral o en un gasto que nos pone al límite, o tenemos un examen a rendir en un par de semanas, o un conflicto con nuestra pareja nos deja pensando de más. Y, podríamos decir, nos pasamos unas horas o unos días "obsesionados". Sin embargo, ¿son esas obsesiones reales, en el sentido de corresponder a un cuadro obsesivo, u obsesivo compulsivo? ¿Cómo diferenciar una cosa de la otra? En primer lugar, las obsesiones se experimentan como invasivas e inapropiadas. No tiene el mismo valor la preocupación *lógica* por una disputa reciente con mi pareja que verme asaltado por la duda ¿cerré o no cerré la ventana del living? Sobre todo cuando esa duda me ocurre todos los días, a pesar de que nunca, nunca jamás, olvidé cerrar la maldita ventana.

En segundo lugar, y valen también los ejemplos recién citados, estas obsesiones no suelen tener mucho que ver con las que entendemos como preocupaciones habituales de la vida cotidiana. Sus temas (¡como hemos repetido ya hasta la obsesión!) son los clásicos del TOC: higiene, limpieza, orden, contaminación, dudas de diverso tipo, violencia hacia otros, etc. Temáticas curiosas, no comunes a toda la gente, llamativas, absurdas o incluso irracionales. Asuntos en los cuales encontramos que la razonabilidad de nuestra *obsesión* (me lavo las manos con lavandina y cepillo durante quince minutos cada vez que vuelvo de la calle o toco algo dudoso) no es compartida por la mayoría de la gente.

En tercer lugar, las obsesiones verdaderas intentan suprimirse con algún ritual, siempre idéntico a sí mismo, o con ideas opuestas al contenido obsesivo que "anulan" los efectos indeseados de la otra, trayendo tranquilidad. Ejemplo: la palabra *rojo* me hace pensar en sangre, la sangre en un accidente y en el temor de que a alguien que yo quiero le ocurra algo malo. Entonces pienso *blanco*, indicador de armonía y paz, hasta quedarme tranquilo. *Blanco* anuló el poder potencial de *rojo* para producir accidentes.

Por último, el tema o conflicto de la obsesión se mantiene estable en el tiempo. No cambia con las diferentes preocupaciones cotidianas, no se resuelve cuando, por ejemplo, ya di ese examen que me tenía loco. No. Muy por el contrario, persisten. Todos o casi todos los días, buena parte del día, todo el año, me obsesiona la idea de que al tocar algún objeto puedo contraer sida. Cada mañana tengo que dejar el placard acomodado

con pilas simétricas de ropa. No hay día en que estas obsesiones me consuman menos de una hora. Y por lo general es mucho más.

Pero uno podría decir: yo me pasé toda la semana pasada pensando sin parar en un tema conflictivo que tuve en el trabajo. ¿No sería esa una obsesión? Bueno, en lenguaje coloquial podemos decir, en un caso así, que estuvimos una semana "obsesionados", pero en términos más técnicos diremos que eso fue *preocupación* y no *obsesión.* Una preocupación persistente y angustiante, sí, pero que duró solo hasta la resolución del problema. Intensa y, sin embargo, normal.

¿Cómo distingo una duda normal de una duda obsesiva?

No es una duda común, de esas que nos mueven a la reflexión o a la consulta con un amigo o con la almohada. No, muy por el contrario, la duda obsesiva es perturbadora, ilógica, excesiva, querría sacarla de mi cabeza cuanto antes, suprimirla como sea. Ese *como sea* suele tener que ver, en afectados de TOC, con rituales y compulsiones.

Pero, por otra parte, ¿quién no tiene cada tanto dudas un poco obsesivas pero a la vez "normales" (o dentro de cierto amplio rango de normalidad, acorde a los tiempos que corren)? ¿A quién se le puede negar el derecho a una duda innecesaria o a un leve e inútil chequeo? ¿Por qué no? ¿Quién se declara inmune a preguntarse, al menos de vez en cuando, si le puso o no la alarma al auto o si cerró la llave de gas antes de salir de la casa, a pesar de estar seguro de que sí lo hizo? ¡El que esté libre de pecados que levante la mano y nos mire a los ojos! Sabe que puso la alarma, pero igual necesita confirmarlo. Cierra con llave la puerta de calle y luego, sin embargo, baja el picaporte y "prueba" si la puerta está, en efecto, cerrada. ¡Por supuesto que está cerrada! ¡La acabás de cerrar vos! ¿Era necesaria esa verificación? No. Lisa y llanamente, no. Seamos serios: ¿para qué probar con el picaporte si acabo de echar dos vueltas de llave? ¡Dos vueltas de llave! La puerta está cerrada, sin duda. ¿Sin duda? ¿Sin la más mínima duda? Ah, no sé, yo por las dudas me fijo, no estoy 100% seguro. No pierdo nada al hacerlo, y me quedo tranquilo. ¿Cuál es el problema? ¿Quién tiene autoridad para juzgarme en este mundo tan loco en el que vivimos?

Veamos a un ejemplo.

CASO CLÍNICO N° 5

ME VOY AL CINE CON MI SEÑORA (¿O MEJOR NO?)

Agarro las entradas, salimos, cierro la puerta, pruebo el picaporte, caminamos dos cuadras y… ¿agarré las entradas? Sí, las agarré justo antes de salir. Pero… ¿y si al final no las agarré? Tal vez me parece que las agarré porque pensé en agarrarlas, pero al final no lo hice. Quizás es un falso recuerdo. De ser así, vamos a ir hasta el

cine y no vamos a poder entrar. Mejor me fijo. Aunque estoy casi seguro de haberlas puesto en la billetera antes de salir de casa. Pero con el casi seguro no te franquean la entrada al cine. No suelen ser tan comprensivos las chicas y chicos de los controles. Sí, cómo no, entiendo que ha olvidado sus entradas señor, pase nomás, no hay ningún problema… No, si no llego a tenerlas nos quedamos afuera. Posta. ¿Y puede ser que me parece que las guardé pero no las guardé? Me fijo, así me quedo tranquilo. Me garantizo que voy a llegar al cine y voy a poder entrar sin problemas, ya que tengo, con certeza, las entradas. Listo, chequeo y sigo de largo, aquí no ha pasado nada.

¿Qué pensamos de este amigo? ¿Sufre de TOC? Hasta aquí, como mucho, podemos decir que presenta rasgos obsesivos, lo cual no es lo mismo que tener TOC. Todos tenemos derecho a ostentar (o a sufrir) determinado tipo de personalidad, sin ser por eso sancionados con un diagnóstico. Hay quien es tímido pero esto no limita su vida, se las arregla, cuando hay que enfrentar algo lo hace, aunque le resulte incómodo. Otros son extrovertidos, acelerados, y no por eso los vamos a diagnosticar como maníacos. Y hay quienes tienen rasgos obsesivos pero las dudas, pensamientos y verificaciones no afectan su vida diaria, no les consumen una hora o más por día, no les generan una ansiedad difícil de resolver.

Pero podría ocurrir lo siguiente. Nuestro amigo ya entró al cine y a los cinco minutos de iniciada la película es asaltado por otra duda: ¿habré dejado el auto mal estacionado, junto a una línea amarilla, sin darme cuenta? Hace memoria, cree que no, eso sería muy raro, se hubiera dado cuenta…, pero mejor verificar. Y allá va. Adiós película. La esposa lo mira con resignación, ni intenta convencerlo de que se quede, si ya lo conoce, va a ir de todos modos. Ahora sí disponemos de más elementos para sospechar un TOC.

Casi seguro hay un desorden obsesivo-compulsivo cuando el chequeo debe repetirse una y otra vez, cuando la verificación del picaporte no me deja del todo seguro, cuando me quedo más tranquilo si saco la llave, abro la puerta, la vuelvo a cerrar y echo la llave nuevamente. Está cerrada, sí. ¿Pero estará *bien* cerrada? Abro la puerta, la cierro de nuevo, echo llave, verifico, me voy, doy unos pasos, no estoy satisfecho. ¿Y si no quedó bien cerrada? Vuelvo… Seguro es un TOC si sucede a diario y me hace llegar tarde a

todos lados. A aquellos otros, los que dudan un poquito, los que verifican una o dos veces y siguen su camino, los dejaremos libres de culpa y cargo. Al menos en lo que al TOC se refiere.

¿Cuáles son las obsesiones más frecuentes?

Si bien en la práctica cualquier aspecto de la vida de una persona podría, de manera potencial, convertirse en una obsesión, encontramos una cantidad de temas a los cuales el TOC prefiere, por decirlo de algún modo. Es así que muchos pacientes se sorprenden cuando les contamos que esa misma idea, a sus propios ojos tan curiosa, cuando no inaceptable, se repite en muchas otras personas, de manera similar o idéntica.

Cada una de los tipos de TOC que encontraremos en la lista más abajo puede presentar niveles de gravedad leves, moderados, severos o muy severos, considerados en términos de tiempo invertido en actividad obsesivo-compulsiva por un lado, y grado de impacto en las actividades de la vida cotidiana propia o en la de los convivientes por el otro.

Las obsesiones que con mayor frecuencia encontramos son las siguientes:

- De contaminación e higiene
- De contenido agresivo
- De contenido sexual
- De contenido religioso y moral
- De necesidad de orden, simetría y exactitud
- De contenido cabalístico
- De acumulación o acopio (coleccionismo)
- Somáticas, de aspecto corporal, y referidas a la salud y enfermedades graves
- Irrupción de sonidos, segmentos musicales y palabras o monosílabos
- De rendimiento intelectual (preocupación por saber y recordar)
- De necesidad de aprovechamiento del tiempo
- Existenciales y referidas a la muerte y al más allá

¿Existen personas sin obsesiones en absoluto?

Si existen, nosotros no nos hemos cruzado con ellas. Pero en verdad sí encontramos personas con muy poca o ninguna tendencia a la obsesión, lo cual, sin embargo, no los hace inmunes a padecerla en algún momento puntual de su vida. Son gente que se preocupa de un modo más sano, podríamos decir. La preocupación, en sí misma, es una posibilidad de análisis detallado, una herramienta. Percibimos un problema y mediante el proceso de preocupación normal lo analizamos, lo desmembramos, le pegamos unas vueltas e intentamos llegar a conclusiones y resoluciones. La función *preocupación* es, en este sentido, un instrumento valioso y necesario. Preocuparse *bien* implica un pensamiento concentrado, detallado y profundo, que nos demandará tiempo y cierto nivel de aislamiento del medio externo. Es una seria y consistente reunión con uno mismo, de algún modo. Ante situaciones de incertidumbre con respecto a temas graves o angustiantes, de resolución compleja o mediata, incluso estos individuos, *los que se preocupan bien*, pueden ver afectado su proceso de preocupación y desviarse en mayor o menor medida hacia características de tipo obsesivo. Los cambios, en estos casos, suelen ser más cuantitativos que cualitativos: se intensifican la angustia, la ansiedad y también la concentración en el problema. Crecen el aislamiento de asuntos no relacionados y el tiempo consumido en preocuparse. A eso llamamos, en lenguaje coloquial, *andar obsesionado*.

Marcelito está obsesionado con conseguir un puesto en una empresa exportadora muy importante. No piensa en otra cosa, se la pasa estudiando y buscando datos. Asoma la nariz para comer nada más, y a veces ni siquiera. Y no le vayas a hablar de nada que no tenga que ver con eso porque no te da bola.

Lo que diferencia este tipo de casos de aquellos con TOC, es que Marcelito seguramente se calmará cuando el asunto, de un modo u otro, llegue a su fin. Además, como hemos visto, su preocupación se intensificó, pero no tuvo desviaciones cualitativas que pudieran llevarnos a pensar en un TOC. Simplemente estuvo muy metido, *obsesionado,* con el asunto. Pero no se puso a chequear puertas y ventanas una y otra vez, ni a repetir frases mágicas para controlar posibles eventos futuros.

¿Soy así o *estoy* así?

Es fundamental atravesar este interrogante. ¿Lo que nos ocurre es un *modo de ser* o un *modo de estar*?

¿*Soy* así o *estoy* así? *Soy así* es casi una toma de decisión: nada puede hacerse para cambiar, es definitivo, tiene mucho de estructura inamovible. El inmortal Carlos Gardel ilustra el tópico en un tango de alegre atmósfera, cosa no tan común en ese género musical:

Si soy así, qué voy a hacer, nací buen mozo y embalao para el querer/si soy así, qué voy a hacer, con las mujeres no me puedo contener.

Claro que, en este caso, no hay ninguna voluntad de cambio, ninguna lucha contra esa suerte de donjuanismo. Por el contrario, se lo celebra. Y la pena por algún amor más profundo, perdido quizá por ese modo de *ser*, es menguada por el atractivo incesante e ineludible *(¡soy así!)* de las aventuras amorosas. Una cosa bien diferente es pensar, o sentir, *estoy así.*

Si estoy así, qué voy a hacer, un tratamiento debería obtener/si estoy así, qué voy a hacer, tomar pastillas que moderen mi querer.

Sí, sí, ya lo sabemos, nos damos cuenta, este tango acaba de perder todo su hechizo, lo hemos arruinado. Con esta letra políticamente correcta, la canción de F. Lomuto y A. Botta, eternizada por Gardel, no hubiera tenido ningún éxito. Pero convengamos en que el *estoy así* denota un estado de desesperación o inestabilidad, una urgencia, una necesidad de cambio que el *soy así* suprime. Esta percepción de necesidad y padecimiento es la primera y necesaria condición para iniciar la recuperación, el primer paso a dar en el tratamiento del TOC, como de tantos otros problemas.

Estoy así abre una puerta.
Soy así, la cierra.

Ahora bien, cuando determinadas características, obsesivas u otras, forman parte de

nuestro mundo sin dominarlo ni empobrecerlo, podemos entenderlas y aceptarlas como rasgos de carácter y no como problema o enfermedad a tratar. Tenemos derecho a ser más o menos comunicativos, expresivos, ensimismados, alegres, malhumorados, etc. ¿O no? El asunto es cuando algún aspecto de nuestra expresión o modo de ser psicosocial se exacerba en intensidad y en duración a través del tiempo. En el caso del espectro obsesivo, si las obsesiones y compulsiones se vuelven muy frecuentes y nos molestan sin pausa, no nos dejan hacer, pensar, vivir, entonces sí parece congruente la intuición de encontrarnos frente a un modo de *estar* enfermo o afectado.

¿La persona con TOC siempre reconoce el sinsentido de sus obsesiones o puede tomar esas ideas como razonables?

No todos los pacientes con TOC están en absoluto y claro desacuerdo con sus obsesiones. Hasta hace unos cuantos años, dentro de la descripción más clásica y aceptada de este desorden, se describía como característica típica de las obsesiones la ajenidad con relación al modo de pensar o sentir del paciente. Sin embargo, observaciones y evidencias disponibles en los últimos años, obtenidas de diferentes trabajos de investigación, muestran un panorama más diverso a ese respecto. Lo que sigue es una conceptualización que puede generar controversias, pero nos interesa dedicar un espacio a reflexionar junto a ustedes al respecto, estimulados por el deseo de ayudarlos, y ayudarnos, a comprender mejor las características de los síntomas obsesivos compulsivos.

Algunos de nosotros creemos que el TOC no tiene, como por lo general se afirma, una base racional, es decir, una plena conciencia de la irracionalidad de sus elementos intrusivos, aun en aquellos cuadros considerados de alto *insight* (por ej., TOC de contaminación y lavado). Lo que suele alterar a la persona afectada, más que la supuesta irracionalidad de estas ideas obsesivas (de contaminación) es la cantidad de ellas agolpadas en la conciencia y el tiempo empleado en los rituales (de lavado, en este caso), con la consiguiente merma en la calidad de vida. De hecho, un buen porcentaje de estos pacientes no suele discutir la irracionalidad que significa pensar *toqué un vaso de otro en el trabajo, sí o sí me tengo que higienizar a fondo porque podría contagiarme el sida* (si el contagio o contaminación funcionaran de ese modo estaríamos todos contaminados, la vulnerabilidad de los seres humanos sería muy alta). Tampoco cuestionan el hecho que un lavado, por más intenso y complejo que sea, no descontamina las manos (si con un buen lavado con agua y jabón bastara para conseguir una total asepsia no sería comprensible, por ejemplo, la razón merced a la cual se esterilizan las heridas o campos operatorios con alcohol o soluciones iodadas). De tal modo, el concepto de que existen pacientes con *insight* alto, adecuado. o como quieran llamarle, todavía no nos parece muy consistente. Para nosotros, en todo caso, resulta controvertido. De todos modos, y una vez expuestas tales consideraciones, en la práctica clínica encontramos diversidad al respecto. Aquellos que presenten un mayor grado de *insight* contarán, a priori, con mejores probabilidades de responder de manera satisfactoria al tratamiento.

¿A qué se llama TOC con bajo *insight*?

Del inglés *insight*: comprensión profunda, perspicacia, entendimiento. Es un término introducido por el psicoanálisis que significa que el sujeto entiende, capta e internaliza una verdad sobre sí, en el transcurso del análisis.

De acuerdo con el manual de clasificación de enfermedades mentales (DSM), el TOC puede clasificarse de acuerdo al *grado de insight* (adecuado, pobre o ausente) presente respecto de los síntomas. En otras palabras, muchos pacientes denotan un *adecuado insight,* es decir, tienen plena conciencia del carácter absurdo e intrusivo de sus elementos obsesivos. Otros, aquellos que no consideran sus obsesiones como irracionales ni se resisten a su sintomatología, son considerados como *TOC de bajo insight*, Se trataría de pacientes que, más que ideas obsesivas, tienen ideas sobrevaloradas. Veamos la diferencia.

La idea obsesiva es una idea que ni bien se nos presenta la reconocemos como errónea e intrusiva. Nos genera angustia y nos perturba el pensamiento pero no desvía nuestro juicio de realidad. En cambio, la *idea sobrevalorada* se genera por sobrecarga afectiva, responde a un juicio de realidad parcialmente interferido por estados emocionales intensos surgidos de creencias, conceptos religiosos, filosóficos, científicos o sociales. Estos últimos individuos no critican la irracionalidad de sus ideas, no las rechazan, las consideran razonables. Y generan, con total convencimiento de su utilidad y cediendo a códigos propios del pensamiento mágico, actos compulsivos destinados a prevenir los sucesos catastróficos anunciados por la creencia obsesiva.

Como resulta fácil comprender, dada la pobre autocrítica y conciencia de síntomas que las ideas sobrevaloradas implican, las personas en las que estas predominan sufren una clase de TOC más grave, crónico y resistente al tratamiento, denominado *TOC con bajo insight*. Por suerte representa solo el 15% del total de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

Veamos un par de ejemplos gráficos: si una persona se lava constantemente las manos porque tiene la creencia (aunque obsesiva) de que ha tocado algún objeto contaminado, existe una relación lógica (no mágica) de relación causa-efecto. En otras palabras, el lavado de manos es una acción coherente con la idea de estar sucio o contaminado. El lavado es compulsivo ya que ocurre en respuesta a una representación obsesiva y busca calmar la ansiedad que esta produce, pero todo el mecanismo se mantiene dentro de las

leyes de la lógica racional.

Un caso diferente es si yo tengo que pasar un dedo por el dorso de mi nariz cinco veces, siempre a las cinco de la tarde, porque de ese modo, y estoy convencido de eso (idea sobrevalorada), prevengo que algo malo le suceda a mis hijos (elemento obsesivo). En este ejemplo vemos que el hecho de tocar mi nariz no puede estar conectado con la seguridad de mis hijos, no existe conexión racional entre causa y efecto. Se trata, entonces, de una idea mágica.

Dicho sea de paso, y como se explica también en otros apartados de este libro, el gesto o acto previsor no se trata solo de una inocente cábala, como podría pensarse. Muy por el contrario, la persona afectada se ve en la necesidad de pasar la mayor parte del día con sus energías al servicio de *ritualizar* para "prevenir" consecuencias negativas.

¿Qué es la vacilación del *insight*?

Describimos como *vacilación del insight* el hecho de comprender la irracionalidad de las ideas *en frío*, para entregarse por completo a la irracionalidad obsesiva cuando estas se presentan en situación. Es controversial el modo en que estos elementos pueden presentarse en diferentes personas. Hace poco Tomás, un paciente que sufre de dudas obsesivas acerca de la posibilidad de tener cáncer (ideas que se le presentan acompañadas de gran ansiedad y miedo al menor estímulo conexo, la noticia de alguien enfermo, por ejemplo,) nos decía:

Yo cuando lo pienso en frío me doy cuenta de que es absurdo, que no es tan fácil tener cáncer, que tener un dolor de cabeza o un sarpullido no justifica morirme de miedo, pero en el momento en que me agarra parece algo concreto y muy probable, a tal punto que me tranquilizo cuando el médico me dice que no tengo nada. Ese momento es como volver a vivir.

En otro tipo de obsesiones la cuestión resulta más transparente, o menos confusa. Es el caso de un buen porcentaje de quienes presentan ideas de dañar a alguien, de proferir obscenidades o de actuar impulsos sexuales repentinos, todo ello contrario a su manera de sentir, lo cual facilita que las ideas puedan ser vividas, de manera nítida, como absurdas y ajenas.

Por otra parte, el espectro de gravedad o nivel de compromiso del TOC es muy amplio. Hay personas con un grado de afectación moderado, como Tomás, quienes reconocen encontrarse condicionados, en buena medida, por las distorsiones obsesivas. En el nivel de mayor gravedad encontramos personas mucho más comprometidas en su funcionamiento, al punto de creer a pie juntillas en la veracidad de las catástrofes que sus temores obsesivos pregonan. Por lo tanto, no se cuestionan la necesidad ni la pertinencia de realizar rituales preventivos. Muy por el contrario, se abocan a ellos convencidos, cuando no gustosos. A este tipo de pacientes los llamamos de "bajo *insight*", lo cual significa *con escasa posibilidad de darse cuenta,* de tener una mirada crítica sobre sus elementos obsesivos. A estas ideas no cuestionadas, rígidas y estables a través del tiempo las llamamos *ideas sobrevaloradas*. En la pregunta siguiente ahondaremos en esta cuestión y podremos destacar la importancia que revisten las diferencias en cuanto al

insight, en términos de tipos de evolución y planificación del tratamiento.

¿Cómo nos cuenta el paciente sus obsesiones en las primeras consultas?

Para avanzar en la comprensión del mundo obsesivo resulta interesante observar cómo viven sus obsesiones diferentes consultantes, mediante su relato en las primeras entrevistas.

Cuando reconoce el contenido de las obsesiones como absurdo (obsesiones egodistónicas), el paciente se acomoda en su silla, nos mira con reparo y advierte: "Doctor, lo que me pasa le va causar risa, le va a parecer una locura, pero se lo tengo que contar, porque si no, ¿a qué vine?". Y a continuación nos cuenta, por ejemplo, alguna de estas historias:

Cuando entro en un lugar que no es el habitual de todos los días, un cine, por ejemplo, muchas veces me viene la idea de que tengo que salir y volver a entrar, y que si no lo hago puede morirse mi madre o mi padre, que están viejitos. Trato de no hacerlo, pero no logro quedarme tranquilo, así que busco una excusa y salgo y vuelvo a entrar. A veces tengo que hacerlo más de una vez. Desde hace años que me pasa esto, pero últimamente cada vez más y en más lugares.

Demoro un montón en salir de casa. Recorro todos los cuartos para ver si las luces están apagadas y las canillas bien cerradas. A veces me distraigo, no presto atención, y tengo que volver a chequear todo desde el principio. O me asalta la duda cuando ya hice un par de cuadras, y tengo que volver.

Me toma mucho tiempo higienizarme. Si no lo hago con dedicación y detalle, me queda la sensación de estar sucio. A veces puedo hacerlo un poco más rápido, pero normalmente demoro una hora y media por lo menos en darme una ducha y lavarme los dientes. Y tengo las manos irritadas de tanto lavarlas durante el día.

Así como muchas obsesiones se presentan ligadas a la conducta (obsesiones de limpieza, orden, higiene personal, simetría, contaminación, etc.) otras viven silenciosas en el pensamiento de quien las sufre.

Tengo miedo de tener o contagiarme de sida. Pienso todo el tiempo en eso. Si subo a

un colectivo me fijo que nadie vaya a pincharme con algo, o que no haya una aguja en el asiento. Estoy todo el día repasando mentalmente un par de situaciones en las cuales podría haberme contagiado.

Se me repite una musiquita todo el tiempo, desde que me despierto. Cada vez que hay un espacio en mi cabeza se mete esa musiquita, o algún pensamiento, alguna preocupación o algo que pasó, y así estoy todo el día. No doy más…

Son frecuentes obsesiones aún más absurdas en su contenido. Mujeres temerosas de haber quedado embarazadas luego de un contacto físico que no incluyó penetración sexual, hombres inquietos por la posibilidad de haber embarazado a una mujer del mismo modo, madres asaltadas por la ocurrencia de que podrían arrojar a su bebé contra el piso, miedo de tirarse, por impulso nomás, a través de una ventana en un piso elevado, miedo o duda de haber atropellado a alguien con el auto sin haberse dado cuenta, de agredir sexualmente a un niño, de no haber hecho las cosas justo del modo correcto, de no aprovechar el tiempo lo suficiente, etc., etc.

El factor común a todos estos temas obsesivos es que el contenido no se reconoce como propio o deseado. Quien teme agredir a un niño, o clavar un cuchillo a alguien por el solo hecho de que el cuchillo está ahí, a la vista, no comprende por qué se le aparece este pensamiento que va en contra de su manera de ser, de sus deseos, del sentido común. Esta ajenidad es la que permite, entre otras características, diferenciar una obsesión de un deseo real o de una fantasía. Una paciente me cuenta que pasa el día obsesionada con la idea de que quizás sea homosexual. Piensa, repasa situaciones, se observa, evalúa de qué modo miró a una mujer que se cruzó por la calle o camina mirando el piso para no cruzar miradas que podrían tener contenido sexual. Evita mirar o hablar a una mujer que le resulta atractiva. Esta obsesión interfiere en su vida, le afecta su relación sexual con su novio, ya que en medio de la acción se le presentan imágenes intrusivas de alguna conocida, o monitorea sus sensaciones "de inclinación o placer heterosexual". Esto la lleva a espaciar los encuentros con su pareja y a redoblar la evaluación de su conducta y pensamientos, siempre en el sentido de ratificar o no su heterosexualidad. Nunca ha estado con una mujer, ni siquiera fantasea con ello. Si así fuera, estaría dispuesta incluso a considerarlo. Luego de charlarlo un rato en la entrevista comprende la diferencia entre fantasía (la cual es deseada, voluntaria, disfrutable) y

pensamiento intrusivo.

La idea obsesiva no es un elemento a considerar como perteneciente a la razón, es más bien un cuerpo extraño al cual no logramos extirpar a pesar de grandes esfuerzos. Distrae, no permite llevar la concentración a otras cuestiones, agota. Y a veces, cuando consigue que ya no luchemos contra él, nos domina.

La evolución humana, ¿le debe algo a obsesiones y rituales?

Para responder este interrogante en profundidad habría que decidir, antes que nada, si en verdad estamos evolucionando. O, en todo caso, qué significado le otorgamos a la palabra evolución. Pero eso es harina de otro costal.

De regreso en lo que nos ocupa, reflexionemos: violencia, sexualidad, orden, religiosidad, contaminación, acumulación… ¿Por qué son esos y no otros los temas obsesivos? ¿Por qué se repiten iguales a sí mismos, en hombres y mujeres, sin importar el lugar del planeta o el tipo de sociedad? Esta realidad nos incita a intuir un sentido en particular. Más aún si notamos, en la actividad obsesiva, la función y presencia determinante de la pregunta ¿Y si…?

¿Y si tengo un tumor maligno, y si *me tiro por la ventana, y si mueren mis padres porque yo no ordené bien mis camisas, y si atropellé a alguien con el auto?*

Esa fórmula interrogativa conecta con un futuro a anticipar o prever. ¿Tendrá que ver entonces, lo obsesivo, con la puesta en marcha de herramientas cognitivo emocionales al servicio de la seguridad, la preservación de la vida, la prevención de *posibles* violencias ambientales u otras que uno mismo fuera capaz de cometer? *Posible vs. probable* constituye una tensión central en la comprensión de la dinámica de las vivencias obsesivas. Veamos: ¿existe la posibilidad de que yo mate a alguien sin razón alguna, porque sí? La respuesta es positiva, es posible, está en el campo de las posibilidades. Sin embargo, ¿es probable? No, no lo es. No soy un asesino, no deseo matar, me parece espantosa la idea, por completo contraria a mí, la rechazo de solo pensarla, yo no hago esas cosas, no he lastimado nunca a nadie, no suelo perder la razón.

De acuerdo, pero ahora viene la pregunta clave: ¿el hecho de que no resulte para nada probable me brinda un 100% de seguridad al respecto? La respuesta es no. Ese "no" espanta, preocupa, asusta, mueve a la obsesión. Y la obsesión nos conduce al ritual de reaseguro, a la comprobación reiterada, al pensamiento mágico restaurador de tranquilidad.

Quizá obsesiones y rituales respondan a mecanismos evolutivos cruciales para la supervivencia en tiempos remotos, pero inútiles y anacrónicos hoy. Es posible (¡y muy probable, en este caso!) que constituyan recursos a favor de la conservación de la

especie. El medioambiente del ser humano moderno difiere en mucho de los antiguos escenarios de adaptación evolutiva, en los cuales la mayoría de nuestros mecanismos psicológicos y de conducta prosperaron y nos permitieron sobrevivir. Muchos de esos mecanismos de adaptación, cognitivos, emocionales y conductuales, persisten en nosotros, al menos de manera parcial y por completo anacrónica. La aparición de un cuadro patológico, en este caso el TOC, resultaría entonces del cruce fallido de problemas actuales con soluciones antiguas o, dicho en otras palabras, de la disfunción de mecanismos evolutivos ahora inadecuados.

Algunas hipótesis provenientes de la psicología evolutiva explican el TOC como:

A. Maniobras conductuales tendientes a minimizar riesgos y daño, exageradas e inadecuadas.
B. Un sistema involuntario generador de posibles escenarios de peligro, con el fin de que el individuo pueda desarrollar estrategias preventivas sin exponerse a riesgos reales.
C. Una hiperactividad de mecanismos involucrados en anticipar las posibles consecuencias de pensamientos e intenciones propias. Esta hipótesis hace hincapié en conductas orientadas a beneficiar a la sociedad o tribu antes que al individuo.

¿Cómo sería esto de mecanismos ya obsoletos, pero eficientes en su momento evolutivo? Tomemos el ejemplo, para una mejor comprensión, de la *respuesta de lucha o huida*, más conocida como ataque de pánico. La reacción de lucha o huida es el nombre dado, desde las ciencias biológicas, a la brusca puesta en marcha del miedo. Se produce en respuesta a un peligro inminente y se la denomina así porque sus efectos sobre nuestro organismo, los cambios inmediatos que provoca, están dirigidos a conseguir una mejor y más rápida respuesta física, ya sea para afrontar un combate o para escapar. El propósito del miedo (o respuesta de lucha/huida) no es dañarnos sino protegernos. Este mecanismo habrá resultado de gran utilidad en la época de la humanidad primitiva, de la vida salvaje. El miedo acelera el corazón, permitiendo así una mejor irrigación de los músculos, prontos a la acción y necesitados de oxígeno y energía. La respiración se agita y permite, de ese modo, mantener la concentración de oxígeno necesaria para un cuerpo completamente activado y alerta. Claro que la sensación no es agradable (palpitaciones, parece que nos falta el aire, ansiedad general) sobre todo si

ocurre mientras intentamos resolver un problema importante en la oficina, frente a la computadora. Nuestro organismo responde frente al peligro (en este caso una operación financiera, por ejemplo) como si lo que corriera riesgo fuera nuestra integridad física y la solución se situara en huir o luchar. Respondemos con armas de la era del hielo a amenazas modernas. Resultado: el médico nos dice que tuvimos un ataque de pánico.

Como vimos más arriba, algunos investigadores piensan que los síntomas del TOC podrían estar reflejando patrones de conducta evolutivos que, en su momento, tendían a beneficiar al grupo más que al individuo. En ese sentido puede interpretarse que las obsesiones de violencia o de conductas peligrosas propias permitirían controlar, mediante esta conciencia excesiva, la posibilidad de que en verdad se llevaran a cabo en un futuro inmediato. En el sentido de minimizar riesgos se interpretan los chequeos de cerraduras, llaves de gas, etc., así como también la obsesión referida a la posibilidad de padecer, uno mismo o sus seres queridos, enfermedades potencialmente mortales.

Un padre de familia se levanta no menos de ocho veces por noche a verificar que sus hijos pequeños, dormidos, respiran. Otro, cada vez que oye un ruido, aun cuando claramente proviene de la calle, recorre toda la casa volviendo a comprobar si las puertas tienen echada la llave, ¡cosa que ya verificó varias veces esa misma noche!

Es posible entonces que tales obsesiones y compulsiones, hoy patológicas, hayan tenido un sentido real, defensivo, en algún momento de la evolución.

¿Cómo se diferencia una obsesión de una idea delirante?

Denominamos *delirio* a una idea errónea, producto de una capacidad de juicio desviada, en el marco, por lo general, de una psicosis. Aclaremos un poco algunos términos de este párrafo.

Idea errónea de origen patológico: aquella cuyo contenido no acuerda con la realidad objetiva comprobable, por causa de un juicio desviado (y no de una equivocación o falta de información).

Juicio desviado: el juicio o función judicativa, nos permite entender y valorar la realidad que nos rodea. Decimos que el juicio se encuentra desviado cuando el pensamiento no es capaz de reconocer la realidad de manera más o menos objetiva, otorgándole significados imposibles.

Una mujer, empleada en una panadería, nos dice que está siendo vigilada desde hace meses por personas desconocidas. Ella ha visto cómo un señor de traje la seguía con la mirada al cruzar la calle y luego llamaba a alguien en su celular, seguramente para pasarle esa información. Además, por las noches pasan autos despacio frente a su casa. A veces le sucede que se le interrumpe el hilo del pensamiento, y esto sin duda es provocado por esa gente, con alguna suerte de aparato, a distancia, que influye sobre ella. No sabe a qué podría deberse tal persecución, ni le preocupa demasiado ese punto. Solo tiene la certeza de que la vigilan, la persiguen e intentan controlar su mente.

Como vemos, estamos en presencia de un juicio desviado, es decir, afectado de manera grave en su capacidad de apreciación de la realidad objetiva en sí misma. Se toma un hecho real, *una serie de autos que pasan por la puerta de mi casa,* y se le adjudica un significado diferente, desviado de la objetividad.

Si bien el ejemplo podría parecer exagerado, no lo es. Por el contrario, contenidos como el descripto no solo son frecuentes sino que son bastante típicos, y se presentan en una enfermedad llamada esquizofrenia. La idea delirante no presenta un error cualquiera sino uno producido por un juicio patológico. Además, los delirios son, por definición, irreductibles. Esto quiere decir que no son posibles de modificar mediante la demostración lógica de la improbabilidad de que su contenido sea real.

Por último, denominamos psicosis a un grupo de enfermedades que presentan en común un juicio afectado. Desviado en el caso de las esquizofrenias, disminuido (insuficiente, débil) en el caso de las llamadas demencias.

Son enfermedades bien diferentes del TOC aun cuando no todos los obsesivos presentan clara noción acerca de lo absurdo o irracional de sus ocurrencias. Las ideas delirantes deben diferenciarse de las obsesivas (lo cual no ofrece mayores complicaciones), ya que corresponden a enfermedades diferentes, con tratamientos distintos.

¿Todos los pensamientos repetitivos son obsesiones?

No, no todos, depende de cómo es uno y también de la situación. Muchas veces estos pensamientos reiterados se relacionan con preocupaciones actuales, algo que te está pasando y tiene demasiado peso como para no estar ganado por la preocupación. Lo cual no significa que la intensidad ansiosa resultante sea adecuada. Existe otra patología, el *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG), que presenta preocupaciones adherentes bastante parecidas a las obsesiones. La diferencia principal es que tienen que ver con asuntos de la vida cotidiana, con el tipo de preocupaciones comunes a todos, solo que muy sobredimensionadas y persistentes. La preocupación de la personas con TAG es también reiterada, disruptiva, puede ser permanente a lo largo de días. Pero su objeto se encuentra dentro del grupo de preocupaciones que podríamos llamar comunes a todos, normales, en contraposición a aquellas más particulares del TOC. De este modo, la persona con TAG no está obsesionada con tener sucias las manos, con haberse contaminado con un producto de limpieza ni con la simetría de las cosas. Sin embargo, en muchos casos esta diferencia puede resultar difícil de establecer para observadores no entrenados.

¿Los niños pueden tener obsesiones?

Los niños pueden tener obsesiones, pero debemos aclarar, en primer lugar, que no por tener obsesiones alguien sufre necesariamente un TOC. Entonces, podríamos completar la pregunta: ¿los niños pueden tener obsesiones o TOC? La respuesta es afirmativa para ambas posibilidades. De hecho, el TOC está presente en alrededor del 3% de la población infantil. Por otra parte, en esa etapa de la vida suelen aparecer obsesiones y compulsiones en forma de perfeccionismo, conductas repetitivas, reiteración de preocupaciones, preguntas y repreguntas a los padres, consideradas propias del desarrollo evolutivo normal, que desaparecerán de manera espontánea entre los 6 y 12 meses desde su inicio. La incertidumbre e inseguridad que genera el contacto con el mundo, cada vez más amplio a los ojos de un niño en crecimiento, así como la necesidad de aprendizaje de hábitos (higiene, alimentación, estudio), lo conducen a apoyarse y encontrar seguridad en la ritualización de actos que, merced a la repetición siempre idéntica a sí misma, constituyen un punto de ilusoria certeza. Las preguntas y repreguntas a los padres muestran la inseguridad y necesidad de reaseguro. Volvamos a dejar claro aquí que estamos describiendo una etapa normal en la evolución, la cual se diluirá con el correr de los meses. Si eso no sucede o las obsesiones y compulsiones fueran muy disruptivas, será posible sospechar, ya desde el inicio del proceso, un diagnóstico de TOC. No olvidemos, además, que la irrupción de síntomas obsesivos o de ansiedad en general puede ser una reacción adaptativa del niño frente a situaciones de alto estrés presentes en el hogar o en el colegio.

Por otra parte, el TOC de comienzo temprano, tal como lo denominamos cuando se inicia antes de los 18 años, suele presentar mayor frecuencia de asociación con tics y mayor relación con factores heredofamiliares. En los casos de inicio prepuberal (antes de los 12 años) deberá investigarse la asociación, o el diagnóstico diferencial, con el síndrome de Gilles de la Tourette, una curiosa enfermedad que presenta tics motores complejos (movimientos más elaborados que un tic corriente) y tics fónicos (sonidos) además de obsesiones y otros síntomas (ver en otra sección).

El temor de hacer algo inadecuado por impulso, como lastimar, insultar o proferir obscenidades, ¿puede transformarse en obsesión?

Las obsesiones de contenido agresivo son muy comunes. Incluyen el temor a dañarse a uno mismo o a otros de manera impulsiva. La idea se puede presentar ante la sola visión de un cuchillo sobre la mesa, por ejemplo. Muchas personas evitan de manera sistemática concurrir, por ejemplo, a cenas con gente que no conocen muy bien, para evitar ese horrible momento de irrupción de imágenes de daño en medio de la comida o evento. La obsesión les indica que podrían matar a alguien *porque sí*, los asusta la posibilidad de dar un empujón adrede a un desconocido y tirarlo a las vías del subte, *solo porque se me ocurra hacerlo*, *por no poder evitarlo*, o tirarse por una ventana por el solo hecho de estar cerca. La evitación se relaciona más con la ansiedad y disgusto provocados por la irrupción de los elementos obsesivos que con el temor real de atacar a alguien. La mayoría de los pacientes ya ha aprendido que no van a realizar tales actos (aunque en un rinconcito del alma persista la duda de que el hecho se produzca) pero aun así no se libran del circuito obsesión compulsión que les producen.

¿Cuáles son las obsesiones de contenido agresivo?
¿Pueden llevarnos a cometer un acto real de violencia?

Las obsesiones de contenido agresivo o de daño se presentan como temor de actuar impulsos violentos contra sí mismo o terceros. Por ejemplo, tirarte de un balcón por el solo hecho de que se te cruzó la idea, empujar a alguien contra los autos que pasan, clavar unas tijeras a tu esposo por sencillo hecho de que estaban ahí (tu esposo y las tijeras), miedo de provocar algún daño o catástrofe por descuido (temor de atropellar a alguien con el auto, o de haberlo hecho sin darnos cuenta). También hay miedo de provocar daño por no haber sido lo suficientemente cuidadoso (¿y *si dejé un vaso con lavandina sobre la mesada y alguien se lo toma?*) acompañado o no de imágenes de la persona dañada. Es clásico el temor de comenzar a proferir insultos u obscenidades en un ámbito público, laboral o religioso, etc. Las obsesiones de este tipo también pueden presentarse como imágenes de accidentes, de personas queridas ensangrentadas, o de uno mismo actuando el impulso agresivo.

Ya en las primeras consultas explicamos a nuestros pacientes, para que se queden tranquilos (y porque es la verdad) que estas obsesiones no conducen a la realización del hecho violento. Las obsesiones del TOC (a diferencia de las obsesiones entendidas en sentido genérico, no relacionadas con un trastorno obsesivo compulsivo) son ideas o imágenes intrusivas y no intenciones o deseos ocultos que afloran. Son obsesiones, pertenecen al espacio mental, no se traducen en acciones. Es importante tenerlo bien claro: si al estar cerca de una ventana me asalta la obsesión de que me voy a arrojar al vacío, eso para nada significa que lo vaya a hacer. Si tengo imágenes de violencia no significa que vaya a cometerlas. El TOC es un gran provocador, pone en el centro de nuestras mentes elementos inaceptables o absurdos, y no nos deja en paz hasta que, como sucede en tantos otros aspectos de nuestras vidas, aprendemos a conocerlo, desentrañarlo y combatirlo.

¿Qué son las obsesiones de contaminación?

La contaminación y el contagio constituyen temáticas altamente disruptivas, con preocupación y temor excesivos por la polución o contaminantes ambientales en general. El contacto con diferentes objetos o personas podría contagiar alguna clase de germen o resultar tóxico. Tal prevención excesiva abarca sustancias corporales (saliva, orina, heces, transpiración, grasitud), suciedad, virus o bacterias, tóxicos ambientales (gases de escape de los autos, smog, radiaciones, ondas de telefonía celular, de internet inalámbrico...) u hogareños (detergentes, lavandinas, solventes, esmaltes...). Por lo tanto, y en orden de quedar tranquilos al respecto de la propia salud o la de allegados (existe temor de transmitir la contaminación a otros), se llevan adelante actos compulsivos de higiene por un lado y de evitación por el otro. Una de estas compulsiones, de las más frecuentes en el TOC, es el lavado de manos incontables veces por día (hasta llegar, incluso, y de manera frecuente o permanente, a lastimarse la piel). Esta obsesión no parte de un hecho tan simple como haber tocado algo presumiblemente sucio. Muchas veces *la idea de que eso pudo estar sucio* genera una *sensación de suciedad* en la parte del cuerpo que tomó contacto. Como sucede en muchos cuadros de ansiedad, el excesivo automonitoreo de sensaciones corporales, al concentrar el foco de atención en los dedos que tocaron una silla en un bar, por ejemplo, provoca una sensación en los mismos, asociada a un gran estrés e incomodidad que tiene que ver no solo con el temor de enfermar, sino también con la idea misma de estar sucio. Se desarrolla así una hiperalerta perceptiva, por llamarla de algún modo, en la cual la persona afectada pasa el día pensando en la posibilidad de estar contaminado o con la *sensación* de *ya* estarlo. Alguna sustancia pudo quedar adherida a su piel, por ejemplo. Tal "contaminación", por otra parte, puede ser adquirida por contacto directo, olfativo o respiratorio…

¿Qué tipos de obsesiones de contenido sexual puede haber?

Las obsesiones de contenido sexual son muy comunes. Es fácil comprender la sorpresa y vergüenza que causan en los propios pacientes, y como se sienten urgidos a explicarnos la irracionalidad de esas ideas que les vienen a la cabeza. No encuentran explicación alguna, cómo puedo estar pensando algo así, algo que no tiene nada que ver conmigo, nos preguntan y se preguntan, desamparados e indefensos ante algo tan incomprensible.

Algunas de estas obsesiones pueden ser temor de actuar impulsos sexuales prohibidos y no deseados, como tocar a un niño o a quien no corresponda, pensamientos intrusivos de contenido incestuoso o contrario a la inclinación sexual propia (me viene a la cabeza que soy homosexual, ¡y no lo soy!), imágenes de actos sexuales agresivos contra otros, etc.

CASO CLÍNICO N° 6

DAIANA Y EL SEXO

Daiana es asaltada con frecuencia por imágenes de ella misma teniendo sexo con cualquiera que se ha cruzado en la calle. En seguida nos aclara que son imágenes indeseadas, que le provocan rechazo y no tienen nada que ver con fantasías eróticas. Aun así le generan una gran culpa dado que mantiene una relación de pareja estable y satisfactoria desde hace tiempo. Se pregunta a sí misma por su moral, duda acerca de sus principios, tiende a creer que quizás ella pueda ser afecta al sexo promiscuo y lo reprime sin darse cuenta. Sabe, sin embargo, que eso no es así, si lo fuera por lo menos no me parecería absurdo, nos dice. Al principio pasaba mucho tiempo pensando y repensando en cómo era ella, en que esas personas de las imágenes no le gustaban, evaluaba si era posible realmente que tuviera inclinaciones que, por otra parte, veía como ajenas a sí misma. Y siempre la culpa. ¿Quién soy? Se preguntaba. ¿Esa, o la que está en pareja feliz y contenta? ¿O las dos? Con el tiempo encontró el siguiente modo de controlar o suprimir el sentimiento de culpa:

recrea las imágenes disruptivas de sexo en su mente de manera compulsiva, pero reemplazando al sujeto extraño por su novio.

A veces las obsesiones de contenido sexual pueden ser irracionales en extremo. Un paciente refiere la duda o *sensación* de haber tenido sexo esa misma tarde con una compañera de trabajo, entonces pasa el día metido en una rumiación obsesiva de repasar los hechos, tratar de recordar todo lo ocurrido, en especial los momentos en que estuvieron cerca desde el punto de vista físico, al cruzarse en un pasillo o subir juntos en un ascensor por ejemplo. Una paciente nos transmitía sus dudas de haber quedado embarazada por causa de un encuentro íntimo en el cual ni siquiera se había quitado la ropa. Solo se habían abrazado y besado. Este tipo de obsesiones tan extremas en cuanto al grado de irracionalidad no son excepcionales. Por el contrario, se presentan con bastante frecuencia en nuestros consultorios.

¿Cómo serían las obsesiones de duda?

La vacilación obsesiva implica gran desgaste e inmovilidad, constituye un monstruo de lo más terrorífico que suele invadir diferentes ámbitos de nuestra vida. Hay personas acuciadas en extremo a la hora de salir de su casa por ejemplo, por la necesidad de chequear puertas, ventanas, cerraduras, canillas, etc. Tomar uno u otro camino con el auto, decir o no algo que puede resultar importante, elegir la vestimenta para ir a un evento, son decisiones que nos meten en una trampa muy difícil de abandonar. De hecho, en muchos casos la única salida posible es la evitación. No voy a la fiesta porque no puedo decidir qué vestido ponerme (o porque ya he pasado dos horas intentando tomar una decisión y es demasiado tarde). No voy a casa de amigos que viven lejos, me ahorro así el temor obsesivo de equivocar el camino. No voy de vacaciones desde hace años porque no puedo dejar de pensar que quizás una ventana haya quedado mal cerrada o la puerta sin llave.

La duda obsesiva se encuentra al servicio del miedo de que ocurra algo negativo, algo muy malo o catastrófico, en realidad. La falta de garantías absolutas al respecto, la necesidad de un ilusorio o utópico 100% de seguridad, abonan y energizan una duda que toma dimensiones de oráculo de porvenires infaustos. Por suerte muchos de estos vaciladores conservan áreas más o menos libres de duda que les permiten ser funcionales en sus actividades. Otros, sin embargo, aquellos no agraciados por tales oasis de paz en medio del opresivo caos obsesivo compulsivo, se verán en serias dificultades para desarrollar una vida más o menos normal.

Por suerte, a pesar de lo serio del caso, este tipo sintomático suele responder bastante bien al tratamiento cognitivo conductual específico para TOC, acompañado de medicación cuando lo requiere,

Veamos el siguiente ejemplo:

CASO CLÍNICO N° 7

FERNANDO EN SUS ARENAS MOVEDIZAS

Fernando tiene que comprar un obsequio de cumpleaños para Tato, compañero de oficina. Elegir un regalo para un hombre de alrededor de 40 años no es cosa fácil. Mejor cortar por lo sano e ir a por una bebida alcohólica, se dice a sí mismo. ¿Le llevo una caja de vino o un whisky? ¿Y si justo el whisky que le llevo no le gusta? Porque tampoco tiene sentido regalarle uno de los que toma siempre, no tiene gracia. La onda es llevarle uno que no haya probado. Pero, en ese caso, se corre el riesgo de que justo ese no le guste. Y si no le llevo vino, eso estaría bien. Lo bueno del vino es que le compro una caja de tres, con diferentes variedades. Es como más diverso, abarca más. Pero, ahora que me acuerdo, el año pasado ya le regalé vino. Mejor le llevo el whisky. Sí, le llevo de ese whisky, ya está, a otra cosa.

Hasta aquí, el proceso de resolución de Fer parece adecuado. Cualquiera de nosotros podría haber recorrido un camino similar hasta tomar una decisión. Pero él, a pesar de haber tomado la decisión, se queda quieto, mirando fijo la caja de vinos, pensando. Quizás serían mejor los vinos. Camina unos pasos a la derecha hasta el estante de whiskeys y permanece unos minutos con la vista fija en el Etiqueta Negra. Agarra una botella, la mira. Luego desvía la mirada hacia los vinos. Vuelve a mirar el Etiqueta Negra. Está empezando a pasarla mal. Se conoce, lo sabe, cuando se pone así es un bajón. Se ensimisma, la cuestión se prolonga y densifica, incluso empieza a sentirse como deprimido. Hay que terminar con la compra ya.

—Listo, voy a llevar un Etiqueta Negra, ese que viene con la caja.

—¿El de 750 o el de litro? Tenemos de los dos en caja. ¿Es para regalo?

Y, la verdad debería llevarle el de litro, el de 750 es medio poco como regalo. Aunque sus buenos mangos cuesta este whisky. La verdad es que vale un montón, le llevo el de 750, la de litro se me estaría yendo muy arriba. Aunque era la que iba a comprar cuando se lo pedí a la vendedora, y me había parecido bien, dentro de todo. No bien, bien, pero lo suficientemente bien como para llevarlo.

Fer no se puede decidir, está en una arena movediza, un pantano. Más se mueve, más se hunde. ¡Hora de pedir ayuda! La mayor o menor necesidad de asistencia de un tercero, cuando la obsesión aprisiona, es una medida de severidad de la afección. Aquellas personas muy perturbadas por sus síntomas pueden requerir ayuda con mucha frecuencia.

—Ay, no me decido. ¿Vos qué decís?

—No sé, eso depende de lo que usted desee gastar.

—Claro, sí, obvio… ¿Y la caja de Don David a cuánto estaba? ¿Cuatrocientos o quinientos me habías dicho? Quinientos cincuenta, ajá. ¿Y el Etiqueta Negra de 750? ¿Era cuatrocientos? No sé, es muy poco. Dame el de litro, dame el de litro. ¿El de litro viene en caja también, me dijiste, no?

A esta altura la vendedora, aun sin ser profesional de la salud mental, habrá entendido que de ninguna manera debe ofrecerle el Doble Etiqueta Negra, de rico sabor ahumado, por ejemplo, ni tampoco la opción de, por solo cien pesos más, agregar un par de mini botellitas de licor a la compra. Por el contrario, apura la resolución, pasa la caja por el lector de código de barras y emite la factura correspondiente. Fernando paga y espera que se lo empaqueten. Pero no está aliviado, no sabe si la decisión fue buena. Hay probabilidades de que haya sido mala. Saldrá del local con la bolsa e invertirá unos cuantos minutos más en observar la vidriera. ¿Qué otras opciones podría haber tomado? Con el regalo en sus manos, hace un minucioso recorrido por lo que se ofrece a la vista. ¿Para qué, si ya compró? Él no es de los que van a volver a entrar para dar marcha atrás y llevar otra cosa, que los hay. Él no. Pero hace un buen inventario mental de lo que podría haber llevado, y se va serio, oscuro, pensando en eso.

Este ejemplo parecerá exagerado solo a aquellos que accedan a este libro por mera curiosidad. Los otros, los que conviven con este tipo de situaciones a diario, saben muy bien que el rango de tiempo y energías invertido en dilucidar la cuestión puede ser muy amplio. Muchos obsesivos, de hecho, dejan de involucrarse en este tipo de situaciones, las delegan en terceros, las evitan a rajatabla, buscan ser asistidos por alguien o, si no les queda otra, ahí van, resignados, a padecer la tortura de una larguísima indecisión. Los más experimentados, viejos lobos de mar, van y compran rápido, cualquier cosa, al voleo. Y que sea lo que Dios quiera.

Es interesante detenernos en la presión a la que alguien como Fernando se somete. Porque, finalmente, ¿cuál sería el drama de que el vino o el whisky que le llevamos a nuestro amigo no le *encante*? Si no es de su agrado puede cambiarlo o servirlo en alguna cena donde haya invitados a quienes sí puede gustarles. ¿Y qué tan genial sería que *sí* le

gustara, que hayamos acertado, que los casi 50 minutos empleados en tomar la decisión resultaran exitosos? Sí, sería bueno, pero nada crucial se juega ahí. La vida del homenajeado no va a cambiar, eso podemos tomarlo por seguro. Pero el obsesivo no puede apartarse, tomar distancia de su obsesión y pensar estas cosas de manera más ligera. No puede decirse a sí mismo: ¿Y si no le gusta qué problema hay, quién se muere? Eso hay que aprenderlo, les decimos nosotros desde nuestra posición de terapeutas. No es posible garantizarnos un resultado positivo. Vos hacés tu elección, es lo que vos decidís, lo que a vos te parece bien. Listo.

¿Las obsesiones de duda y las compulsiones de chequeo son lo mismo?

Es una pregunta por completo pertinente, ya que lo que mueve al chequeo o verificación es la duda. Por lo tanto no nos cabe la menor duda, ya que estamos, de que ambos tipos se encuentran no solo muy relacionados, sino que forman parte del mismo dispositivo. Ahora bien, cuando una persona solo presenta obsesiones y compulsiones típicas de verificación, es decir, dudas acerca de algunas acciones que deben ser revisadas mediante un ritual para disminuir la ansiedad, hablamos de chequeo. Cuando las dudas son más abarcativas, por ejemplo la tremenda duda obsesiva de comprar este o aquel regalo, hablamos de manera más específica de obsesiones de duda.

Las siguientes son obsesiones/compulsiones clásicas de chequeo: verificación repetida de llaves de gas, cerraduras y ventanas para comprobar que estén bien cerradas, comprobación de haber activado la alarma del auto, de haber guardado en su lugar alguna cosa, de llevar consigo lo que se necesita, de haber dicho o hecho algo incorrecto, etc. La densa sombra de la duda obsesiva puede caer sobre múltiples cuestiones, más allá de las descriptas.

¿Cerré o no la puerta con llave? Sí, creo que sí, pero no estoy seguro. A ver si me entran a robar. Capaz que incluso quedó abierta, no solo sin llave, sino entreabierta, con lo cual cualquiera que pase y se dé cuenta se nos mete adentro sin ningún problema.

El pensamiento catastrófico, esa predicción fatídica, habita detrás de las obsesiones, abonándolas. El obsesivo no es capaz de pensar *bueno, yo creo que la cerré, pero si quedó sin llave tampoco es para tanto, el pestillo la mantendrá cerrada. Sin llave, quizás, pero cerrada. Y como del lado de afuera no hay picaporte, aun sin llave no se puede abrir. Tampoco es que están los ladrones escondidos atrás de un árbol esperando a ver si yo me olvido de darle llave a la puerta.*

¿Pretender que todo esté en perfecto orden y simetría es una obsesión?

Es un tipo obsesivo muy frecuente. Si la necesidad de orden llega a niveles exagerados o absurdos, además de constituir una conducta reiterada y rígida, puede ser que nos encontremos frente a una obsesión correspondiente a un TOC. Son las llamadas obsesiones de orden, simetría y exactitud. Los objetos deben ser guardados y acomodados en determinado orden, el cual puede estar referido a progresión de colores, tamaños, función u orientación en el espacio. El desorden o la alteración de estos parámetros generan gran ansiedad e irritación, más aún cuando la obsesión se acompaña de pensamiento mágico (si las camisas no están bien ordenadas según la gradación de colores, puede ocurrirles algo malo a mis hijos). Es entonces cuando la compulsión de ordenar se presenta como la única manera de calmar la ansiedad y los malos presagios. En muchos casos, el proceso debe ser realizado de acuerdo a un patrón estable, configurando un ritual:

CASO CLÍNICO N° 8

ALICIA, EL PLACARD Y EL TIEMPO

Alicia es prolija y ordenada en general, bastante más puntillosa y pulcra que el promedio, podríamos decir. Pero con el tema del orden de sus prendas ya se aleja bastante de los cánones habituales. Acomoda la ropa de su placard no menos de cuatro veces a la semana, los días que puede estar en su casa hasta cerca del mediodía. Vive en un barrio tranquilo y residencial en la zona sur del Gran Buenos Aires. Son calles arboladas, de edificaciones bajas, cerca de las vías del Ferrocarril General Roca. El pequeño fondo de su casa da a las vías del tren. Eso, lejos de molestarla, le gusta. Le encontraba cierto encanto al paso de las formaciones, a ese traqueteo, al ritmo siempre igual de las notas fuertes (tucutú-tucutú-tucutú-tucutú) de las ruedas de acero sobre los rieles. No era solo un tren. Era el paso del tiempo, la regularidad de las cosas, los ciclos. Más trenes de día, menos por la noche, pocos en los feriados. Disfrutaba también del silencio creciente entre el paso de un tren y

el otro. Una nube de paz, comparable a la serenidad que sentía cuando terminaba de ordenar su ropa. Pero tal placer tuvo abrupto final cuando a su ritual de orden y simetría se le adosó un elemento nuevo: el, hasta ese momento, apreciado sonido del tren. Alicia acomodaba su ropa muy bien doblada, en pilas de igual altura. Además, había un orden por colores, o por paleta de colores, podríamos decir, ya que seguía una cuidada gradación de tonos. Lo mismo con las prendas colgadas en perchas. Como muchas mujeres jóvenes sin grandes apuros económicos, tenía una buena cantidad de ropa. Ya el perfecto doblado y ordenamiento tonal le llevaba una buena cantidad de tiempo. Pero además, a partir de aquel día aciago, y vaya a saber por qué, si justo a mitad del proceso pasaba un tren, sentía la necesidad ineludible de comenzar de nuevo. El paso de los vagones la desconcentraba momentáneamente, perdía la seguridad de que todo había sido hecho bien hasta ese momento. Quizás justo estaba acomodando una manga que ahora no sabía cuál era. Ya no tenía todo por completo controlado en su cabeza. Había que empezar de nuevo desde el principio, de manera correcta, sin ruidos intrusos. Tenía que quedar bien.

Salvo en casos extremos, el TOC con predominio de obsesiones de simetría y orden suele ser menos disruptivo que otros subtipos. De hecho, muchas personas no se sienten molestas y toman sus exigencias o necesidades de prolijidad como normales, a menos que resulten demasiado intensas. De no ser así, la queja o la observación de desmesura en los actos suele provenir de los convivientes.

¿Hay obsesiones por el aspecto físico?

La preocupación obsesiva por el aspecto físico, en particular el disgusto con alguna parte del cuerpo (aunque a la vista del observador objetivo no denote peculiaridad alguna) forma parte de un cuadro denominado *dismorfofobia* (ver aparte). Este desorden es responsable (junto a la debilidad ética de profesionales incapaces de inhibirse ante tales solicitudes) de muchas de las cirugías plásticas tan desafortunadas, algunas de ellas de características monstruosas, que nos encontramos a diario por la calle.

¿Qué es el acopio o coleccionismo?

Llamamos así a la incapacidad de desprendernos de objetos ya inútiles bajo el argumento, o la duda, para ser más exactos, de que algún día podrían servir para algo, o tener valor como recuerdo o testimonio de vaya a saber qué. ¡Quizás de algo que ya olvidamos! De ese modo se acumulan bolsas llenas de platos rotos, diarios y revistas viejas, electrodomésticos en desuso, calzado y camisas que hace años no se visten, notitas manuscritas, libros de estudio por completo desactualizados, cables, pedazos de soga, boletas de compras o facturas, envases, etc. El acopio puede alcanzar dimensiones impensadas, ocupando buena parte del espacio disponible en una casa. Ampliaremos este ítem en el capítulo dedicado a las compulsiones.

A mí a veces me vienen sonidos, segmentos musicales, palabras o monosílabos que se me repiten todo el día. ¿Eso puede ser obsesivo?

Sí, ese tipo de elementos puede y suele corresponder a un TOC. Las mencionadas en la pregunta son por lo general obsesiones accesorias, muy comunes, que acompañan a un funcionamiento obsesivo mayor, con otros contenidos principales. Una música que se me repite todo el día dentro de la cabeza, sin que yo la busque, o palabras sueltas, imágenes o vocablos sin sentido que simplemente irrumpen, se instalan y se reiteran a lo largo del día.

Son elementos bastante móviles, con frecuentes idas y vueltas. En otras palabras, desaparecen o son reemplazados por otros durante períodos más o menos prolongados.

¿Puede ser que una preocupación excesiva por cumplimiento de preceptos religiosos, la moralidad o la ética sea síntoma de TOC?

Sí, siempre que tales preocupaciones se presenten de manera intrusiva, persistente e inadecuada a la dinámica de fe. La observación de una conducta religiosa es tema de preocupación normal de muchos creyentes, pero lo es de manera consistente y armónica con sus ideas.

Bien diferente es que, de la nada, se me ocurra que podría ponerme a blasfemar en público, agredir de manera compulsiva imágenes religiosas u ofender con alguna conducta irreflexiva los principios sagrados a los que adhiero.

Elementos obsesivos con relación a aspectos religiosos pueden presentarse con formas más extremas e irracionales. Hace tiempo nos consultó una paciente embarazada temerosa de haberse provocado un aborto sin querer, a causa de alguna irregularidad en la dieta. *Anoche comí una salsa con demasiado ajo, y ¿si eso afecta a mi bebé?* Los temores obsesivos relacionados con la probabilidad de arruinar su embarazo eran múltiples. Había pasado por la puerta de una clínica y temía haber sido alcanzada por la radiación de algún tomógrafo o aparato similar. El enorme miedo que sentía se relacionaba de manera directa con la posibilidad de ser condenada al infierno si en verdad el embarazo se había interrumpido.

En este grupo de obsesiones ubicamos también la exagerada escrupulosidad, la preocupación desmesurada acerca de lo que está bien y de lo que está mal, con la consiguiente irrupción de dudas acerca de tal o cual comportamiento propio en el pasado reciente o lejano. La escrupulosidad obsesiva da lugar a compulsiones de repaso de lo dicho o recordar con exactitud tal o cual conducta realizada, en orden de evaluar y establecer sin margen de error si se ha cometido una inconducta.

¿Las ideas obsesivas son las mismas para todos?

No necesariamente. Cada cual tiene derecho a su stock personalizado de temas obsesivos. Sin embargo, es verdad que ese conjunto particular se encuentra dentro de uno mayor que las contiene a casi todas. Dicho de otro modo, es excepcional que se presente alguien con una idea obsesiva genéricamente nueva, que no figure entre aquellas clásicas del TOC.

¿Y por qué son esas y no otras?
¿Qué es lo que hace que algunos temas no sean afines a convertirse en obsesiones?

Esa es una pregunta interesante y perspicaz, veo que estamos bien metidos en el tema. Las obsesiones y compulsiones parecen tener que ver con aprendizajes evolutivos a lo largo del desarrollo de la humanidad como especie, tendientes a la conservación, evitación de peligro y favorecimiento de la seguridad del grupo o tribu. Desde ese punto de vista se comprende que las categorías de contenidos obsesivos tengan que ver, de manera principal, con violencia, daño, sexo, acumulación orden y salud, y en todos los casos con un trabajo mental de anticipación o prevención de peligros potenciales. La importancia de los mecanismos de anticipación en el TOC se ve con claridad en la típica duda obsesiva: ¿Y si pasa tal cosa…?

Algunas teorías relacionan el comportamiento obsesivo compulsivo con conductas animales que se presentan sin aprendizaje previo (rituales preparatorios del encuentro sexual, conductas de aseo, defensa, ocultamiento de excrementos, etc.). Según los estudios del trascendente etólogo Konrad Lorenz, tales "saberes" se habrían grabado a lo largo de la evolución de cada especie, en determinados núcleos cerebrales profundos. Estos y otros aspectos concernientes con la génesis del TOC son también tratados en otras secciones de este libro.

¿Hay enfermedades distintas del TOC que presenten obsesiones?

Sí, claro. De hecho hemos dedicado un apéndice, más adelante en este mismo libro, en el cual describimos algunas de ellas. Allí podrás encontrar descripciones de la anorexia nerviosa, la hipocondría, el síndrome de Gilles de la Tourette y otras.

¿A qué se llama duda patológica?

Llamamos así a dudas que son producto de un proceso de enfermedad. Esto quiere decir que su principal causa es un mal funcionamiento del proceso de pensamiento, en términos generales. Las dudas patológicas pueden corresponder a diferentes cuadros clínicos. Para quien presenta celos patológicos, la duda será una señal de tal proceso. Habrá sospechas respecto a tal o cual situación. Dudas, en concreto, acerca de la fidelidad de la pareja. Él o ella no le cree a su pareja que ha ido a tomar un café con una amiga o que los jueves por la noche juega al bowling con los compañeros de trabajo en un pueblito a 32 km de Villa Tesei. La duda, cuando es patológica, se va a presentar con gran intensidad y nula capacidad reflexiva, tanto en situaciones que la merezcan como en las que no. El origen de tal duda no se encuentra en una situación contextual confusa, sino en la mente de quien la padece.

Del mismo modo es patológica la duda de alguien que sufre paranoia y se pregunta si su teléfono fue intervenido para espiarlo. No es que tal cosa no pudiera ser cierta. Pero este sujeto teme también que le hayan puesto micrófonos en el auto, y que haya una organización interesada en controlarlo (cuando no se trata, por su ocupación, de alguien pasible de tal acoso o ataque sobre su persona).

Una persona anciana, con cierto deterioro cerebral, puede presentar dudas originadas en su pobre capacidad de retención de hechos recientes, debido a la afectación de las zonas del cerebro encargadas de ese tipo de memoria. Por eso son tan frecuentes las ideas paranoicas en las personas con demencia. No recuerdan dónde guardaron el dinero y piensan que las personas a su cargo se lo han robado.

La duda del TOC también es considerada patológica, ya que se origina en la afectación de sistemas biológicos y psicológicos que no logran cumplir bien las funciones relacionadas con la retención de datos y finalización de circuitos de duda.

¿Es posible que me sienta obsesionado por el hecho de estar obsesionado?

No es para nada excepcional que recibamos consultas de este tipo. La misma obsesión, la conciencia acerca de lo persistente y desgastante de las obsesiones, conduce a muchos pacientes al chequeo constante de su propio estado, a ese respecto. Veamos un ejemplo:

CASO CLÍNICO N° 9

MARIO, LOS CUCHILLOS Y LA CABEZA QUE NO PARA

Es su primera consulta, pero de solo observarlo entrar al consultorio ya nos queda claro que Mario sufre una flor de depresión. Desaliñado y abatido, nos dice que vino a la consulta por su estado de angustia y ansiedad. Ya desde hace unos 10 meses se siente con escasa voluntad y energía. Le cuesta levantarse por la mañana, tiende a abandonarse en la higiene personal, no se entusiasma con nada.

Hasta antes del verano yo era una persona normal, nos cuenta. Estudiaba, trabajaba, tenía mis proyectos. Ahí empecé a estar medio bajoneado, con menos ganas, y se me fue agravando con el tiempo. Imagínese que ya no me bañaba todos los días, lo cual es rarísimo en mí. Increíble, no bañarme por falta de voluntad, nunca me había pasado. Me daban ganas de quedarme en la cama. No lo hacía porque tenía que llegar al trabajo en horario sí o sí. Solo me faltaba que me despidieran, para completarla. Le preguntamos entonces a qué adjudicaba ese estado, si había ocurrido algo en los meses previos, si alguna cuestión lo venía preocupando. Nos responde que sí. Había tenido una gran decepción con su novia y la relación no había terminado pero estaban muy mal. Quizás haya sido eso, pero en realidad yo no lo relaciono mucho, nos dice. Pero fue por esa época que empezaron esos pensamientos raros. Miedo de lastimar a alguien. Veo un cuchillo y se me viene la imagen de que se lo clavo a una persona, a cualquiera. ¡Es una locura, ridículo! Otras veces me viene que me tiro encima de alguien y lo ahorco. ¿Eso puede pasar? Al principio era leve, pero cada vez se empezó a poner peor. ¿Me puedo volver loco

por esto? ¿O ya estoy? ¿Qué otra explicación puede haber? Nomás al despertarme ya presto atención a mi cabeza, a cómo amanecí, si tengo o no esas ideas. Y no paro. Estoy todo el día pensando: cómo puede ser que esté así, se me irá a pasar algún día, y si alguna vez agredo de verdad a alguien, no puedo vivir de esta manera… ¡Es un infierno! Vivo pensando en el TOC, todo el día con miedo al TOC que tengo. Porque me puse a ver en internet y encontré que mis síntomas pueden ser TOC. Por eso vine acá, y porque no doy más.

Vemos aquí como, a partir de elementos obsesivos que lo asaltaron de manera aguda, brusca y persistente, Mario comienza a desarrollar un TOC cuyo elemento central resulta la preocupación por su estado obsesivo, más que las obsesiones originales. Este caso nos ilustra también la manera en que el TOC puede llevar a una afección profunda del estado de ánimo. Al momento de su primera consulta con nosotros, Mario presentaba un cuadro depresivo severo, causado por la presión disruptiva de sus obsesiones. Por suerte el tratamiento farmacológico (que en este caso era lo indicado, dada la severidad sintomática, junto con la terapia específica) logró mejorarlo luego de algunas semanas. Una ventaja, si podemos llamarla así, de la conjunción TOC/depresión, es que ambas patologías responden al mismo tipo de medicación. Además, en el caso de Mario, se podía presumir con alta probabilidad de acierto que la mejora de las obsesiones conduciría a la recuperación de su estado anímico. Y así fue.

Ya aliviado, nos cuenta que nunca antes había sufrido un estado como el que lo trajo a la consulta. Sí se reconoce de características obsesivas, pero en diferente sentido. Lee mucho, le interesa en particular la ecología y a veces se engancha demasiado, un poco obsesivamente podríamos decir, en la búsqueda de información, imágenes, etc. Me pongo un poco fanático, nos dice, y por unos días no paro. Pero después se le pasa, y en ningún caso le había sucedido que afectara su ánimo ni su vida cotidiana. Esa preocupación o vivo interés por la ecología no se había vuelto intrusivo ni desgastante. ¿El conflicto con su pareja pudo haber operado como causa de su derrumbe obsesivo depresivo? Como tratamos en otros puntos de este libro, no es obsesivo quien quiere sino quien puede. Es decir, un determinado conflicto puede ser suficiente para ponernos mal, para deprimirnos, para angustiarnos, o incluso para estar pensando durante días

obsesivamente en ello. Pero si no disponemos en nuestro organismo, como totalidad psicofísica, de las condiciones necesarias para desarrollar un TOC, tal cosa es poco probable que suceda.

¿Qué son las obsesiones existenciales?

Si bien no del todo frecuentes, las obsesiones de tipo existencial pueden resultar muy angustiantes. ¿Para qué vivimos, en qué consiste la muerte, adónde va todo lo vivido, qué pasa al morir, cómo es posible que el mundo continúe si nosotros ya no estamos, en qué consiste el universo? Preguntas sin respuestas inobjetables, ideales para horadar nuestro cerebromente y ubicarse con derecho propio en la trama del TOC.

¿Los celos pueden transformarse en una obsesión patológica?

Existe un amplio abanico entre los considerados celos normales y los patológicos. La diferencia entre "normal" y "patológico" suele estar dada por factores más cuantitativos que cualitativos. La gente con personalidad desconfiada, insegura o suspicaz, propensa a preocuparse de manera adherente y con gran angustia, puede transformar una sospecha adecuada, digamos, en celos patológicos. La cualidad patológica suele denotarse en la intensidad, permanencia y desgaste que los celos producen, más allá de la razonabilidad o no de la sospecha. En otras palabras, yo puedo tener motivos para sospechar que mi pareja me engaña, pero si eso me conduce a pasar semanas enteras obsesionando la mayor parte del día, con el ánimo inestable y ansiedad en elevados niveles, afectando mucho mi vida normal, es probable que esté cayendo en el movedizo pantano de los celos patológicos. Los celos constituyen, de hecho, una de las áreas en las cuales mucha gente "se obsesiona", si bien no forman parte de lo que llamamos TOC. ¿Qué "mejor" caldo de cultivo, para quienes viven acuciados por la inseguridad, la baja autoestima o la incertidumbre en general, que la ambivalencia de las relaciones amorosas o, más en particular, del deseo amoroso? El deseo, por definición, es anhelo de algo que no se posee o que no se posee por completo. Si no, ¿por qué se desearía? El celoso patológico, como el obsesivo, duda, se alimenta de dudas incrementadas por ese final abierto inherente a todo vínculo, tiene miedo de que ocurran o hayan ocurrido cuestiones catastróficas, muy dolorosas, aun en ausencia de señales indicadoras de probabilidad cierta. Sufre una tremenda ambivalencia: por un lado anhela comprobar que sus dudas son ciertas, para así poner fin al calvario de la incertidumbre, odiar a gusto y alejarse del objeto amoroso; por el otro, desea que todo se revele como falso, para así dar continuidad a su amor, a esa ilusión de amor recíproco total e inalterable. El terreno ya es incierto de por sí, porque ¿cómo saber todo acerca de la persona objeto de nuestro amor, cómo estar segura o seguro, ciento por ciento, de que no ha habido una infidelidad, algún affaire reciente o remoto, incluso previo a nuestro compromiso, del cual no estamos enterados? ¿Cómo contentarse ante la evidente imposibilidad de una pertenencia, de un presente estable y eterno de amor, adoración, lealtad, total y completo? ¿Cómo confiar, por otra parte, y ya en términos prácticos, en la reiterada y sentida declaración de inocencia de nuestra amada o amado, cuando todos sabemos que la máxima de oro a seguir en situación de interrogatorio por presunta traición amorosa, transmitida de boca

en boca a lo largo de generaciones, es negarlo todo siempre y a rajatabla, hasta que la muerte nos separe?

El celoso, para complicar aún más las cosas, siguiendo la línea de pensamiento de Sigmund Freud, proyecta en el otro sus propios sentimientos de hostilidad e infidelidad. Pone en juego en el presente, como si de una obra teatral de su autoría se tratara, históricos y personales conflictos vinculares inconscientes.

Los celos patológicos resultan una verdadera tortura para ambos integrantes de la pareja en cuestión y obligan, las más de las veces, a iniciar un tratamiento complicado, con medicación que ayude a moderar el temple de desconfianza y ansiedad, además de la psicoterapia correspondiente.

Los celos patológicos (celotipia, en lenguaje técnico) corresponden a cuadros de elevada ansiedad general o trastornos de personalidad paranoide o límite, diferentes del desorden obsesivo compulsivo. ¿En qué se diferencian? Básicamente, la idea de ser víctima de una infidelidad no se presenta con las características distintivas del TOC (ideas intrusivas que la voluntad intenta rechazar), sino más bien se trata de una convicción estable cuyo contenido no se cuestiona. Por otra parte, los celos amorosos (o también profesionales o de amistad), a diferencia de las intrusiones obsesivas, son ideas/sentimiento dominadas por la pasión. La actividad cognitiva o intelectual se encuentra bajo el dominio de lo emocional, factor constituido así en timón o brújula en pos de un destino de amargo desgaste.

Cuando el celoso presenta una convicción absoluta, irrevocable a pesar de no contar con certezas, estable a lo largo del tiempo, motivadora de conductas violentas y comportamiento inadecuado y hostil en general, es muy posible que se trate de una situación mental grave, comprendida en el círculo de las psicosis, denominadas delirio celotípico sistematizado.

CAPÍTULO III

Compulsiones

¿Qué son las compulsiones?

Llamamos compulsión a un acto repetitivo que nos sentimos obligados a realizar en respuesta a un elemento obsesivo, con el fin de aliviar la ansiedad generada por este. La compulsión puede traducirse en un acto motor (lavarse las manos, tocar algo muchas veces en una secuencia determinada, decir frases específicas en voz baja, contar números de dos en dos, etc.) o transcurrir en el plano mental. Son, estas últimas, las llamadas compulsiones mentales. Pensar también es una acción y muchas personas presentan solo compulsiones mentales. Se trata de pensamientos repetitivos, frases, chequeos, cálculos, etc., todo en el ámbito del pensamiento, sin evidenciarse en conductas físicas. Este tipo de compulsiones suele pasar por completo desapercibido para los demás, incluso para aquellos que muy cercanos.

La compulsión también puede ser una especie de "no acto", una conducta de evitación como, por ejemplo, no pasar por determinado lugar donde hay una mancha de sangre, si tengo el temor obsesivo de contagiarme el virus VIH.

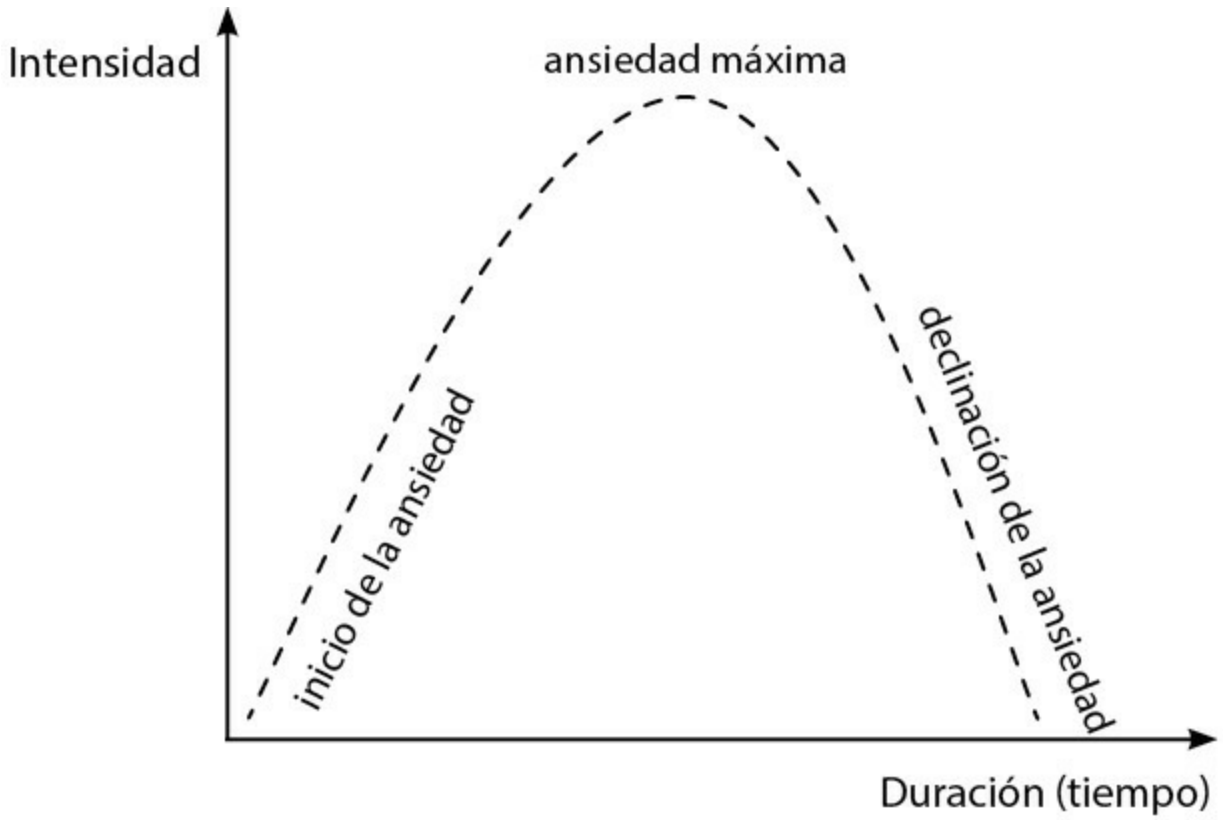
¿Compulsión y ritual, son la misma cosa?

A veces las compulsiones son más complejas y elaboradas: caminar sin tocar los bordes de las baldosas, acomodar los objetos en forma simétrica, realizar una cadena de acciones sucesivas en un orden preestablecido, etc. A este tipo de actos lo denominamos ritual. Los rituales pueden consumir mucho tiempo, el necesario para que el individuo pueda sentirse más tranquilo y continuar con su actividad normal.

¿Entonces, si no efectúo el ritual, la ansiedad no va a terminar nunca?

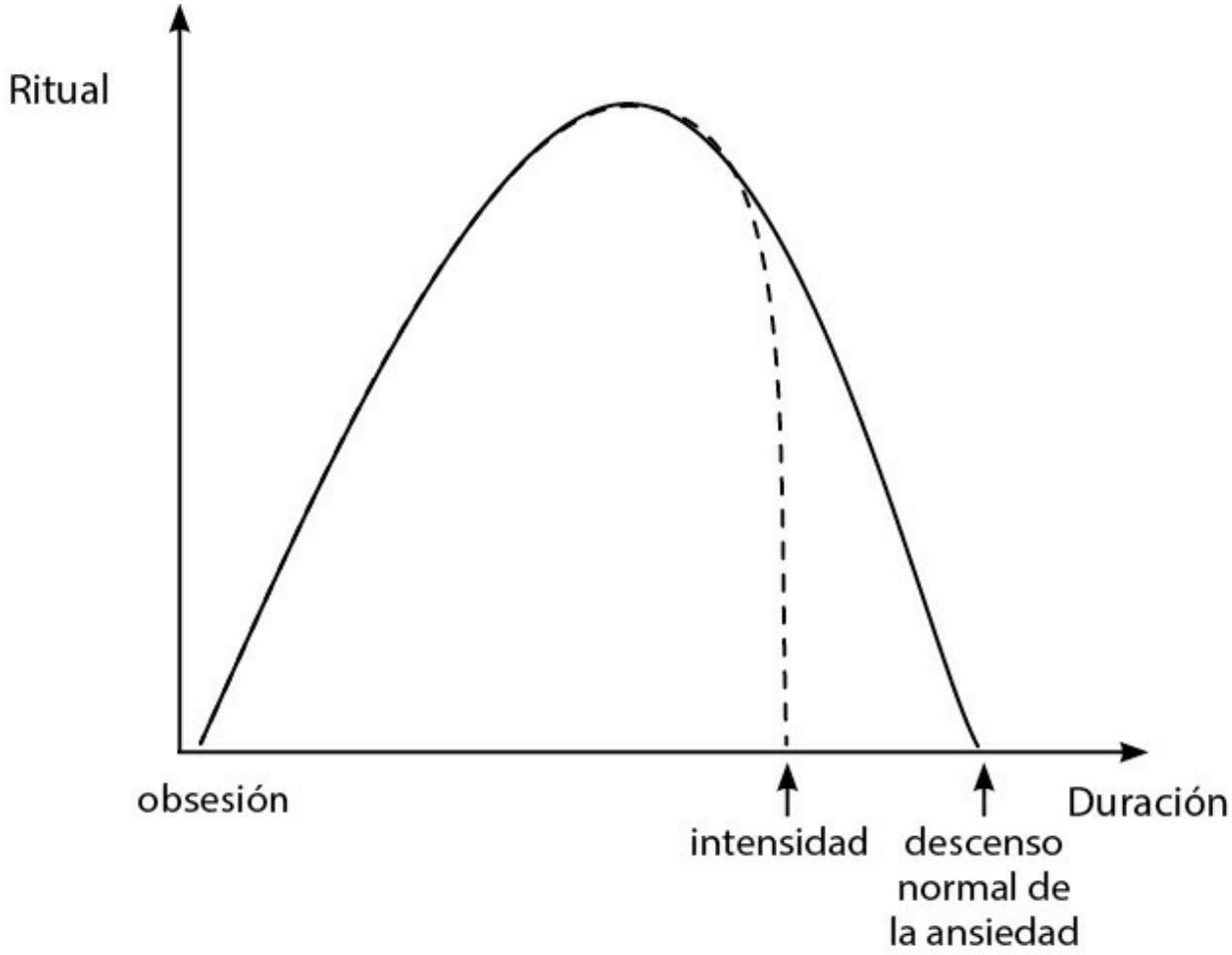
Esta es una idea distorsionada que tienen las personas que padecen TOC. La realidad es que la ansiedad se autolimita, es decir que sigue una curva ascendente, alcanza una meseta, y luego tiende a disminuir como lo señala el gráfico (ver gráfico A).

Gráfico A: Curva de ansiedad normal

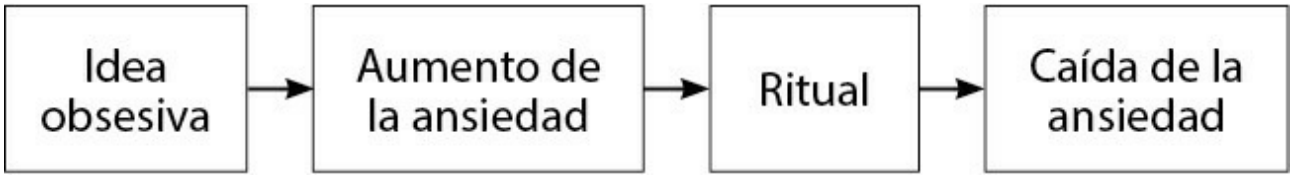


Las personas con TOC se lavan para descontaminarse, ordenan para arreglar el desorden y volver a la simetría, y así. Pero en verdad tales rituales están al servicio de calmar la intensa ansiedad que les genera el pensamiento obsesivo, es decir, la contaminación, la asimetría, el desorden, etc. Creen que, de no ritualizar, esa ansiedad se volverá más y más intensa. Solo un acto compulsivo podrá detenerla (Gráfico B).

Gráfico B: Curva característica del ritual en el TOC



Intentaremos decirlo más claramente: en el gráfico B vemos una curva de ansiedad normal (igual que en el gráfico anterior) pero vemos la caída rápida de la ansiedad en respuesta al ritual. Es una especie de circuito donde aparece la idea obsesiva, sube la ansiedad, se produce el ritual, desciende drásticamente la ansiedad.



Las personas con TOC desconocen que si no ritualizaran la ansiedad disminuiría de todos modos, aunque de manera más lenta.

Como veremos más adelante, estos elementos van a ser tenidos muy en cuenta a la hora de diseñar la estrategia de tratamiento psicológico de exposición y prevención de la respuesta.

¿Cuál es la diferencia entre compulsión e impulso?

Aunque *compulsión* e *impulso* puedan parecer sinónimos, no lo son. En el primer caso encontramos un poco más de conciencia, conflicto o voluntad en juego, es como si hubiera una fuerza que dice "lo hago" y al mismo tiempo otra que dice "no lo hago". En cambio, la conducta impulsiva es más inconsciente, no hay dos fuerzas en oposición, hay una sola, conectada a la acción inmediata. ¡Lo hago ya mismo! No hay un *vaivén*, como en la compulsión, sino que es todo para adelante.

Ejemplo de compulsiones son los clásicos lavados de manos, verificaciones, actos de ordenar, etc. Por otra parte, ejemplo de conductas impulsivas son la piromanía (incendiarios), la cleptomanía (impulso por robar), etc.

¿Qué es una compulsión mental?
¿Cómo se diferencia de la motora?

Como se dijo antes, hay dos tipos de compulsiones, las mentales y las motoras. Las primeras implican una urgencia irresistible de llevar a cabo un acto mental, como por ejemplo repetir una y otra vez determinada palabra o frase. Las compulsiones motoras, por su parte, implican la urgencia de actuar cierta secuencia conductual, tocar determinado número de veces algún objeto, por ejemplo. En todos los casos, las compulsiones cumplen la función de aliviar la ansiedad provocada por determinada obsesión, o de "prevenir" (pensamiento mágico) que ocurra una desgracia. Las compulsiones más frecuentes son las de verificación, de lavado y de repetir o repasar frases o pensamientos.

Siento la necesidad de lavarme las manos a cada rato: ¿eso sería una compulsión mental o motora?

Ese es el ejemplo más claro y más frecuente de compulsión motora, el acto de lavarse las manos incontables veces en el día, de forma ritualizada, cada vez que aparece la obsesión o la *sensación* de estar contaminado y sucio. Para que quede claro: *pensar o sentir* que estoy sucio es la obsesión (mental). El lavado de manos subsiguiente es la compulsión, un acto motor dirigido a calmar la ansiedad despertada por la obsesión.

Siempre tengo que estar comprobando no haber cometido algún error, o dicho algo inadecuado. ¿Eso es una compulsión?

En efecto, la duda patológica de haber hecho o dicho algo que no corresponda, genera rituales de comprobación, en donde una y otra vez y compulsivamente, nos vemos compelidos a repasar lo hecho o lo dicho, hasta que la ansiedad descienda.

¿Es algo compulsivo sentir la necesidad frecuente de confesar cosas?

Muchas veces la necesidad de confesar pensamientos o actos sentidos como inadecuados adquiere la forma de compulsión o ritual, participando de un circuito similar al relatado anteriormente. De manera obsesiva nos quedamos rumiando acerca de alguna respuesta dada a un amigo que ahora, al recordarla, nos parece brusca. Quizás estábamos de mal humor y realmente lo fue. Pero adquiere en nuestro pensamiento una dimensión obsesiva tal que, para ponerle fin, nos vemos obligados a aclarar la situación. Lo más habitual es que nuestro amigo se sorprenda. O directamente ni sabe de qué le estamos hablando o sí notó la brusquedad, pero le dio la importancia que tenía. Poca. Ustedes dirán: bueno, pero puede ser que realmente uno haya estado muy hostil o áspero con ese amigo. No es lo habitual y es fácil entender por qué. Si realmente hubo una situación de tono elevado ostensible, es poco probable que dé lugar a una rumiación, porque ya explota ahí mismo. No habrá nada que confesar a posteriori, todo quedó a la vista en el mismo acto. La rumiación acerca de la posibilidad de haberse comportado mal requiere de la duda. Y esta, de una situación sutil.

La necesidad de preguntar a los demás, todo el tiempo, si lo que pensé o hice está bien o mal, constituye una compulsión relacionada con la anterior.

¿Qué diferentes tipos de compulsiones o rituales existen?

Compulsiones de verificación

Es la necesidad de chequear permanentemente. Verificamos cerraduras, llaves de gas o de luz, puertas, ventanas, que el gato no se haya quedado afuera, sin posibilidades de entrar, que el lavarropas haya parado, y perdemos tanto tiempo que llegamos tarde a todos lados, no podemos cumplir bien con nuestras obligaciones, cómo podríamos si la casa nos tiene atrapados, no podemos salir "de una", fluidamente, del tipo "agarro mis cosas y me fui". No, eso no existe. Tengo que revisar, verificar, comprobar, asegurarme, ir y volver.

Para otros la verificación es nocturna. Tardan mucho tiempo en irse a la cama a dormir a causa de chequeos ritualizados, de acuerdo a cierta rutina, como un paciente que debía verificar cuatro veces si la canilla no goteaba y tres, si había cerrado la llave general de gas de la cocina. "En total, tiene que sumar siete", nos decía.

Otra forma de este tipo de ritual es verificación de conductas, por ejemplo, asegurarse de no haber hecho daño a otras personas, como le sucedía a un paciente que tenía la necesidad de pasar con su automóvil una y otra vez por un determinado lugar para comprobar que no había atropellado a alguien. Estos rituales funcionan como una especie de conducta de reaseguro donde la persona verifica que no ha cometido un error. Los rituales de reaseguro son, por ejemplo, preguntar a alguien para asegurarse de no haberle hecho daño, o repetir una y otra vez exámenes complementarios para asegurarse de estar bien de salud.

Veamos un caso clínico, nada más ilustrativo que la observación directa.

CASO CLÍNICO N° 10

ALEJANDRO O LA UTOPÍA DE UNA VIDA SIN INCERTIDUMBRES

A sus 21 años, Alejandro nos consulta porque desde hace más o menos un año lo desbordan diversos actos de chequeo. Controla que las puertas se encuentren con

llave, que esté puesto el freno de mano de su auto, que las canillas estén bien cerradas, que los grifos no goteen y que las luces estén apagadas. Luego de las relaciones sexuales con su novia verifica con escrupulosidad si el preservativo se ha pinchado o no. Por lo general necesita que ella examine el adminículo junto a él y le ratifique su integridad, para así poder quedarse tranquilo de verdad. Las verificaciones son reiteradas para cada uno de esos actos, y solo calma su ansiedad cuando la demanda de sus dudas ha sido satisfecha. No puede, bajo ningún aspecto, quedarse con la más mínima incertidumbre. No lo tolera. También presenta chequeos mentales: repasa, en su pensamiento, conversaciones que ha tenido, respuestas que ha dado, para asegurarse de que estuvo bien, que no ha dicho nada indebido.

Alejandro es un tipo de paciente que, como tantos otros con TOC, presenta obsesiones y compulsiones numerosas y diversas. Se lava mucho las manos, teme que su novia haya podido quedar embarazada, no solo por una eventual pinchadura de un preservativo, como hemos visto, sino también por haber tomado contacto con objetos del baño que él tocó luego del encuentro íntimo. Por otra parte, se pone muy ansioso acusándose de haber provocado una discusión y queda pensando en ello todo el día, una y otra vez dando vueltas sobre lo mismo. Cuando anda más tranquilo, la actividad obsesiva disminuye un poco, así como se acrecienta en días de gran estrés o preocupación.

Compulsiones de lavado

Son las más frecuentes. El lavado de manos repetido, debido a la idea obsesiva de estar contaminado, suele constituir un serio problema. Hay quienes lavan sus manos más de cincuenta veces por día, utilizando mucha cantidad de jabón, detergente, lavandina u otros abrasivos, generándose en poco tiempo dermatitis severas. Hemos visto casos extremos de pacientes que pasaban seis a ocho horas en la ducha, debido a ideas de contaminación y suciedad combinadas con pensamiento mágico (si no me lavo bien y en el orden habitual, podría ocurrirme un accidente).

CASO CLÍNICO N° 11

SEBASTIÁN Y LA DUCHA: EL TIEMPO ES TIRANO

Sebastián pasaba demasiado tiempo en el baño a la hora de ducharse, lo cual le traía problemas y discusiones con su familia. Puestos a investigar, encontramos que cada etapa del proceso le llevaba mucho tiempo. Cuando entraba a la bañadera, por ejemplo, se veía obligado a pensar "está todo bien" (traducido: "no le va a suceder nada malo a alguien de mi familia"). Ese pensamiento tenía que ser claro y armonioso para resultar eficaz, de modo que nuestro paciente entraba y salía de la bañadera un sinnúmero de veces, hasta que la frase se diera bien clara y correcta en su conciencia. A veces la pensaba o decía mentalmente pero algo en ese pensamiento no estaba del todo bien (podía ser el tono, la velocidad, alguna vacilación) y entonces se veía obligado a repetir todo el acto desde el principio. Algo similar le pasaba con el grifo. Lo abría y lo cerraba, lo abría y lo cerraba, hasta sentir que estaba todo bien. Cada ducha se volvía interminable. Y la familia, haciendo cola en la puerta.

La higiene personal minuciosa es habitual, no solo en el lavado de manos. El cepillado de dientes ritualizado puede insumir mucho tiempo cada día. Larguísimas duchas, como vimos en Sebastián, procesos de jabonado del cuerpo siempre de acuerdo con un mismo orden (primero el antebrazo izquierdo, luego el brazo derecho, luego el pecho y el abdomen…) y, si alguna distracción los perturba, deben comenzar de nuevo. Hemos visto pacientes que cepillaban sus dientes durante 20 o 30 minutos con el consiguiente daño en las encías. Aplicaciones de alcohol en gel, utilización de detergentes.... Lo mismo puede y suele suceder con el lavado de la cola, el ano y los genitales, sitios de nuestra anatomía, así como las manos, ideales para dar rienda suelta a obsesiones de contaminación o contagio, con las compulsiones de prevención e higiene extremas subsecuentes.

Compulsiones de limpieza

También llamadas rituales de descontaminación, emparentadas y generalmente asociadas a las anteriores, es decir, motivadas por la idea de contaminación, pero, en este caso, la "suciedad" se encuentra en distintos objetos, en muebles o electrodomésticos, en los pisos o la ropa, motivo por el cual nos pasamos horas y horas desinfectando, rociando con aerosoles, pasando el piso varias veces al día, "limpiando sobre lo limpio", como dicen los pacientes con mayor *insight*.

Compulsiones de repetición

Son compulsiones en donde los individuos tienen la necesidad de repetir actos con el fin de reducir su ansiedad. En verdad, según la creencia de los que padecen este tipo de compulsiones, estas funcionan de manera mágica, como un reaseguro de que "nada malo va a pasar" si ellos hacen esto o aquello. El ritual de repetición funciona como una especie de mecanismo de prevención en donde la persona con TOC tiene, por ejemplo, la necesidad de golpear la mesa un determinado número de veces hasta sentir o pensar que "está todo bien". Otros prenden y apagan la luz o pasan y vuelven a pasar por una puerta, conformando un ritual, hasta que el pensamiento obsesivo disparador cede.

Compulsiones de necesidad de releer o rescribir

Este tipo de conductas ritualizadas, así como las de chequeo, si bien son compulsiones de repetición, se deben más a dudas patológicas obsesivas que a prevención mediante pensamiento mágico.

Estos individuos no están seguros si recuerdan puntualmente lo que leyeron y tienen necesidad de repasar lo leído o lo escrito una y otra vez, hasta que la ansiedad excesiva que les produce la duda disminuya a niveles tolerables. Piensen ustedes el perjuicio que puede ocasionarle a un estudiante la enorme pérdida de tiempo, la inseguridad obsesiva acerca de lo aprendido o, por caso, a un trabajador administrativo, en el manejo de boletas y documentos, o a un cajero (no automático, humano) de cobro, envuelto en la duda torturante de si cobró bien o si dio mal un vuelto.

Compulsiones de conteo

Los rituales de conteo también están emparentados con los de repetición pero, en este caso, siempre es con números. Hay necesidad de contar a viva voz o mentalmente, con

la finalidad de neutralizar una obsesión. Contar y recontar un fajo de billetes, contar cuántas horas faltan para un evento, contar las baldosas del patio, volver a contarlas, etc.

Necesidad de simetría y exactitud

Los rituales de acomodar cosas en un determinado orden y simetría pueden estar acompañados por un pensamiento mágico o no. La necesidad de ordenar de forma simétrica puede relacionarse con prevenir "que no pase nada malo", correspondiente al pensamiento mágico, o a la necesidad obsesiva en sí misma de que todo está ordenado, simétrico y exacto porque, si no lo está, me causa inquietud. Si un cuadro está torcido, tengo que ir a enderezarlo. De otro modo no puedo concentrarme en lo que hago. Más de una vez hemos atendido pacientes que ordenaban su ropero de determinada manera, siempre con simetría, con respecto al tipo de prenda o al color. Otras tienden la ropa para secarla al sol intercalando broches de dos colores. De otro modo, la falta de simetría o de un determinado patrón de orden les ocasiona gran ansiedad.

Coleccionismo o acumulación

Coleccionar objetos o cosas no es, en sí mismo, patológico. Pero en algunas personas que padecen el llamado "TOC de acumulación", esta conducta puede alcanzar extremos sorprendentes. Son personas con la necesidad compulsiva de acumular objetos, con imposibilidad de deshacerse de ellos, en forma claramente excesiva. Muchas veces sus casas y sus vidas quedan sumidas en un caos debido a que los objetos (libros, periódicos, revistas, ropa…) ocupan todo el espacio disponible en la vivienda. Por lo general los objetos acumulados son innecesarios o están rotos y en desuso. Una familia nos consultó hace años porque la situación ya les resultaba insostenible. Habían tenido que alquilar una casa enfrente de la suya para alojar los objetos acumulados. Los pasillos eran estrechos desfiladeros entre muros de bolsas y, para irse a las camas, primero debían desalojarlas de cajas y objetos que, a la mañana siguiente luego de levantarse, volvían a subir. Hay quienes acumulan mascotas, generalmente gatos, perros o aves, más allá de la posibilidad de la vivienda de albergarlos de manera relativamente cómoda (síndrome del Arca de Noé). Algunas personas, de manera más habitual en la tercera edad, acumulan desechos, basura y desperdicios, y permanecen aislados en sus casas, en mal estado de aseo personal e higiene general (síndrome de Diógenes).

El trastorno por acumulación fue considerado desde siempre como un subtipo de

TOC, pero en los últimos años se lo entiende y clasifica como un trastorno diferente, a pesar de las similitudes existentes entre sí.

Otras compulsiones o rituales

Hay otros rituales que podrían estar subsumidos en las categorías anteriores o no, como la necesidad de decir ciertas palabras, la excesiva utilización de listas y ayudamemorias, necesidad de saber o recordar, de decir justo lo correcto, de tocar o golpetear, de tomar medidas de prevención para no dañarse a sí mismo o a terceros. etc.

CAPÍTULO IV

Pensamiento mágico, religiosidad y TOC

¿A qué se denomina pensamiento mágico?
¿Cuál es su relación con el TOC?

Los códigos de pensamiento mágico se encuentran muy ligados tanto a la religiosidad como al universo obsesivo compulsivo. Es un entramado de relaciones interesante y complejo, al cual nos asomaremos, para comenzar, a través del siguiente caso.

CASO CLÍNICO N° 12

LUCAS Y LOS SIGNIFICANTES DE LA MUERTE

Cuando alguien cerca de mí menciona la palabra…, esa con c…, usted sabe, yo no la digo…, eso que usted tiene ahí, en el escritorio, donde guarda sus cosas.

¿Te referís a la palabra cajón?

Sí (Lucas se ríe, resignado). ¡Pero no tenía que decirla usted tampoco! Ahora yo tengo que pensar sol, la palabra sol. Porque esa otra palabra, la que usted dijo, la asocio con algo malo, ya sabe de qué le hablo. Me viene enseguida una imagen de mis padres, como si estuvieran… no lo voy a decir.

¿Y por qué eso te lleva a pensar la palabra sol?

Y…, porque así es como que anulo lo malo de la otra palabra. Asocio la imagen de mis padres con la palabra sol, que para mí es como si fuera lo contrario de la otra. Si no, me da miedo de que les pase algo feo a alguno de ellos, algo grave.

¿Y qué relación habría entre una cosa y otra? ¿De verdad te parece posible que por haberse nombrado esa palabra ocurra algo así?

Sí, ya sé (se ríe), aparentemente no tendría nada que ver una cosa con la otra. Pero, ¿y si pasa? Sería terrible, sería por mi culpa. O la de usted también.

En este ejemplo vemos cómo funciona lo que llamamos *pensamiento mágico* en las obsesiones de un paciente con TOC. El sistema de pensamiento mágico se basa en la posibilidad de influencia de un hecho sobre otro a distancia. Quienes investigan los mecanismos primitivos de pensamiento de sociedades en su conjunto, refieren la existencia de dos "leyes" diferentes que rigen la *magia* a distancia: la Ley de Similitud (magia imitativa) y la Ley de Contacto (magia contaminante).

La Ley de Similitud se basa en que lo similar produce lo similar. Ejemplos: el antropólogo social escocés J. G. Frazer, en su bello e interesante libro *La rama dorada,* nos cuenta que entre los *batakos*, habitantes de la isla de Sumatra, Indonesia, las mujeres no fértiles se colocan sobre el regazo un muñequito que representa a un bebé, a modo de favorecer una futura concepción. En la Grecia Antigua, cuando se había dado a un hombre ausente por muerto y los ritos fúnebres ya habían sido realizados, su reaparición sano y salvo, aun a la vista de todos, no era suficiente para considerarlo vivo. Continuaría perteneciendo a la categoría de difunto hasta que nuevos ritos, en este caso de nacimiento, fuesen realizados. Bajo esta misma Ley de Similitud funcionan ciertos rituales de los *ojibwas*, nación indígena de América del Norte. Cuando quiere causar dolor a alguien, el indio *ojibway* lo recrea en forma de muñequito de madera, lo más parecido posible al sujeto en cuestión, y le clava una estaca en la cabeza o le dispara una flecha. De este modo su enemigo sentirá, en ese mismo momento, un intenso dolor. Si el objetivo es dar la muerte, el muñeco será enterrado en una tumba. El vudú, africano en su origen pero llevado a las lejanas costas de América mediante la civilizada tarea de traficantes de esclavos a las órdenes de repúblicas o reinados europeos, no primitivos, desde ya, se parece a estas prácticas y es el ejemplo de daño a distancia más conocido en Occidente. Sin embargo, los rituales del vudú se dan en un marco de creencias que involucran a seres superiores. No es, por lo tanto, una sencilla operación de magia. Es parte de una religión.

No tan lejos de la Argentina, en pueblos del Perú, existen rituales similares. Realizan figuras de sebo y grano que representan a la persona a dañar y las queman en los senderos por los cuales los ahora amenazados transitan habitualmente.

El *salvaje* cree absolutamente en los efectos de su magia. Para él es una ciencia. Un ritual particular, bien realizado (por eso acuden al brujo, como nosotros al médico o al

sicario), provoca efectos a distancia de acuerdo con las leyes de similitud y contacto. Pero ¿solo el llamado salvaje piensa así? Campesinos de ciertas regiones de Austria creen que si dan a sus mujeres encintas el primer fruto de un árbol, la producción frutal de la temporada que inicia será copiosa. Estoy seguro de que similares creencias habitan en algunas de las viviendas contiguas a la mía o a la tuya, compañero lector. ¿Y qué decir, si no, del paciente que acomoda sus cubiertos para que seres queridos no sufran un accidente? Si los cubiertos están en orden, también lo estará el automóvil de sus padres en la ruta. ¿Se trata de una creencia, de una cábala, de una obsesión, de magia…? ¿Cuál es la relación de esta Ley de Similitud, con el pensamiento mágico del TOC? Lucas no puede mencionar la palabra *cajón,* ya que de inmediato le sugiere *muerte.* Como vemos, él no necesita una explicación racional (o racional-científica, digamos, ya que razones son las que uno se da, y las hay de todo tipo), para sostener tal creencia. La palabra *cajón* es asociada a *muerte*. Muerte, a su vez, remite al temor de perder a seres queridos. Si pensar en *cajón* me lleva a visualizar a mis padres muertos, es posible, *por similitud*, que esto ocurra. Para él pensar cajón y luego en sus padres, es lo mismo que para un brujo vudú clavar una aguja en el corazón de un muñeco y esperar que el aludido mediante la figura sufra o muera. Ley de Similitud, en ambos casos. ¿Y cómo puede ser que mi paciente, que trabaja en una empresa importante y anda con trajes caros funcione con el mismo pensamiento mágico de un "salvaje", y sin ponerse colorado? Quizás no seamos tan diferentes a los "salvajes". O quizás la palabra "salvaje" tenga que ver, entre nosotros, más con la inquietud que nos causa *un otro, un diferente.* Pero como esos tópicos nos llevarían a una digresión ensayística del tamaño de un nuevo libro dentro de este, volvamos mejor al análisis de las obsesiones de nuestro paciente, porque nos interesa señalar una cuestión más. Las ideas *muerte* y *padres* han coincidido en el pensamiento, han quedado una al lado de la otra, o una *en contacto* con la otra, y esa contigüidad les otorga un poder especial, la capacidad de un elemento de influir sobre el contiguo. Es esta la denominada Ley de Contacto. Esta ley nos dice que las cosas que en algún momento estuvieron juntas, o contiguas, continuarán en relación, aun ya separadas. En nuestro paciente, la contigüidad entre *muerte* y *padres* resulta altamente significativa y peligrosa. Por lo tanto, se vuelve imperioso agregar a la ecuación un término optimista, vital y brillante como *sol*, para deshacer las asociaciones de similitud y contacto y alejar el peligro.

Aquí llegamos a otra característica muy importante del pensamiento mágico: su

utilización suele perseguir fines personales y de control. La intención es manejar el destino, las fuerzas de la naturaleza, el azar, lo desconocido. Reducir la incertidumbre, es decir, el miedo. Angostar el margen de que ocurra algo imprevisto o, lo que es peor, ya previsto y temido. Mediante el sistema de pensamiento mágico nos creamos la ilusión o la convicción de intervenir sobre el destino. Tomamos partido, actuamos, no quedamos a la buena de Dios. Es, o intenta ser, un método de protección, una esperanza, de algún modo. Y algo de todo ello opera en el TOC. Solo que en el contexto del mundo obsesivo compulsivo, las obsesiones y los rituales conjurativos ocupan buena parte del día, generan gran ansiedad y son difíciles, o por completo imposibles, de controlar. Para decirlo fácil, te complican o te arruinan por completo la vida, según el caso.

Entonces, ¿cualquier persona que utilice el pensamiento mágico es obsesiva?

No, para nada. Algunos, esos que lo instrumentarán de manera puntual, con objetivos específicos (llevo siempre mi amuleto conmigo cuando voy a dar examen) quedarán dentro del campo de lo que llamamos superstición o cábala. Otros, aquellos inundados por obsesiones y rituales, se ubican en el amplio y opresivo mundo del TOC. Y para un tercer grupo, universal y expandido por todo el planeta, el bendito pensamiento mágico será un elemento más, si bien de notable importancia, dentro de un cuerpo mayor de creencias denominado religión o religiosidad.

¿Cuál es el significado de obsesiones, rituales y supersticiones?

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, el significado de *ritual* es *relativo al rito*. *Rito, a su vez,* se define como *costumbre o ceremonia, conjunto de reglas establecidas para el culto y ceremonias religiosas.* Es decir, un conjunto de acciones establecidas, ceremoniales, con significado o sentido religioso. Estos rituales, entonces, tienden a un fin, apuntan a un objetivo. El creyente católico, por ejemplo, se hace la señal de la cruz al pasar frente a una iglesia. Mediante este acto solicita la protección de Dios o le expresa fidelidad, en términos generales. También habrá muchos que lo realizan de modo automático, porque así se los han enseñado, sin detenerse a pensar en su significado. Recordemos aquella persona mencionada antes en este libro, que necesitaba acomodar sus cubiertos de manera simétrica a cada momento que los dejaba de usar para "asegurarse", mediante la ejecución correcta del ritual, que a ningún ser querido le iba a pasar algo malo. ¿Cuál es la conexión de tal acto con la posibilidad de ocurrencia de la tragedia temida? Ninguna. Por lo menos para quien no presenta ese tipo de fenómenos en su mente. Pero, ¿es comparable este hecho con el de santiguarse al pasar frente a la iglesia? Porque de serlo, deberíamos otorgarle sentido. Sin embargo, yo comprendo que si soy creyente, ante el temor de que pudiera ocurrir un evento malo, me deja más tranquilo hacerme la cruz, invocar la protección de Dios, que colocar el cuchillo y el tenedor perfectamente paralelos. Aquí es donde aparece lo que llamamos "pensamiento mágico". *Si acomodo el cuchillo y el tenedor uno a cada lado del plato, en perfecto paralelismo, mis padres no tendrán un accidente en la ruta.* ¿Y si no los acomoda de ese modo el accidente sí se producirá? En el contexto religioso este dispositivo (un acto previene la ocurrencia de otro) se entiende como un acto de fe y, por lo tanto, convalidación histórico cultural mediante, no se lo entiende como obsesivo ni como mágico. Muy por el contrario, dentro del código religioso, existiría una lógica ilación entre una cosa y la otra. ¿Pero, acomodar los cubiertos…? Y bueno, me dirá alguien con TOC, ¿por qué no considerarlo válido dentro del código obsesivo? Pensemos en esa propuesta. Si definiéramos un *código obsesivo* que comprendiera la creencia de que el orden simétrico de los objetos previene el mal, quizás estaríamos deslizándonos de lo individual a lo general y del TOC al terreno de la fe, a la creación de un nuevo culto religioso.

¿Y cómo entendemos en este contexto a la superstición? Veamos, si yo necesito llevar

conmigo determinado objeto, a modo de amuleto (o "por cábala") cada vez que salgo de viaje pero por otra parte no presento obsesiones ni rituales, entonces, sencillamente, vamos a entenderlo como un acto de superstición. Según la Real Academia Española, la superstición es una *fe desmedida en algo, o una creencia extraña a la fe religiosa y contraria a la razón*. Según la misma fuente, un amuleto es un objeto pequeño que se lleva encima, al que se atribuye la virtud de alejar el mal o propiciar el bien. Entonces podemos pensar la superstición como una *pequeña creencia* en el poder de un objeto, como una sencilla fe no comprendida dentro del marco de una religión, o como un resabio o muestra del pensamiento mágico que nos acompaña desde que, habiendo descubierto el mundo y sus fenómenos, no pudimos explicarlo.

CASO CLÍNICO N° 13

EL AMULETO DE MARÍA

¿Pero María, vos de verdad pensás que el elefantito de piedra que llevás en la cartera te protege?

Bueno, no sé, pero si no lo llevo me siento insegura, me acostumbré a tenerlo conmigo (María responde mientras verifica que el bicho en efecto sigue ahí, en el fondo de su bolso).

No sabía que eras taaan supersticiosa.

Y yo no sabía que vos eras taaan racional. Cero onda con eso, te aviso. Y el elefantito lo llevo yo, no vos, así que no te preocupes.

¿Pero qué pasa si un día saliste apurada y cuando mirás en la cartera te lo olvidaste, el elefante no está?

No me lo olvido, eso es lo que pasa. Y no le digas elefante. ¿Cuál estaría siendo tu problema? No digo que si no lo llevo seguro va a pasar algo, pero quién te dice. ¿Y si justo pasa? No me cuesta nada tenerlo. Es mi elefantito en mi cartera, no molesta a nadie.

El ejemplo permite ver que los mecanismos propios del TOC se encuentran, de manera habitual, en muchas personas que no lo padecen. ¿Qué elementos ligados al mundo obsesivo encontramos en esta pequeña historia?

María lleva un elefantito de piedra en su cartera. No sale sin él, y necesita verificar que esté allí, aunque podemos suponer que nunca lo saca. La presencia de ese objeto *en su cartera* le brinda seguridad. Tiene que estar ahí, en la cartera. Ni en la mano ni en un bolsillo. Aunque el ritual admite el cambio de cartera. ¿Piensa María que el elefantito es mágico? ¿O es solo que si no lo lleva se siente insegura, nerviosa, y por eso las cosas podrían resultar mal? La diferencia entre ambas posibilidades no siempre es clara, ni siquiera para el propio protagonista del asunto. O es magia o, si no, la necesidad de aferrarse a un mecanismo, a un estado de cosas, a una costumbre. Una costumbre que cuando responde a un objetivo, cuando es frecuente, cuando presenta determinados elementos similares a sí mismos cada vez, podemos denominar ritual. ¿Es el ritual de María obsesivo? Bueno, su mecanismo tiene que ver con lo obsesivo. Podríamos decir que tienen puntos en común. ¿Cuáles? Bueno, protege a distancia, mueve a la duda y verificación, supone la presencia de pensamientos anticipatorios catastróficos, permanece a lo largo del tiempo… ¿Entonces María tiene TOC? No. No necesariamente, en todo caso. Recordemos que uno de los criterios diagnósticos de esta patología tiene que ver con el tiempo que insumen la obsesión y/o el ritual. Si ella revisa su cartera una o dos veces al salir de la casa empleando un par de minutos y listo, asunto resuelto hasta el día siguiente, no podemos decir que tiene TOC. Sobre todo si no presenta otras obsesiones o rituales que en su conjunto le insuman una pérdida de una hora o más al día o le provoquen gran malestar de manera habitual. Podemos arriesgar, entonces: María presenta rasgos obsesivos (*rasgo* vendría a ser una tonalidad, un aspecto característico, entre otros, en la personalidad de alguien), es un poco supersticiosa, tiene gran apego a un elefantito que le funciona como amuleto y, como tal, constituye el centro de su pequeño ritual. Pero no tiene un TOC. Si lo tuviera, volvería a revisar varias veces su cartera durante el viaje a su trabajo, sentiría mucha ansiedad si no lo hiciera y pensaría seriamente que algo malo podría pasar. Pero María no vuelve a chequear. Y, si alguna vez se lo olvidó en otra cartera, se la aguanta. O incluso al rato se olvida.

¿La religión, supersticiones y rituales constituyen un aspecto primitivo del hombre moderno?

Da la impresión de que en vivencias de fe y superstición no tenemos grandes diferencias con nuestros antepasados de la Edad Media, ni con los de la Edad de Piedra, mucho más atrás en el tiempo. Hemos forjado un presente de ciencia compleja, viajamos por el espacio, nos comunicamos de manera instantánea con lugares lejanos, tenemos una expectativa de vida (al menos en las regiones del planeta más desarrolladas) que duplica la de hace solo 100 años, pero en materia de cuestiones existenciales seguimos muy cerca de aquel incipiente humano de las cavernas. Y no está dicho en sentido peyorativo, es solo una descripción. Según parece, los seres humanos tendemos de manera natural a creer en la existencia de fuerzas superiores que pueden actuar sobre nuestras vidas de uno u otro modo. Las creencias en general, más allá de ser entendidas como fe o superstición, parecen estar allí, en el fondo de nuestra conciencia, desde que devinimos seres capaces de pensar y simbolizar. Quizás la dimensión de la creencia tenga que ver con la conciencia de la propia muerte, con esa certeza de la que no podemos librarnos. Quizá con la razón, que devela nuestra rayana ignorancia acerca de las leyes del universo en el cual existimos. Universo que, por otra parte, no parece pasible de ser comprendido aun sin apelar al terreno místico, religioso, mágico o como se le quiera llamar. De uno u otro modo, la creencia en fuerzas superiores, divinas o no, y las formas que estas creencias toman, así como su lugar de importancia en el ánimo humano, no parecen haber mutado de manera significativa desde los comienzos de nuestra evolución. A pesar de ello muchas mujeres y hombres viven libres de creencias religiosas o supersticiones. Otros y otras elaboran las leyes de su propio mundo espiritual o material y hay quienes, finalmente, se aferran con intensidad a amuletos, rituales o liturgias religiosas. Eso no ha cambiado desde que la mujer es mujer. O desde que el hombre es hombre. Veamos, si no, la siguiente historia:

Noche gélida, hace 250.000 años. Un homínido remoto, el Hombre de Neanderthal ¿por qué no?, se ve sorprendido por una tormenta en medio de la congelada llanura. El agua cae como pesada cortina, pero no por eso va a detener su paso. De golpe el cielo se ilumina y tiembla. Un sonido como nunca había escuchado revienta en lo alto, hierve y vuelve a estallar. Aterrorizado, Nean corre a buscar protección junto al grueso

tronco de un árbol. Agachado, espera. La tormenta no deja de rugir. Una piedra de armoniosa triangularidad capta su atención. Es un objeto realmente excepcional, nunca ha visto, ni hubiera esperado ver, uno semejante. Su belleza y formas cadenciosas lo distraen del azote opresivo de los truenos. Concentra su mirada en la piedra, que comienza a ser mucho más que eso. Le pasa la mano, comprueba la lisura de los bordes. Es demasiado bella, piensa Nean, ahora calmado o, incluso, en estado de incipiente placidez. De manera instintiva la lleva con ambas manos a su fornido pecho cubierto de pieles. En ese momento, la tormenta cesa. Se apaga con suavidad el último trueno y, como por arte de magia, la cubierta de nubes es barrida por el zumbido del viento allá en lo alto. En lo alto, donde ahora una cúpula de intensas estrellas vuelve a adueñarse del mundo. Nuestro amigo Neanderthal, acostumbrado a enfrentarse a las inclemencias de la época del hielo, se incorpora, respira profundo, besa la piedra (si es que el beso ya había sido inventado… ¿o descubierto?) y la guarda en su morral (licencia poética, no sabemos si el morral existía) como un verdadero tesoro.

¿O como un nuevo dios a quien encomendarse?

(La Piedra ocupa un altar. Quienes salen de viaje se inclinan ante ella).

¿O como objeto necesario para una cábala recién nacida?

(Papá Neanderthal no sale de caza si no lleva La Piedra consigo).

¿O como parte de una compulsión?

(Toma la piedra con ambas manos, la lleva al pecho, le acaricia los bordes. Lo hace cuando se le cruza una idea mala. Lo hace cada vez más porque esos pensamientos, tan inquietantes, ahora vienen todo el tiempo. Y la piedra en el pecho los aleja).

La religiosidad en sí misma ¿podría tener que ver con el mundo obsesivo?

Un amigo de nuestra época de estudiantes, vamos a denominarlo F, el día de rendir examen, camino a la facultad, pasaba por una iglesia cercana a su casa y le tocaba los pies por unos segundos a una estatua de la Virgen María. Fuera de esta conducta, F no observaba pensamientos, principios o rituales ligados a la religión. Para decirlo de una vez, no se trataba en absoluto de alguien religioso. Sin embargo, él pensaba que ese hecho, posar su mano sobre los pies de la imagen de la Virgen, influiría de manera positiva en su necesidad crucial e inmediata: aprobar la materia. Y nunca dejaba de hacerlo. Otra persona, llamémosla G, en procura de idénticos fines, besa de manera repetida una medallita con la imagen de un santo. H, por su parte, nos ayudará a clarificar un poco el tema al despejar el factor religiosidad. Este nuevo amigo no recurre a elementos de religión alguna, pero el día de examen se pondrá siempre los mismos zapatos, aquellos con los que aprobó su primera presentación, cuatro años antes. Y con los mismos cordones, estén como estén, porque si no, no funciona.

De F sabemos que no es religioso. Podemos inferir entonces que su visita a la Virgen, específica de días de examen, tiene valor de cábala y no místico o devoto. Tocar los pies de la Virgen es para él lo mismo que para otros "tocar madera", por ejemplo. De G no sabemos mucho. Quizás sí sea un religioso practicante y el beso a su medallita implique algún tipo de oración, promesa o solicitud dirigida a seres superiores, en el marco de sus creencias. O no. O su conducta con la medallita quizás sea en todo similar al toque de A sobre los pies de la imagen. Depende de en qué cosa piensa G cuando besa a su santo. Con H las cosas están bien claras. Adjudica a sus zapatos un poder a distancia, capaz de influir de manera favorable sobre su desempeño en un examen. Esos viejos zapatos con cordones ya deshilachados lo hacen sentir más seguro.

Los brujos de pueblos primitivos realizaban y realizan aún hoy, en ciertos lugares, actos rituales, mágicos, de sanación o de buenaventura. ¿No son muy parecidas tales ceremonias y la de nuestros amigos que tocan los pies de la virgen, besan medallas o usan siempre el mismo calzado a través de los años? Todas estas conductas, por otra parte, también resultan afines en su objetivo: la búsqueda un beneficio, ya sea concreto y personal o comunitario.

Ahora bien, alguien podría decir: *estoy de acuerdo con lo de los zapatos. Lo de las tribus y los brujos no sé, tendría que pensarlo un poco, pero la medallita y la virgen*

son elementos de la fe religiosa, no comparables al tema de los zapatos. Para mí son cosas bien distintas. La posición es respetable y el tema ofrece aristas discutibles, cómo no. ¿Se fusionan, en los casos de F y G, la fe y la superstición? ¿O se *confunden*?

Mediante las siguientes preguntas, intentaremos aportar nuevos elementos a nuestra reflexión.

¿Existen verdaderas obsesiones de contenido religioso?

Existen y no difieren en forma y dinámica de las que conciernen a otros temas. Según parece, los temas sobre los cuales se fijan las obsesiones son asuntos sensibles, delicados, importantes. Por lo tanto, se comprende que los contenidos religiosos no hayan quedado afuera del conjunto. Las que más nos encontramos en la consulta se refieren a la preocupación constante y exagerada acerca del bien, del mal, y de la posibilidad de haber pecado.

CASO CLÍNICO N° 14

¿QUÉ ES LA MORAL, MALENA?

Male tiene unos 23 años y desde hace uno forma parte activa de un grupo religioso, de modo que reparte su tiempo entre dichas actividades y sus estudios terciarios.

Siempre fui seria y reconcentrada, nos dice, pero eso se acentuó cuando empecé a ir al grupo de la parroquia. Yo nunca había tenido novio ni me había puesto demasiado a pensar en esos temas con relación a mí en particular. Pero en los grupos se hablaba mucho de la moral, de las conductas sexuales de la juventud y cosas así. Lo cual me parecía bien, y yo estaba de acuerdo. Pero empecé a sentirme perturbada por las revistas de los kioscos, por esas tapas con chicas medio desnudas. Y con las miradas de los hombres, o alguna cosa que me decían por la calle. ¿Por qué me volvían las imágenes de los cuerpos de esas chicas? Me tenía que esforzar para no mirarlas cuando pasaba frente a un kiosco. ¿Es que yo las quería mirar en realidad? ¿Cuál era mi moral entonces? Al llegar a las reuniones de la parroquia me sentía una traidora, una infiltrada, ignoran los pensamientos que se me cruzan, me decía a mí misma. Si los supieran seguro me pedirían que no vuelva, por lo menos como participante activa, hasta no "curarme".

Los pensamientos de culpabilidad y pecado la hostigaban durante todo el día. Caminar por la calle era una tortura. Malena desarrolló esas ideas intrusivas como producto, quizás, de una personalidad de gran auto exigencia, perdida en medio de la colisión de estrictos preceptos religiosos y estímulos de orden opuesto (imágenes de cuerpos, miradas, sexualidad latente en contextos grupales religiosos y no religiosos) afines a su juventud. En su familia existía también una religiosidad importante y activa, así como juicios prohibitivos con relación a modos de vida ajenos a esos preceptos. Y, su madre, para completar el cuadro, presentaba síntomas obsesivos compulsivos con respecto al orden y la limpieza de su hogar.

Este tipo de presentación del TOC nos obliga, a los profesionales, a un delicado trabajo que permita separar la paja del trigo, por decirlo de algún modo. Hay que considerar la posición del paciente con respecto a la religiosidad, y con mucho cuidado desentrañar hasta qué punto las ideas o conductas presentes pueden considerarse adecuadas en un contexto religioso o hiperreligioso si es el caso, o si responden a un cuadro patológico similar a otros, salvo por la calidad particular de su contenido. El principio general será el mismo que en otros casos: si las ideas o compulsiones presentes son disruptivas, en el sentido de afectar de manera significativa el desempeño diario, tenderemos a pensar que estamos frente a una persona que está enferma y merece o necesita un tratamiento para aliviarse.

¿Cómo diferenciar las obsesiones con contenido religioso de la religiosidad verdadera?

La religiosidad verdadera no debería ofrecer gran dificultad a la diferenciación con el TOC. Es lo mismo que preguntarse cómo distinguir a alguien con ideas obsesivas de daño a otros, de un asesino o un psicópata. El mundo religioso implica rituales y creencias propias que deben ser comprendidas en el contexto en el cual se desarrollan para valorarlas de manera justa. De este modo, los rituales inherentes a la creencia, aun cuando sean puntillosos, iguales a sí mismos y ceremoniosos, con facilidad se reconocen como adecuados y pertinentes en el contexto litúrgico al que pertenecen.

CASO CLÍNICO N° 14

SANDRA Y LOS SANTOS

Al momento de su primera consulta con nosotros Sandra tiene 42 años y vive con su marido y una hija de ocho. Su marido prácticamente le exigió que concurriera a vernos porque dedica mucho tiempo, cada vez más, a la limpieza minuciosa de figuras de santos, representaciones de Cristo, cruces y demás elementos de iconografía religiosa, dispuestos en gran número sobre estantes y muebles de su casa. Frente a cada imagen o estatuilla, una vez limpia y vuelta a su lugar, debe decir alguna oración. En días de angustia o discusiones con su marido (las cuales en su mayor parte tienen que ver, justamente, con las compulsiones e incomodidades crecientes que causan en la vida de la familia) el tiempo dedicado a los rituales de limpieza y oración se incrementan. De ser por ella no hubiera consultado, no cree que sea necesario, si bien reconoce que el tiempo dedicado a las figuras "es un poco excesivo". Por eso su marido la presionó para que comenzara un tratamiento, sobre todo porque Sandra empezó a no poder cumplir con algunas obligaciones, a causa del tiempo dedicado a las compulsiones de rezo y limpieza de las estatuillas. Varias veces se le pasó la hora de llevar a su hija al colegio, por ejemplo. Además, durante el último año estuvo más encerrada en sí misma, y con bastante descuido personal.

Se la ve no muy bien vestida, poco comunicativa y, con respecto a la relación con su marido, impuso un distancia de la que no da razones ni parece registrar demasiado en su verdadera magnitud.

El caso de Sandra nos ilustra acerca de obsesiones y compulsiones que, si bien involucran elementos propios de la religión, no pueden de ningún modo confundirse con actos de genuina religiosidad. Sandra es creyente pero, en este caso, sus actos no son litúrgicos sino meras manifestaciones del TOC.

CAPÍTULO V

Psicoterapia

¿Existe un tratamiento efectivo para el TOC?

Antes que nada, es importante destacar tres cuestiones. La primera: contamos con medicamentos de probada y eficaz acción antiobsesiva. La segunda: no cualquier tipo de psicoterapia resulta útil. El consenso entre quienes nos especializamos en desórdenes obsesivos compulsivos y de ansiedad es que un tipo especial de terapia, la llamada *terapia cognitivo conductual* (TCC), en particular los ejercicios de *exposición con prevención de respuesta* (EPR), ofrecen los mejores resultados. Por lo general utilizamos ambos tratamientos, medicación antiobsesiva y EPR en conjunto. Es de gran importancia que tanto una intervención como la otra sean conducidas por profesionales entrenados en la terapéutica del TOC. Tercera cuestión: un tratamiento exitoso, en el caso del TOC, será aquel que nos conduzca a una notable disminución de los síntomas, tanto en intensidad como en frecuencia de aparición, con la consiguiente recuperación de una vida normal, ya sin la tiranía de obsesiones y compulsiones gobernando nuestros actos. Ahora, frente a la frase *notable disminución de síntomas,* el lector perspicaz se preguntará, con todo derecho, si lo que se insinúa es una escasa probabilidad de una recuperación completa y definitiva. Pues sí, la desaparición completa de la sintomatología es más la excepción que la regla. Sin embargo, en el contexto de un tratamiento correcto la gran mayoría de los pacientes conseguirá una mejoría concreta y significativa.

¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?

Lo primero es reconocer que lo que te ocurre no se debe a "un modo de ser" sino a "un modo de estar". Y, en este caso, a un modo de estar patológico, sintomático. La distinción entre ambos modos no es sutil: un modo de ser implica que soy así y no puedo cambiar, esa es mi naturaleza y tendré que convivir con ella. Un modo de estar es todo lo contrario. No soy así, sino que *estoy* así, por lo tanto, podría estar de otra forma si le encuentro la vuelta a mis problemas. O a mis síntomas. ¿Pero dónde se encuentra ese límite entre ser o estar? Es un tema tan complejo como fascinante, merecedor de su propio capítulo o libro completos. Aquí solo diremos, en términos prácticos, que si soy una persona prolija, rígida en mis conductas y pensamientos, repetitiva y minuciosa, con alta estima por la higiene y el orden, insegura y dubitativa, pero tales características no obstaculizan o afectan demasiado mi vida ni la de quienes me rodean, entonces podemos asumir que *soy* así, podría ser peor, es lo que hay, tendrán que tolerarme. En cambio, si mis dudas, inseguridades, rigideces y otras características se traducen en obsesiones y compulsiones debido a las cuales no puedo vivir en paz (o no dejo vivir en paz a los míos), entonces sí estaríamos hablando de la existencia de un problema, enfermedad, desorden o como quieran llamarlo. De un *estar* obsesivo compulsivo, más que de un modo de ser. La obsesividad ya no sería considerada un rasgo de carácter, sino un síntoma. Cuando de este caso se trata, lo mejor es tomar conciencia y tener la valentía de enfrentarlo. La consulta con un especialista de experiencia abrirá, con seguridad, el camino hacia la recuperación. A veces no queremos ir a ver al psiquiatra, nos decimos que no hace falta, ya se me va a pasar, no necesito ayuda de alguien que ni me conoce, seguro me las voy a poder arreglar mejor solita o solito. Pero en el fondo, y no tan en el fondo, de nuestra alma, sabemos que no es así. Que venimos arrastrando el TOC hace tiempo y el combate es desparejo por donde se lo mire. Que solo no se puede. Que necesito ayuda profesional. Ese primer paso, la aceptación, suele ser el más difícil. Una vez conseguido, las cosas, para la gran mayoría de los pacientes, solo van a mejorar. No de un día para el otro ni de manera milagrosa, sino paso a paso, con constancia en el trabajo terapéutico, en los ejercicios que nos va a plantear la terapia y en la toma de medicación en el caso de que haya sido indicada.

¿Podré superar las obsesiones?

Como hemos dicho, el trastorno obsesivo compulsivo responde a tratamientos específicos los cuales, por lo general, comprenden el uso de medicamentos antiobsesivos y la instrumentación de la terapia cognitivo conductual, en particular la técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Mediante este tipo de abordaje se logra una elevada tasa de recuperación, si bien el grado de la misma va a depender del tipo de TOC y de las particularidades de cada caso. Llamamos recuperación a sentirnos más libres respecto de las obsesiones y compulsiones, a encontrar que nuestro ánimo es mejor, menos obscuro, más alegre y dispuesto, todo lo cual nos permite recuperar nuestro verdadero potencial para sentir y hacer.

Las obsesiones, cuando forman parte del TOC (a diferencia de pensamientos "obsesivos" más leves, pasajeros o "normales"), presentan en términos generales, buena o muy buena respuesta a dichos tratamientos cognitivo conductuales específicos, combinados o no con medicación antiobsesiva, según sea el caso. La mayoría de las personas tratadas recuperan la posibilidad de llevar adelante una vida normal. Sin embargo, de acuerdo con nuestra experiencia y diversos estudios científico estadísticos, muchos pacientes, de hecho muy mejorados, continúan con cierto grado de malestar frecuente, aun cuando el impacto y la frecuencia de las obsesiones sean pequeños. El alivio es notable, su vida está mejor, pero algunos síntomas dan vueltas de vez en cuando por ahí. Es común que un paciente recuperado nos diga: *cada tanto me viene algún pensamiento de esos, pero ahora lo puedo hacer pasar de largo sin tanto problema y, además, no me ocurre todos los días como antes, cuando no podía trabajar por tener que chequear una docena de veces cada factura que emitía.*

¿Qué es la terapia cognitivo conductual?

La *terapia cognitivo conductual* (TCC) es un tipo de psicoterapia enfocada en nuestras cogniciones (pensamientos) y conductas. Desarrolla herramientas y técnicas específicas de intervención con el objeto de modificar la forma en que esos pensamientos y conductas nos afectan y, en el caso del TOC, condicionan lo que sentimos y mantienen vivo el circuito de obsesiones y compulsiones.

La TCC se basa en los principios de dos teorías psicológicas: el conductismo y el cognitivismo, ambas validadas científicamente mediante numerosos estudios de investigación. Es, en la actualidad, el tratamiento psicológico de primera elección en el TOC, ya que logra, en plazos relativamente breves, romper el círculo vicioso entre obsesiones y compulsiones, dando lugar a una mejora progresiva y concreta de los síntomas.

¿Cuáles son los fundamentos en los cuales se basa la psicoterapia del TOC?

La pregunta va dirigida al lector: ¿dónde apunta sus cañones la psicoterapia del TOC? Cierren el libro por un par de minutos y piensen su respuesta.

...

Bien, ¡aquí estamos de nuevo! ¿Lo han pensado?

Suponemos que muchos de ustedes habrán respondido muy seguros: ¡a eliminar las obsesiones! ¿Qué otra cosa podríamos querer? ¡Si no hay obsesiones, tampoco habrá compulsiones y felices de la vida!

Pues permítasenos decirles que no. Nosotros, los autores de este libro, no estamos de acuerdo con quienes así han pensado. El punto no es suprimir las obsesiones. ¿Por qué? Muy sencillo: el problema no son ellas. ¡El verdadero quid de la cuestión es lo que hacemos una vez que se presentan! ¿Les vamos a dar gran importancia o validez? ¿Nos darán tanto miedo o inquietud que echaremos mano a una cábala, una creencia ¡o una compulsión! para alejarlas? ¿Se dan cuenta? ¡No es su mera existencia o irrupción, el punto es la reacción que nos producen! Dicho de otro modo: ¡el problema no es la picadura, sino que nos rasquemos la roncha hasta lastimarnos! Ese *rascarnos* son las compulsiones y rituales. Si rápidamente buscamos la "solución" en actos compulsivos, pensamientos mágicos o rituales, y contamos con la vulnerabilidad biológica necesaria, es bastante probable que desarrollemos un TOC. Por otro lado, si tomamos una actitud opuesta, si no damos relevancia (¡o poderío!) a las intrusiones, estas podrían seguir allí, perturbando de cuando en cuando, sin adquirir jamás el peso requerido para iniciar e instalar un circuito obsesivo compulsivo.

Habiendo aclarado ese punto, digamos que uno de los objetivos transcendentales en el plan terapéutico es *desasociar las ideas intrusivas, imágenes disruptivas e impulsos, y el contexto en el cual se presentan (momento de cerrar las puertas al irse de la casa, presencia de objetos punzantes durante la cena, cercanía de una ventana en un piso elevado de un edificio), del estado de ansiedad que provocan.* Para ello se instrumenta la exposición a los estímulos generadores de ansiedad o miedo, favoreciendo su mejor procesamiento y tolerancia, hasta su extinción. La EPR, explicada más adelante, es una de las técnicas, de tipo conductual, más probadas y de mayor eficacia. El otro gran objetivo es la comprensión profunda, por parte del paciente, de cómo el alivio

proporcionado por compulsiones y rituales le otorga más y más poder a los elementos obsesivos, dando energía a un circuito capaz de realimentarse a sí mismo *in eternum*. El encadenamiento de obsesiones y compulsiones, seguidas de más obsesiones y más compulsiones es, como bien sabemos, imparable y demoledor.

¿A que se denomina *exposición con prevención de la respuesta* (EPR)?

La EPR es la técnica central en el tratamiento cognitivo conductual del TOC. Consiste en que el paciente se exponga a los estímulos disparadores, situaciones temidas o a sus propios pensamientos obsesivos, pero sin realizar o postergando la realización de los rituales compulsivos que habitualmente utiliza para aliviar su ansiedad. Mediante este procedimiento, el paciente comprueba, de manera gradual, que la ansiedad disminuye sin necesidad de recurrir al acto compulsivo. Por ejemplo, en el ritual de lavado de manos, cuando aparece la idea obsesiva de contaminación (de "estar sucio"), se propone al paciente postergar ese lavado compulsivo que a diario realiza de manera inmediata, ni bien se presenta la idea. Primero tratar de esperar (¡o de *aguantar*!) cinco minutos…, luego diez…, más tarde veinte…, hasta comprobar que la ansiedad disminuye. Cuando, gracias a estos y otros ejercicios, el paciente experimenta de manera repetida la disminución estable de la ansiedad sin haber recurrido a compulsiones o rituales, el circuito obsesivo compulsivo se debilita y tiende a desaparecer.

La exposición, gradual o total, siempre debe ser planificada, estructurada y sistematizada para lograr resultados eficaces.

¿Cuál es el mecanismo por el cual actúa la exposición con prevención de respuesta (EPR)?

La idea es la siguiente: exponemos al paciente a los estímulos temidos, habitualmente disparadores de sus obsesiones, de modo que estas se hagan presentes y le provoquen ansiedad, tensión y malestar, tal como en su vida diaria. Es entonces cuando lo alentamos a sostener esta sensación subjetiva de tensión o ansiedad durante un período determinado de tiempo, preestablecido como meta, *sin realizar los rituales acostumbrados.* El objetivo del ejercicio es que se *habitúe* a la ansiedad causada por el estímulo tan estresante para él o ella, lo cual se traducirá en un descenso de los niveles de la misma a niveles aceptables, no generadores de disconfort. Decimos que nos *habituamos* a algo cuando ese algo deja de incomodarnos. ¿Y en virtud de qué, nos dirán ustedes, debería uno habituarse a la ansiedad? Pues para comprobar que se la puede tolerar, para hacerse un poco amigo de ella, para perderle el miedo y para conocerla, para permitirle que se quede un rato a veces, cuando tiene sus razones… Y para ver hasta dónde llega. Hay que animarse a ver hasta dónde pueden llegar las cosas que nos asustan, de otro modo es como dejar un monstruo encerrado en el placard. Siempre puede romper la puerta, salir y comernos. Siempre es peor que esté latente, aguijoneando nuestra imaginación catastrófica. Mejor tenerlo a la vista. Mediante la EPR comprobamos que la ansiedad no se eleva de manera progresiva hacia límites intolerables. Muy por el contrario, desciende. En el contexto del tratamiento del TOC llamamos *habituación* al fenómeno de descenso de los niveles de ansiedad, hasta la extinción de la misma, durante el ejercicio de exposición. La eficacia de la EPR está basada en este *mecanismo de habituación,* y consecuente extinción, de la ansiedad asociada a determinado estímulo. Propone lo contrario de lo que hacemos cuando nos asalta la obsesión. Los rituales conductuales o cognitivos que realizamos ante la presencia de una intrusión, se convierten en *reforzadores negativos* de la ansiedad. Esto significa que logran, aunque más no sea por un periodo de tiempo, aliviarla, generando un aprendizaje cerebral, por el cual tendemos a repetir estas mismas conductas o rituales cada vez que experimentamos ansiedad, malestar o tensión.

Bien sabemos que los reforzadores aumentan, o refuerzan, valga la redundancia, la probabilidad de ocurrencia de una conducta. Por lo tanto los rituales, al producir en un primer momento la sensación de alivio, se refuerzan a sí mismos y tienden a perpetuarse

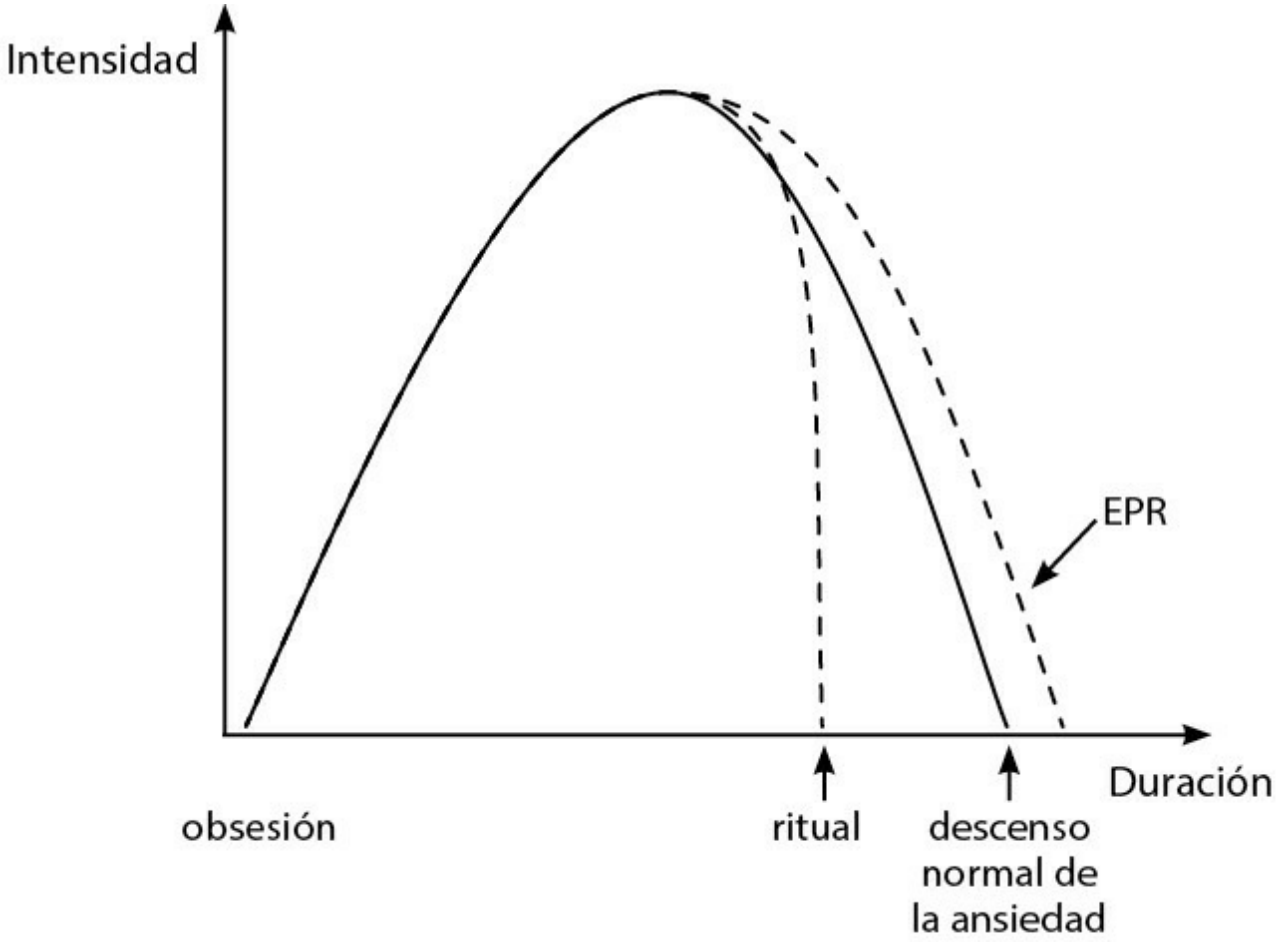
realizándose una y otra vez, ante la presencia de ideas obsesivas.

¿Pero, al no efectuar el ritual durante la EPR, es posible que la ansiedad no termine nunca?

Las personas con TOC, desde lo consciente, se lavan para descontaminarse, ordenan para arreglar el desorden y volver a la simetría, y así. Pero, en realidad, y de manera inconsciente, los rituales se dirigen a calmar la intensa ansiedad que les genera el pensamiento obsesivo, es decir, la contaminación, la asimetría, el desorden, etc. Esa es la fórmula que encontraron para calmar su ansiedad. Pero no es la única ni, de ningún modo, la mejor.

El tratamiento de EPR plantea retrasar el ritual en el tiempo, hasta alcanzar el descenso espontáneo de la ansiedad (ver gráfico C).

Gráfico C. Exposición con Prevención de la Respuesta



¿Cómo se aplica la EPR?

Marcela llega a su casa luego de un largo día de trabajo. Está muy cansada, desearía cenar, darse un baño e irse a dormir lo antes posible. Sin embargo sabe que esto, para ella, es complicado. Apenas abre la puerta, las ideas comienzan a brotar en su mente. Estoy sucia, voy a contaminar mi casa, debo prevenir que lo malo de afuera entre a mi hogar. La tensión, la angustia y el malestar aumentan. Ella sabe bien cómo sigue el asunto. Si no hace los rituales, algo terrible podría pasar. Cede a ellos, único modo de estar tranquila, de asegurarse. Primero se saca los zapatos, con mucho cuidado los coloca en una bolsa de residuos que lleva en su cartera y así, descalza, entra a su casa. Va directo al cuarto de baño, se quita la ropa que tuvo puesta todo el día y la guarda en otra bolsa. La lleva hasta el lavarropas. Abre la bolsa e inicia el lavado. Es poca cosa para lavar así, por suerte el lavarropas tiene la función media carga. Limpia las perillas del aparato, las que tocó, con un trapito. Va al baño. Dispone la ducha, comienzan los varios rituales específicos de lavado. Se enjabona varias veces, con distintos jabones, siempre en el mismo orden. Primero las manos, de manera enérgica, cuatro veces. Las enjabona, las refriega, las enjuaga, las enjabona otra vez. Cuatro veces. Y así las diferentes partes de su cuerpo. Antes de salir del baño, limpia las paredes y el piso cuatro veces, por si algo de la suciedad exterior se salpicó y lo contaminó. Va a su cuarto. Abre el cajón de "ropa para estar dentro de casa". Ropa "limpia". Han pasado ya tres horas desde que llegó. Tiene hambre, recién ahora podría cenar, pero está tan exhausta… Toma un vaso de yogurt y se mete en la cama.

Marcela sin dudas, padece TOC. Las ideas obsesivas de contaminación ocupan buena parte de su día, así como también sus compulsiones y rituales. Dada la intensidad sintomática que padece, la EPR (exposición con prevención de la respuesta) debe ser planificada en forma muy gradual.

Diseñamos junto con ella la siguiente *jerarquía de estímulos* a los que deberá exponerse, *sin* realizar rituales:

- Entrar a casa sin zapatos, apoyarlos en piso del living (previene el ritual de ponerlos en la bolsa);
- Entrar a casa con los zapatos puestos (previene el ritual de sacárselos antes de

entrar);

- Ir a su cuarto con los zapatos y la ropa puestos, sacarse ambas cosas en el cuarto (previene el ritual de poner la ropa en la bolsa);
- Ducharse con un solo jabón, solo un lavado completo (previene los rituales del uso de distintos jabones y lavados varios);
- Salir de la ducha, secarse y dirigirse directo al cuarto sin limpiar el baño (previene los rituales de lavado de paredes y piso);
- En el cuarto, vestirse con ropa *no* seleccionada. Preferentemente alguna prenda que haya usado para salir.

Marcela debe exponerse gradualmente. Se comienza en el punto 1 de la jerarquía, Cuando ya no experimente ansiedad, pasaremos al punto 2 y así sucesivamente hasta terminar la jerarquía diseñada. Como ya explicamos, la consigna es *no realizar los rituales*. Estos ejercicios buscan y facilitan la *habituación* a la ansiedad, hasta conseguir, con el correr del tiempo, que la misma se extinga.

Cuando realizamos la exposición a cada punto de la jerarquía, estimulamos al paciente a que pueda tolerar su ansiedad, reconociéndola como una emoción más, dentro del amplio repertorio de respuestas emocionales que disponemos. Propiciamos que el momento elegido para la exposición sea sin prisas ni contratiempos especiales. Necesitamos que el paciente esté atento y dispuesto para poder concentrarse en el estímulo, en el mecanismo del TOC y en la prevención.

Para ayudar a tolerar su ansiedad, explicamos técnicas de respiración abdominal, a las que el paciente puede recurrir si siente que va a "flaquear" ante la necesidad de hacer la compulsión. Muchas veces también se utilizan las "autoinstrucciones" (frases que el paciente se repite a sí mismo) para estimularse en el proceso de habituación a la ansiedad.

Según la jerarquía diseñada y los estímulos para exponer, las sesiones de EPR pueden realizarse en sesión (con acompañamiento del terapeuta) o solo, fuera del espacio de terapia.

¿Qué otras técnicas podemos aplicar en obsesiones y compulsiones?

Otra técnica efectiva y que se puede combinar con la EPR para aumentar su eficacia, es la *reestructuración cognitiva*. Su instrumentación nos permite ayudar al paciente a identificar sus ideas y creencias irracionales para luego, al cuestionarlas con la guía del profesional, generar alternativas de pensamiento más racionales y adaptativas. En el ejemplo anterior le indicamos a Marcela que trate de identificar creencias y pensamientos automáticos irracionales relacionados con sus obsesiones, y los escriba:

Todo lo que se encuentra fuera de mi casa, está sucio y contaminado.
El exterior es peligroso y amenazante.
Si pienso que algo está sucio, significa que lo está.
Debo controlar todo para evitar contaminarme.

Luego le proponemos intentar discutir estas "certezas", mediante distintos procedimientos de reestructuración cognitiva (cuestionamiento socrático, uso del humor, reatribución de causas, decatastrofización) y que transcriba pensamientos alternativos más racionales:

Es un sinsentido pensar que afuera todo se encuentra sucio y contaminado. Algunas cosas o lugares lo estarán, otros no.

No es lógico generalizar. Debo estimar los riesgos y peligros ***reales*** *de cada situación o lugar específico.*

No es correcto materializar el pensamiento. Que yo ***piense*** *que algo está sucio, no significa que eso* ***sea*** *así. Debo confirmarlo buscando evidencias reales en cada situación particular.*

Es imposible controlar todo. Tengo que estimar probabilidades y riesgos lógicos y actuar en función de eso.

Las intervenciones cognitivas, como dijimos anteriormente, aplicadas en conjunto con

las conductuales, contribuyen a la eficacia de la EPR y aumentan la adherencia del paciente a dicha técnica. Al reducir las exageradas e irreales expectativas catastróficas, potenciamos el efecto de la exposición, facilitamos el descenso de la ansiedad durante el período de resistencia al ritual y generamos mayor *insight*.

Otra de las técnicas conductuales más utilizadas es la llamada *modificación de las compulsiones*. Este abordaje incluye una variedad de posibilidades por las cuales el paciente aprende a tomar conciencia de las compulsiones o conductas rituales que realiza para, mediante un esfuerzo consciente y la incorporación de herramientas brindadas por la terapia, modificarlas de manera gradual hasta poder dejar de realizarlas por completo.

Las opciones de intervención en esta modalidad son*:*

A. *Posponer el ritual*

B. Enlentecer el ritual

C. Modificar algún aspecto del ritual

¿Cuáles son las principales técnicas cognitivas?

Las técnicas cognitivas más utilizadas en el tratamiento del TOC son:

Psicoeducación: se desarrolla durante las sesiones iniciales del tratamiento, luego de la primera, dedicada a la evaluación diagnóstica. La psicoeducación consiste en instruir al paciente acerca de las características del trastorno, su curso clínico, su pronóstico y sus posibles complicaciones. Implica también, la explicación acerca de los procedimientos terapéuticos, las características de la terapia cognitivo conductual, sus técnicas y sus objetivos principales.

Reestructuración cognitiva: ya mencionada más arriba, consiste en ayudar al paciente a identificar sus pensamientos automáticos erróneos y conocer sus creencias irracionales más profundas, para poder luego discutirlas, cuestionarlas y generar un nuevo pensamiento más flexible y racional. Los pacientes con TOC suelen sobrestimar la probabilidad de un daño o peligro, subestiman sus propias capacidades de afrontamiento y presentan distorsiones cognitivas típicas como intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control absoluto y materialización del pensamiento, hiperresponsabilidad e hipermoralidad. Estas distorsiones deben ser revisadas y cuestionadas, ya que constituyen buena parte del sostén argumental de los circuitos obsesivos compulsivos.

La reestructuración cognitiva resulta también muy importante para facilitar y aumentar la eficacia de la EPR, y para tratar el TOC en pacientes que presentan solo obsesiones, sin compulsiones o rituales**.**

¿Cuáles son las creencias irracionales más comunes de los pacientes con TOC?

Las creencias irracionales más comunes y que contribuyen a mantener el círculo vicioso de obsesiones y compulsiones son:

- Pensar algo es lo mismo que hacerlo, o que eso ocurra en la realidad;
- Debo tener certezas o garantías absolutas;
- El peligro es constante;
- Soy responsable de absolutamente todo lo que me ocurre y de lo que ocurre a los demás;
- Existe lo correcto o lo incorrecto, el bien y mal absoluto en todas las situaciones;
- Debo tener control de todo;
- Debo evitar los riesgos;
- Debo ser perfecto;
- No puedo equivocarme.

¡Ustedes se darán cuenta que esa lista refleja imposibles totales! Como si fuera poco, nuestros pacientes suelen presentar, además, un estilo de pensamiento rígido e inflexible en general, con ausencia de matices.

¿En verdad es importante acompañar la terapia con medicación para recuperarse del TOC?

No solo es importante, en muchos casos, sin lugar a dudas en la mayoría, resulta imprescindible, ya que la combinación de fármacos antiobsesivos y terapia cognitivo conductual es de gran eficacia. Son pocos los pacientes que alcanzan un grado de recuperación importante sin tomar medicamentos. En todo caso, aquellos afectados de manera muy leve. Y, por lo general, el tratamiento farmacológico deberá mantenerse por no menos uno a dos años y a veces más, según el caso.

¿Es importante la participación de la familia en el tratamiento?

Sí, absolutamente. La mayoría de las veces, la familia del paciente propicia la continuidad del TOC, "acomodándose" a los síntomas (participación en los rituales, modificación de la rutina y conductas familiares, etc.). Esta adaptación a favor de las conductas obsesivo compulsivas de uno de los integrantes del grupo obstaculiza el progreso en el tratamiento cognitivo conductual. Se vuelve necesario entonces informar a los miembros de la familia sobre la naturaleza del trastorno, las técnicas que se están trabajando y su rol dentro del tratamiento.

¿Cuáles son las principales dificultades con que se encuentra la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del TOC?

Tanto terapeutas como pacientes nos enfrentamos a un gran desafío cuando decidimos encarar juntos un tratamiento del TOC. En primer lugar hay que tener en cuenta, como dificultad central, los niveles de ansiedad y malestar con los que llega el paciente a la consulta. No resulta nada sencillo que alguien con episodios de elevada ansiedad adhiera a realizar la técnica de EPR así, sin más. Recordemos que, en dicha herramienta, el paciente debe salir de una situación de relativo confort y provocar la ansiedad, de manera deliberada, mediante la exposición a estímulos temidos, ideas y sensaciones que rechaza por completo. Y, para peor, con la consigna de no calmarse de la manera en la que está acostumbrado, es decir, mediante la realización de rituales conductuales ni cognitivos. Por esta razón es indispensable realizar al inicio del tratamiento algunas sesiones de psicoeducación, para que el paciente comprenda las bases y la importancia de adherir al tratamiento cognitivo conductual, sus dificultades y beneficios a corto, mediano y largo plazo.

También resulta fundamental establecer vínculos de colaboración y confianza, que nos permitan lograr una mejor adherencia del paciente a nuestras propuestas, flexibilizando ideas y creencias rígidas, logrando visiones alternativas y animándose a vencer sus miedos.

CAPÍTULO VI

El cerebro obsesivo

¿Cuál es la relación de la mente con el cerebro?

Para comenzar hablemos un poco de lo que entendemos por mente y lo que entendemos por cerebro. Hoy ya no concebimos a la mente como una entidad abstracta, separada del cerebro. Del mismo modo, sabemos que la separación de los desórdenes en psicológicos (mentales) por un lado y orgánicos (cerebrales) por otro, es incorrecta y simplista. El concepto *mente* implica un complejo conjunto de funciones que requieren, para llevarse a cabo, de un vehículo y sostén biológico: el *cerebro*. Ambos son inseparables y se afectan o influyen entre sí en todos los casos, si bien en diferente grado según el tipo de patología y las características de cada persona en particular, entendiendo como tales el bagaje heredobiológico, las experiencias de crianza, el temperamento, los recursos anímicos, la capacidad de aprendizaje, de afrontamiento de la vida y muchos otros etcéteras. Las *nuevas experiencias* se plasman a nivel neuronal como *memorias*. Estas memorias, ya formando parte de la neurona y sus sinapsis, generan, a su vez, nuevos patrones de funcionamiento (o modos de respuesta) que interactúan con *segundas* nuevas experiencias, afines a las almacenadas, que se incorporan también al circuito estimulando el enriquecimiento neuronal. Por su parte, la ausencia de aprendizaje o estímulo deja a las neuronas y a sus *sinapsis* (sitios de encuentro, estímulo e intercambio de información entre neuronas) empobrecidas, menos arborizadas, menos conectadas. Así que cuando de chico tus padres te decían "andá a estudiar, usá la cabeza que si no se te va a echar a perder", algo de razón los asistía.

Pero volvamos al cerebro en sí mismo. Si lo miráramos con una lente de gran aumento, podríamos observar que este órgano, de más o menos un kilogramo y medio de peso, está compuesto por alrededor de ¡cien mil millones de neuronas! La neurona es la célula del cerebro por excelencia, la unidad mínima de estructura y funcionamiento del sistema nervioso. Estas neuronas se asocian entre sí por medio de las mencionadas sinapsis, de manera tal que forman redes de procesamiento (podemos visualizarlo como una red, o arborización neuronal, formada por cientos de miles de cables de electricidad

con varias usinas desde donde parten órdenes). Cada una de estas cien mil millones de neuronas presenta un promedio de ¡10.000 sinapsis! Así que imagen la densidad, complejidad y grado de especialización de esta red. Como vimos, tanto la calidad de las sinapsis como el grado de arborización neuronal varían en respuesta a las experiencias, aprendizajes y emociones que atravesamos a lo largo de nuestra vida. Y esos cambios que las experiencias provocan en el cerebro inciden, a su vez, en el particular modo de sentir, pensar y reaccionar de cada uno. En el caso de las enfermedades de la esfera psíquica, y tomando palabras del notable investigador argentino Luis M. Zieher, *la mixtura de los síntomas neurológicos y psiquiátricos expresa la modalidad de procesamiento del sistema nervioso central (...)* como unidad cerebro-mente, agregamos nosotros.

Es así nomás, en el ser humano todos los procesos mentales, aun los muy complejos, derivan de la unidad mente/cerebro. Deberíamos inventar un nuevo sustantivo, *mentecerebro* o *cerebromente,* el que nos guste más (**¡cerebromente!**), para denominar con mayor justicia y precisión eso que tenemos bajo nuestros bonitos cráneos. Mente y cerebro forman una unidad operativa tan asombrosa y potente como indivisible. Creemos que ha quedado claro, entonces, que la cabeza no solo sirve para peinarse. Es importante recordarlo.

¿A que llamamos aprendizaje en el contexto de las neurociencias?

Desde los conceptos de la teoría conductista llamamos aprendizaje a la adquisición de nuevas respuestas, más o menos específicas, frente a determinados estímulos. Esto lo conocemos desde la época de I. Pavlov (1849-1936), quien a partir de sus experimentos con perros propuso la teoría del aprendizaje condicionado. ¿En qué consistía? Primero describió cómo el perro, frente a la observación de un plato con comida (estímulo incondicionado), generaba una respuesta que consistía en el aumento de la salivación y acercamiento al plato (respuesta *incondicionada,* en términos técnicos). Las respuestas incondicionadas son las que traemos desde el nacimiento, las que no necesitamos aprender y que son bastante específicas y automáticas. ¿Por qué se llama *incondicionada*? Porque no se necesita condicionar su aparición. El perro ve el alimento y se activa su salivación, así de simple. Frente al mismo estimulo se genera la misma respuesta.

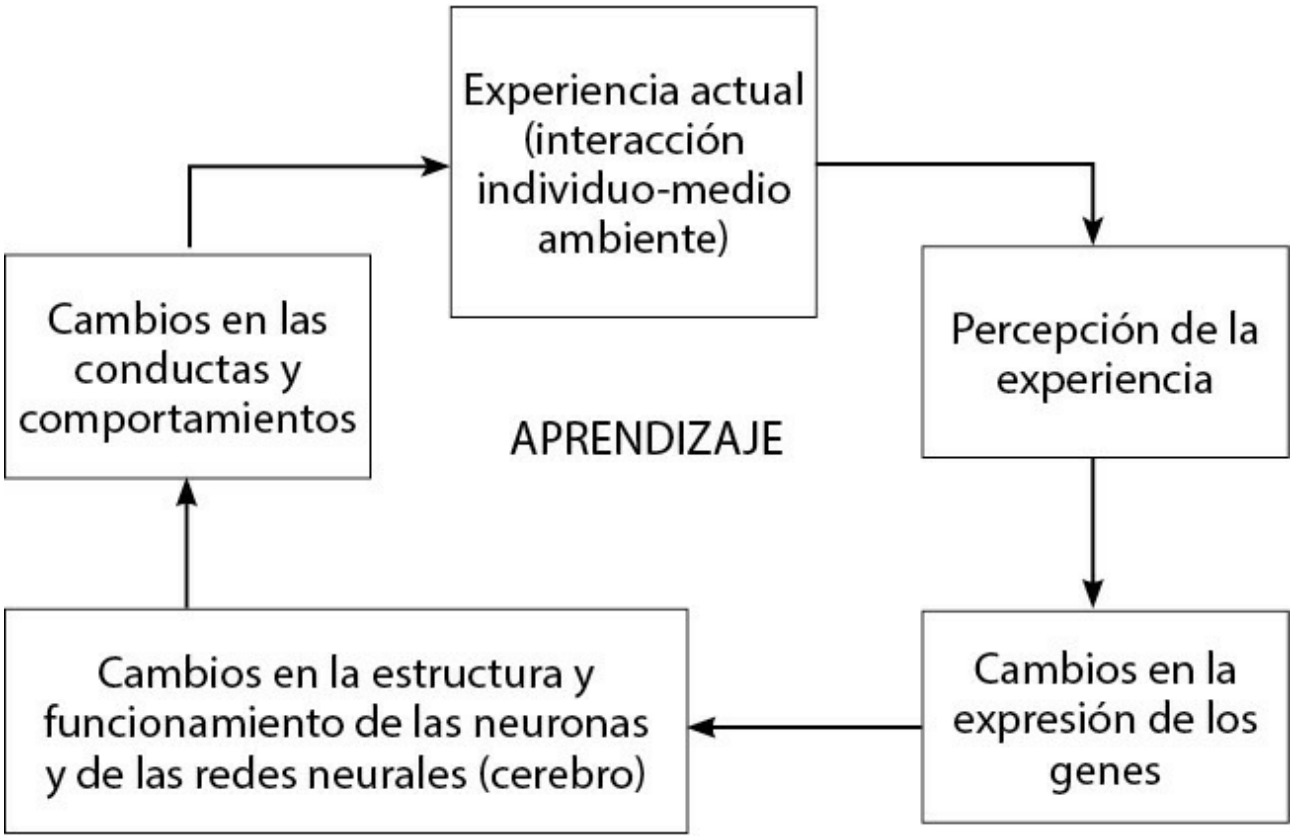
Pero el amigo Pavlov complejizó un poco las cosas. Que el perro salivara frente a la comida era esperable, no revestía gran interés. Entonces, con el perro en la sala de experimentación, comenzó a hacer sonar un silbato e inmediatamente *después* le presentaba el plato con comida. Luego de repetir esta sucesión de acciones varias veces el pobre perro salivaba ante la sola emisión del silbato. ¿Qué había hecho Pavlov? Había transformado un estímulo *neutro* (el silbato, que no generaba ninguna respuesta automática específica en el perro) en estímulo *condicionado* (ahora generaba salivación) mediante su asociación al plato de comida. El noble e ingenuo can había *aprendido* una respuesta nueva: salivación al escuchar el silbato. ¿Para qué le servía al animal ese aprendizaje? Pues, como ya imaginan, para nada. O para complicarse la vida, en todo caso. Había aprendido una respuesta disfuncional.

Como vemos, el aprendizaje puede consistir en la adquisición de respuestas funcionales y favorables o disfuncionales y empobrecedoras de nuestra experiencia.

La ruta del aprendizaje también puede seguirse en el nivel neurobiológico, ya que los nuevos elementos incorporados a nuestro bagaje de capacidades intelectuales, afectivas o conductuales se plasman a su vez en el cerebro, a nivel molecular y funcional, tal como hemos visto en la pregunta anterior. Dicho de otro modo y con mayor detalle, *cuando experienciamos un medio ambiente rico, cuando aprendemos, estamos, sin saberlo, construyendo nuevas sinapsis y potenciando las ya existentes.*

El *aprendizaje* produce cambios en la expresión de los genes (se los llama cambios epigenéticos) que, a su vez, generan nuevos patrones de respuesta cerebral (como en el perro de Pavlov). De esta manera se cierra un circuito que puede ser adaptativo (aprendizaje positivo, respuestas funcionales) o, por el contrario, desadaptativo (aprendizaje desfavorable, disfuncional: compulsiones, fobias, etc).

Gráfico D: Interacción Cerebro-Mente-Ambiente



¿El miedo se aprende?

Hay algunos miedos con los cuales nacemos y por lo tanto no necesitamos aprender, como el miedo al dolor, a los ruidos intensos, a perder la bipedestación (a caer) y algunos pocos más. El resto de los miedos que todos compartimos los vamos aprendiendo a lo largo de la vida, en particular durante la infancia. Algunas personas vulnerables *aprenden miedos* frente a estímulos que per se no serían atemorizantes. Es lo que ocurre con la claustrofobia o miedo a los espacios cerrados, por ejemplo

¿Los rituales se aprenden?

Si cada vez que se me impone la obsesión de estar contaminado, la única forma de calmar esa ansiedad es lavarme las manos, resulta lógico que luego de un tiempo de repetir y repetir y repetir esa conducta (el lavado) se establezca un circuito en el cual a la ocurrencia de que estoy sucio o de algún elemento relacionado, siga de inmediato la compulsión de lavado. En este caso hubo un *aprendizaje* de una conducta desadaptativa como es lavarme las manos más de treinta veces por día. Mediante la terapia de exposición y prevención de la respuesta (EPR) se consigue deshacer ese aprendizaje disfuncional.

¿Qué es la neuroplasticidad?

Es habitual que imaginemos al cerebro como un órgano estático, que no se modifica a lo largo de toda la vida. Esto no es así en modo alguno, cosa que quienes vienen leyendo este capítulo desde el principio ya van incorporando. El cerebro cambia de manera constante. A esta capacidad neuronal de modificar su estructura y funcionamiento de acuerdo a distintas experiencias vividas o cambios en el medio ambiente se la denomina *neuroplasticidad*. La antigua idea que las neuronas muertas no pueden reemplazarse por otras nuevas ha sido revisada. Hoy existe evidencia de formación de nuevas células neurales en determinados regiones del cerebro en las que se procesa información relacionada con el estrés, el miedo y la ansiedad. De manera tal que los cambios negativos producidos en las neuronas por tales factores pueden ser revertidos con un tratamiento específico y oportuno.

El enriquecimiento de la arquitectura cerebral consecuente a experiencias favorables, así como su deterioro por un medio ambiente desfavorable puede hoy "fotografiarse" mediante modernas tecnologías como resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones, y otras que nos revelan no solo la apariencia y estructura del órgano cerebral, sino también buena parte de su dinámica y funcionamiento. ¡El que quiera una *selfie* de su cerebromente que levante la mano!

Tanto las psicoterapias como los tratamientos con fármacos intentan, al promover un reaprendizaje funcional (por ejemplo que el paciente deje de lavarse tanto las manos o que no reaccione de manera fóbica a la ansiedad), revertir los circuitos disfuncionales y volverlos adaptativos.

¿A qué se llama cerebro reptiliano o complejo R?

El *cerebro reptiliano o complejo R* es una concepción neuroanatómica desarrollada en los años sesenta por el médico psiquiatra e investigador Paul D. MacLean, en la Universidad de Yale. En un intento por comprender y explicar la evolución del cerebro humano, así como la aparente contradicción entre razón e instintos, MacLean desarrolla el modelo de *cerebro triuno,* imbricación de tres cerebros, con funciones esencialmente distintas, que se van superponiendo durante el desarrollo embrionario humano, de la profundidad a la superficie, para integrar finalmente, uno solo. Cada uno de estos cerebros corresponde a un diferente estadio evolutivo:

- Cerebro reptiliano o complejo R: es el cerebro primitivo e instintivo.
- Cerebro paleomamífero o límbico: es el de la experiencia, procesa estímulos relacionados con las emociones (miedo, placer), memoria, instintos sexuales y motivaciones.
- Cerebro neomamífero, neocórtex o cerebro humano: el más evolucionado de la escala animal, el de la inteligencia, el de la razón.

El cerebro reptiliano es el más antiguo de los tres cerebros, el que da base a las conductas instintivas, a los comportamientos más simples y poco modificables. Los reptiles son especies animales con un desarrollo cerebral muy básico. Su cerebro está diseñado para manejar la supervivencia desde un sistema binario: huir o pelear, sin participación de sentimientos o procesos afectivos. Tiene un muy importante papel en el control de la vida instintiva y se encarga de autorregular el organismo (regular las funciones vitales, la temperatura corporal, el ritmo sueño-vigilia, los ciclos reproductivos, etc.). No está capacitado para pensar ni sentir. Su función es la de *actuar* cuando alguna necesidad o estado del organismo así lo demande.

En los seres humanos el complejo reptiliano incluye conductas que se asemejan a los rituales animales, como por ejemplo el acto de apareamiento. La conducta animal e instintiva está en gran medida controlada por esta área del cerebro. Es allí donde se organizan y procesan las funciones relacionadas con el hacer y el actuar, lo cual incluye rutinas, hábitos, territorialidad, espacio vital, adicciones, rituales, ritmos, imitaciones, inhibiciones y seguridad. Es el responsable de las conductas automáticas, tales como las

relacionadas con la preservación de la especie y los cambios fisiológicos necesarios para la supervivencia.

Otras conductas humanas con base en el cerebro reptiliano son:

- el comportamiento obsesivo compulsivo;
- rituales personales diarios y actos supersticiosos;
- conformidad sin discusión a las antiguas y predeterminadas formas de hacer las cosas;
- repetición de ceremoniales;
- obediencia en asuntos legales, religiosos, o culturales;
- responder a determinadas señales provenientes del medioambiente siempre del mismo modo (misma señal-misma respuesta).

De acuerdo a lo expuesto, se especula con algún tipo de disfuncionalidad en esas estructuras en personas afectadas por TOC. Tales hipótesis, si bien no confirmadas aún, parecen encontrar fundamento en modernos estudios de neuroimágenes funcionales.

¿Qué pasa en el cerebro de las personas que tienen TOC? ¿Es una patología de origen psicológico u orgánico?

Muchas hipótesis sugieren una base, o causa inicial, neurobiológica. Estudios específicos para observar la morfología y el funcionamiento cerebral, tales como la resonancia magnética funcional y la tomografía de emisión de positrones han mostrado la existencia de algunas variaciones en el lóbulo frontal (corteza orbitofrontal) y en los ganglios (conglomerados neuronales) de la base del cerebro de personas con TOC. Dichas variaciones, según parece, estarían relacionadas con los síntomas. También encontramos un aumento del volumen de *sustancia gris* en ambos hemisferios, derecho e izquierdo. La *sustancia gris* es llamada así por su color a simple vista y está conformada, mayormente, por cuerpos neuronales. La *sustancia blanca*, en cambio, está formada por los axones o "cables" neuronales, y de ellos toma su coloración. Otros conglomerados neuronales de nombres difíciles, como los núcleos lenticulares y caudados, también se ven agrandados al compararlos con los de la población general mientras, por otra parte, comprobamos una disminución de volumen de cúmulos neuronales en otras regiones del cerebro, de nombres todavía más difíciles (giros frontal medial dorsal/cingulado anterior bilaterales).

Estudios que midieron la actividad cerebral mediante resonancia magnética funcional durante un test de flexibilidad cognitiva, mostraron disminución de actividad en la antes mencionada corteza orbitofrontal, una región del cerebro situada en los lóbulos frontales, justo por encima de las cavidades oculares. Esta es una zona muy interesante de nuestro cerebro, relacionada con la toma de decisiones y el comportamiento, pero también capaz de limitar ciertas rutinas y circuitos de pensamiento habituales en el día a día, por ejemplo, separar lo principal de lo accesorio. Es probable que un funcionamiento no del todo eficaz de dichas áreas predisponga a la característica rigidez y tendencia repetitiva del trastorno obsesivo compulsivo, de manera que los pacientes no pueden parar de pensar, de dudar, de lavarse las manos, de dar importancia desmedida a detalles nimios, etc.

Otros estudios muestran que podrían estar implicadas variaciones de funcionamiento en algunos importantes neurotransmisores como la serotonina, que regula la disposición de ánimo, las conductas agresivas y la impulsividad. Justamente, las neuronas que responden a la serotonina se encuentran ampliamente ramificadas por todo el cerebro,

pero especialmente en los lóbulos frontales y en los ganglios basales, muy relacionados, como hemos visto, con el TOC.

Sin embargo, la alteración de un solo sistema neurotransmisor no explica la totalidad de las manifestaciones clínicas de los desórdenes obsesivos compulsivos, por lo que suponemos que también debe jugar un importante papel la alteración de otros sistemas. Sabemos, por ejemplo, que algo de eso sucede con la neurotransmisión de dopamina. Otros factores presuntamente involucrados son al sistema opioide, la oxitocina, la vasopresina y los esteroides gonadales.

Muchos de los hallazgos morfológicos y funcionales mencionados en esta sección requieren ser investigados más a fondo para establecer y comprobar de manera segura su relación con los diferentes subtipos de esta patología. El gran interrogante es si las variaciones o disfunciones neurobiológicas encontradas son la causa del TOC o una consecuencia de este. O si ambos factores se combinan en diverso grado.

¿Cómo se producen, a nivel neurobiológico, los comportamientos y conductas repetitivas de las personas con TOC?

La presencia de conductas ritualizadas o compulsiones mentales podría deberse, al menos en parte, a circuitos de neuronas que van desde la zona frontal del cerebro a los ganglios basales. Estos circuitos tienen una vía directa, que *libera* (inicia) y promueve la continuación no solo de conductas, sino también de pensamientos y emociones, y una vía indirecta que los *frena o inhibe,* a través de la corteza orbitofrontal encargada, entre otras cosas, de la limitación de ciclos de pensamiento y de separar lo principal de lo accesorio, como fue explicado en la respuesta anterior. Cuando la relación entre ambas vías es armoniosa, todo andaría más o menos bien. Cuando la vía indirecta, por estar demasiado entusiasmada, le pone un freno de mano a la corteza orbitofrontal, el resultado sería esa dificultad para poner fin a los circuitos de síntomas obsesivos.

CAPÍTULO VII

La medicación y TOC

¿Qué papel juegan los fármacos en el tratamiento?

Los fármacos antiobsesivos constituyen, gracias a su elevada eficacia, una herramienta ineludible. La mejoría demora entre dos y seis semanas en producirse. Cuando por fin sucede, sentimos nuestra cabeza más libre, menos acuciada por pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos, más a nuestra disposición, menos regida y presionada por el TOC. Sin embargo no es bueno, ni realista, pensarlos como "pastillita milagrosa" que por su sola acción va a resolver todos nuestros males. El paciente con TOC deberá poner mucho de sí y aprovechar la ayuda de la medicación para, en el marco de una terapia específica, desarmar y debilitar aún más sus obsesiones y compulsiones. De hecho, la combinación de terapia cognitivo conductual con tratamiento farmacológico ha demostrado mejores resultados que cada uno de las modalidades de tratamiento por separado.

¿El TOC se llega a curar con medicación?

¿Cuál es el grado de recuperación esperable?

En términos generales se acepta que solo un 15% de los pacientes con TOC *no* responde a esquemas de tratamiento adecuados. El resto obtiene una respuesta significativa, con reducción de un 25 a 60% o más en la intensidad y frecuencia de los síntomas. No es de esperar una supresión absoluta de síntomas, pero los pacientes recuperados manifiestan que los elementos intrusivos se presentan con mucha menor frecuencia y, así como vienen, "pasan de largo". Además, si junto al tratamiento farmacológico se ha realizado la terapia de exposición con prevención de la respuesta (EPR), las herramientas incorporadas en la misma permiten una mayor capacidad de control de las obsesiones.

Por otra parte, si dejamos de lado los casos de TOC más leves, el porcentaje de pacientes que alcanza un grado de recuperación significativo *sin* tomar medicamentos es pequeño.

¿Cómo actúan los psicofármacos?

Los procesos de la mente, como ya hemos visto, se producen sobre la base orgánica o material del cerebro, cuya existencia es imprescindible para pensar, sentir y actuar, tanto de manera consciente y voluntaria como inconsciente e involuntaria. No es posible concebir mente y cerebro por separado. Más aún, cualquier medicamento con acción sobre el cerebro va a provocar cambios en aquello que llamamos *mente*. Y las psicoterapias, a su vez, al actuar sobre los procesos mentales a través del aprendizaje, van a producir cambios en el *cerebro* (no solo en el funcionamiento dinámico de las neuronas sino también, y esto puede resultar sorprendente, en su morfología).

Los psicofármacos actúan de manera directa sobre las neuronas (células que constituyen la unidad anatómica y funcional del cerebro y otras estructuras del sistema nervioso). La acción se ejerce sobre unas proteínas ubicadas, en la mayoría de los casos, en la superficie de las células neurales llamadas *receptores*. Imaginemos la acción de un fármaco sobre su receptor como una llave (fármaco) que actúa sobre una cerradura (receptor) y provoca, mediante la apertura de esa cerradura, un efecto. Normalmente operan allí muchas substancias que fabrica nuestro propio organismo, llamadas *neurotransmisores* (adrenalina, noradrenalina, serotonina y dopamina, entre otras), así denominados debido a que transmiten información. Dicho de otro modo, los neurotransmisores son las substancias mediante las cuales las neuronas se comunican, estimulan e influyen entre sí. La unión del neurotransmisor (o de un fármaco específico) con su receptor desencadena una serie de acontecimientos moleculares muy complejos en el interior de las células nerviosas, cuya estación final es la modificación de la expresión de genes determinados, lo cual, a su vez, genera cambios en la arquitectura y el funcionamiento de las neuronas.

¿Los psicofármacos modifican la actividad de los genes?

Así es. Podríamos decir, mejor, que *modulan* su actividad. Vale aclarar que la información contenida en los genes, esa que se hereda de padres a hijos, no se ve afectada. Ahora bien, que esa información esté allí y se transmita a las generaciones siguientes no significa que necesariamente se va a expresar. El material genético tiene la posibilidad de expresarse (es decir manifestarse, provocar efectos) o permanecer latente, como posibilidad futura. Ejemplo: Micaela y Soledad son hijas de una misma pareja de padres. Sin embargo Micaela tiene el cabello claro y Soledad, oscuro. Ambas tienen la *potencialidad genética* de tener cabello claro u oscuro, pero solo una de las dos posibilidades, como resulta lógico entender, se ha expresado en cada una de ellas. El ejemplo simplifica un poco las cosas, pero es útil para entender el comportamiento de los genes. La muy diversa información que contienen incluye no solo el color del cabello u otras características físicas. También el temperamento, el grado de estabilidad anímica y, ya que estamos, la propensión a obsesionar, entre muchas otras sustancias germinales, se encuentran allí.

Ahora podemos entender mejor (¡eso esperamos!) el hecho de que la medicación y las psicoterapias, estas últimas a través del aprendizaje, modifican no la estructura pero sí la *expresión* de los genes para que, de todo su bagaje de posibilidades, manifiesten lo que más conviene a un buen funcionamiento.

¿Cuáles son los fármacos indicados para el TOC?

Los mejores fármacos para debilitar y disminuir la frecuencia de obsesiones y compulsiones son los llamados *inhibidores de la recaptación de serotonina* (IRS). Sus antecesores, los llamados *tricíclicos* debido a su estructura química, son también muy potentes, pero sus efectos adversos resultan mucho más intensos que los de los modernos IRS, por lo cual no se encuentran, hoy en día, dentro de nuestra primera línea de elección. Todos ellos, los IRS y los tricíclicos, son de "amplio espectro" ya que se utilizan también, y con muy buena respuesta, en estados depresivos, fobias, ataques de pánico y modulación de la ansiedad en general. La acción farmacológica de los IRS, como vemos, es variada. Sus efectos antidepresivos resultan muy oportunos en las ocasiones, muy frecuentes, en que la depresión se asocia al TOC. La acción antiobsesiva la obtienen por medio de la modulación de los circuitos motores mencionados en el capítulo anterior, que utilizan como neurotransmisores a la serotonina y la dopamina, involucrados en la disfunción que se produce en el TOC.

¿Son seguros los medicamentos antiobsesivos? ¿Qué pasa en el embarazo?

Son muy seguros, eficaces y bien tolerados en general, aun en las elevadas dosis que a menudo se requieren en el tratamiento del TOC. Con la mayoría de ellos se puede llevar una vida perfectamente normal, sin restricciones dietarias ni de actividad.

En la década del 90 algunos estudios publicados señalaban que las pacientes con agorafobia, cuando quedaban embarazadas, mejoraban su cuadro clínico y, por el contrario, aquellas con TOC empeoraban. En la práctica diaria esto parece ser cierto en el caso de la agorafobia, pero no solemos observar el agravamiento en el TOC (tampoco la mejoría).

En verdad, todos los fármacos están contraindicados durante el embarazo, fundamentalmente por la siguiente razón: contamos con estudios de administración de IRS en animales en estado de preñez, pero no en humanos. Cualquier medicamento para ser indicado con seguridad requiere una serie de estudios en humanos, algo que la ciencia no admite en el caso de mujeres embarazadas, por razones éticas. De manera tal que al no poder aprobarse mediante estudios, están contraindicados. Por lo tanto tratamos de no medicar, en términos generales, durante el embarazo.

Sin embargo, estudios en animales y retrospectivos en humanos (es decir, trabajos que recopilan casos de embarazadas que ya han tomado estos fármacos durante su gestación) no indican una contraindicación absoluta. Por el contrario, dada la falta de *comprobación* de moderada o alta probabilidad de perjuicio sobre el feto, numerosos trabajos científicos avalan el tratamiento en cuadros severos, teniendo en cuenta el balance entre riesgo y beneficio.

¿Los niños con TOC también pueden ser tratados mediante fármacos?

Sí, los niños responden a la farmacoterapia del desorden obsesivo compulsivo de manera similar a los adultos. Varios de los llamados inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado eficacia y seguridad en la población infantil y adolescente). Se recomienda el control frecuente con el médico psiquiatra tratante, así como la administración conjunta de terapia cognitivo conductual específica.

¿Es verdad que se requieren dosis altas para que los fármacos antiobsesivos actúen?

Las dosis útiles varían de una a otra persona. Muchos pacientes responden ya en las dosis iniciales mientras que otros no lo harán hasta tanto se eleven los valores bastante por encima de los de comienzo. Se considera que hay respuesta a un fármaco cuando el paciente consigue una mejoría de al menos un 25 por ciento en su sintomatología obsesivo compulsiva.

En los casos en los cuales debe llegarse a dosis altas la progresión se realiza en forma gradual, de manera que los efectos adversos no se presenten o incrementen. En todos los casos buscamos que el paciente no solo no se encuentre sedado, sino que, gracias al efecto medicamentoso, pueda ir recuperando poco a poco toda su lucidez y potencial.

¿Qué efectos adversos podrían presentarse?

Vamos a hacer un poco de historia. Los primeros fármacos utilizados para tratar el desorden obsesivo compulsivo fueron los llamados antidepresivos tricíclicos que aparecen a fines de la década del 50. En verdad la clomipramina, que es la más específica para el TOC dentro de ese grupo, resulta tan eficaz como los antidepresivos modernos (ISRS) surgidos en los 70, pero presenta un perfil de efectos adversos más intensos, por lo cual el grupo ISRS, mejor tolerado, se utiliza como primera opción de tratamiento. Lo dicho no significa que la clomipramina no pueda ser utilizada. De hecho es un antiobsesivo muy potente y seguro, al cual recurrimos si con los ISRS no obtenemos la mejoría esperada. En realidad, cuando hablamos de efectos adversos de un fármaco debemos distinguir frecuencia y potencial severidad de los mismos. Para la mayoría de ellos, por fortuna, existe la posibilidad de administrarlos sin que se presenten problemas significativos. De cualquier modo, siempre se debe contar con asesoramiento profesional para sacarse las dudas y poder así llevar adelante el plan de tratamiento con confianza y tranquilidad.

Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina ofrecen un importante índice de seguridad. Sin embargo en un porcentaje de casos pueden aparecer efectos indeseados, transitorios algunos y dosis dependientes otros. Los primeros días del tratamiento algunas personas refieren un leve incremento de la ansiedad, paradójico, ya que los ISRS son, además de antiobsesivos y antidepresivos, verdaderos moduladores de los estados ansiosos. Otros pacientes, por el contrario, pueden describir una ligera somnolencia. Con el correr de los días estas incomodidades, en caso de haberse presentado, así como vinieron se van.

Desde nuestro punto de vista, los dos efectos adversos más incómodos con probabilidad de aparecer (lo cual no indica que necesariamente eso ocurra) son la modificación de algún aspecto de la función sexual y el aumento de peso, por aumento del apetito. Con respecto a este último, algunos fármacos lo producen en mayor medida que otros y, por suerte, contamos con algunos que en la enorme mayoría de los casos no producen aumento de peso en absoluto. Así que tenemos para elegir: si nuestro paciente se encuentra muy adelgazado debido a pérdida de apetito o estrés prolongado, podremos indicarle un fármaco que lo ayude a recuperar el peso perdido. En el caso opuesto, a una persona que por nada del mundo desea engordar, le administraremos aquellos más

seguros en ese sentido. Por otra parte, no es raro que en las primeras semanas los ISRS produzcan una *disminución* del apetito. ¡Pero a no entusiasmarse los eternos buscadores de bajar algún kilito! Este efecto colateral suele ser efímero.

Con respecto a la función sexual existe un amplio panorama de posibilidades. En primer lugar, los ISRS pueden retrasar, en diverso grado, el orgasmo o la eyaculación. Esto, para algunos hombres en particular, aquellos más veloces, puede resultar una bendición. De hecho, estas medicinas se utilizan en sexología para tratar la eyaculación precoz. Sin embargo, el grado de afectación del orgasmo o la eyaculación suele ser muy diverso. Están quienes no lo notan en absoluto, quienes sí lo presentan pero en grado sutil y, finalmente, aquellos muy molestos con la novedad. En términos generales los tratamientos pueden llevarse adelante sin grandes problemas y solo un pequeño porcentaje de pacientes va a requerir cambios de dosificación o, incluso, de medicamento. Por otra parte es posible también la ocurrencia de disminución del deseo sexual espontáneo. Aquí, nuevamente, la diversidad de posibilidades es amplia. Existe gente muy sexual, por decirlo de algún modo, que no refiere variaciones en su deseo, mientras otros pueden sentirlas en grado leve, moderado o más intenso. En estos últimos se deberán instrumentar cambios en la dosificación o en el fármaco administrado.

¿Cuál es la duración del tratamiento farmacológico del TOC?

El TOC es una patología compleja que requiere un tratamiento concienzudo y sostenido a lo largo del tiempo. Si alguien está pensando que en dos o tres meses lo resuelve, lamentamos informar que es una idea muy alejada de la realidad. En un tratamiento bien planteado la medicación deberá administrarse por un periodo no menor de dos años. En un buen porcentaje de pacientes la duración del tratamiento será de varios años o, incluso, de por vida. La duración máxima, de todos modos, no es algo que esté resuelto desde el inicio. Va a depender de la gravedad de cada caso y del grado de respuesta al tratamiento, que puede variar de un paciente a otro. De manera tal que el objetivo, en principio, es lograr la mejor respuesta posible en términos de disminución en la intensidad y frecuencia de obsesiones y compulsiones, así como mejoría de la ansiedad y del estado de ánimo. En muchos casos el paciente conseguirá, ya luego de unas pocas semanas, un importante alivio sintomático que le va a permitir recuperar su actividad normal. ¡Si esto sucede estaremos frente a una muy buena respuesta! Ante esta eventualidad, el entusiasmo no debe conducir a un rápido abandono de la medicación. Como hemos dicho, el tratamiento debe prolongarse por largos períodos de tiempo ya que, frente a una interrupción prematura, la reaparición de los síntomas es más la regla que la excepción. Por fortuna los efectos adversos de los fármacos antiobsesivos modernos, cuando se presentan, suelen resultar leves y tolerables, por lo cual no resulta peligroso ni demasiado incómodo tomarlos por largos períodos. Más aún si tenemos en cuenta que nos permiten mejorar de manera notable nuestra calidad de vida.

CAPÍTULO VIII

A veces el TOC no viene solo…

¿El TOC se presenta siempre en forma aislada o también puede asociarse a otros trastornos?

El TOC difícilmente se presenta de manera aislada. Con mucha frecuencia lo encontramos asociado a otras entidades. Entre estas se cuentan los trastornos de ansiedad, depresión, distintos trastornos de personalidad, abuso de sustancias, enfermedades neurológicas y, por último, otros trastornos del espectro obsesivo compulsivo.

Es de gran importancia la detección de patología asociada o concomitante para planificar la estrategia terapéutica más adecuada y oportuna. No es lo mismo tratar a quien solo presenta un desorden obsesivo compulsivo sin complicaciones agregadas, que a alguien que, además, atraviesa una depresión o un abuso de sustancias. Por otra parte, en el 70 por ciento de los casos el TOC se inicia *antes* del trastorno asociado. Ese dato nos lleva a considerarlo como un factor de riesgo para la adquisición de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

¿Es frecuente la asociación con depresión?

¿Puede confundirse con un estado depresivo?

La asociación del trastorno obsesivo compulsivo con depresión es bastante habitual. La mayoría de las estadísticas concluyen en que aproximadamente un tercio de los individuos con TOC tiene antecedentes significativos de depresión. Otros autores señalan una probabilidad de depresión del 80 por ciento a lo largo de la vida en estos pacientes. Si bien la asociación con depresión empeora el pronóstico del TOC, contamos con la ventaja de que con el mismo tipo de medicación se pueden tratar simultáneamente ambos trastornos.

Ahora bien, una cosa es que ambas condiciones se encuentren asociadas y otra muy otra sería *confundir* un cuadro depresivo con un TOC. Llegar a un diagnóstico seguro no debería presentar dificultades para un profesional entrenado. Sin embargo, y dejando de lado aquellos casos en que ambas patologías se asocian, en ocasiones la sintomatología de uno y otro puede mover a la duda. En la depresión suele existir una constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente negativos y desagradables o acerca de situaciones conflictivas del pasado que el depresivo se reprocha. Es lo que llamamos *rumiación depresiva,* muy característica y frecuente. Si bien estos pensamientos repetitivos presentan similitud con las ideas obsesivas, no deben ser considerados como tales. Sin mucha dificultad notamos que el contenido de la rumiación es de índole exclusivamente depresiva, en congruencia con la afectación del estado de ánimo. Por otra parte, a diferencia de lo que ocurre en el TOC, estas ideas no son consideradas intrusivas por quienes las padecen.

¿El TOC se puede asociar a un trastorno de ansiedad? ¿Los trastornos obsesivos compulsivos y de ansiedad generalizada se parecen?

El TOC se asocia con frecuencia a algún trastorno de ansiedad. Datos obtenidos de poblaciones clínicas sugieren que aproximadamente la mitad de aquellos que sufren TOC presentan al menos un desorden de ansiedad adicional a lo largo de sus vidas.

Sin dudas, el trastorno de ansiedad que más se puede confundir con el TOC es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). En este último, las preocupaciones excesivas pueden resultar muy similares a las obsesiones, aunque los pacientes con TAG, a diferencia de los obsesivos compulsivos, suelen sintonizar muy bien con ellas. ¿Qué queremos decir con esto? Que se preocupan mucho y en forma permanente, pero no creen que esa preocupación sea inadecuada sino todo lo contrario. La preocupación excesiva del paciente con TAG es automática (no intrusiva), el sujeto quiere seguir preocupándose porque la situación lo merece y, lejos de sentirse molesto, juzga a quienes no se preocupan de ese modo frente al mismo problema como irresponsables. Otra diferencia importante se refiere a las áreas temáticas de preocupación. Las del trastorno de ansiedad generalizada coinciden con aquellas de la población "normal", es decir, salud y seguridad propias o de sus allegados, futuro laboral o económico, etc., mientras que en el trastorno obsesivo compulsivo el contenido de las ideas es, de manera característica, la contaminación, el orden, la simetría, etc.

¿Y qué hay al respecto de desórdenes de personalidad?

De acuerdo con la mayoría de los estudios la mitad de los individuos con TOC presentan al menos un trastorno de personalidad asociado. Algunos autores señalan al trastorno dependiente y otros al trastorno obsesivo compulsivo de personalidad como el más prevalente. A propósito de este último, de nombre y sigla tan parecidos, veremos a continuación las similitudes y diferencias que presenta con el TOC.

¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad...? ¿Una especie de TOC?

No, no, no. No nos dejemos arrastrar a conclusiones tan ligeras como erradas. No todo lo que brilla es oro ni lo que suena parecido es igual. El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP) no es ni un subtipo ni una variante leve de TOC. Es, en realidad, un conjunto de rasgos más o menos estables de la personalidad que por su calidad e intensidad afectan la calidad de vida de quien lo presenta o de sus convivientes y, de ese modo, se constituye en un problema digno de ser atendido como tal.

Estas personas tienen una constante preocupación por el orden, el perfeccionismo y una necesidad irrenunciable de controlar todo a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, pero no muestran las obsesiones y compulsiones características del TOC. Es un patrón de comportamiento que se inicia a edades tempranas, pero se vuelve más notable al comienzo de la edad adulta. Se atienen siempre a reglas y detalles que les proveen de una sensación de control, son muy apegados a formalidades y horarios, y con frecuencia su puntillosidad les hace perder de vista el objetivo principal de una actividad. Se quedan más en la forma que en el fondo. Son propensos a las repeticiones y a prestar atención a detalles aunque sean menores. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen les causan una disfunción y malestar significativos. Dedican más tiempo y atención al trabajo que al ocio o actividades placenteras las cuales, en todo caso, suelen ver desmembrado su potencial disfrutable bajo el peso de la minuciosidad obsesiva.

El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP, para los simpatizantes de las siglas) puede presentarse asociado al TOC, pero no constituye, a pesar de las similitudes entre ambos, una estación previa al mismo.

Una diferencia curiosa entre ambos cuadros, apreciable a diario en nuestra práctica clínica, es que mientras las personas con trastorno de personalidad llegan siempre temprano a la consulta debido a su rígido sentido de la puntualidad, los pacientes con TOC, por culpa de sus verificaciones, cavilaciones, dudas u otras conductas compulsivas que no pueden dejar de atravesar antes de salir de sus casas o del trabajo, suelen llegar muy tarde al turno asignado.

APÉNDICE I

El espectro obsesivo compulsivo

El espectro obsesivo compulsivo reúne a un número de desórdenes que no corresponden al diagnóstico de TOC pero al cual se encuentran asociados por su similitud en síntomas y mecanismos. Todos ellos presentan un patrón muy parecido en cuanto a ideas obsesivas, conductas compulsivas, antecedentes herodofamiliares, evolución, tipo de respuesta a tratamientos específicos y asociación con otras enfermedades. Podríamos llamar a este grupo, de manera más didáctica, *esfera de desórdenes obsesivos compulsivos*.

Describiremos a continuación los siguientes cuadros: trastorno dismórfico corporal, anorexia nerviosa, hipocondría, tricotilomanía, síndrome de Gilles de la Tourette y trastorno por excoriación.

Trastorno dismórfico corporal

También conocido como *dismorfofobia*, se caracteriza por la *distorsión perceptiva de la imagen corporal, asociada a una creencia errónea o falsa al respecto.* Presentan preocupación obsesiva por algún supuesto defecto en su cuerpo el cual, sino inexistente, resulta casi imperceptible para el resto de las personas. En todos los casos la preocupación que despierta es claramente desproporcionada.

Las manifestaciones más comunes se refieren a defectos en el rostro o la cabeza, tales como delgadez del cabello, presencia de acné, arrugas, cicatrices, manchas, palidez de la piel, asimetría o desproporción facial o vello excesivo en la cara. Se obsesionan también por la forma, el tamaño u otros aspectos de nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza. Cualquier parte del cuerpo puede estar involucrada en sus obsesiones que alcanzan un grado de convicción casi delirante. Un paciente nos decía que tenía manos muy chicas. Otro se veía francamente feo, cuando a todas luces era más buen mozo que el promedio, de acuerdo con los cánones convencionales de belleza. No resulta curioso entonces que se sometan a numerosas cirugías estéticas que nunca son del todo satisfactorias, "siempre queda algún defecto...".

Pasan largas horas observando su aspecto, se miran al espejo incontable cantidad de veces al día, en la búsqueda de defectos o asimetrías. Suele coexistir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo, por ejemplo corte y peinado del cabello, maquillaje ritualizado, limpieza de la piel, etc. Los comportamientos de comprobación y de aseo se ejecutan para disminuir la ansiedad producida por el defecto imaginado, pero a menudo provocan un resultado opuesto al perseguido. Creen que la gente nota el "defecto", habla de él y se burla. Algunos se esmeran en ocultar la zona en conflicto: se dejan crecer la barba para tapar cicatrices imaginarias, usan sombrero para cubrir una supuesta caída de cabello o calvicie muy incipiente, rellenan la ropa interior para aumentar el tamaño del pene o mamas...

Suelen evitar el contacto social, salen de su casa solo por las noches, cuando no pueden ser vistos, abandonan los estudios, evitan entrevistas profesionales, se mantienen en trabajos por debajo de su nivel e incluso dejan de trabajar. Todo esto puede confundirse con timidez o fobia social. Los fóbicos sociales pueden preocuparse por defectos *reales* en su aspecto físico, pero esta preocupación no es habitualmente intensa, persistente, angustiosa o incapacitante, ni les hace consumir un tiempo excesivo.

Además, tienen mayor conciencia de su enfermedad. También pueden confundirse con la anorexia nerviosa, pero en estos últimos la preocupación y el malestar se refieren de manera exclusiva a su peso y su silueta.

La dismorfofobia puede alcanzar elevados niveles de gravedad, derivando en profundos estados depresivos o de disfuncionalidad social. En cuanto al tratamiento, debe integrar la terapia cognitivo conductual con medicación antiobsesiva y, en muchos casos, antipsicótica.

Hipocondría

También conocido como hipocondriasis, su característica esencial es la preocupación y el miedo a padecer o la certeza de ya estar sufriendo una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más síntomas corporales. La convicción de estar enfermos de alguna patología en particular los conduce a permanentes consultas con distintos profesionales de la salud, acuden a centros de atención médica y se efectúan numerosos análisis y estudios complementarios que no confirman sus temores. Pero el hipocondríaco no confía ni en los médicos ni en los resultados de los estudios.

A mí no me van a venir a decir que no tengo nada, piensa. ¿A nadie se le ocurre que este estudio esté mal hecho? ¿O que si me lo hacían al día siguiente o un día antes podría haber dado mal, en lugar de dar, supuestamente bien? ¿Quién me garantiza que dentro de diez minutos no tenga un ACV (accidente cerebro vascular)?

El hipocondríaco suele tener muy bajo *insight*, por lo cual busca nuevas opiniones que confirmen sus sospechas, se hace repetir los estudios, se toma la presión, se chequea obsesivamente el cuerpo en busca de señales que confirmen su convicción o presagio, recuerda que hace un rato le dolió un poco la cabeza y que la noche anterior transpiró, igual que le había pasado a un compañero de trabajo de la esposa que al final… La idea fija, sobrevalorada, casi delirante, de tener una enfermedad grave (por lo general cáncer, sida, riesgo cardiovascular o un tumor en la cabeza) no le permite vivir en paz ni mucho menos.

A veces la hipocondría se presenta con *evitación* de la consulta médica, por temor a la confirmación de sus sospechas o, incluso, a que el hecho de tomar contacto con el área de salud (también evitan visitar centros de atención, por ejemplo) pudiera, mágicamente, provocar o sacar a luz su enfermedad.

Anorexia nerviosa y bulimia

En la anorexia nerviosa encontramos un rechazo permanente a mantener el peso corporal en valores normales o incluso mucho menores de los mínimamente viables para una salud normal. Las personas con anorexia, gran mayoría de jóvenes de género femenino (ocurre diez veces más en mujeres que en hombres), temen engordar, por lo cual presentan conductas, entre ellas obsesiones y rituales, tendientes a perder peso o no ganarlo. Es frecuente la utilización de programas de ejercicios, laxantes, enemas, diuréticos y la provocación de vómitos, con el objeto de perder peso. Presentan, además, una notoria alteración perceptiva mediante la cual no registran su extrema delgadez, a todas luces notoria, ni el peligro que implica llegar a cifras tan bajas.

En la bulimia lo que se observa fundamentalmente son *atracones* seguidos de conductas tendientes a liberarse de los alimentos ingeridos o a perder peso en general. Llamamos atracón a la compulsión por ingerir alimentos de cualquier tipo, a cualquier hora y en cualquier circunstancia. Es una conducta compulsiva, que el bulímico no puede controlar y que lo lleva a ingerir cosas dulces y saladas a la vez. Por ejemplo, alfajores mezclados con "lo que quedó de la comida de anoche". A continuación toman laxantes, utilizan enemas o se provocan el vómito con el objeto de descargar todo lo ingerido de manera compulsiva para no ganar peso y por la gran incomodidad que el estómago sobrecargado les produce. Para finalizar, diremos que los pacientes con bulimia, a menudo presentan peso normal o excesivo, a diferencia de lo que ocurre en la anorexia, que siempre está por debajo.

Trastorno por tics

Llamamos tic a una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico, estereotipado. Se experimenta como irresistible pero puede suprimirse durante períodos de tiempo variables. Los tics pueden intensificarse en momentos de estrés o, por el contrario, atenuarse durante actividades que requieran cierta concentración como leer o dibujar. Habitualmente disminuyen durante el sueño. Pueden ser actos simples como parpadear, levantar los hombros, hacer muecas faciales o toser. Tics vocales sencillos son aclarar la garganta, gruñir, inspirar, resoplar, vociferar. Tics motores más complejos incluyen gestos faciales, saltar, tocar, pisotear y olfatear objetos y, dentro de los vocales complejos más habituales, repetir palabras o frases fuera de contexto, la llamada coprolalia (uso de palabras socialmente inaceptables u obscenas), alilalia (repetición de los propios sonidos o palabras) y ecolalia (repetición de sonidos, palabras o frases acabados de oír). Comienza a edades tempranas aunque también puede hacerlo en la vida adulta.

Si consideramos a los rituales del TOC como actos compulsivos que siguen una secuencia de pasos fija y rígida, podríamos considerar al trastorno por tics como un desorden relacionado, más aún si tenemos en cuenta que suelen presentarse asociados y que presentan antecedentes heredobiológicos en común.

Sindrome de Gilles de la Tourette

Este particular tipo de trastorno por tics fue descripto inicialmente por el médico y pedagogo Jean Marc Itard en 1825, en Francia. La afectada era una noble parisina de ochenta y seis años de edad quien, más allá de sus variados tics y obsesiones, fue detenida por la ley debido a que profería insultos, ladridos y obscenidades sin control alguno. El síndrome, sin embargo, lleva el nombre de Georges Gilles de la Tourette quien, abocado a la investigación de trastornos del movimiento, encontró numerosos casos de personas con accesos de hiperexcitabilidad, tics y ecolalia o coprolalia, consideró que podían corresponder todos a una misma enfermedad. En 1885 describió nueve casos de manera retrospectiva, entre ellos el de la anciana marquesa acusada erróneamente de extravío o pérdida de elegancia, hallados en historias clínicas archivadas en el Hospital de la Salpêtrière.

Esta llamativa enfermedad se caracteriza por tics motores múltiples y uno o más tics vocales, que pueden aparecer de manera simultánea o en diferentes períodos de la enfermedad. Es más frecuente en varones y suele comenzar en la infancia o antes de los 18 años. Los tics vocales incluyen palabras, sonidos, chasquidos de lengua, gruñidos, ladridos, olfateos, bufidos, y toses. El Gilles de la Tourette suele comenzar con tics simples, principalmente parpadeo o protrusión de la lengua. Con el tiempo aparecen la coprolalia, la posición en cuclillas, saltos, cabriolas, aclaración reiterada de la garganta y tartamudeo. Obsesiones y compulsiones diversas se asocian con frecuencia. También son comunes la hiperactividad, la dificultad de concentración y la impulsividad. Muchos pacientes sienten vergüenza de sus tics lo cual los conduce a diversos grados de aislamiento social, excesiva autobservación y ánimo depresivo.

Es una enfermedad neuropsiquiátrica con antecedentes heredobiológicos comunes con el TOC: un elevado porcentaje de pacientes con desorden obsesivo o familiares sanguíneos de los mismos presentan o han presentado Gilles de la Tourette u otro trastorno por tics.

Tricotilomanía

La principal característica de la tricotilomanía es el arrancamiento recurrente del cabello lo cual genera, con el tiempo, su pérdida perceptible. Si bien el arrancamiento puede ser en cualquier parte del cuerpo, es más frecuente en cuero cabelludo, cejas y pestañas. Esta conducta se torna repetitiva, los pacientes pasan bastante tiempo durante el día tocándose y arrancándose los pelos. En situaciones de estrés la conducta anómala suele intensificarse, aunque también estados de tranquilidad y relajación pueden resultar propicios. Es frecuente el monitoreo o palpación minuciosa de zonas pilosas a la búsqueda de qué unidad de pelo arrancar, mientras se mira la tele, se lee o se escucha música. Suelen elegirse aquellos que sobresalen o difieren en alguna característica. En general hay voluntad de oponerse al arrancamiento, cierta lucha interna de ribetes compulsivos, aunque con frecuencia la conducta comienza "casi sin darme cuenta", tal como nos refieren muchos pacientes. Cuando la pérdida de cabello o pelo se vuelve ostensible, se presentan conductas de camuflaje mediante prendas de vestir o maquillaje.

Es como una tensión, una necesidad súbita. Después de hacerlo *me viene una sensación de alivio y bienestar...*

Hay quienes se tragan los cabellos arrancados (tricofagia). Esta conducta puede ocasionar trastornos digestivos y, en casos extremos, obstrucción intestinal.

Es un trastorno que suele comenzar en la infancia y continuar en la adolescencia y adultez, donde es mucho más frecuente en mujeres.

Trastorno por excoriación

Efectivamente, se denomina trastorno por excoriación. Es una conducta repetitiva de rascado de piel, seguido o precedido por conductas rituales de búsqueda de irregularidades o tipos particulares de costras. El trozo de piel sana, costra o granito arrancado es con frecuencia llevado a la boca ya sea para tragarlo o solo para sentirlo en los labios. La conducta de excoriación puede ser disparada por ansiedad, aburrimiento o por una sensación displacentera inespecífica, que se alivia al excoriar la piel. Cara, brazos y manos constituyen las zonas preferidas. Con el tiempo se forman pequeñas cicatrices. Tal como ocurre con la tricotilomanía y otras conductas compulsivas, las personas afectadas intentan suprimir el rascado compulsivo sin éxito. La zona de piel seleccionada puede estar, en principio, por completo sana o presentar pequeños granos o callosidades que actúan como “llamadores”.

APÉNDICE II

10 claves para ganarle terreno al TOC

1. No sos vos, es el TOC

Considerá los pensamientos, imágenes e impulsos obsesivos como algo que no te pertenece a vos, sino al TOC. Son un síntoma del TOC, como la fiebre lo es de una infección. Identificalos y reconocelos como tales.

2. Vos sos el que manda

Reconocé e identificá conductas compulsivas en cuanto se presenten. Vos sos el que manda, no te sometas a los rituales.

3. Desenmascará el pensamiento mágico

La obsesión te dice que si no repetís de nuevo una frase o tocás tres veces la mesa puede ocurrir un desastre. Eso se llama pensamiento mágico. Tendrás que desenmascararlo como falso para mejorar. No te queda otra. ¿Estás dispuesto? No será fácil, pero, con la ayuda de tus terapeutas y tus ganas de estar mejor, se puede.

¿Y si justo el día que, por hacerles caso a ustedes, me aguanto y no entro y salgo tres veces seguidas de casa, alguien de mi familia se accidenta? ¿Quién me garantiza en un 100% *que algo así no va a ocurrir? ¿Cómo resuelvo esa falta de garantías?*

Bueno, es verdad, no hay garantías totales, puede darse la *casualidad* de que ambos eventos se sucedan. Pero vos no sos un hechicero y esa relación que establecés se llama *pensamiento mágico*. Así que cortala.

4. La pregunta *¿Y si …(pasa tal cosa)?* es tu peor enemigo

¿Y si dejé la puerta sin llave? ¿Y si dejé la canilla goteando? ¿Y si se me inunda el departamento? ¿Y si me contagié algo de ese tipo que tosió? ¿Y si tiene sida? ¿Y si tiene cáncer? ¿Y si no toco tres veces la puerta y después se muere alguien?

Esta clase de interrogantes no nos lleva a buen puerto, pero sí a la siguiente clave.

5. Posibilidad vs. probabilidad

Este es un punto fundamental. Muchas cosas son posibles y, a la vez, *casi por completo improbables*. ¿Es *posible* que yo muera de un infarto dentro de las próximas 24 horas? Y…, sí. Los infartos suceden, yo no me llamo Clark Kent, soy un ser humano de carne y hueso… Es posible. Pero, ¿es *probable?* ¡No, para nada! Estoy sano, nunca me dolió el pecho, tengo la presión bastante bien, no tendría sentido que me obsesione con algo tan poco probable, casi imposible.

Bueno, okey, ponele que eso es imposible. Pero ¿y si le clavo un cuchillo a alguien por impulso? Eso no es imposible.

La respuesta a esa duda sigue en torno a *probabilidad* vs. *posibilidad*. Convengamos en que la *probabilidad* de que mates a alguien simplemente porque hay un cuchillo sobre la mesa y se te cruzó la idea es muuuuy baja.

6. Pan para hoy y hambre para mañana

La ansiedad que te produce tener un pensamiento obsesivo la podés aliviar de dos maneras. Una es la compulsión, que te alivia pero refuerza y eterniza el circuito del TOC. Vas a necesitar realizarla cada vez y quizá cada vez más. Típico caso de pan para hoy y hambre para mañana. La otra manera, la mejor, es resistirte. Dejá fluir la ansiedad, no le des tanta importancia y va a declinar solita. Es el modo de comenzar a ganarle terreno al TOC.

7. Buscá ayuda profesional

El TOC no se resuelve sin tratamiento. Por el contrario, librado a su evolución natural tiende a la cronicidad. Es importante buscar ayuda en cuanto se tome conciencia de que los síntomas comienzan a afectar la calidad de vida.

8. Realizá un tratamiento específico

El abordaje terapéutico más eficaz es el que integra psicoterapia cognitivo conductual con medicación específica, conducido por profesionales especializados en TOC y

trastornos de ansiedad. Las psicoterapias tradicionales no suelen ser eficaces o lo son en mucha menor medida. La medicación debe estar administrada, en la medida de lo posible, por un médico psiquiatra. Respetá los tiempos del tratamiento, tené paciencia. No pretendas dejar la medicación ni suspender la terapia apenas aliviada la sintomatología. Recordá que el tratamiento es largo y su interrupción prematura provoca recaídas.

9. Consultá tus dudas

Hablá con los profesionales tratantes, contales tus dificultades, preguntá todo lo que necesites saber. El tratamiento del TOC es complejo y el esfuerzo que tenés que realizar para ganarle a las obsesiones y compulsiones es grande. Necesitás todo el apoyo posible.

10. ¡Ojo con internet!

No ingreses a foros de internet de manera indiscriminada. Si el objetivo es buscar información para calmar tu ansiedad, lo más probable es que, en este caso, sea peor el remedio que la enfermedad. La web es útil en la etapa de buscar un tratamiento adecuado. Una vez que lo conseguiste, más vale no recurrir a ella.

APÉNDICE III

Cuestionarios de autovaluación
(¡la hora de la verdad!)

APÉNDICE III

Cuestionarios de autovaluación
(¡la hora de la verdad!)

Los siguientes cuestionarios son para orientación general.
No debe realizarse el diagnóstico de certeza mediante su autoaplicación, sin evaluación profesional de por medio.

CUESTIONARIO N° 1

¿Te molestan pensamientos recurrentes, dudas, impulsos o imágenes desagradables y no deseadas?

Si la respuesta es afirmativa, leé el siguiente listado y verificá si te identificás con algunos de los siguientes enunciados:

- Me obsesiona la posibilidad de ensuciarme o contaminarme (evito tocar determinados objetos o el roce con desconocidos). Me lavo las manos en forma reiterada, o demoro mucho tiempo en bañarme o lavarme los dientes.
- Temo hacer daño a alguien que pase cerca de mí (aun cuando encuentro absurda esta idea), o proferir insultos o decir algo que no corresponda, de modo impulsivo.
- Verifico una y otra vez que las puertas, llaves de gas, ventanas, etc. estén bien cerradas.
- Debo chequear varias veces lo que escribo, las cuentas que hago en mi trabajo, o repetirlas varias veces, para poder quedarme tranquilo de que no hay un error.
- Hay actos que debo hacer, o pensamientos que debo tener en forma repetida, para poder sentirme tranquilo, "para que nada malo ocurra".
- Me preocupo demasiado por el orden y la pulcritud.
- Pierdo más de una hora por día a causa de los síntomas, y me dificultan el normal desarrollo de mi vida cotidiana.

Si la respuesta fue positiva para el último enunciado y para alguno de los otros, existe la probabilidad de que cumplas los criterios diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo.

CUESTIONARIO N° 2

(Adaptación del Cuestionario de Yales-Brown para el TOC)

Señalá el puntaje que mejor representa tu situación actual, utilizando la escala de abajo.

0: nada **1:** poco **2:** moderado **3:** mucho **4:** demasiado

Pensamientos obsesivos	**Puntaje**
Tiempo ocupado en pensamientos obsesivos: ¿Con que frecuencia ocurren tus pensamientos obsesivos a lo largo del día?	
¿Cuánto interfieren los pensamientos obsesivos en tu funcionamiento social o laboral?	
¿Cuánto malestar te causan los pensamientos obsesivos?	
¿Cuánto esfuerzo hacés para resistir los pensamientos obsesivos? (solo estimar el esfuerzo hecho para resistir, no el grado de éxito o fracaso conseguidos)	
¿Cuánto control tenés sobre tus pensamientos obsesivos?	
Conductas compulsivas o rituales	
¿Cuánto tiempo te consume, a lo largo del día, realizar comportamientos compulsivos?	
¿Cuánto interfieren tus comportamientos compulsivos en el funcionamiento social o laboral?	
¿Cuánto malestar te causan los comportamientos compulsivos o rituales?	
¿Cuánto esfuerzo hace para resistir las compulsiones? (solo estimar el esfuerzo hecho para resistir, no el éxito o fracaso conseguidos)	
¿Cuánto control tenés sobre las compulsiones?	
Puntaje total	

Las probabilidades de reunir los criterios diagnósticos de TOC se incrementan a medida que va aumentando el puntaje.

Cuestionario N° 3

(Adaptación del Test del Instituto Nacional de Salud Mental, NIMH-USA)

Señalá, de 1 a 15, el puntaje que mejor representa tu situación actual. Utilizá las referencias del cuadro final para orientarte.

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**

1 - 3	Mínimo, dentro del rango normal, síntomas suaves. La persona puede resistir el ritual con poco esfuerzo. Casi nunca hay interferencia en las actividades diarias.
4 - 6	Subclínico, síntomas suaves que son visibles para el paciente y para el observador, causan moderada interferencia en la vida del paciente, y puede resistirlos empleando un mínimo periodo de tiempo. Fácilmente tolerable para otros.
7 - 9	Clínico, los síntomas causan una interferencia significativa en la vida del paciente, y pierde gran parte de su energía consciente en resistirlos. Requiere alguna ayuda de otros para realizar sus actividades diarias.
10 - 12	Severo, los síntomas son incapacitantes para el paciente, interfiriendo de manera tal en la actividad diaria que resulta en un "esfuerzo activo". El paciente puede perder todo su tiempo en resistir los síntomas. Requiere mucha ayuda de otros para su funcionamiento.
13 - 15	Muy Severo, los síntomas son completamente incapacitantes para el paciente, de forma que requiere supervisión profesional continua sobre sus comidas, sueño, etc. Tiene muy pobre capacidad de decisión, o la más mínima actividad requiere ayuda profesional, "lo peor que haya visto".

A mayor puntaje, las probabilidades de tener TOC aumentan.

El TOC constituye una enfermedad real. ¿Por qué lo aclaramos? Porque es común creer que obsesiones y compulsiones se deben a caprichos o extravagancias de quien las padece. "Tiene manías", suele decirse, "eso lo hace porque quiere". Nada más alejado de la verdad. A tal punto que la posibilidad de tener TOC depende en buena medida del legado genético de nuestros padres, abuelos y más lejanos ancestros. De acuerdo con numerosas investigaciones científicas, parece quedar claro que no tiene TOC quien quiere sino quien puede.

Sería banal y erróneo pensar que el TOC está de moda o es una enfermedad propia de la vida moderna. Las primeras descripciones de la sintomatología se remontan al siglo IX en Medio Oriente. Desde entonces, distintas ramas de la medicina, la psicología y la psiquiatría han abordado cuadros de diversa complejidad. En este libro, los doctores Pablo Resnik y Enzo Cascardo —autores de *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*— plantean todas las preguntas y todas las respuestas para explorar las manifestaciones, desde las leves a las más severas, y sugerir terapéuticas adecuadas.

ENZO CASCARDO - PABLO E. RESNIK

Son médicos psiquiatras y llevan más de quince años dedicándose a la atención, docencia e investigación en el campo de los trastornos de ansiedad.

Enzo Cascardo es presidente honorario de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (AATA) y presidente del Capítulo de Trastornos de Ansiedad de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Pablo Resnik fue secretario científico de la AATA y docente de los cursos de formación que allí se ofrecen a profesionales de la salud mental.

Ambos son activos disertantes en los congresos y seminarios de la especialidad que se llevan a cabo tanto en nuestro país como en América Latina. Las investigaciones que realizaron en conjunto en el campo de la ansiedad han sido publicadas en revistas científicas del país y del extranjero. Son autores, además del presente volumen, de la obra *Trastorno de ansiedad generalizada, clínica, diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva* y dirigen el Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad (CentroIMA), con sede en la ciudad de Buenos Aires. En 2015, publicaron *Ansiedad, estrés, pánico y fobias* (Ediciones B).

Resnik, Pablo
TOC / Pablo Resnik ; Enzo Cascardo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ediciones B, 2018.
Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-627-896-6

1. Psicología. I. Cascardo, Enzo. II. Título.
CDD 150

© Enzo Cascardo - Pablo E. Resnik, 2016
© De esta edición, Penguin Random House
como continuadora de Ediciones B Argentina S.A., 2016
Diseño de cubierta e interior: Donagh|Matulich

Edición en formato digital: julio de 2018
© 2018, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A.
Humberto I 555, Buenos Aires
www.megustaleer.com.ar

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*.
El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del *copyright* al no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores.

ISBN 978-987-627-896-6

Conversión a formato digital: Libresque

Índice

Toc. Obsesiones, compulsiones y rituales
Dedicatoria
Colaboradores
Epígrafe
Reconocimientos
Casos clínicos
Capítulo I. ¿Tengo TOC?
- ¿Qué es el TOC?
- ¿Cómo sé si tengo TOC?
- ¿Será TOC o solo ansiedad?
- ¿Puede ser que lo tenga y nunca me lo hayan diagnosticado?
- ¿Cómo se lo diagnostica?
- ¿Cualquiera puede tenerlo?
- ¿Es grave tener TOC?
- ¿Existen diferentes tipos de TOC?
- ¿Es posible adquirirlo como consecuencia de hábitos, crianza o imitación, aun en ausencia de factores biológicos predisponentes?
- ¿Cuál es la causa por la cual de dos hermanos solo uno desarrolle el TOC si han tenido los mismos padres y, por lo tanto, genética y crianza similares?
- ¿Cuánta gente tiene TOC? ¿De qué modo se presenta a nivel poblacional o estadístico?

Capítulo II. Obsesiones
- ¿A qué llamamos, exactamente, obsesión?
- ¿Se pueden tener obsesiones sin llegar a constituir un TOC?
- ¿Cómo sería un pensamiento intrusivo?
- ¿Cualquiera puede tener ideas intrusivas?
- ¿Puede ser que a causa del TOC uno evite determinadas situaciones?
- ¿Cómo diferencio una obsesión de una preocupación normal?
- ¿Cómo distingo una duda normal de una duda obsesiva?
- ¿Cuáles son las obsesiones más frecuentes?
- ¿Existen personas sin obsesiones en absoluto?

¿Soy así o estoy así?
¿La persona con TOC siempre reconoce el sinsentido de sus obsesiones o puede tomar esas ideas como razonables?
¿A qué se llama TOC con bajo insight?
¿Qué es la vacilación del insight?
¿Cómo nos cuenta el paciente sus obsesiones en las primeras consultas?
La evolución humana, ¿le debe algo a obsesiones y rituales?
¿Cómo se diferencia una obsesión de una idea delirante?
¿Todos los pensamientos repetitivos son obsesiones?
¿Los niños pueden tener obsesiones?
El temor de hacer algo inadecuado por impulso, como lastimar, insultar o proferir obscenidades, ¿puede transformarse en obsesión?
¿Cuáles son las obsesiones de contenido agresivo? ¿Pueden llevarnos a cometer un acto real de violencia?
¿Qué son las obsesiones de contaminación?
¿Qué tipos de obsesiones de contenido sexual puede haber?
¿Cómo serían las obsesiones de duda?
¿Las obsesiones de duda y las compulsiones de chequeo son lo mismo?
¿Pretender que todo esté en perfecto orden y simetría es una obsesión?
¿Hay obsesiones por el aspecto físico?
¿Qué es el acopio o coleccionismo?
A mí a veces me vienen sonidos, segmentos musicales, palabras o monosílabos que se me repiten todo el día. ¿Eso puede ser obsesivo?
¿Puede ser que una preocupación excesiva por cumplimiento de preceptos religiosos, la moralidad o la ética sea síntoma de TOC?
¿Las ideas obsesivas son las mismas para todos?
¿Y por qué son esas y no otras? ¿Qué es lo que hace que algunos temas no sean afines a convertirse en obsesiones?
¿Hay enfermedades distintas del TOC que presenten obsesiones?
¿A qué se llama duda patológica?
¿Es posible que me sienta obsesionado por el hecho de estar obsesionado?
¿Qué son las obsesiones existenciales?
¿Los celos pueden transformarse en una obsesión patológica?
Capítulo III. Compulsiones
¿Qué son las compulsiones?
¿Compulsión y ritual, son la misma cosa?
¿Entonces, si no efectúo el ritual, la ansiedad no va a terminar nunca?

¿Cuál es la diferencia entre compulsión e impulso?
¿Qué es una compulsión mental? ¿Cómo se diferencia de la motora?
Siento la necesidad de lavarme las manos a cada rato: ¿eso sería una compulsión mental o motora?
Siempre tengo que estar comprobando no haber cometido algún error, o dicho algo inadecuado. ¿Eso es una compulsión?
¿Es algo compulsivo sentir la necesidad frecuente de confesar cosas?
¿Qué diferentes tipos de compulsiones o rituales existen?
Capítulo IV. Pensamiento mágico, religiosidad y TOC
¿A qué se denomina pensamiento mágico? ¿Cuál es su relación con el TOC?
Entonces, ¿cualquier persona que utilice el pensamiento mágico es obsesiva?
¿Cuál es el significado de obsesiones, rituales y supersticiones?
¿La religión, supersticiones y rituales constituyen un aspecto primitivo del hombre moderno?
La religiosidad en sí misma ¿podría tener que ver con el mundo obsesivo?
¿Existen verdaderas obsesiones de contenido religioso?
¿Cómo diferenciar las obsesiones con contenido religioso de la religiosidad verdadera?
Capítulo V. Psicoterapia
¿Existe un tratamiento efectivo para el TOC?
¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?
¿Podré superar las obsesiones?
¿Qué es la terapia cognitivo conductual?
¿Cuáles son los fundamentos en los cuales se basa la psicoterapia del TOC?
¿A que se denomina exposición con prevención de la respuesta (EPR)?
¿Cuál es el mecanismo por el cual actúa la exposición con prevención de respuesta (EPR)?
¿Pero, al no efectuar el ritual durante la EPR, es posible que la ansiedad no termine nunca?
¿Cómo se aplica la EPR?
¿Qué otras técnicas podemos aplicar en obsesiones y compulsiones?
¿Cuáles son las principales técnicas cognitivas?
¿Cuáles son las creencias irracionales más comunes de los pacientes con TOC?
¿En verdad es importante acompañar la terapia con medicación para recuperarse del TOC?

¿Es importante la participación de la familia en el tratamiento?
¿Cuáles son las principales dificultades con que se encuentra la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del TOC?
Capítulo VI. El cerebro obsesivo
¿Cuál es la relación de la mente con el cerebro?
¿A que llamamos aprendizaje en el contexto de las neurociencias?
¿El miedo se aprende?
¿Los rituales se aprenden?
¿Qué es la neuroplasticidad?
¿A qué se llama cerebro reptiliano o complejo R?
¿Qué pasa en el cerebro de las personas que tienen TOC? ¿Es una patología de origen psicológico u orgánico?
¿Cómo se producen, a nivel neurobiológico, los comportamientos y conductas repetitivas de las personas con TOC?
Capítulo VII. La medicación y TOC
¿Qué papel juegan los fármacos en el tratamiento?
¿El TOC se llega a curar con medicación? ¿Cuál es el grado de recuperación esperable?
¿Cómo actúan los psicofármacos?
¿Los psicofármacos modifican la actividad de los genes?
¿Cuáles son los fármacos indicados para el TOC?
¿Son seguros los medicamentos antiobsesivos? ¿Qué pasa en el embarazo?
¿Los niños con TOC también pueden ser tratados mediante fármacos?
¿Es verdad que se requieren dosis altas para que los fármacos antiobsesivos actúen?
¿Qué efectos adversos podrían presentarse?
¿Cuál es la duración del tratamiento farmacológico del TOC?
Capítulo VIII. A veces el TOC no viene solo…
¿El TOC se presenta siempre en forma aislada o también puede asociarse a otros trastornos?
¿Es frecuente la asociación con depresión? ¿Puede confundirse con un estado depresivo?
¿El TOC se puede asociar a un trastorno de ansiedad? ¿Los trastornos obsesivos compulsivos y de ansiedad generalizada se parecen?
¿Y qué hay al respecto de desórdenes de personalidad?
¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad...? ¿Una especie de TOC?

Apéndice I. El espectro obsesivo compulsivo
Trastorno dismórfico corporal
Hipocondría
Anorexia nerviosa y bulimia
Trastorno por tics
Sindrome de Gilles de la Tourette
Tricotilomanía
Trastorno por excoriación
Apéndice II. 10 claves para ganarle terreno al TOC
Apéndice III. Cuestionarios de autovaluación (¡la hora de la verdad!)
Apéndice III. Cuestionarios de autovaluación (¡la hora de la verdad!)
Cuestionario N° 1
Cuestionario N° 2
Cuestionario N° 3
Sobre este libro
Sobre los autores
Créditos

Índice

Toc. Obsesiones, compulsiones y rituales 2
Dedicatoria 4
Colaboradores 5
Epígrafe 6
Reconocimientos 7
Casos clínicos 10
Capítulo I. ¿Tengo TOC? 15
¿Qué es el TOC? 16
¿Cómo sé si tengo TOC? 20
¿Será TOC o solo ansiedad? 21
¿Puede ser que lo tenga y nunca me lo hayan diagnosticado? 22
¿Cómo se lo diagnostica? 23
¿Cualquiera puede tenerlo? 24
¿Es grave tener TOC? 26
¿Existen diferentes tipos de TOC? 27
¿Es posible adquirirlo como consecuencia de hábitos, crianza o imitación, aun en ausencia de factores biológicos predisponentes? 28
¿Cuál es la causa por la cual de dos hermanos solo uno desarrolle el TOC si han tenido los mismos padres y, por lo tanto, genética y crianza similares? 29
¿Cuánta gente tiene TOC? ¿De qué modo se presenta a nivel poblacional o estadístico? 30
Capítulo II. Obsesiones 32
¿A qué llamamos, exactamente, obsesión? 33
¿Se pueden tener obsesiones sin llegar a constituir un TOC? 37
¿Cómo sería un pensamiento intrusivo? 38
¿Cualquiera puede tener ideas intrusivas? 40
¿Puede ser que a causa del TOC uno evite determinadas situaciones? 42
¿Cómo diferencio una obsesión de una preocupación normal? 45
¿Cómo distingo una duda normal de una duda obsesiva? 47
¿Cuáles son las obsesiones más frecuentes? 50
¿Existen personas sin obsesiones en absoluto? 51
¿Soy así o estoy así? 52

¿La persona con TOC siempre reconoce el sinsentido de sus obsesiones o puede tomar esas ideas como razonables? 54
¿A qué se llama TOC con bajo insight? 55
¿Qué es la vacilación del insight? 57
¿Cómo nos cuenta el paciente sus obsesiones en las primeras consultas? 59
La evolución humana, ¿le debe algo a obsesiones y rituales? 62
¿Cómo se diferencia una obsesión de una idea delirante? 65
¿Todos los pensamientos repetitivos son obsesiones? 67
¿Los niños pueden tener obsesiones? 68
El temor de hacer algo inadecuado por impulso, como lastimar, insultar o proferir obscenidades, ¿puede transformarse en obsesión? 69
¿Cuáles son las obsesiones de contenido agresivo? ¿Pueden llevarnos a cometer un acto real de violencia? 70
¿Qué son las obsesiones de contaminación? 71
¿Qué tipos de obsesiones de contenido sexual puede haber? 72
¿Cómo serían las obsesiones de duda? 74
¿Las obsesiones de duda y las compulsiones de chequeo son lo mismo? 78
¿Pretender que todo esté en perfecto orden y simetría es una obsesión? 79
¿Hay obsesiones por el aspecto físico? 81
¿Qué es el acopio o coleccionismo? 82
A mí a veces me vienen sonidos, segmentos musicales, palabras o monosílabos que se me repiten todo el día. ¿Eso puede ser obsesivo? 83
¿Puede ser que una preocupación excesiva por cumplimiento de preceptos religiosos, la moralidad o la ética sea síntoma de TOC? 84
¿Las ideas obsesivas son las mismas para todos? 85
¿Y por qué son esas y no otras? ¿Qué es lo que hace que algunos temas no sean afines a convertirse en obsesiones? 86
¿Hay enfermedades distintas del TOC que presenten obsesiones? 87
¿A qué se llama duda patológica? 88
¿Es posible que me sienta obsesionado por el hecho de estar obsesionado? 89
¿Qué son las obsesiones existenciales? 92
¿Los celos pueden transformarse en una obsesión patológica? 93
Capítulo III. Compulsiones 95
¿Qué son las compulsiones? 96
¿Compulsión y ritual, son la misma cosa? 97
¿Entonces, si no efectúo el ritual, la ansiedad no va a terminar nunca? 98

¿Cuál es la diferencia entre compulsión e impulso? 100
¿Qué es una compulsión mental? ¿Cómo se diferencia de la motora? 101
Siento la necesidad de lavarme las manos a cada rato: ¿eso sería una compulsión mental o motora? 102
Siempre tengo que estar comprobando no haber cometido algún error, o dicho algo inadecuado. ¿Eso es una compulsión? 103
¿Es algo compulsivo sentir la necesidad frecuente de confesar cosas? 104
¿Qué diferentes tipos de compulsiones o rituales existen? 105
Capítulo IV. Pensamiento mágico, religiosidad y TOC 111
¿A qué se denomina pensamiento mágico? ¿Cuál es su relación con el TOC? 112
Entonces, ¿cualquier persona que utilice el pensamiento mágico es obsesiva? 116
¿Cuál es el significado de obsesiones, rituales y supersticiones? 117
¿La religión, supersticiones y rituales constituyen un aspecto primitivo del hombre moderno? 120
La religiosidad en sí misma ¿podría tener que ver con el mundo obsesivo? 122
¿Existen verdaderas obsesiones de contenido religioso? 124
¿Cómo diferenciar las obsesiones con contenido religioso de la religiosidad verdadera? 126
Capítulo V. Psicoterapia 128
¿Existe un tratamiento efectivo para el TOC? 129
¿Qué puedo hacer para sentirme mejor? 130
¿Podré superar las obsesiones? 131
¿Qué es la terapia cognitivo conductual? 132
¿Cuáles son los fundamentos en los cuales se basa la psicoterapia del TOC? 133
¿A que se denomina exposición con prevención de la respuesta (EPR)? 135
¿Cuál es el mecanismo por el cual actúa la exposición con prevención de respuesta (EPR)? 136
¿Pero, al no efectuar el ritual durante la EPR, es posible que la ansiedad no termine nunca? 138
¿Cómo se aplica la EPR? 139
¿Qué otras técnicas podemos aplicar en obsesiones y compulsiones? 141
¿Cuáles son las principales técnicas cognitivas? 143
¿Cuáles son las creencias irracionales más comunes de los pacientes con TOC? 144
¿En verdad es importante acompañar la terapia con medicación para recuperarse del TOC? 145
¿Es importante la participación de la familia en el tratamiento? 146

¿Cuáles son las principales dificultades con que se encuentra la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del TOC? 147
Capítulo VI. El cerebro obsesivo 148
¿Cuál es la relación de la mente con el cerebro? 149
¿A que llamamos aprendizaje en el contexto de las neurociencias? 151
¿El miedo se aprende? 153
¿Los rituales se aprenden? 154
¿Qué es la neuroplasticidad? 155
¿A qué se llama cerebro reptiliano o complejo R? 156
¿Qué pasa en el cerebro de las personas que tienen TOC? ¿Es una patología de origen psicológico u orgánico? 158
¿Cómo se producen, a nivel neurobiológico, los comportamientos y conductas repetitivas de las personas con TOC? 160
Capítulo VII. La medicación y TOC 161
¿Qué papel juegan los fármacos en el tratamiento? 162
¿El TOC se llega a curar con medicación? ¿Cuál es el grado de recuperación esperable? 163
¿Cómo actúan los psicofármacos? 164
¿Los psicofármacos modifican la actividad de los genes? 165
¿Cuáles son los fármacos indicados para el TOC? 166
¿Son seguros los medicamentos antiobsesivos? ¿Qué pasa en el embarazo? 167
¿Los niños con TOC también pueden ser tratados mediante fármacos? 168
¿Es verdad que se requieren dosis altas para que los fármacos antiobsesivos actúen? 169
¿Qué efectos adversos podrían presentarse? 170
¿Cuál es la duración del tratamiento farmacológico del TOC? 172
Capítulo VIII. A veces el TOC no viene solo… 173
¿El TOC se presenta siempre en forma aislada o también puede asociarse a otros trastornos? 174
¿Es frecuente la asociación con depresión? ¿Puede confundirse con un estado depresivo? 175
¿El TOC se puede asociar a un trastorno de ansiedad? ¿Los trastornos obsesivos compulsivos y de ansiedad generalizada se parecen? 176
¿Y qué hay al respecto de desórdenes de personalidad? 177
¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad...? ¿Una especie de TOC? 178

Apéndice I. El espectro obsesivo compulsivo 180
Trastorno dismórfico corporal 181
Hipocondría 184
Anorexia nerviosa y bulimia 185
Trastorno por tics 186
Sindrome de Gilles de la Tourette 187
Tricotilomanía 188
Trastorno por excoriación 189
Apéndice II. 10 claves para ganarle terreno al TOC 190
Apéndice III. Cuestionarios de autovaluación (¡la hora de la verdad!) 194
Apéndice III. Cuestionarios de autovaluación (¡la hora de la verdad!) 195
Cuestionario N° 1 196
Cuestionario N° 2 201
Cuestionario N° 3 205
Sobre este libro 207
Sobre los autores 208
Créditos 209