

TERAPIA COGNITIVA PARA EL TOC. VARIOS AUTORES

Traducción-adaptación. Elia Roca. Más información: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520> y eliar@cop.es

CORRECCION DE LAS EVALUACIONES ERRONEAS DE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS.

Freeston, Rhéaume y Ladouceur, 1996 Behav. Res. Ther

Significado de abreviaturas

PO= pensamiento obsesivo= pensamiento absurdo e inofensivo (aunque puede parecer desagradable)

IC= interpretación catastrofista de tu PO = creer que tu PO **es peligroso** o que **no puedes soportarlo** y creer **tienes que hacer algo para librarte de él** o de sus consecuencias

PRINCIPALES IDEAS IRRACIONALES DEL TOC

- Evaluación errónea-catastrofista del pensamiento obsesivo (en adelante, PO) como: **peligro** para uno mismo o para otros.
- El afectado se cree **responsable de que ocurra** dicho peligro (por tener el PO) **o de prevenirlo** con rituales (o impidiendo que tenga lugar el PO, evitando las situaciones en que ocurre).

Los PO suelen ser de tipo agresivo, sexual, somático o religioso.

También pueden ser preocupaciones por la contaminación, la ambigüedad o las dudas acerca de acciones pasadas.

También influyen las expectativas acerca de tener el PO, las ideas acerca del control y las IC acerca del significado del PO

Otros pensamientos problemáticos típicos del TOC serían:

- me pondré ansioso,
- no podré controlar mis PO
- los PO me alterarán
- necesito saber que significa este PO
- pensar tanto en eso, significa que me estoy volviendo loco
- tener estos pensamientos es peligroso para mi y para otros
- si aparecen estos pensamientos, seré incapaz de hacer las cosas que debo hacer
- tener estos pensamientos significa que puedo perder el control y ser violento
- si tengo estos pensamientos, nunca podré superarlo
- tener estos pensamientos significa que soy una mala persona
- si tengo un pensamiento violento, significa que puedo llegar a hacer lo que pienso
- si aparece el PO me pondré muy nervioso
- si pienso en ello, se incrementan las posibilidad de que ocurra
- uno debería ser siempre capaz de controlar lo que piensa
- si pienso estas cosas es porque no soy normal

- si vuelve ese pensamiento tendré que seguir dominado por él hasta que consiga vencerlo
- si empiezo a pensar en ello, puede que nunca pueda dejar de pensarlo
- si pienso mucho en ello, significa que es algo muy importante
- si aparece el PO mientras estoy haciendo algo, seré incapaz de seguir mi actividad en forma aceptable

TECNICAS COGNITIVAS. Se usan para:

- Facilitar la exposición: para ello se analizan las preocupaciones del paciente acerca del poder de los pensamientos en producir conductas, la responsabilidad y su naturaleza, y las consecuencias de la ansiedad.
- Complementar la exposición: integrando la nueva información generada por la exposición, ayudando a la generalización, y ayudando a prevenir recaídas.

FASE PSICOEDUCATIVA.

Explicar:

- Prevalencia del TOC
- Prevalencia de pensamientos intrusivos en la población general que no busca tratamiento (darles un listado de pensamientos intrusivos comunes en la población general).
- Diferencias entre la población general y los que tienen TOC. La diferencia no está en la presencia de PO sino en el grado de malestar, ansiedad y esfuerzos por eliminarlos (así como en su frecuencia y duración).
- Explicarles el modelo cognitivo incluyendo el papel de la exposición y la prevención de respuesta (ver resumen SXXI).
- El modelo cognitivo personalizado, poniendo un ejemplo del propio paciente.

Así le proporcionamos una explicación alternativa no-patológica de su problema, y le ayudamos a reformularlo en forma más realista-tranquilizadora.

Ejemplo:

Si un paciente tiene el PO de hacer daño y la interpretación catastrofista: “Si pienso esto es porque soy malo y sería capaz de hacerlo”.

Se cambia a la interpretación realista: “Tengo estos pensamientos tontos-absurdos y los interpreto en forma que me ponen nervioso”.

La exposición puede conceptualizarse como experimento conductual para comprobar sus predicciones catastrofistas, por ej., si piensa: “La ansiedad no bajará si no hago el ritual”, o “Pensar eso significa que ocurrirá”, lo animamos a ponerlo a prueba, anotándolo en un registro.

Se identifican ejcs. específicos de PO y de IC del paciente, que le llevan a la ansiedad y a los rituales

Al identificar el PC podemos usar la técnica de la flecha hacia abajo (traducirlo a su esencia), preguntándole: ¿y qué pasaría si...? Y ¿qué significa si...? , etc.

Así le ayudamos a analizar las consecuencias de su PC, inmediatas y a largo plazo

De este modo solemos descubrir suposiciones subyacentes como exagerar la responsabilidad, etc.

Las evaluaciones de daño muchas veces se basan en suposiciones erróneas acerca de la probabilidad y la severidad de las consecuencias.

Una vez identificadas las suposiciones erróneas, se aplican técnicas cognitivas (se describen después).

Hay que analizar constantemente los experimentos conductuales. Así, si el paciente evita un experimento conductual, averiguar a qué se debe. Ejs.:

- un experimento para poner a prueba sus sentimientos de responsabilidad puede darle demasiado miedo si su creencia sobre la probabilidad de que se produzca el daño, es demasiado alta .
- si las consecuencias de las que se cree responsable son demasiado terribles, puede evitar la tarea aunque la probabilidad de que ocurra lo que teme le parezca muy pequeña.

Las suposiciones subyacentes (la esencia del pensamiento manifiesto), a veces es difícil de identificar en el primer intento, porque el paciente puede evitar pensar o hablar de esos temas (a veces lleva años evitándolo).

Esos temores pueden relacionarse con temor a que le hospitalicen, le separen de sus hijos, etc.

A veces, el pensamiento “necesito controlar mis pensamientos” lleva un añadido que puede pasar inadvertido incluso para él mismo “o de lo contrario...” (perderé el control, me volveré loco,...).

Al indagar para sacar a la luz sus IC, ayudarle a diferenciar entre esperar hacer algo y estar preocupado por hacerlo.

A veces se produce un proceso similar a pelar una cebolla (el paciente puede decir “sobre lo que hablamos en la sesión anterior acerca de cual era mi principal preocupación, en realidad lo que más temo no es lo que le dije, sino...”) hasta que se llega a identificar de verdad cuál es su principal preocupación.

Cuando surge un PO nuevo, lo más probable es que haya una suposición subyacente común al anterior. Por tanto, volver a revisar el modelo y a buscar las ideas irracionales básicas

Analizar las preocupaciones que son poco probables y los detalles sutiles, suele estar contraindicado

Procurar que la información que les damos no la tomen como reaseguración y se convierta en excusa para transferir la responsabilidad al terapeuta.

Ayudar al paciente a generar nueva información, por ej., preguntándole cómo pensaría o actuaría en una situación como esa una persona respetada o admirada por él, alguien concreto: un colega, familiar, vecino, amigo, etc.

El análisis de pequeños detalles suele dirigirse a la probabilidad o causalidad de las consecuencias temidas

Cuidar de tener también en cuenta: la responsabilidad, la sobrevaloración de los pensamientos, y la necesidad de certeza, que son cruciales en el TOC

Lo principal es diseñar experimentos conductuales apropiados que permitan al paciente poner a prueba las hipótesis alternativas propuestas por el terapeuta.

Otro problema potencial es la propensión de algunos pacientes a incorporar técnicas cognitivas en su repertorio de compulsiones.

Ayudarle a diferenciar cuando están utilizando bien las técnicas o cuando las usan como evitación o compulsión

Una forma de diferenciarlo es darte cuenta de que si es compulsión tiende a repetirla en forma estereotipada cada vez que aparece el PO. Por tanto, si repite el análisis cognitivo o las autoinstrucciones o imágenes tranquilizadoras, cada vez que afronta situaciones temidas, o cada vez que aparece el PO temido, es probable que este utilizándolas como ritual

La búsqueda excesiva de información o los intentos de que le repitamos una información que ya le hemos dado y que ya ha comprendido, también hacen sospechar de que sea una conducta neutralizadora.

En caso de duda, hacer exposición al PO o a la situación que tiende a evitar.

Al inicio del tratamiento, el paciente no cree que exista una forma alternativa de evaluar sus PO y su problema

Los pacientes pueden estar de acuerdo en que la interpretación alternativa es lógica y pueden aceptarla a nivel intelectual, pero seguir creyendo que su forma de ver las cosas es la correcta y que no puede cambiar

Es mejor no forzarles a cambiar sus creencias inmediatamente, y mostrarse dispuesto a aceptar y considerar ambos puntos de vista. Proponer llegar a un acuerdo para revisar las evidencias a favor y en contra de cada una (tal como hace la TC estándar)

Para mostrarle la posibilidad de que las creencias pueden cambiarse, se revisa cómo ha cambiado algunas, porque comprobó que eran falsas, inútiles o peligrosas. Por ej., la existencia de los reyes magos, y otras que pueden ser relevantes para algunos: la creencia de que fumar no hace daño, los hábitos dietéticos, las creencias religiosas, la utilización del cinturón de seguridad o el casco de la moto,...

Al revisar algunas de estas creencias que el paciente haya cambiado en su vida, le ayudamos a creerse que las creencias pueden cambiarse voluntariamente, cuando descubrimos que son falsas o perjudiciales

Algunos pacientes son reacios a admitir que están mejorando, porque creen (supersticiosamente) que eso les puede llevar a una recaída. Esa fusión pensamiento-acción puede cuestionarse de diversas formas como veremos después. También se les explica qué hacer si alguna vez experimentan una recaída

5 TIPOS DE IDEAS IRRACIONALES EN EL TOC Y ESTRATEGIAS PARA ABORDARLAS

1. Sobreestimar la importancia de los pensamientos. Y sus derivados: pensamiento cartesiano distorsionado, fusión pensamiento-acción, y pensamiento mágico).
2. Responsabilidad exagerada: considerar que ciertos sucesos están bajo el control del sujeto (y las consecuencias que se derivan de ello).
3. Necesidad de buscar un estado perfecto, con absoluta: certeza, plenitud, control sobre los propios pensamientos y conductas,...).
4. Sobreestimar la probabilidad de sucesos negativos y las consecuencias que tendrían si ocurriesen.
5. Creer que la ansiedad experimentada a raíz de los PO es inaceptable o peligrosa.

A veces están mezclados. Frecuentemente predomina un tipo. Ej., las obsesiones referidas a daños, pueden incluir cierto grado de fusión pensamiento-acción.

Las dudas acerca de posibles errores pueden incluir la sobrestimación de la probabilidad y severidad del peligro, el pensamiento mágico y/o la exageración de la responsabilidad.

1. SOBRESTIMAR LA IMPORTANCIA DEL PENSAMIENTO

También se le llama razonamiento cartesiano distorsionado, fusión pensamiento-acción o pensamientos mágicos o supersticiosos.

RAZONAMIENTO CARTESIANO DISTORSIONADO

Es la idea de que la mera presencia de un pensamiento tiene que conferirle algún estatus:

Esto debe ser importante ¿por qué? porque pienso mucho en ello

↑

↓

¿Por qué pienso tanto en ello? porque es importante

Le explicamos la circularidad de ese pensamiento utilizando un dicho popular, por ej.:

“la gente compra mucho pan del horno de Pepe, porque está recién hecho”

↑

↓

“el pan del horno de Pepe está recién hecho, porque la gente compra mucho allí”

Otras variantes de este tipo de pensamiento irracional:

- “si pienso acerca de esto, es porque, en el fondo, lo deseo”.
- “esto muestra mi verdadera naturaleza” .
- “esto muestra que el demonio está dentro de mí”.

El modelo cognitivo se utiliza para explicar cómo la supresión de pensamientos puede explicar el incremento de PO no-deseados.

Pueden llevarse a cabo experimentos conductuales utilizando la supresión del pensamiento, para aumentar la ocurrencia de ese pensamiento, no solo en ese momento (efecto rebote) sino también en los días siguientes (comprobarlo mediante registros).

Una forma de experimento conductual para poner a prueba la idea “si pienso repetidamente en algo es porque es importante” es proponerle que, durante un tiempo, no piense en algo -algo sin importancia previamente elegido-. Ver y aplicar experimento del camello del resumen de SXXI.

También pueden usarse experimentos con la atención para mostrar que si decides arbitrariamente que algo es importante, eso puede aumentar su saliencia y el grado de preocupación que te produce

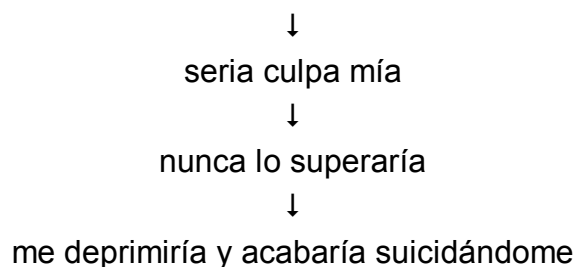
Con los PO somáticos, pedimos al paciente que se centre intensamente en una zona corporal que, previamente, no asociaba a sus obsesiones (ej., la punta de su nariz), y que monitorice la preocupación que nota seguidamente

PROBABILIDAD - FUSIÓN PENSAMIENTO-ACCION

Una mujer tenía imágenes terroríficas de su esposo en un accidente de coche y rezaba para contrarrestar esa imagen cada vez que aparecía.

Usando la técnica de la flecha hacia abajo se fue descubriendo que, para ella significaba:

Si imagino a mi esposo teniendo un accidente y no rezo cada vez, él podría tener un accidente



La principal suposición subyacente era la de que los pensamientos pueden incrementar la probabilidad de un suceso (es decir, los pensamientos pueden causar sucesos).

En esta forma de fusión pensamiento-acción, se halla presente la responsabilidad y esta hace las consecuencias aún más terribles.

Una forma de disconfirmar la creencia de que los pensamientos pueden ocasionar sucesos es a través de experimentos conductuales:

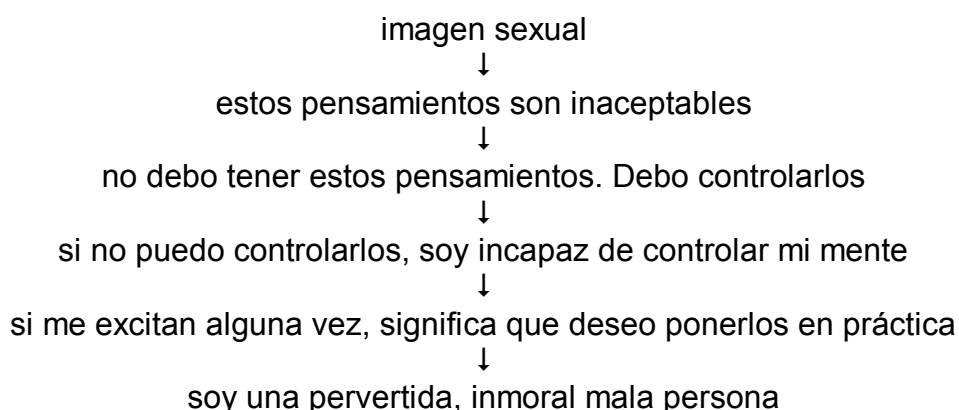
- comprar un billete de lotería y pasar toda la semana pensando e imaginando que le va a tocar
- imaginar que va a estropearse un aparato domestico, ej., una tostadora, o que vas a matar un pez de colores mediante el pensamiento.

Generalmente, aunque el paciente no lleve a cabo las tareas, el mero hecho de plantearse las le ayuda a darse cuenta de que su creencia es absurda. Y si las lleva a cabo es más eficaz.

MORAL- FUSIÓN PENSAMIENTO-ACCIÓN

Se basa en la idea de que pensar algo negativo es tan probable como hacerlo. Ej., una joven tenía imágenes sexuales inaceptables, desde su temprana adolescencia

La técnica de la flecha hacia abajo mostró que:



La principal suposición en este ejemplo es la de que los pensamientos son inaceptables y moralmente equiparables a acciones.

En estos casos hay que:

- informarles de que un amplio rango de estímulos eróticos novedosos, principalmente los tabúes, no-relacionados con las preferencias sexuales, pueden producir excitación sexual.
- analizar la relación que existe entre la ansiedad y la excitación sexual.

- leer un libro como “mi jardín secreto” de Nancy Friday que recoge un compendio de fantasías sexuales para que comprenda que las mujeres pueden tener fantasías sexuales muy variadas y le ayudase a ver las suyas como normales.

Para diferenciar entre pensamientos y acciones se hizo lo siguiente:

- se le pidió que identificase pensamientos sexuales aceptables que no desease llevar a cabo.
- se definió la moral como una elección activa de actuar o no según diversas opciones posibles, y de acuerdo con ciertos valores o principios.
- Por tanto, la ocurrencia de pensamientos no-deseados no se relaciona con la moralidad.

Una forma muy eficaz de “normalizar los pensamientos es pedir al paciente que hable con algunas personas de confianza acerca de los pensamientos extraños que experimenta (suelen ser reacios a hacerlo).

PENSAMIENTOS SUPERSTICIOSOS O MAGICOS

Son una forma particularmente fuerte de fusión pensamiento-acción, en que, por ej., ciertos números, letras, colores, etc., se asocian con determinados peligros o con la prevención de los mismos. Esto les lleva a realizar rituales, o a evitar objetos, conductas o sucesos que contengan el número (letra, etc.) “peligroso”.

Hemos encontrado que este tipo de evaluación es particularmente difícil de modificar por diversas razones:

- el nivel de convicción es muy alto, en algunos casos se podría considerar como el subtipo de “escaso insight” propuesto por el DSM-IV.
- las catástrofes temidas suelen referirse a miembros de la familia, y las consecuencias temidas son demasiado terribles (subjektivamente) para que se arriesgue a establecer cambios.
- en la mayoría de casos, la fusión pensamiento-acción es una mezcla de posible causalidad (por los mecanismos normales) pero exagerando la probabilidad de que ocurra lo que teme por el mecanismo de fusión-pensamiento-acción.
- en su forma más extrema, supone un mecanismo ajeno a cualquier posibilidad real de causalidad, existiendo solo la fusión-pensamiento-acción.
- el paciente mantiene que la responsabilidad de que la catástrofe ocurra o no, es suya, o en el caso en que también concurren otros factores, el mantiene la principal responsabilidad.
- el hecho de que el posible daño no sea inminente, sino que pueda ocurrir en un futuro indeterminado (más o menos lejano) dificulta el que podamos ponerlo a prueba.

Por todo ello, es difícil diseñar experimentos conductuales que sean aceptables para el paciente, o que si le parecen aceptables le parezcan convincentes para disconfirmar su creencia. Y además, estos pacientes son más reacios a llevar a cabo exposición.

Un abordaje útil en ocasiones, es centrarse en la naturaleza arbitraria de algunas asociaciones entre el número (letra, color, etc.) y el peligro o la prevención de este.

Alternativamente dar al paciente un breve descanso (vacaciones) para su responsabilidad (asumiéndola el terapeuta) puede capacitarle para aprender a manejar el pensamiento mágico.

2. RESPONSABILIDAD*

La Responsabilidad en el TOC, es el pensar que uno es responsable de que ocurra lo que teme.

El grupo de Oxford, liderado por Salkovskis incluye buena parte de lo que se llama sobreestimación del pensamiento (que hemos visto en el apartado anterior) en el pensamiento distorsionado de responsabilidad.

Podemos considerar los pensamientos sobrevalorados y la responsabilidad como 2 tipos diferentes de evaluaciones erróneas, que, en ocasiones, están relacionadas.

Las estrategias más útiles para poner a prueba las evaluaciones de responsabilidad son las siguientes:

HACERSE CONSCIENTE

Se trata de que el paciente se haga consciente (p. ej., mediante autorregistros) de las situaciones en que asume una responsabilidad irracional. La alteración emocional suele ser la mejor ayuda para detectarlo.

TRANSFERIR TEMPORALMENTE LA RESPONSABILIDAD AL TERAPEUTA O A OTROS

Cuando el paciente asume una excesiva responsabilidad por un suceso específico, una forma de ayudarlo a darse cuenta es transferir temporalmente esa responsabilidad al terapeuta, mediante un contrato, para cualquier daño que pueda ocurrir en un periodo de tiempo concreto. Después, se monitorizan los pensamientos, conductas y reacciones y se comparan con un periodo similar, cuando se devuelva la responsabilidad al paciente.

Otra demostración, menos formal, que se ha mostrado útil, es que el paciente haga una predicción de sus reacciones (cognitivas, emocionales y conductuales) cuando transmita la responsabilidad a otra persona. Ej., se le pregunta ¿si pagases un millón a otra persona para que se haga cargo de la responsabilidad, seguirías necesitando hacer compulsiones?

ACTUAR COMO ACUSADOR Y COMO DEFENSOR DE LA IDEA IRRACIONAL

Otra forma de poner a prueba sus creencias es hacer que el paciente actúe como abogado acusador de su propia idea irracional, y después como defensor. El terapeuta hace de juez.

Muchas veces el paciente encuentra más difícil actuar como “acusador” que como defensor, ya que al hacer de defensor, la única evidencia que apoya su idea irracional de culpa-responsabilidad, es el razonamiento emocional (basado en su propio sentimiento de culpa-responsabilidad).

El terapeuta hace de juez y no acepta ninguna “prueba” que sea poco seria (ej., los rumores) ni ningún argumento irracional. Pregunta una y otra vez al acusador ¿Cuáles son los hechos?

Así, después de interpretar los dos roles el paciente puede considerar y comparar los dos puntos de vista opuestos.

Esto también le ayuda a darse cuenta de que las cosas pueden evaluarse en diferentes formas, es decir, de la naturaleza modificable de las creencias y opiniones.

3. PERFECCIONISMO

* Oppen y Arntz (1994), y Lopatka y Rachman (1995) explican como disconfirmar la responsabilidad. Buscarlos

El perfeccionismo en el TOC tiene diferentes formas pero comparten la idea de que puede existir un estado perfecto.

Las obsesiones de simetría, plenitud, justicia, etc., son las más conocidas.

Pero el perfeccionismo también es común, en pacientes con rituales encubiertos, y en aquellos preocupados por la certeza, el conocimiento o el control.

Un abordaje útil es hacer una lista de ventajas e inconvenientes de intentar hacer las cosas a la perfección.

Por ejemplo, con un paciente que quería comprender y recordar perfectamente todo lo que leía se hizo la siguiente lista:

Ventajas e inconvenientes de intentar comprender y recordar todo lo que leo a la perfección

ventajas

- mayor certeza acerca de algunas cosas

inconvenientes

- dudas
- frustración
- sensación de ineficacia
- puedo leer menos
- pierdo el placer por la lectura
- me preocupo y eso me distrae
- fatiga

Después, se analizó la validez de las ventajas pidiéndole que identificara el nº de veces que estaba seguro de todo lo que había leído. Tal como se había previsto respondió que casi nunca. Por tanto, se dio cuenta de que las supuestas ventajas no ocurrían casi nunca, mientras que los inconvenientes los sufría constantemente

4. NECESIDAD DE CERTEZA

Un estudiante con obsesiones relacionadas con ambigüedades se obsesionaba con no comprender perfectamente las cosas que leía. Esto le llevaba a:

- leer más lentamente
- encontrar menos placer
- distraerse con otras tareas al intentar comprobar lo que había comprendido, explicándose a sí mismo lo leído

Sus pensamientos subyacentes eran:

Si no comprendo algo de lo que leo es como si no comprendiese nada



acabare siendo incapaz de comprender algo



por tanto, suspenderé

Se abordó en las siguientes formas:

- análisis del pensamiento dicotómico “si no comprendo una cosa es como si no comprendiese nada”
- listar ventajas e inconvenientes de intentar comprenderlo todo a la perfección

Este análisis facilitó el que después se pudiesen abordar y modificar sus creencias irracionales, mediante la exposición y la prevención de respuestas

Para disconfirmar su predicción “si no puedo recordar todo lo que leo, no podré aprender lo que necesito” se diseñó un experimento conductual, en el que se dividieron las lecturas en 3 tipos:

- cosas que solo hay que leer por encima (publicidad, diarios, etc.)
- cosas que hay que leer y recordar en términos generales, ej., lecturas por placer
- cosas que hay que leer y comprender bien (material para examen, material importante profesional, etc.)

En la 1ª categoría, las cosas hay que leerlas con rapidez. En la 2ª regular, y en la 3ª lenta y detalladamente como él solía hacer.

Así comprobó que leer le resultaba más agradable, leía más deprisa, se distraía menos y recordaba mejor (ya que leía más y no tenía interferencias debidas a sus preocupaciones perfeccionistas)

El deseo perfeccionista de certeza absoluta puede tomar otras formas. Veremos un ej., en que están involucradas 2 o más creencias irracionales simultáneamente.

Un profesor de 38 años tenía diversas obsesiones sobre el daño que podían sufrir diferentes personas en situaciones muy poco probables. Ej., un niño podía caer en una sepultura vacía y ser enterrado vivo, un bebé podía ser dejado en el congelador de un supermercado, o un anciano podía estar agonizando en la cuneta de una carretera. Estas obsesiones se desencadenaban cuando tenía la duda de haber visto algo que pudiese interpretarse como una de esas personas en peligro.

El paciente estaba perplejo ante la incesante corriente de fuentes de potencial desastre (que aparentemente no tenían ninguna relación entre sí) y que él tenía que prevenir.

Las neutralizaciones consistían en “pasar la película” (running the film) transfiriendo la responsabilidad a otros, hallando razones para convencerse de que no podía ir a hacer comprobaciones y conductas ocasionales de comprobación.

Las intervenciones iniciales se centraron en 2 aspectos:

1) el amplio rango de obsesiones fueron analizadas según sus temas comunes: sucesos estadísticamente muy poco probables que podían ocurrir a personas de cierta edad (no entre 15 y 50 años). Se resumieron en una sola obsesión general en la que el paciente “rellenaría un cheque en blanco” (would “fill in the blanks”) según la situación. Ej: *”pienso que he visto algo pequeño que se mueve cerca de una zanja que podría ser un niño, que podría caer y ser enterrado vivo. Y pienso que yo sería responsable por no salvarle y que me sentiré culpable toda mi vida*

Esta intervención ayudó al paciente a obtener cierto sentido de control

A continuación se identificó la *excesiva responsabilidad* diferenciando entre ser un buen ciudadano y un ángel guardián: el 1º respondería adecuadamente cuando por ej., viese a alguien realmente herido, mientras que el 2º debería intentar estar seguro de que nadie estaba en peligro y pensar en las más improbables posibilidades de evitar cualquier peligro.

Usando la técnica del pastel con una serie de obsesiones el paciente fue capaz de atribuir la responsabilidad más adecuadamente.

Esas 2 intervenciones tuvieron algún efecto en de capacitar al paciente para que dejase de transferir responsabilidad a otros, normalmente a su esposa, y de neutralizar cognitivamente (intentando recordar lo que había visto o dándose razones para autoconvencerse de que no podía hacer comprobaciones, para así disminuir su responsabilidad).

Pese a sus adecuadas evaluaciones de responsabilidad y su aceptación de que sus temores eran muy poco probables, permanecía preocupado por el hecho de que nunca lo sabría con seguridad “Sé que es altamente improbable que ocurra y que, aunque ocurriese, mi responsabilidad sería mínima; pero nunca sabré con seguridad si había alguien en peligro”.

De hecho, en algunos casos, su principal preocupación era no conocer con certeza si la supuesta víctima estaba viva o muerta.

Las obsesiones más intensas ocurrían en momentos en que no podía hacer comprobaciones. Por ej., cuando el hoyo estaba tapado o cuando retornaba a casa después de días festivos. Incluso pensaba que, en días anteriores, podía haber observado algo que quizá indicaba que alguien estaba en peligro.

En ocasiones, lo que más le preocupaba es la duda acerca de si él había visto algo o no. Si su temor hubiese sido real, la persona ya habría estado muerta. Y si la responsabilidad hubiese sido su principal preocupación, hubiese intentado hacer comprobaciones.

La técnica más eficaz para poner a prueba la creencia de que la certeza es necesaria es plantear la prevención de respuesta como un experimento conductual en el que el paciente observaba su “necesidad de conocer con seguridad”. Cuando aparecía una obsesión, el asumía el riesgo de no actuar según ella (ej., no llevar a cabo compulsiones físicas o mentales para la certeza, o la responsabilidad) y centrar su atención en qué ocurría con su “necesidad de certeza”.

En cada ocasión que se resistió a neutralizar, su necesidad de certeza respecto a un suceso dado, disminuía hasta desaparecer y no retornaba pese a sus temores a que se volviese más fuerte por la falta de certeza.

Cada uno de esos eventos se iba añadiendo a la lista de “cosas que no necesito saber con certeza”.

Este ej., plantea la pregunta acerca de qué es más fundamental en casos como este, ¿la necesidad de certeza absoluta o la responsabilidad?

Hemos visto casos de responsabilidad sin necesidad de certeza absoluta, pensando algo similar a: “Si no soy responsable, no necesito tener certeza”.

También hemos visto casos en que la ambigüedad misma era lo más aversivo, lo que “no podía soportar”, sin que tuviese un papel importante las consecuencias. Pensando, por ej., “No puedo soportar la ambigüedad. No me siento bien hasta que la resuelvo o hasta que algo consigue distraerme”.

Ambas actitudes irracionales están presentes en el ej., anterior y ambas necesitan ser abordadas.

Con las dos (la responsabilidad y la necesidad de certeza absoluta) podemos llevar a cabo experimentos conductuales. Por ej:

- 1) cometer algún pequeño error adrede, cambiar un hábito rígido o provocar situaciones ambiguas
- 2) predecir las consecuencias negativas específicas que piensa que tendrán lugar, comparándolas después con lo que realmente ocurre.

Cuando estos experimentos se llevan a cabo en forma adecuada, capacitan al paciente para llevar a cabo predicciones más realistas y para cambiar creencias más básicas-generales.

5. NECESIDAD DE CONTROL

Generalmente la necesidad de control, especialmente de controlar los pensamientos, se sitúa en un nivel intermedio y tras cuestionarlas suelen aparecer ideas relacionadas con la fusión pensamiento-acción, responsabilidad o predicciones catastróficas.

Sin embargo, en casos excepcionales, la necesidad de control es un fin en sí misma.

Por ej., un paciente evitaba ciertas actividades agradables porque en ellas solían aparecer pensamientos intrusivos, de contenido no relacionado, (cuyo contenido no necesariamente era desagradable desde un punto de vista objetivo) que le impedían disfrutar de la actividad.

Esta idea fue puesta a prueba examinando la posibilidad de controlar los pensamientos mediante experimentos conductuales de concentrarse en, o de eliminar, un pensamiento (intentado pensar exclusivamente en algo o y después intentando no pensar en ello).

Después se examinaron las ventajas e inconvenientes de mantener esa creencia.

En tercer lugar se instruyó al paciente en que para que predijera su grado de disfrute de la actividad, realizase la actividad independientemente de que apareciesen los PO y después comprobase el grado de placer obtenido.

Al trabajar con pacientes perfeccionistas conviene que el terapeuta sea más flexible a la hora de asignar tareas, en parte para modelar que no es necesario ni conveniente ser tan perfeccionista (coping mejor que mástery).

Por tanto, ayudarle a evitar las autocríticas, la desmoralización y el abandonar metas por el temor a que no salgan del todo bien. El éxito debe ser definido como hacerlo lo mejor que buenamente puedas.

Algunos pacientes se plantean unas metas perfeccionistas en el tratamiento por las que esperan no volver a experimentar jamás pensamientos obsesivos. Hay que recordarle que eso no es posible ni deseable. Dejar claro que las autoexigencias son contraproducentes.

6. EXAGERAR LAS AMENAZAS

Este tema ha sido tratado por Oppen y Arntz (1994). Lo resumimos aquí, brevemente.

A nivel teórico, sobreestimar la probabilidad y severidad de los resultados negativos no es específico del TOC, sino de cualquier trastorno de ansiedad.

En el TOC, esas IC se refieren a resultados de los que el paciente se siente responsable.

Por tanto, la sobreestimación de amenaza está en la base de las evaluaciones de responsabilidad.

Puede ser útil centrarse en la sobreestimación de amenaza para predecir consecuencias más realistas, y para facilitar que lleve a cabo: experimentos conductuales, exposición y prevención de respuesta.

Pero las evaluaciones realistas de la severidad y probabilidad de los resultados, es improbable que sean suficientes para o que se produzcan ganancias terapéuticas estables, a menos que sus creencias de responsabilidad, necesidad de certeza, o sobrevaloración de sus pensamientos, no son puestos a prueba y modificados.

Algunos “escenarios” visualizados por los pacientes con TOC son tan catastróficos que incluso la más pequeña posibilidad de ser resultado de su responsabilidad, les parece inaceptable.

Es crucial centrarse primordialmente en las evaluaciones que son más específicas del TOC, como la sobrevaloración de los pensamientos, la excesiva responsabilidad y las diferentes formas de perfeccionismo (como la necesidad de certeza) que hemos explicado en anteriores apartados.

7. EXAGERAR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE LA ANSIEDAD

A nivel teórico, las creencias negativas acerca de la ansiedad no son centrales en el desarrollo del TOC, pero pueden ser importantes en su mantenimiento.

Esas creencias pueden impulsar al paciente a llevar a cabo conductas de evitación o de neutralización, con lo que se impide disconfirmar otras creencias más cruciales en el TOC.

Son también uno de los principales obstáculos para que el paciente lleve a cabo una exposición exitosa

El temor a la ansiedad tiene 2 formas principales: 1) La ansiedad es peligrosa, Y 2) La ansiedad me impide funcionar. Veamos cómo abordar cada una de ellas.

CÓMO ABORDAR LA CREENCIA DE QUE LA ANSIEDAD ES PELIGROSA

Hemos observado este tipo de creencia en personas con impulsos agresivos y motores.

Por ej., una mujer tenía pensamientos obsesivos acerca de proferir insultos y palabras obscenas. Cuando viajaba con gente en el autobús.

Usando la técnica de la flecha hacia abajo (=preguntarle que pasaría si...) se le preguntó:

¿Qué pasaría si gritas en público “eres un bastardo”?

Si me viene ese pensamiento en el autobús, me pondré muy nerviosa

↓

Si me pongo tan nerviosa, puedo perder el control

↓

Si pierdo el control, puedo decírselo en voz alta

↓

Todo el mundo me miraría

↓

Me pondría tan fuera de control que me volvería completamente loca

↓

Me encerrarán en un psiquiátrico

↓

Nunca volveré a ver a mi familia

↓

Me moriría de vergüenza

La ansiedad provee de un vínculo en la cadena de fusión pensamiento-acción, en que aparecen: pensamiento → ansiedad → acción.

Sin la ansiedad, el paciente no creería que ese pensamiento pudiese llevarle a la acción.

De hecho, sentirse ansioso por cualquier razón le lleva a evitar conductas.

Así, el paciente del ej., solo podía tomar el autobús en los “días buenos” en que se sentía tranquilo.

Este tipo de pensamiento suele manejarse bien mediante la exposición. El procedimiento normal será grabar la escena en audio (llevándola hasta sus peores consecuencias, ej., morir de vergüenza) y escucharla repetidamente, sin hacer compulsiones, y después escuchar el audio o repetirse el pensamiento obsesivo dentro de las situaciones que evitaba o temía.

Sin embargo, los temores del paciente acerca de la ansiedad misma, le impiden llevar a cabo adecuadamente la exposición.

Esto se afronta en varias formas:

- 1) se le da una información detallada acerca de la ansiedad y sus consecuencias
- 2) se analizan las ocasiones anteriores en que se ha puesto nervioso y ha “perdido el control”. Ej., cuando perdiste el control en el banco, ¿qué hiciste?, ¿atacaste a alguien, gritaste, te desmayaste...? Se constata así que, pese a sus temores, nunca ha perdido el control
- 3) Provocar las sensaciones internas típicas de la ansiedad, en forma similar al pánico, se usa como experimento conductual para mostrarle que las sensaciones temidas, ej., la taquicardia, son síntomas típicos de la ansiedad aguda.

Una vez se encuentran ansiosos se les pide que pierdan el control adrede, y así se dan cuenta de que son incapaces, incluso en ese estado.

Estas intervenciones centradas en el rol de la ansiedad más que en el de los pensamientos en sí, facilita la exposición a los pensamientos más temidos.

Este tipo de pensamiento se asocia a otras obsesiones. A veces, la principal preocupación del paciente es ponerse tan nervioso que pierda el control y se vuelva loco a causa de la ansiedad.

CÓMO ABORDAR LA CREENCIA DE QUE LA ANSIEDAD TE IMPIDE FUNCIONAR

La idea irracional de que la ansiedad le impide funcionar, también puede ser un obstáculo para llevar a cabo una exposición y prevención de respuesta eficaces.

Se puede afrontar con métodos prospectivos y retrospectivos. Como la mayoría de nuestros pacientes están trabajando, y están ansiosos gran parte del tiempo en que trabajan, se buscan evidencias de que, pese a la ansiedad, han podido llevar a cabo su trabajo, aunque tengan algún fallo ocasional (aquí se analiza también lo irracional de la autoexigencia y el perfeccionismo, ya que es inútil y además todos cometemos errores).

Suelen reconocer que, aunque la ansiedad sea intensa, generalmente cuando llevan a cabo alguna tarea importante, desciende el nivel de ansiedad.

Esta comprobación no elimina su temor de que en el futuro la ansiedad puede impedirles llevar a cabo alguna tarea importante. Para ello se les pide que se expongan a sus PO mientras llevan a cabo una tarea sencilla, para observar su capacidad de llevarla a cabo. Después se compara la predicción negativa acerca de su capacidad, con los resultados reales... Así comprueban cómo son capaces de seguir llevando a cabo la tarea, aunque estén experimentando la obsesión.

Una instrucción que suele ser útil es “nota la presencia del PO pero no reacciones en contra, déjalo y concéntrate en la tarea, y poco a poco irá desapareciendo”.

Finalmente hemos visto casos en que están convencidos de que el PC acerca de la ansiedad es cierto (de que la amenaza es real). Con ellos, volver a explicarles el modelo que afirma que:

- 1) neutralizar garantiza que el PO volverá (el efecto camello).
- 2) no neutralizar lleva –a medio y largo plazo- a la desaparición del pensamiento.

Revisar explícitamente qué ocurrió en ocasiones previas e identificar las ventajas e inconvenientes de neutralizar.

Esto suele ser suficiente para que el paciente se autoconvenza de que le conviene hacer exposición y prevención de respuesta.