

GUÍA PARA SUPERAR LAS OBSESIONES (TOC)

Elia Roca: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>



LAS OBSESIONES Y SU TRATAMIENTO PSICOLÓGICO¹

EL TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) es un problema de ansiedad muy similar a las fobias².

En un amplio grupo de afectados por TOC sus conductas de ritualización son predominantemente rituales cognitivos (de pensamientos).

Hasta hace unos años se consideraba que al no tener rituales “motores”, es decir, de conductas observables como: comprobar, lavarse las manos repetidamente, etc., no había rituales, y se les llamaba “obsesivos puros” (sin rituales). Luego se ha visto que los rituales cognitivos, constituidos por pensamientos, funcionan igual y deben tratarse igual que los rituales de conductas (ver documento *Cómo superar el TOC*, compulsiones).

Cuando se trata de rituales de pensamientos, se necesita un poco más de habilidad para darnos cuenta de los diferentes elementos que forman parte del problema (ver figuras páginas 7 y 8), ya que los rituales cognitivos son más difíciles de identificar que los rituales “motores” de conductas observables (por ejemplo, los rituales de lavado de manos o los de comprobación de puertas, llave del gas, etc., que aparecen en otras formas de TOC).

Pero el tratamiento eficaz para este tipo de TOC (con rituales de pensamientos) es el mismo que para todos los TOC, es decir, la **exposición con prevención de respuesta**.

En el caso de los rituales cognitivos, el componente principal del tratamiento es la exposición a los pensamientos intrusivos, sin llevar a cabo neutralizaciones (como los rituales cognitivos dirigidos a neutralizar el supuesto peligro).

En esencia, una obsesión no es más que un pensamiento (inofensivo en sí mismo) pero que al interpretarlo como peligroso nos produce una respuesta emocional (ansiedad) por lo que, en cuanto aparece en nuestra mente intentamos eliminarlo, bloquearlo o neutralizarlo de una manera u otra.

Sin embargo, los investigadores han descubierto que lo que tenemos que hacer es justo lo contrario: exponernos repetidamente para habituarnos a dicho pensamiento, hasta que deje de tener el poder de provocarnos emociones negativas. En ese momento se convertirá en un pensamiento "normal" y solo entonces se reducirá.

¹ Este apartado incluye información extraída de publicaciones de: Sevilla, y Pastor (2005); Foa y Wilson (1990); y Freeston, M.H y Ladouceur, R. (1997). Ver bibliografía.

² Ver los criterios diagnósticos para el TOC, según el DSM-IV en: <http://www.asociaciontocas.es/eltoc.html>

Por el contrario, cualquier estrategia que busque directamente reducir, eliminar o bloquear las obsesiones, no solo estará condenada al fracaso sino que probablemente acabara convirtiéndose en un nuevo “ritual” con lo cual estará afianzando el problema.

El objetivo principal del tratamiento psicológico de las obsesiones es cambiar la visión del paciente sobre las obsesiones; para que deje de llevar a cabo conductas dirigidas a evitarlas (neutralizaciones), lo que le permitirá habituarse a los pensamientos obsesivos (y reducir así su frecuencia y duración)³.

Podemos considerar varias etapas o apartados en la terapia cognitivo-conductual para las obsesiones, que se describen seguidamente.

ETAPA 1. COMPRENDER LAS OBSESIONES⁴

Normalizar las obsesiones

Según diversas investigaciones, la mayoría de las personas experimentamos, en ocasiones, pensamientos involuntarios desagradables. Por ejemplo, pensamientos relacionados con la sexualidad, la religión, el daño, la enfermedad, la agresión, la contaminación, los errores, la falta de honradez, el peligro...⁵

Estos pensamientos, llamados también pensamientos intrusivos (PI) son una experiencia muy común, aunque la mayoría de veces pasan inadvertidos porque no les damos ninguna importancia. Pero, por diversas circunstancias, en un 2% de la población general se convierten en obsesiones.

El contenido de este tipo de pensamientos es el mismo en los afectados por TOC y en la población general. Solo difieren en la frecuencia, la duración, el malestar producido, la importancia que la persona les da y en el esfuerzo empleado para afrontarlos.

Como lo normal es tener algunos de esos pensamientos, el objetivo de la terapia no será eliminarlos del todo, ya que tenerlos es lo normal. El objetivo será cambiar tus reacciones a esos pensamientos modificando la importancia que les das y las estrategias que utilizas para afrontarlos. Luego, de forma natural, disminuirá su frecuencia, su duración y el malestar que te producen.

En otras palabras, aplicando las técnicas recomendadas los pensamientos se irán haciendo menos frecuentes y molestos y serás capaz de manejarlos sin ansiedad cuando pasen por tu mente.

La presentación de las obsesiones como una fobia a los propios pensamientos –que se supera de igual forma que otras fobias- es realista y además, es una forma de “normalizar” las obsesiones, que favorece la confianza del paciente para superarlas.

Para ayudarle a comprender que los miedos irracionales son una experiencia muy común y que la exposición es la forma natural de superar cualquier miedo irracional, podemos preguntarle: ¿Cómo ayudarías a un niño a superar el miedo a los gatos?, o ¿Cómo superaste algún temor irracional en el pasado?

³ En cuanto a los objetivos específicos, recomiendan comprender cómo se produce y mantiene el TOC y el papel de la neutralización en el mantenimiento de las obsesiones; prepararse para la exposición a pensamientos y situaciones; llevar a cabo la exposición a los pensamientos intrusivos sin hacer neutralizaciones; corregir distorsiones como la sobreestimación del poder, la importancia o el supuesto peligro de los pensamientos intrusivos; el perfeccionismo y la responsabilidad excesiva; ayudarle a ser consciente de las situaciones que lo hacen más vulnerable, y prevenir recaídas.

⁴ Este apartado se basa, en parte, en publicaciones de: Sevilla, y Pastor (2005); Foa y Wilson (1990); y Freeston, M.H y Ladouceur, R. (1997). Ver bibliografía.

⁵ En personas con obsesiones, dichos pensamientos pueden aparecer preferentemente cuando se hallan en situaciones (o ante objetos) relacionados con su temor irracional.

Algunas creencias irracionales que favorecen las obsesiones son las siguientes:

<i>Creencias irracionales</i>	<i>Alternativas sanas-rationales</i>
Siempre estaré dominado por este problema	Ahora estoy decidido a vencerlo
Creo que mis preocupaciones obsesivas son realistas	Mis preocupaciones son exageradas e irreales
Los rituales son la única forma de reducir mi ansiedad	Hay otras formas de reducir mi ansiedad (por ejemplo, la distracción)
Debo poner fin a mis obsesiones	Acepto mis obsesiones Son inofensivas y son lo normal en el TOC

En esta primera etapa es importante que el afectado asuma una explicación realista-normalizadora de su problema. Por ejemplo, si tiene el pensamiento intrusivo de hacer daño a alguien (o a sí mismo) y la interpretación catastrofista: “Si pienso esto es porque soy capaz de hacerlo”, le ayudamos a cambiar esa idea irracional por la interpretación realista: “Tengo estos pensamientos que son absurdos pero inofensivos, y los interpreto en forma que me ponen nervioso”.

¿Por qué tenemos estos pensamientos?

Necesitamos tener pensamientos de todo tipo para ser capaces de resolver problemas y de ser creativos. Esto nos ayuda a saber cómo actuar en cada nueva situación, imaginar o inventar cosas nuevas, o crear películas y novelas. Es decir, la naturaleza nos ha dotado de un **mecanismo “generador de pensamientos de todo tipo”** que nos ayuda a tener ideas nuevas.

Por otro lado tenemos la **capacidad de reaccionar al peligro “real o percibido”**, de forma inmediata y automática, para ponernos a salvo. Es el sistema de alarma de nuestro organismo, que nos lleva a reaccionar con rapidez, para ponernos a salvo cuando afrontamos un peligro real. Pero, en ocasiones, este sistema de alarma se activa sin que exista un peligro real, como ocurre en cualquier fobia: a ascensores, aviones, pájaros, cucarachas, ...

Cuando el generador de ideas y el sistema de alarma reaccionan conjuntamente de forma exagerada, se producen las obsesiones: el cerebro emocional percibe al pensamiento tonto-desagradable (que después llega a ser intrusivo) como si fuese peligroso. Igual que ocurre en cualquier fobia, se trata de un temor irreal: es como observar un gatito y percibirlo como si fuese un tigre feroz.



Figura 4. Los pensamientos intrusivos son inofensivos. Crean ansiedad porque los percibimos, erróneamente, como peligrosos (IC)

La importancia que damos a nuestros pensamientos intrusivos

La razón por la que el mismo tipo de pensamientos desagradables causa molestias a algunas personas y no a otras, se debe a cómo interpretamos dichos pensamientos o cuánta importancia les concedemos.

Por eso se dan obsesiones de hacer daño en gente bondadosa, obsesiones religiosas (por ejemplo, pensamientos blasfemos) en creyentes, obsesiones sobre sexualidad en personas recatadas, y pensamientos sobre errores en gente perfeccionista-cuidadosa: cuanto más importante nos parece algo, más probable será que reaccionemos con ansiedad cuando nos aparece un pensamiento negativo-absurdo, relacionado con ese tema⁶.

Las explicaciones actuales del TOC están de acuerdo en que el contenido de los pensamientos es menos importante que el significado que se les atribuye (la IC).

Si el pensamiento intrusivo se valora adecuadamente (p. ej., “Este es un pensamiento raro o desagradable, pero no significa nada”, se ve como poco importante, sin especiales implicaciones personales. Pero si el pensamiento se valora de forma inadecuada-catastrofista (por ej., “Este pensamiento de atacar a alguien, significa que realmente puedo atacarlo”, esa evaluación catastrofista tendrá como consecuencia la percepción de amenaza (la activación de la ansiedad).

Aspectos voluntarios e involuntarios en las obsesiones

Los pensamientos intrusivos (PI) y el “efecto camello”, es decir, la tendencia a pensar más en aquello que queremos evitar pensar (ver ejercicio de la página xxx) son involuntarios, mientras que la importancia concedida a los pensamientos (IC) y la neutralización (incluyendo los rituales) tiene un carácter más voluntario, es decir, son modificables por el esfuerzo consciente.

Por tanto, más que intentar evitar directamente los pensamientos intrusivos (algo que es imposible porque son involuntarios, y que empeora el problema por el efecto camello), tendremos que centrarnos en modificar los aspectos voluntarios, es decir: 1) la importancia concedida a los pensamientos intrusivos (las IC de los mismos), y 2) la neutralización (incluyendo los rituales cognitivos).

La neutralización y el efecto camello

Freston y Ladouceur consideran que la clave del tratamiento cognitivo conductual de las obsesiones mediante exposición y prevención de respuesta consiste en comprender bien el papel que desempeña la neutralización.

Llaman neutralización a todos los intentos que la persona lleva a cabo para ignorar, suprimir o neutralizar los PI. La neutralización es algo voluntario que requiere esfuerzo, cuyo objetivo es eliminar, evitar o atenuar el pensamiento intrusivo.

Cuando alguien da mucha importancia a los pensamientos (por su contenido o por su frecuencia) y concluye que el pensamiento es negativo, peligroso, inaceptable, etc., es normal querer eliminarlo, controlarlo o solucionarlo de una forma u otra⁷.

⁶ Es el llamado carácter egodistónico que caracteriza a los pensamientos intrusivos.

⁷ Cuando se da una gran importancia al pensamiento considerándolo peligroso o dañino, lo normal es sentir ansiedad. La ansiedad es una emoción desagradable y lo normal q la persona intente evitarla evitando el pensamiento que la provoca o haciendo algo (incluyendo los rituales cognitivos) para reducir la ansiedad. Los pacientes con obsesiones tratan de evitar sus pensamientos obsesivos (los PI y las IC asociadas a ellos). Y algunos pacientes evitan también situaciones en las que temen que aparezcan o aparezcan con mayor fuerza) sus temidos pensamientos. Esta forma de evitación, aumenta el problema y fortalece las IC y los PI.

Pero la mente reacciona de una forma paradójica, ya que cuando intentamos no pensar en algo, en realidad pensamos más en ello. Esta reacción paradójica suele explicarse mediante un experimento: el llamado “Experimento del camello”.

En él, se pide al paciente con obsesiones, lo siguiente:

Cierra los ojos e intenta pensar en (e imaginar) un camello durante dos minutos.

Cada vez que el camello desaparezca de tu mente, indícalo levantando un dedo (el terapeuta anota el nº de veces que lo levanta).

Después, se comenta como le fue y si le resultó fácil mantener el pensamiento sobre el camello en la cabeza.

Seguidamente, se le pide que vuelva a cerrar los ojos y que intente no pensar en el camello durante otros 2 minutos. Y que levante el dedo cada vez q aparezca en su mente el pensamiento del camello. El terapeuta vuelve a anotar las veces que levanta el dedo.

Después se comenta la experiencia, preguntándole: ¿Que sucedió? ¿Fue difícil mantener el pensamiento alejado? ¿Qué te enseñan estos experimentos sobre el hecho de querer mantener el pensamiento alejado?

Generalmente, se comprueba así que es difícil mantener el pensamiento presente (en la primera parte del ejercicio) y que es totalmente imposible mantener el pensamiento alejado.

Esto ayuda a comprender que nuestro control mental, incluso con pensamientos e ideas q no tienen un significado importante para nosotros está muy lejos de ser perfecto. Y que cuanto más intentamos no pensar en algo más frecuentemente nos viene ese pensamiento a la mente.

Se puede pedir al paciente que haga ese mismo experimento con alguien que no tenga TOC.

La mayoría de pacientes, de forma espontánea ven la conexión de este experimento con sus propias obsesiones y comprenden que sus intentos de alejar los pensamientos intrusivos de su mente contribuye a que estén más presentes.

Entonces, podemos comprender mejor como actúa la neutralización (los intentos que la persona lleva a cabo para ignorar, suprimir o neutralizar los PI):

La neutralización (por ejemplo, los rituales cognitivos) conduce a menudo (aunque no siempre) a una disminución temporal y parcial de la ansiedad. Y, como produce cierto alivio, aumenta la probabilidad de que se produzca de nuevo la neutralización (por el llamado “refuerzo negativo”).

Además, la neutralización conlleva que –por el efecto camello, ya explicado- retorne el pensamiento intrusivo. Y no solo se incrementa la ansiedad sino que, debido a la sensación de perder el control, empeorará el estado de ánimo y la seguridad en uno mismo, lo que a su vez empeora el TOC.

Cuando las obsesiones se intentan manejar mediante neutralizaciones (por ej., rituales cognitivos), la ansiedad aumenta cuando surge el pensamiento intrusivo (y la correspondiente IC del mismo) y disminuye parcialmente después de la neutralización; pero se incrementa (aún más) con el siguiente pensamiento intrusivo.

En cambio, cuando las obsesiones se afrontan con exposición, la ansiedad aumenta al principio, se estabiliza después y finalmente se empieza a reducir.

Estas formas de respuesta se han estudiado en miles de personas con problemas de ansiedad de cualquier tipo, incluyendo la ansiedad asociada a las obsesiones.

Todas las estrategias que llevas a cabo para intentar alejar el pensamiento intrusivo, y todos los intentos de argumentar para autoconvencerte de que la IC no es cierta, pueden ser lógicas al principio, pero si son exageradas se convierten en formas contraproducentes de neutralización, que tienden a afianzar el TOC⁸.

Todos los esfuerzos para controlar, eliminar o evitar los pensamientos son formas de lo que llamamos neutralización. Por ejemplo: temes (irracionalmente) que te arreste la policía por un comportamiento que no constituye ningún delito y, aunque sabes que es absurdo, pasas mucho tiempo buscando argumentos acerca de las razones por las que no se delictivo o preguntas a otras personas buscando que te tranquilicen por ese temor irracional.

Se añaden ejemplos personalizados y se le pregunta ¿Cuántas estrategias has usado? ¿Cuántas han funcionado? ¿Cuántas funciona siempre?

Las obsesiones son como un círculo vicioso en el que el pensamiento intrusivo aparece espontáneamente o es facilitado por algún estímulo. Pero das demasiada importancia a ese pensamiento, lo interpretas de forma catastrófica y x ello intentas eliminarlo o controlarlo. Y por el "efecto camello", lo que ocurre es que tienden a volverse más frecuentes.

Y, una vez explicado el modelo, e ilustrado con ejemplos del propio paciente, de sus pensamientos, interpretaciones y estrategias de manejo, se plantea que para romper el círculo vicioso de las obsesiones es necesario aprender a tolerar los pensamientos. Y que esto implica pensar de forma deliberada en el pensamiento (exposición) sin emplear la neutralización (prevención de respuesta), en formas que se exponen en la etapa 2.

Cuándo pasar a la etapa siguiente (de exposición a los pensamientos temidos)

Aunque en la práctica suelen solaparse, es mejor que al principio nos centremos en que el paciente comprenda bien su problema, según el modelo cognitivo conductual que hemos explicado en esta primera parte.

La explicación sobre qué son las obsesiones y cómo podemos manejarlas, debe adaptarse a la capacidad de comprensión del paciente.

Antes de pasar a la etapa siguiente, centrada en la exposición sistemática a los pensamientos intrusivos temidos, conviene pedir al paciente a que resuma a su manera, con sus propias palabras, los principales puntos del modelo (de la explicación que le hemos dado sobre su problema), para asegurarnos de que la ha comprendido bien.

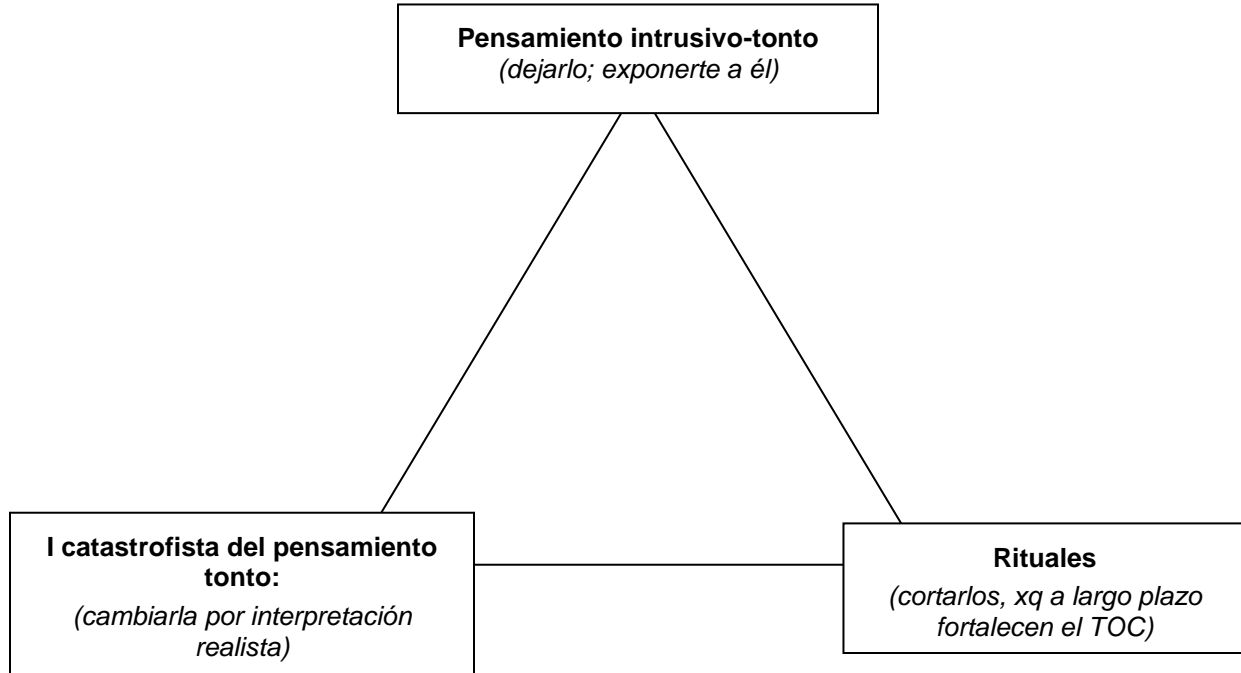
Sobre todo, es importante que tenga claro cómo se producen las obsesiones, cuáles son sus tres componentes (pensamientos intrusivos, interpretaciones catastrofistas, y neutralizaciones), y qué conviene hacer para manejarlos.

Para facilitarlos podemos utilizar los esquemas y ejercicios de las dos páginas siguientes:

⁸ Los rituales cognitivos consisten en apelar a pensamientos o imágenes repetitivos, con el objeto de contrarrestar la ansiedad provocada por las obsesiones (PI e IC).

Es similar a lo que ocurre al comprobar si has cerrado bien la puerta de tu casa (un ritual muy común en algunas formas de TOC). Puede ser normal comprobarla una vez, en algunas ocasiones. Pero si tienes que comprobarla siempre y repetidamente es un ritual, es decir, un comportamiento irracional que intenta calmar la ansiedad pero que realmente empeora el TOC.

EL "VIRUS" QUE HAY EN TU MENTE (Y COMO ELIMINARLO)⁹



Poner ejemplos personalizados de cada afectado para facilitar la comprensión

Pensamientos intrusivos típicos _____

Interpretación catastrofista _____

Interpretación realista _____

Rituales y otras formas de "neutralizar" las IC _____

⁹ Si el paciente está familiarizado con los ordenadores, se comenta la similitud de: la mente humana con un ordenador; del TOC con un virus informático, y de la terapia con un antivirus

QUÉ HACER SI...

PROBLEMA?	SOLUCIÓN
<p>Pensamiento tonto (PI) Ej., "Me pueden culpar de..."¹⁰,</p>	<p>Aceptarlo, observarlo, des-identificarte Dejarlo ahí como el ruido, una nube, un moscardón,..., una peli de la que soy observador En la siguiente etapa, como se explica en las páginas siguientes, se hará la exposición reiterada a los PI¹¹</p>
<p>Interpretación catastrofista (IC)¹² ☹ Ejs., - esto no es normal -¿me estoy volviendo loco? - si lo pienso, puede ser cierto - no debería pensar esto - no soporto pensar esto</p>	<p>Interpretación realista ☺ -Esto es normal en el TOC -Es una tontería -Es un poco molesto, pero puedo soportarlo Y estoy aprendiendo formas de manejarlo (algunas como la exposición aun no las he aprendido) Voy a aplicar las que sé: ej., autoinstrucciones positivas-realistas</p>
<p>Ritual cognitivo Pienso, imagino o hago algo para "neutralizar" el supuesto peligro. Ej., busco argumentos para demostrarme lo que, en realidad, ya tengo super-claro¹³</p>	<p>Cortar-pasar de ello. No me hacen falta más argumentos ni pruebas Está claro que el PI es una tontería y la IC también ;-)</p>

Figura 2. Aspectos problemáticos de las obsesiones y manejo de los mismos

¹⁰ Se recomienda poner ejemplos personalizados de cada uno de los 3 componentes (PI, IC y rituales), característicos de cada paciente, para facilitar la comprensión.

¹¹ La exposición reiterada a los PI es el ingrediente más eficaz para superar las obsesiones (y cualquier miedo irracional).

¹² Destacar que las IC de los pensamientos intrusivos-tontos son la raíz del problema y las que producen la ansiedad.

¹³ En el TOC con rituales motores, estos consisten en conductas repetitivas, como comprobar si has cerrado bien la puerta, una y otra vez, o en lavarse las manos repetidamente.

ETAPA 2. EXPOSICIÓN A LOS PENSAMIENTOS (PI e IC)

La exposición repetida al estímulo fóbico, es decir a aquello que nos produce un miedo irracional es la estrategia más eficaz para superar cualquier tipo de fobia¹⁴.

Así, si alguien tiene terror a los ascensores su fobia desaparece cuando se exponga repetidamente a ellos. También le ayudará el cambiar su forma de pensar acerca de la peligrosidad del ascensor, o acerca de su propia capacidad de superar su fobia; pero lo más eficaz será la exposición repetida a la situación fóbica, hasta que la ansiedad-miedo irracional, desaparezca¹⁵.



La exposición (actuar contra el miedo irracional) es el método más eficaz para superar las obsesiones

Como en las obsesiones el miedo irracional se centra en determinados pensamientos; en este caso, la exposición repetida tiene que llevarse a cabo con esos pensamientos temidos.

Si tienes diferentes tipos de obsesiones, una forma de llevar a cabo la exposición es hacer una jerarquía de pensamientos intrusivos, de menor a mayor dificultad¹⁶. Estos pensamientos pueden tener forma de frase (pensamientos formulados en palabras) o de imagen.

En cualquier caso, debes anotarlos y ordenarlos atendiendo el grado de malestar que te producen. Por ejemplo:

- puedo morir ----- nivel de ansiedad 3
- la imagen de mi esquela en el periódico ----- nivel de ansiedad 7
- imágenes de mi funeral ----- nivel de ansiedad 8
- mi cuerpo pudriéndose dentro de mi tumba ----- nivel de ansiedad 10

¹⁴ Algunas formas de exposición que tienden a minimizar la ansiedad que supone llevarlas a cabo, pueden ser especialmente útiles para aquellos pacientes que se resisten a llevar a cabo la exposición. Por ejemplo, las formas de manejar los PI, en los que permitimos que el pensamiento permanezca en nuestra mente, dejando de identificarnos con él. Y a las canciones humorísticas y a la exposición por ampliación (ver los correspondientes apartados). Aunque en estas últimas podría pensarse que incluyen elementos de neutralización, según nuestra experiencia ayudan a cambiar la forma en que el paciente se relaciona con sus obsesiones, mejora sus sentimientos de autoeficacia, y puede facilitar que después lleve a cabo la exposición más formal.

¹⁵ Si no tienes fobia a los ascensores, pensarás que un ascensor no supone ningún peligro, pero que tus pensamientos intrusivos sí que te parecen peligrosos. Pero la persona que tiene fobia a los ascensores, pensará lo contrario. En realidad, en ambos casos se trata de un peligro imaginario. La ansiedad que nos producen y la tendencia a evitarlos se basa en nuestros pensamientos catastrofistas (irracionales y no realistas) acerca de ellos, que también podemos aprender a detectar y cambiar. Pero para cambiar esos pensamientos catastrofistas, la estrategia más eficaz también es la exposición.

¹⁶ En realidad, no hay pruebas de que la exposición gradual sea más eficaz que la exposición directa al pensamiento más ansiógeno, pero se suele recomendar por parecer más práctico, o más fácil de hacer sin neutralizaciones.

Es muy importante que, al describir los pensamientos, respetes su forma original. Es decir, que no alteres el formato en el que aparecen en tu mente. Se trata de describir las palabras exactas o las imágenes lo más similares posible. No suavices ni empeores la forma o el contenido en el que las obsesiones llegan a tu mente.

El siguiente paso es identificar las conductas de neutralización, por ejemplo, los pensamientos que actúan como rituales cognitivos. A veces, esta tarea es complicada porque tanto las obsesiones como los rituales son pensamientos y, aunque tratemos de diferenciarlos -y sobre el papel parece fácil-, es difícil hacerlo cuando están sucediendo de verdad.

Hay dos criterios que puedes usar para identificarlos:

- El efecto que producen los pensamientos sobre la ansiedad: las obsesiones aumentan la ansiedad mientras que los rituales cognitivos la reducen transitoriamente.
- La voluntariedad: las obsesiones son involuntarias, aparecen en tu mente sin que lo desees, mientras que los rituales son estrategias voluntarias, son pensamientos que creamos adrede en nuestra mente. Por ej., el ritual cognitivo de Carmen ante el pensamiento ¿y si me muero?, era pensar voluntariamente: todavía soy muy joven, etc. Mientras que para la imagen (intrusiva) de su entierro, su neutralización cognitiva era crear una imagen de sí misma haciendo deporte y sintiéndose muy sana.

Para tu 1ª sesión de exposición reserva entre una y dos horas. Siéntate cómodamente, cierra los ojos y crea en tu mente el primer pensamiento. No tengas prisa, repítelo una y otra vez hasta que conectes con él. En ese punto, cuando sientas el pensamiento, es cuando realmente empieza la exposición.

A partir de ahí, es útil anotar el tiempo que dura tu exposición y el nivel de ansiedad que experimentas en un registro.

Si es un pensamiento en forma de imagen, puede ser que la imagen sea algo fijo, como una foto, o que haya acción, como en un vídeo. Si la imagen es fija, la exposición consistirá en mantenerla en tu mente como si realmente tuvieses una fotografía que no dejas de mirar. Si la imagen está en movimiento, puedes imaginar que la tienes grabada en un video que ves, rebobinas, y vuelves a ver, durante un rato, manteniéndola en cada práctica, hasta que se reduce la ansiedad.

Recuerda que el objetivo es habituarte a la obsesión y que para ello no debes hacer o pensar nada para intentar neutralizarla. Así si se cuele algún ritual cognitivo o algún intento de distracción, quítalo de tu cabeza en cuanto lo identifiques. Solo repite la obsesión.

Sigue así, manteniendo la exposición a tu obsesión, hasta que llegues a cero de ansiedad y a cero de ganas de neutralizar la obsesión.

En días siguientes insiste en el procedimiento hasta que llegue un punto en el que al conectarte con tu obsesión ya no te produzca ningún malestar.

Entonces, si hay otros pensamientos obsesivos, practicas con otro de ellos de igual modo.

Algunos autores recomiendan esa forma de exposición a los pensamientos intrusivos, intentando –al mismo tiempo- no llevar a cabo las interpretaciones catastrofistas de los mismos, (y sin intentar neutralizar el supuesto peligro).

Otros recomiendan también ampliar la obsesión, exagerándola al máximo y llevándola al absurdo, ej., un paciente que tenía un pensamiento obsesivo relacionado con la posibilidad (irracional) de que o persiguiese la policía, puede decirse a sí mismo “No sólo podrá detenerme la policía, sino que

también me perseguirá la mafia, el ejército e incluso los marcianos". Y una paciente obsesionada con la idea de que su novio tenga demasiada barriga, cuando le venga el pensamiento intrusivo, en vez de evitarlo, imagine que la barriga de su novio sigue creciendo, se rompe la correa, ocupa una habitación, revienta las paredes,... y ocupa el universo (Lazarus, 1980).

Lazarus (1980) defiende esta modalidad de exposición, "por ampliación" en la que se pide al paciente que "Cuando te venga un PI en vez de evitarlo, exagerarlo hasta el absurdo".

Nosotros la utilizamos como una forma más de exposición al PI, con muy buena acogida por parte de los pacientes, ya que suele facilitar una visión humorística de sus obsesiones.

Formas comunes de realizar la exposición a pensamientos intrusivos:

1. Repetir el pensamiento o la imagen mentalmente. Es decir, cierras los ojos, te concentras y dentro de tu cabeza afrontas el pensamiento una y otra vez.
2. Hacer lo mismo pero en voz alta.
3. Escribirla en un papel, escribir la frase o describir la imagen una y otra vez.
4. Grabarla, repitiéndola una y otra vez y escuchándola después varias veces también¹⁷.
5. Exagerarla hasta llevarla al absurdo
6. Cantarla

En cualquier caso, la exposición a las obsesiones debe incluir las consecuencias temidas. Por ej., si el resultado final de una obsesión de hacer daño es ser arrestado, llevado a juicio y recluido para el resto de su vida en un psiquiátrico, es importante que el sujeto se exponga hasta este último punto.

ETAPA 3. PRACTICAR LA EXPOSICIÓN CUANDO APARECE LA OBSESIÓN

Al principio, puedes elegir el momento en que llevas a cabo la exposición, siguiendo las pautas indicadas en el anterior apartado. Por ejemplo, empezar las primeras veces, en momentos en que estás más tranquilo.

Pero cuando ya hayas practicado un tiempo y el malestar producido por la exposición sea menor, hay que pasar a esta segunda fase, en la cual cuando la obsesión aparezca en tu mente de forma natural, aprovechas para hacer exposición, en el mismo momento o en cuanto puedas.

Observaras que cuando la obsesión viene espontáneamente los niveles de ansiedad suelen ser más elevados (por eso empezamos por la primera fase).

La instrucción para llevar a cabo esta forma de exposición, es la siguiente:

Cuando aparecen los pensamientos préstales atención.

Observa cómo vienen y cómo se van sin reaccionar ante ellos; déjales donde están sin hacer nada de particular con ellos.

Esa modalidad puede combinarse con la de ampliar las obsesiones cuando aparecen.

Puedes visualizar el dibujo del fantasma (página 3) y recordar que aguantar la exposición, sin llevar a cabo neutralizaciones (por ej., rituales cognitivos) es el tratamiento más eficaz para superar tu problema.

¹⁷ Más adelante, se explican las pautas de Freeston y Ladouceur, para la exposición a las obsesiones mediante grabaciones.

ETAPA 4. EXPOSICIÓN A LAS OBSESIONES EN LAS SITUACIONES DESENCADENANTES

Se trata de afrontar voluntariamente las situaciones que antes evitabas, porque facilitaban el surgimiento de obsesiones y practicar en ellas, repetidamente, la exposición a las obsesiones en dichas situaciones.

ETAPA 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Algunos autores aconsejan trabajar con las técnicas cognitivas (ver correspondiente apartado) para detectar y cambiar creencias irracionales -asociadas al TOC- que pueden favorecer las recaídas.

En cualquier caso, se recomienda diseñar un Plan, adaptado a las características de cada paciente.

Se trata de pedir al paciente que guarde una carpeta con sus materiales de autoayuda, subrayados y comentados por él, con algunos autorregistros, y con un listado de instrucciones de qué debe hacer si experimenta de nuevo los síntomas del TOC en el futuro.

Por ejemplo: No asustarte más de la cuenta / Revisar el modelo / No des más importancia de la que tienen a los pensamientos. No hagas IC / No hagas rituales, ni otras formas de neutralización / Haz prácticas de exposición / Analiza las situaciones clave y aplica técnicas recomendadas / Identifica situaciones estresantes y busca ayuda cuando sea necesario / Procura retomar las actividades normales / Considera las pequeñas recaídas como ocasión para aplicar las técnicas aprendidas y no como un retroceso o un fracaso / Cuida tu estado de ánimo haciendo ejercicio, hablando con personas que te comprendan y apoyen y haciendo actividades agradables.

Asegurarse de que quede claro que, si en el futuro vuelve a experimentar algún PI, que no se oponga a él y que lo deje fluir en su mente.

FORMAS ESPECIALES DE LLEVAR A CABO LA EXPOSICIÓN

1. Exposición basada en grabaciones de las obsesiones

Freeston y Ladouceur recomiendan realizar la exposición a pensamientos usando habitualmente grabaciones de los pensamientos obsesivos, para controlar mejor la exposición¹⁸.

En forma similar a otras formas de exposición a los PI, recomiendan que si hay varios PI, se haga una jerarquía y se empiece por el más fácil o el más incapacitante. Y que si hay un solo pensamiento principal se gradúe la forma de exponerse al mismo, por ej., si el pensamiento intrusivo clave es que ataca a su hijo, la exposición puede seguir el siguiente orden.:

- con el terapeuta en la clínica
- con el terapeuta en la clínica, con un cuchillo en la mano y una foto del hijo
- solo en casa
- solo en casa, con el hijo presente y el cuchillo en la mano

Una vez identificadas las obsesiones conjuntamente, entre terapeuta y paciente, se pide al paciente que describa detalladamente el pensamiento. Se le hacen preguntas para obtener más detalles: como los colores, las palabras, la textura, los sonidos y los olores concretos, las reacciones

¹⁸ Aconsejan completar un registro antes y después de la exposición, anotando el nivel de ansiedad que tiene antes de llevar a cabo la exposición y la ansiedad máxima que espera tener durante la exposición y después de finalizar la misma.

cognitivas y emocionales a los pensamientos y, en general, cualquier respuesta fisiológica, como el temblor o la taquicardia.

Luego se le pide que escriba el pensamiento obsesivo con tanto detalle como sea posible. Por ejemplo:

Voy andando por la calle. Veo a una anciana que va caminando hacia mí. Parece frágil e indefensa. De repente, me viene el pensamiento: “¿Qué sucedería si pierdo el control y la empujo?”. Mi estómago se tensa, las manos me sudan y tengo dificultades para respirar. La anciana se encuentra ya mucho más cerca. Cierro los puños y lucho por mantener el control. Ella llega a mi altura y comienzo a sentir pánico. Pasa rápidamente a mi lado y yo sigo andando. Me pregunto si la empuje. La duda empieza a aumentar. La veo tirada en el suelo con los huesos rotos. Llega la ambulancia. Me siento fatal, soy un asesino y me condenarán”.

El texto puede ser muy breve o tratarse de una escena muy elaborada¹⁹. El terapeuta se asegura de que no se incluya ningún elemento neutralizador (es decir, ningún factor que reduzca la ansiedad) en la secuencia (por ejemplo, leer rápido, mecánicamente o sin sentimientos pueden ser formas de evitación cognitiva, que pueden restar eficacia a la exposición).

Una vez completado el texto, el terapeuta lo lee en voz alta al paciente, para que este compruebe si le falta algún detalle.

Después, el paciente lo lee en voz alta para asegurarse de que lo hace con la expresión adecuada, a un ritmo apropiado y haciendo las pausas convenientes para permitir que se formen las imágenes. Se le ayuda diciéndole que lo lea de forma tal que el terapeuta pueda experimentar la sensación de estar teniendo ese pensamiento.

Finalmente, una vez grabado por el paciente -en forma adecuada- el pensamiento obsesivo, empieza la sesión de exposición propiamente dicha. Para ello, se dan al paciente las siguientes instrucciones:

En unos momentos empezaremos la 1ª sesión de exposición. Esto llevará de 25 a 45 minutos, aunque puede durar más. Continuaremos hasta que tu nivel de ansiedad se reduzca. Cierra los ojos y escucha la grabación sin emplear elementos neutralizadores (se le recuerdan las estrategias de neutralización que ese paciente concreto tiende a usar).

Y se le ayuda a mantener el pensamiento, diciéndole “Mantén el pensamiento, no te distraigas de él, no lo bloques, ni lo distorsiones, ni lo elimines”.

Después de cada repetición del pensamiento, el paciente anota su nivel de ansiedad-malestar en la escala habitual.

Si no da bastante tiempo a hacer la exposición en la misma sesión (algunos especialistas recomiendan dedicar a las primeras sesiones de exposición un mínimo de 50m) se reprograma para la sesión siguiente.

Es útil que el terapeuta represente en un gráfico las evaluaciones de los niveles de ansiedad del paciente.

Si el nivel de malestar no se incrementa durante la exposición, p ej., durante los primeros 10 minutos, el terapeuta detiene la exposición para analizar por qué. Hay varias posibles razones:

¹⁹ Puede ser desagradable para el terapeuta escuchar las escenas terroríficas relatadas por los pacientes y las reacciones alteradas que pueden tener durante la exposición, pero la incomodidad del terapeuta también se reduce por habituación, con la práctica.

- las palabras que se emplean en la grabación no son bastante representativas del pensamiento real, o la velocidad a la que se expresan puede ser insuficiente para formar imágenes.
- algunos pacientes no son capaces de imaginarse el pensamiento de forma bastante clara durante la exposición
- el paciente puede estar neutralizando, empleando estrategias ya identificadas o empleando otras que todavía no hemos descubierto. Si es así recordar lo importante que es hacerlo bien. En este caso, hay que investigar las razones por las que lleva a cabo las conductas de neutralización. Si lo hace por temor habría que hacer reestructuración cognitiva de ese temor.

La exposición continúa aunque la ansiedad aumente. Si hace falta se le anima a seguir, recordándole la eficacia de este método.

Al acabar (tiene que acabarse cuando se reduce la ansiedad) se completa el autorregistro con el nivel de ansiedad que ha experimentado y se compara con lo anticipado por el paciente antes de llevar a cabo la exposición (generalmente la ansiedad anticipada era mayor que la experimentada).

El paciente indica si llevó a cabo alguna neutralización, si fue así, explica como fue, y si cuando se dio cuenta volvió enseguida a exponerse al pensamiento.

Es raro que la 1ª sesión sea muy eficaz por las dificultades para llevar a cabo la prevención de respuesta ante todas las formas de neutralización. Por ello, no conviene pedir la exposición como tarea para casa hasta que el paciente haya conseguido hacerla bien en la sesión.

Una vez realizada adecuadamente en la consulta se les da la grabación para que la escuchen en casa un par de veces al día.

Cómo grabar y escuchar obsesiones especialmente angustiosas

Foa y Wilson exponen el ejemplo de un padre que tenía el pensamiento obsesivo de matar a su hija, y practicó el imaginarse una y otra vez cómo la estaba matando.

Escribió relatos acerca de cómo la mataría, los grabó y luego los escuchó por largos periodos de tiempo. Los primeros días fue muy doloroso para él, pero resistió con la esperanza de que la técnica le ayudase.

Su descripción (y su grabación) incluía detalles como:

Estoy a punto de estrangular a mi hija. Ella implora diciéndome: “no, papáito”, “no, por favor”. Mi esposa me suplica que me detenga, pero yo continuo porque mi impulso es más fuerte que yo. Finalmente mato a la niña y también a mi esposa, siendo llevado a la cárcel.

Al principio solo podía grabar unas palabras, lloraba angustiado y solo podía mantener esas imágenes durante breves minutos.

Pero después fue siendo capaz de escuchar su relato con relativa calma y empezó a liberarse de su obsesión.

Ese tipo de obsesiones se tratan mejor con un relato detallado. El proceso a seguir es el siguiente:

- Anotar detalladamente el relato del acontecimiento temido, de modo que ocupe 4 o 5 páginas.
- Para generar el texto para la grabación imagina que te hallas en medio de una obsesión espontánea. No describas como te obsesionas, diciendo pro ej., “cuando me meto en la cama empiezo a pensar en cómo matare a mi hija”, sino una descripción, momento por momento en tiempo presente, empleando las palabras y las imágenes exactas que suelen aparecer en tu mente. Describe todo lo que ves y haces, piensas, oyes y sientes.

- No escribas un análisis de la experiencia. Simplemente, descríbela como si estuvieses viviéndola en ese preciso instante.

Resumen de consejos para grabar tus propias obsesiones



- Grabar los pensamientos obsesivos, repitiéndolos varias veces para que duren algo más de tiempo, y escuchar después la grabación varias veces también.
- Imagina que te hallas en medio de una obsesión espontánea
- Escribe una descripción, momento a momento, de las palabras y escenas exactas que aparecen en tu mente.
- Da la mayor cantidad posible de detalles sobre el escenario, tu acción, las respuestas de los demás y, especialmente, de cómo te sientes
- Escribe palabra por palabra la frase o relato de tus obsesiones, lo más exactamente posible, tal como aparecen espontáneamente en tu mente.
- Una vez escrito el relato detallado, léelo en voz alta, varias veces, para elegir el tono y el ritmo que mejor pueden reflejar tus emociones cuando hagas la grabación.
- Trata de dar al relato una entonación “creíble”
- Graba tu relato, cuidando el tono, las pausas, etc., para que ayuden a recrear en tu mente la obsesión, en la forma más similar posible a como aparece en tu mente
- Después, escucha la grabación durante 45 minutos o más cada día. Y mientras escuchas la grabación, trata de sentirte tan angustiado como sea posible. Si, después de escucharla durante 45 minutos, la ansiedad aún no se ha reducido, sigue escuchándolo más tiempo hasta que la ansiedad se reduzca, al menos el 50%.
- Cada día, escucha repetidamente la grabación durante 45 minutos o más, intentando llegar a sentirte tan angustiado por el relato como te sea posible.
- Sigue escuchándolo todos los días hasta que el contenido de la grabación deje de crearte ansiedad. Y, aunque la ansiedad desaparezca, sigue escuchando la grabación, tratando de centrarte en ella, al menos una semana.
- Si no empiezas a notar pronto que mejoras de las obsesiones practicando esta técnica, pregúntate si mientras escuchas la cinta estás pensando en otras cosas. Para que funcione tienes que estar atento, sumergiéndote en su contenido.

2.. Exposición mediante canciones personalizadas

Foa y Wilson, autoridades mundiales en el tratamiento eficaz del TOC, recomiendan usar la exposición cantando las obsesiones, cuando las obsesiones se manifiesten en forma de pensamientos pero no cuando se caractericen por impulsos o imágenes.

Como señalan dichos autores, a primera vista puede parecer algo absurdo: aquí estas tú sufriendo síntomas terriblemente angustiantes y te pedimos que canturrees unos compases con tus obsesiones.

Pero tiene sentido pedirte. El proceso de cantar tus obsesiones hace que te resulte difícil permanecer angustiado en forma simultánea. Las instrucciones a seguir, son las siguientes:

- Capta una frase corta que resuma tu obsesión. Durante un rato no prestes atención a su significado. Sigue repitiendo las palabras, pero hazlo incluyéndolas en una melodía simple.
- Sigue cantando esa tonada durante unos minutos más, ahora centrándote en el contenido.
- Una vez que sientas que estas menos absorbido emocionalmente por los pensamientos obsesivos, puedes dejar la canción y volver tu atención hacia otras cuestiones útiles o agradables.

En nuestra práctica diaria con pacientes con TOC, hemos encontrado útil esta forma de exposición, adaptando las canciones a las preferencias musicales del paciente y a sus obsesiones típicas.

Además graduamos la “dureza” del contenido de la exposición para facilitar la disposición del paciente a realizarla, empezando con canciones que mezclan la exposición al pensamiento intrusivo con algún elemento “tranquilizador” y humorístico.

Caso 1

Una paciente con TOC con historia de episodios anteriores superados con éxito, tenía los pensamientos intrusivos de:

- Morirse y estar amortajada en su velatorio
- Lanzarse por el balcón (desde su vivienda en un 5º piso)

Eligió como canciones (que le gustaban cuando ella estaba bien): *A quién le importa* y *Tengo un tractor amarillo*. Le ayudamos a confeccionar las siguientes letras:

1ª. *A quien le importa una mortaja/ a quien le importa un poco de TOC/ el TOC viene y luego se va / ya se pasara*

2ª. *Me tiro por el balcón / que es lo que se lleva ahora /me tiro por el balcón / y reboto en un colchón /me recogen los bomberos / y salgo en televisión²⁰*

Caso 2

Otro paciente que vivía angustiado por la obsesión de que si no realizaba bien sus rituales morirían sus familiares, amigos e incluso terapeutas, había sido legionario en su juventud, y era seguidor del equipo de futbol de su ciudad (Valencia), le ayudamos a confeccionar las siguientes canciones:

Con música de *Soy el novio de la muerte*

²⁰ Para confeccionar la 2ª canción, nos apoyamos en la imagen de un calendario con bomberos muy atractivos que le gustaban a la paciente. Y nos referíamos a “lo que se lleva ahora” aludiendo a que esa era la obsesión que más le preocupaba en ese momento.

*Soy un hombre a quien la vida
Le concedió tal poder;
Que si hago bien mis rituales
Salvo la vida y la suerte
De amigos y familiares*

Y con música de *Amunt Valencia* (el Himno de su equipo de futbol)

*Amunt Ricardo, tengo poderes, soy el guardián
de la vida y de la muerte de los demás*

*Cuando se enteren los poderosos me pagaran
más que a Ronaldo, a Mesi y a Neymar*

*Porque al tenerme a su lado
Haciendo los rituales
conseguiré sin duda
que sean inmortales*

*Amunt Ricardo, tengo poderes, soy el guardián
de la vida y de la muerte de los demás*

Después, a esas mismas canciones, se les va cambiando las letras para aproximarlas al contenido de sus obsesiones, tal como aparecen en su mente. Por ejemplo, “Me tiro por el balcón y me doy un coscorrón”, o “No hago bien mis rituales, y provocho mortandades”.

Caso 3.

Adolescente con pensamiento intrusivo de ser acusado por la policía de haber realizado algún comportamiento ilegal (sin tener motivos para ello)

Canción elegida: Los cochinitos se van a la cama

Los cochinitos se van a la cama / Muchos besitos les dio su mamá ... (como en letra original)

Uno soñaba que (describir su pensamiento intrusivo)

*Otro soñaba que el pensar / Esas chorradas y otras igual
Era señal de que iban a pasar / Y se acojonaba de verdad (interpretación catastrofista)*

*Y el más pequeño de los 3 / Lo intentaba resolver
Buscando argumentos y razonamientos / Que se repetía una y otra vez (rituales cognitivos)*

Conclusión

*Todo eran sueños y tonterías / Que acojonaban sin tener por qué
Pero que haciendo exposición / No tardarán en desaparecer*

III. TECNICAS COMPLEMENTARIAS A LA EXPOSICIÓN A LAS OBSESIONES (FOA Y WILSON)

Las siguientes técnicas son de gran utilidad en algunos pacientes con obsesiones, aunque deben utilizarse como complemento de las técnicas de exposición y prevención de respuesta, y de las técnicas cognitivas.

1. CAMBIAR LAS FORMAS EN LAS QUE TE OBSESIONAS

Distánciate mentalmente y reconoce que ha empezado a obsesionarte.

Observa tu respuesta emocional a tu obsesión ¿estas ansioso?, ¿asustado?, ¿avergonzado?

Recuerda que está bien tener pensamientos intrusivos y que no suponen ningún problema si no añades interpretaciones negativas o catastrofistas.

Reafírmate en tu creencia de que el contenido obsesivo es irracional. No lo analices en el momento en que aparece en tu mente. Ya lo analizarás en todo caso cuando estés tranquilo, pero no cuando sientes ansiedad porque esta no te deja pensar con claridad.

Cambia tu respuesta emocional a la obsesión tomando medidas específicas: por ej., tomar nota minuciosa de ella, cantarla o modificar las imágenes mentales asociadas a ella (ej., si la obsesión es "Me puede perseguir la policía", imagina que lo hacen y que cuando más asustado estás te das cuenta de que es un amigo, disfrazado de policía, haciéndote una broma.

2. CAMBIAR LAS OBSESIONES (MANIPULAR IMAGENES)

Si la obsesión incluye una imagen angustiante, puede resultarle útil modificar conscientemente esa imagen mental o sustituirla por una nueva antes de liberarte de tus emociones.

Ejemplos:

- Si temes que alguien te persiga para matarte, puedes imaginar que te amenaza con una pistola y que esa pistola era de plástico y el atacante un bromista.
- Si imaginas que tu jefe te grita, puedes sustituir esa imagen por otra en la que tu jefe y tú mantenéis una grata conversación.
- Si te imaginas muriendo de cáncer imagínate a ti mismo, con 10 años de edad, sonriendo, sentado en una mecedora, rodeado por tu familia.
- Si te imaginas abofeteando a tu hijo, imagínate acariciándolo.

O cierra los ojos e imagina que tu preocupación adopta alguna forma física. Colócala en una nube imaginaria delante de ti. Imagina a la nube alejándose lentamente. Imagina que cuanto más se aleja la nube más insignificante se vuelve su obsesión, y más relajado y sosegado te sientes.

Asegúrate de que cuando ves estas nuevas imágenes también empiezan a transformarse tus sentimientos angustiosos por otros placenteros. Escoge imágenes que te hagan sentirte a gusto, relajado y con buen ánimo, a fin de que puedan sustituir a la ansiedad y la inquietud por emociones más positivas.

Otro enfoque útil es repetir la imagen obsesiva, pero cambiando los elementos distorsionadores, alarmantes, en forma semejante a lo que ocurre en los dibujos animados. Por ej., si te sientes intimidado por las críticas de tu jefe, visualízalo junto a ti, como si él fuese un enano y tú de estatura normal.

Imagina también que cuando tu jefe intenta gritarte o criticarte salen burbujas de su boca en vez de palabras.

En forma similar, si tienes imágenes aterradoras y repetitivas de apuñalar a alguien con un cuchillo o unas tijeras, puedes repetirte esas imágenes manipulándolas inmediatamente después de que aparezcan. Si en tu imagen aparecía un cuchillo, transfórmalo en un cuchillo de espuma de caucho de un metro de largo. Si se trataba de unas tijeras, conviértelas en tijeras de plastilina e imagina como las sientes al empuñarlas en tus manos.

3. AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS

Se trata de cosas que te dices a ti mismo para motivarte a hacer la exposición y para cambiar las IC y los rituales cognitivos.

Es mejor utilizar palabras elegidas por cada uno e ir cambiándolas para mejorarlas y hacerlas más convincentes. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:

- Ese pensamiento no resulta útil en este momento
- Ahora no es el momento para pensarlo. Puedo pensar en ello más tarde
- Esto es irracional. Voy a librarme de esa idea
- No voy a buscar argumentos para debatir sobre algo que es absurdo
- Esto parece alarmante y urgente pero realmente no lo es
- No tengo que ser perfecto para estar bien
- No tengo que resolver esta cuestión. Lo mejor que puedo hacer es abandonarla
- Está bien cometer errores
- Por mis experiencias del pasado sé que estos miedos son irracionales
- Tengo que asumir riesgos para ser libre y curarme. Estoy dispuesto a asumir ese riesgo
- Está bien que tenga este pensamiento (imagen) y no significa nada. No tengo por qué prestarle atención
- Puedo ver al pensamiento intrusivo como al ruido de la calle, algo molesto, pero que deja de molestar si lo acepto y dejo de prestarle atención
- No merezco sufrir de este modo. Merezco sentirme tranquilo
- Quiero querer sentirme bien
- Esa no es mi responsabilidad
- Ese no es mi problema
- En hacer lo que buenamente pueda, ya he cumplido
- Voy a ponerme bien aplicando la terapia

4. RESPIRACION TRANQUILIZADORA

Las técnicas de relajación, basadas en la respiración, así como la distracción y la sautoinstrucciones tranquilizadoras, se utilizan especialmente al principio del tratamiento, como formas alternativas de tranquilizarse sin tener que llevar a cabo los rituales y otras formas de evitación o neutralización (ej., búsqueda excesiva de re aseguración interpersonal).

Foa y Wilson proponen las dos siguientes:

1. Respiración tranquilizadora

- Aspira el aire por la nariz, en forma lenta y prolongada, llenando 1º la parte inferior de los pulmones y después la parte superior.
- Contén la respiración hasta contar 3.
- Espira lentamente por la boca, frunciendo los labios, mientras relajas los músculos de la cara, las mandíbulas, los hombros y el estómago.

2. Cuenta tranquilizadora

- Aspira por la nariz, de manera profunda y prolongada, y espira lentamente mientras pronuncias en silencio la palabra "relax".
- Cierra los ojos e imagina que tu cuerpo empieza a relajarse
- Haz diez respiraciones suaves y naturales: con cada aspiración, cuenta al revés empezando por 10. Mientras estás respirando, cómodamente, observa cualquier tensión que pueda producirse (por ej., en mandíbulas, frente o estómago. Imagina que esas tensiones se aflojan
- Cuando llegues a uno, vuelve a abrir los ojos.

En nuestra práctica profesional, solemos utilizar la respiración diafragmática lenta, cuya descripción puede hallarse en el anexo xxx.

5. POSPONER LAS OBSESIONES

Permítete tener el pensamiento obsesivo, y permítete también prestar atención a tus preocupaciones sobre el mismo (incluyendo los rituales cognitivos), pero posponiéndolo un ratito. Decirte "pensare en eso dentro de 5 minutos".

Cuando llegue el momento, empieza a obsesionarte o considera la posibilidad de posponer las obsesiones para otro momento concreto. Siempre que sea posible, elige posponerlas.

Durante el tiempo en que la pospones, asegúrate de centrar tu atención en otras actividades que capten tu interés: vuelve a centrarte en tu trabajo, llama a un amigo o da una caminata vigorizante²¹.

6. ESTABLECER PERIODOS PARA OBSESIONARTE (O PREOCUPARTE O DUDAR)

Foa y Wilson proponen establecer dos periodos de tiempo de preocupación por día, de unos 15 minutos cada uno. Y durante esos periodos de preocupación:

- Pasar todo ese tiempo preocupándote, sin tratar de evitarlo. Por ejemplo, diciéndote "y si..." o planteándote dudas o repitiéndote tus obsesiones.
- No pensar en ninguna alternativa positiva
- No intentar convencerte de que tus preocupaciones son irracionales
- Si no se te ocurre nada nuevo o distinto, repite las mismas preocupaciones una y otra vez hasta que se agote el tiempo.
- Trata de llegar a sentirte tan angustiado como te sea posible, mientras te dedicas a preocuparte

²¹ Estas mismas pautas pueden utilizarse con los rituales, cognitivos o motores

Generalmente resulta muy difícil llenar esos periodos de tiempo con preocupaciones. Eso se debe a que cuando te obsesionas, luchas por pensar positivamente o por detener las preocupaciones. Pero cuando dejas de luchar y voluntariamente eliges preocuparte, las obsesiones que habitualmente se inmiscuyen en tu mente no pueden mantenerse en sí mismas ni siquiera un cuarto de hora.

Una vez más, es difícil mantener una obsesión a menos que, simultáneamente te resistas a ella.

Por tanto, si te quedas sin preocupaciones es buena señal, pero aun así continua esforzándote por preocuparte, durante todo el periodo de tiempo establecido, aunque te tengas que repetir los mismos pensamientos inquietantes.

El tiempo de preocupación cotidiana también te ayudará a utilizar la técnica del apartado anterior, de Posponer las preocupaciones, con mayor eficacia. Cuando aparezcan espontáneamente tus preocupaciones (o tus dudas u obsesiones) recordarás lo difícil que te resulta conseguirlo cuando así te lo propones y eso te ayudara a posponer la preocupación de ese momento, dejándola para el momento preestablecido.

La combinación de ambas técnicas (elegir espacios de tiempo para preocuparte y posponer las preocupaciones cuando aparecen fuera de esos periodos) aumentara la sensación de autocontrol-autoeficacia.

7. UTILIZAR EL HUMOR

El humor bien empleado puede ser una herramienta muy eficaz para mejorar el TOC y el estado de ánimo negativo asociado.

Ej., paciente con TOC que temía que lo persiguieran sus enemigos imaginarios, aprendió a utilizar la técnica de exposición por ampliación y se decía a sí mismo ¿Y por qué no pensar que me persiguen también el ejército con sus tanques y los marcianos?

Y como venía acompañado de su madre, se decía: “¿y que va a hacer ella si vienen a por mí la mafia, el ejército y los marcianos? Haría falta que, al menos, mi madre se compre un par de ametralladoras para acompañarme.

El paciente aterrorizado porque si no hacia sus rituales podía morir alguna persona próxima, se decía a sí mismo “Tengo poderes, como Superman”, o “Me podría contratar Obama”.

Una vez establecida la relación terapéutica y manteniendo la prudencia y la empatía necesarias para que el paciente no se sienta mal por ello, el terapeuta puede modelar al paciente, encontrando los aspectos divertidos de las obsesiones, incluso riéndose de ellas cuando se comentan.

En este sentido también ayuda el cantar las canciones humorísticas y el utilizar la exposición por ampliación.

Se explica al paciente la utilidad de reírse de sus obsesiones y la lógica que tiene reírse de ellas ya que no suponen ningún peligro real.

AUTORREGISTRO DIARIO. ETAPA 2. FECHA _____

OBSESIONES-ANSIEDAD

HORA Y SITUACIÓN

Pensamientos intrusivos (descríbelos) _____

Interpretación catastrofista y grado de creencia en ella (1-10) _____

Grado de ansiedad máxima experimentada y duración de la misma _____

Cómo la has manejado: 1) con neutralización (rituales motores o cognitivos; distracción o cambio de pensamientos catastrofistas (señalar como), o 2) con exposición al pensto intrusivo (anotar cómo) _____

HORA Y SITUACIÓN

Pensamientos intrusivos (descríbelos) _____

Interpretación catastrofista y grado de creencia en ella (1-10) _____

Grado de ansiedad máxima experimentada y duración de la misma _____

Cómo la has manejado: 1) con neutralización (rituales motores o cognitivos; distracción o cambio de pensamientos catastrofistas (señalar como), o 2) con exposición al pensto intrusivo (anotar cómo)1 _____

EJERCICIO FÍSICO (anota tipo de ejercicio y tiempo dedicado a practicarlo).

MOMENTOS DE BIENESTAR (1-10). Anota al dorso qué hacías y qué crees que ha influido en sentirte bien.

BIBLIOGRAFÍA:

- Sevilla, J y Pastor, C (2005). Tratamiento cognitivo conductual del TOC. Publicaciones del CTC.
- Foa y Wilson (1990). Venza sus obsesiones.
- Freeston, M.H y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1, pp. 137-169). Madrid: Siglo XXI.
- Botella, C. y Robert, C. (1995). El trastorno obsesivo-compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología (vol. 2, pp. 187-223). Madrid: McGraw-Hill.
- Franklin, M.E. Abramowitz, J.S, Kozak, M.J. Levitt, J.T. y Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 594 602.
- Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. En P. Nathan y J.